

ORIGINAL

## Protocol of major outpatient surgery in open cholecystectomy programmed in the service of general surgery of the Central Hospital of Maracay

### Protocolo de cirugía mayor ambulatoria en colecistectomía abierta programadas en el servicio de cirugía general del Hospital Central de Maracay

Alejandro Martínez<sup>1</sup>  , Ariana Gámez López<sup>1</sup>  , Luis Corona Silva<sup>1</sup>  , María Prieto<sup>2</sup>  , Eudo Cuabro<sup>3</sup>  , María Victoria Mendez<sup>4</sup>  

<sup>1</sup>Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud. Maracay, Venezuela.

<sup>2</sup>Universidad de Carabobo. Departamento de Cirugía. Maracay, Venezuela.

<sup>3</sup>Servicio Autónomo Docente Hospital Central de Maracay. Departamento de Cirugía General. Maracay, Venezuela.

<sup>4</sup>Universidad de Carabobo. Dirección de Investigación. Maracay, Venezuela.

**Citar como:** Martínez A, Gámez López A, Corona Silva L, Prieto M, Cuabro E, Mendez MV. Protocol of major outpatient surgery in open cholecystectomy programmed in the service of general surgery of the Central Hospital of Maracay. Nursing Depths Series. 2026; 5:304. <https://doi.org/10.56294/nds2026304>

Recibido: 09-06-2025

Revisado: 15-09-2025

Aceptado: 28-12-2025

Publicado: 01-01-2026

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo 

Autor para la correspondencia: Alejandro Martínez 

#### ABSTRACT

**Introduction:** Major Outpatient Surgery (MOS) is a set of surgical, therapeutic, diagnostic procedures, as well as anesthetic techniques (local, locoregional, with or without sedation) that requires shorter postoperative care, which represents one of the most timely, economical and satisfactory changes for surgery.

**Objective:** was to evaluate a major outpatient surgery protocol in patients with scheduled open cholecystectomies in the general surgery service of the Central Hospital of Maracay in the period from January to August 2024.

**Method:** were a descriptive, observational, prospective, and longitudinal clinical-epidemiological study. The population consisted of 65 patients diagnosed with gallstones, with a sample of 37 selected. Statistical descriptions were performed, constructing 95 % confidence intervals for the variables.

**Results:** the average age was 47,78 years. The majority of patients were women. The absence of underlying medical history was evident. Of the 37 patients, 30 had satisfactory resolution of the pathology, without requiring readmissions, reoperations, or complications. Only 7 of the individuals presented minor complications, with effective resolution. The quality indicators for major outpatient surgery confirmed the effectiveness that the protocol can provide.

**Conclusions:** MOS is an innovative alternative that optimizes surgical care by allowing patients to return home the same day of the intervention, in addition to demonstrating a low rate of postoperative complications, giving satisfactory results in a short period of time, which is why its implementation is recommended.

**Keywords:** Outpatient Major Surgery; Open Cholecystectomies; Therapeutic Surgical Procedures; Quality Indicators.

#### RESUMEN

**Introducción:** la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un conjunto de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos, diagnósticos, así como las técnicas anestésicas (local, loco regional, con o sin sedación) que requiere cuidados postoperatorios de menor duración, lo que representa uno de los cambios más oportunos, económicos y satisfactorios para la cirugía.

**Objetivo:** evaluar un protocolo de cirugía mayor ambulatoria en los pacientes de colecistectomías abiertas programadas en el servicio de cirugía general del Hospital Central de Maracay en el período comprendido desde enero a agosto del 2024.

**Método:** se trata de una investigación clínico-epidemiológica de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. La población consistió en 65 pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular, seleccionando una muestra de 37 pacientes. Se realizó descripción estadística, construyendo intervalos de confianza al 95 % para las variables.

**Resultados:** destaca una edad promedio: 47,78 años. La mayoría de los pacientes eran mujeres. La ausencia de antecedentes de base fue evidenciable. De 37 pacientes, 30 de ellos tuvo resolución satisfactoria de la patología, sin ameritar reingresos, reintervenciones y sin complicaciones. Solo 7 de los individuos presentaron complicaciones menores, con resolución efectiva. Los indicadores de calidad de cirugía mayor ambulatoria constataron la efectividad que el protocolo puede brindar.

**Conclusiones:** la cirugía mayor ambulatoria es una innovadora alternativa que optimiza la atención quirúrgica al permitir a los pacientes regresar a sus hogares el mismo día de la intervención, además de evidenciar una baja tasa de complicaciones postoperatorias, dando resultados satisfactorios en un corto período de tiempo por lo cual se recomienda su implementación.

**Palabras clave:** Cirugía Mayor Ambulatoria; Colecistectomías Abiertas; Procedimientos Quirúrgicos Terapéuticos; Indicadores de Calidad.

## INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria, no representa un modelo nuevo, siendo esta un ejercicio tan antiguo como la cirugía misma, ya que la cirugía surgió mucho antes que la invención de los centros de salud u hospitales y, posteriormente, se asoció a estos, lo que quiere decir que, desde la creación de la cirugía, la recuperación postoperatoria fue llevada a cabo en casa.<sup>(1,2)</sup>

En Estados Unidos, para el 2017 se registraron aproximadamente 22,5 millones de intervenciones quirúrgicas ambulatorias de los cuales solo el 2 % requirió hospitalización, por lo tanto, representó un aumento en la cantidad de pacientes que utilizaron esta modalidad, que se debe no solo a la mejora en las técnicas anestésicas, si no que a la utilización de la cirugía mínimamente invasiva.<sup>(3)</sup>

En Latinoamérica, el progreso ha sido más lento. En países como Chile, Colombia, Guatemala, entre otros, se han presentado publicaciones científicas sobre diversos casos de cirugías laparoscópicas (principalmente colecistectomías y hernioplastias), realizadas de forma ambulatoria y otras que han ameritado ingresos hospitalarios, donde se destaca la seguridad del paciente al ser correctamente seleccionado y el mantenimiento de la calidad en el servicio en la forma ambulatoria. También, ha prevalecido el otorgar el alta médica el mismo día, y que no amerite hospitalización para tener una adecuada evolución postoperatoria.<sup>(1-13)</sup>

Por otra parte, Venezuela posee escasa información sobre el protocolo de CMA, por lo que es poco aplicado, siendo el mismo casi exclusivo para el manejo de patologías quirúrgicas dentro de los centros de salud pertenecientes a la Misión Barrio Adentro, donde se cuenta con quirófano operativo, y pocas salas de hospitalización, donde se realiza la intervención al paciente y, posterior a un período de observación, es egresado para cumplir recuperación extra hospitalaria en su hogar. En vista de la poca publicidad de los beneficios que brinda esta modalidad, la resistencia por parte de los cirujanos, la falta de un respaldo seguro frente a eventuales complicaciones, e incluso la preferencia del paciente por permanecer internado al menos una noche, es poco aplicada en el territorio nacional.<sup>(2,7,8,9)</sup>

El protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria consta de ciertos criterios de inclusión, donde se toman en consideración: los antecedentes crónicos del paciente, las patologías agudas asociadas, el tipo de intervención quirúrgica a realizar y la elección de la técnica quirúrgica (pudiendo ser por vía laparoscópica o no), que contenga la menor cantidad de complicaciones transoperatorias y la técnica anestésica adecuada, que permita la pronta reversión de los efectos anestésicos así como el manejo analgésico del dolor postoperatorio.<sup>(4,5)</sup>

Se puede apreciar como un modelo multidisciplinario, disminuyendo la estancia hospitalaria, promoviendo así un flujo mayor de pacientes con su respectiva resolución quirúrgica, sin utilizar las escasas camas de hospitalización, por lo que se le denomina también “cirugía de día”, de “hospitalización transitoria” o “cirugía de 23 horas”. Tomando en consideración esto, los establecimientos donde se aplica este tipo de protocolos, cuentan con unidades que requieren de condiciones tanto estructurales como funcionales, y de recursos que faciliten y garanticen el funcionamiento eficaz, manteniendo como principal objetivo la seguridad del paciente. Igualmente, el equipo de salud es entrenado de manera multidisciplinaria para llevar a cabo este procedimiento.<sup>(1,2,4,5,6)</sup> La seguridad del paciente es la primera cualidad de cualquier programa de Cirugía Ambulatoria y no radica en el hecho de estar ingresado en el hospital o no, sino de una adecuada selección de pacientes y una

cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica.<sup>(3)</sup>

La Cirugía Mayor Ambulatoria constituye un proceso de gestión complejo en el que intervienen múltiples actores durante todas sus fases. Este proceso debe sustentarse en diversos criterios generales que garanticen la calidad asistencial. Existen numerosos indicadores de calidad asistencial en CMA, muchos de ellos dependientes, al igual que los criterios de calidad, de las características estructurales y organizativas de la Unidad de CMA. En cualquier caso, los Indicadores de Calidad deben contemplar los aspectos fundamentales de la estructura de la Unidad, la eficiencia y calidad asistencial, el funcionamiento interno, la morbilidad, la coordinación profesional y la calidad percibida. Y de acuerdo a los seis Indicadores Clínicos básicos, a saber: Cancelación de cirugía, Reintervención, Ingreso no previsto, Consulta postoperatoria no prevista, Reingreso no previsto, Satisfacción del paciente.<sup>(3,14,15)</sup>

En este contexto, en un estudio efectuado en España, se determinó que gracias a la aplicación del protocolo de cirugía mayor ambulatoria, de 3 051 pacientes intervenidos quirúrgicamente en ese centro de salud, se obtuvo como resultado un porcentaje de 70 % de altas hospitalarias en menos de 24 horas, los cuales egresaron satisfactoriamente sin complicaciones postquirúrgicas inmediatas, lo que supuso un ahorro de 2 112 estancias hospitalarias.<sup>(11)</sup> De igual forma la literatura existente demuestra que esta terapéutica tiene mayor costo-efectividad y seguridad, en comparación con la cirugía con larga estancia hospitalaria, cuando se sigue estrictamente las guías y recomendaciones al respecto; así como también que, si bien la incidencia de complicaciones relacionadas a la cirugía mayor ambulatoria es muy baja, existen otros indicadores clínicos que son propios, como el índice de reingresos o el índice de hospitalización, así como estableció los parámetros y criterios de inclusión al protocolo de cirugía mayor ambulatoria.<sup>(4)</sup> Y que pueden alcanzar un 69,2 % como grado de satisfacción. Demostrando así la alta tasa de seguridad y eficacia del protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria y las pocas complicaciones del mismo.<sup>(2)</sup>

Aunque la Cirugía Mayor Ambulatoria se dio a conocer en la década de los noventa, en Venezuela la recurrencia de esta práctica quirúrgica ha sido muy poco aplicada ya que es un modelo quirúrgico poco conocido. Aun cuando diversos trabajos de investigación a nivel mundial brindan viabilidad para desarrollar este protocolo en cualquier centro hospitalario, en el estado Aragua, específicamente en el Hospital Central de Maracay, no se ha desarrollado proyectos en donde se considere la cirugía mayor ambulatoria como protocolo en colecistectomías abiertas. En virtud de esto, los investigadores se plantearon como objetivo general evaluar un protocolo de cirugía mayor ambulatoria en los pacientes de colecistectomías abiertas programadas en el servicio de cirugía general del Hospital Central de Maracay en el período comprendido desde enero a agosto del 2024.

## MÉTODO

Este estudio se llevó a cabo como una investigación clínico-epidemiológica de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal y documental. La misma, previamente aprobada y autorizada por el Comité de Bioética respectivo, se desarrolló en las instalaciones del servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, Parroquia Las Delicias, Municipio Girardot, Ciudad de Maracay, Estado Aragua, Venezuela, desde el mes de enero al mes de agosto del año 2024. La población a quien se le realizó colecistectomía abierta, bajo el modelo de cirugías programadas, en el Servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay, fue de 65 pacientes, cuya muestra simple fue constituida por 37 pacientes, que cumplían con los criterios de inclusión de acuerdo al protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria.

A los efectos de evitar un rango de error aleatorio, se incorporaron al estudio todos los pacientes que se diagnosticaron con litiasis vesicular, que cumplieron con criterios de inclusión.

## RESULTADOS

Entre las características epidemiológicas obtenidas posterior a la evaluación de la muestra, en el período de este estudio, se encontró como media de la edad 47,78 años con una desviación estándar de 12,79. Asimismo, en el grupo etario, predominó el grupo comprendido por edades de 41 a 60 años de edad, es decir, 43,24%, seguido por el grupo etario de 20 a 40 años, los cuales se expresaron en el 37,84% y el de menor prevalencia el grupo etario de 61 a 80 años, donde fue representado por solamente el 18,92 % de la población (tabla 1).

En cuanto al género predominante en el estudio, fue mayoritariamente de sexo femenino, mostrando un resultado de 86,49 %. Respecto a los antecedentes personales de los pacientes estudiados, el grupo de mayor prevalencia fue el que carece de patologías crónicas diagnosticadas, expresados en 62,16 %, siendo la Hipertensión arterial, la noxa sistémica de mayor presencia, representando el 29,73 % de los resultados; seguida por, la Diabetes Mellitus, donde se evidenció en 8,11 % de los casos.

De igual forma, el nivel socioeconómico, representado por estratos, según la escala Graffar, indicó que el estrato predominante aceptado dentro de los criterios de inclusión, fue el estrato III en 56,76 % de la población, mientras que el estrato II representó un 32,43 %, y con menor prevalencia los estratos IV y I que apenas representaron un 8,11 % y 2,70 %, respectivamente. Es importante enmarcar que el acceso a un centro de salud cercano al domicilio, expresado en dos grupos, la mayor prevalencia se encontró en aquellos cuya

cercanía era menor a 5 kilómetros, siendo esto el 94,59 %, mientras que, grupo que presento su cercanía mayor a 5 kilómetros represento el 5,41 % (tabla 1).

**Tabla 1.** Características socio epidemiológicas y antecedentes personales de los pacientes con cirugía mayor ambulatoria programada en el servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo del Hospital Central de Maracay

Datos epidemiológicos	n*	% <sup>H</sup>	IC95% <sup>I</sup>
Edad (X + DE)	47,78 ± 12,79		
Edad (grupos)	20 a 40 años	14	37,84
	41 a 60 años	16	43,24
	61 a 80 años	7	18,92
Sexo	Femenino	32	86,49
	Masculino	5	13,51
Antecedentes Personales	Ninguna	23	62,16
	HTA	11	29,73
	DM2	3	8,11
Escala de Graffar	I	1	2,70
	II	12	32,43
	III	21	56,76
	IV	3	8,11
Centro de salud cercano	Menos de 5 km	35	94,59
	Mayor de 5 km	2	5,41

n\*: Frecuencia. %H: Porcentaje. IC95%<sup>I</sup>: Intervalo de Confianza al 95 % de probabilidad. HTA: Hipertensión Arterial. DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

La CMA se ha dedicado a controlar de manera minuciosa los factores que influyen de manera directa sobre este modelo quirúrgico y los cuales se extienden, desde la elección del paciente, el tipo de intervención a realizar, así como patologías asociadas y consideraciones anestésicas, que garanticen la rápida evolución satisfactoria y disminuya la probabilidad de presentar alguna complicación postoperatoria, así como la capacidad de identificar y resolver de manera oportuna cualquier complicación presentada por la intervención quirúrgica bajo el modelo de cirugía de 23 horas (tabla 2).

A tal efecto, se evaluaron cuatro ítems principales, a saber: a. Características propias del paciente, b. Aspectos fisiológicos del paciente, c. Aspectos Psicosociales, y, d. Criterios anestésicos. Aplicados a cada paciente para determinar la posibilidad de resolución quirúrgica de la muestra seleccionada, bajo el modelo de Cirugía Mayor Ambulatoria (tabla 2).

Al momento de aplicar el protocolo de cirugía mayor ambulatoria, a los pacientes previamente seleccionados, se evidenció que, el 100 % de los pacientes, no presentaron complicación postoperatoria, en el postoperatorio inmediato. Así mismo, durante el desarrollo del postoperatorio mediato, la prevalencia de los pacientes que no presentaron complicaciones fue del 78,38 %; sin embargo, estas manifestaciones adversas fueron evidenciadas en la minoría de la muestra, siendo estas: seroma en 18,9 %, y en una menor incidencia, infección del sitio quirúrgico superficial, representando 2,70 % de los casos (tabla 3).

Mientras que, en la evaluación del postoperatorio tardío, se constató que los pacientes que no presentaron complicaciones representaron el 94,59 %. Seguidamente, el menor número de pacientes que presentaron estas manifestaciones fue: infección del sitio quirúrgico superficial en un 2,70 % y, por último, se asoció la dehiscencia de herida operatoria en 2,70 %. Para finalizar, en cuanto a la presencia de dolor postoperatorio, evaluado bajo la escala visual análoga (E.V.A.), la cual fue aplicada en los tres tiempos del postoperatorio (inmediato, mediato y tardío), demostró que hubo una prevalencia de la escala menor a cinco, representando esto, el 100 % de la muestra investigada (tabla 3).

Posterior a la aplicación del protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria, se evaluó el mismo, en relación a los criterios de calidad previstos, lo que dio como resultado, que, en los pacientes seleccionados con criterios de inclusión, la tasa de cancelación de la cirugía fue nula, ya que todas fueron llevadas a cabo. Es decir, se mantuvo en el 100 % de los casos, el acto operatorio sin complicaciones institucionales en su desarrollo (tabla 4).

De igual forma, se pudo observar que el 97,30 % de los pacientes intervenidos mantuvo una tasa exitosa de no reintervención quirúrgica. En cuanto a los ingresos no previstos o prolongación de la estancia hospitalaria, los pacientes de este estudio no ameritaron ninguna de estas opciones, por lo cual se evidencia que el 100 % de esta muestra tuvo un egreso hospitalario exitoso, sin ameritar ingresar nuevamente durante el desarrollo del postoperatorio (tabla 4).

**Tabla 2.** Protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria, adaptado al Servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Docente Hospital Central de Maracay

Características del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad 20 a 80 años</li> <li>• Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente.</li> <li>• Paciente cooperador y capaz de entender órdenes verbales y escritas.</li> <li>• ASA I y ASA II.</li> <li>• Capacidad para volver a su domicilio de forma autónoma, inmediatamente posterior al acto quirúrgico.</li> <li>• Fácil Acceso a Centro de salud con servicio quirúrgico.</li> <li>• Acceso a tratamiento postoperatorio.</li> <li>• Riesgo de hemorragia bajo.</li> <li>• Graffar estrato I, II, III y IV</li> </ul>
Aspectos fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La obesidad severa se considera un criterio de contraindicación mayor al 30% del peso ideal.</li> <li>• Pacientes en tratamiento con anticoagulantes.</li> <li>• Paciente con antecedente de miopatías y neuropatías.</li> <li>• Antecedentes familiares de miopatías y neuropatías.</li> </ul>
Aspectos psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe acudir con un adulto responsable, que lo acompañe durante el proceso.</li> <li>• El paciente debe tener teléfono para realizarle seguimiento post operatorio.</li> <li>• El paciente y/o adulto responsable, debe tener capacidad de comprensión para ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados postoperatorios en el domicilio</li> </ul>
Criterios anestésicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicación Anestésica previa.</li> <li>• Recuperación total de la consciencia o de la situación previa del paciente.</li> <li>• Capacidad de deambulación independiente o con ayuda mínima.</li> <li>• Tolerancia a los líquidos.</li> <li>• Diuresis espontanea.</li> <li>• Hemodinámica estable.</li> <li>• Asa I y II</li> <li>• Tipo de Anestesia (local, conductiva, general menor a 120 minutos).</li> <li>• Buena Analgesia.</li> <li>• Dependencia a Consumo de sustancias ilícitas.</li> </ul>

**Tabla 3.** Aplicación del protocolo de cirugía mayor ambulatoria y la aparición de complicaciones y dolor postoperatorio en tres puntos de corte, en pacientes con cirugías programadas en el servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay

Complicaciones		n*	% <sup>H</sup>	IC95% <sup>I</sup>
POI 24 horas'	Ninguna	37	100	90,51 - 100
POM 3er día''	Seroma	7	18,92	7,96 - 35,16
	ISQ superficial	1	2,70	0,07 - 14,16
	Ninguna	29	78,38	61,79 - 90,17
POT 7mo día**	ISQ superficial	1	2,70	0,07 - 14,16
	Dehiscencia de herida	1	2,70	0,07 - 14,16
	Ninguna	35	94,59	81,81 - 99,34
<b>Dolor postoperatorio</b>				
POI 24 horas'	EVA mayor a 5	0	0,00	0,00
	EVA menor a 5	37	100	90,51 - 100
POM 3er día''	EVA mayor a 5	0	0,00	0,00
	EVA menor a 5	37	100	90,51 - 100
POT 7mo día**	EVA mayor a 5	0	0,00	0,00
	EVA menor a 5	37	100	90,51 - 100

Sin embargo, se evidenció que pacientes acudieron a consulta postoperatoria no prevista o no programada, donde el 24,32 % de la muestra los representa. No obstante, el 75,68 % de los individuos estudiados restantes, esperaron a su consulta programada sin contratiempos. Tomando en cuenta la tasa de reingreso hospitalario, en los pacientes estudiados, se determinó que el 100 % no amerito reingreso durante su postoperatorio (tabla 4).

Para finalizar, se establece la satisfacción del paciente como indicador de calidad de carácter evaluativo, del protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria, en donde se estableció que el 100 % de los pacientes, se encontraron satisfechos posterior a la aplicación de este sistema quirúrgico (tabla 4).

**Tabla 4.** Eficacia del protocolo de cirugía mayor ambulatoria, y sus indicadores de calidad, aplicado a pacientes con cirugías programadas en el servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay

Indicadores		n*	% <sup>H</sup>	IC95% <sup>I</sup>
Cancelación de cirugía	Si	0	0,00	0,00
	No	37	100	90,51 - 100
Reintervención	Si	1	2,70	0,07 - 14,16
	No	36	97,30	85,84 - 99,93
Ingreso no previsto	Si	0	0,00	0,00
	No	37	100	90,51 - 100
Consulta PO no prevista	Si	9	24,32	11,77 - 41,20
	No	28	75,68	58,80 - 88,23
Reingreso no previsto	Si	0	0,00	0,00
	No	37	100	90,51 - 100
Satisfacción del paciente	Si	37	100	90,51 - 100
	No	0	0,00	0,00

n\*: Frecuencia. %<sup>H</sup>: Porcentaje. IC95%<sup>I</sup>: Intervalo de Confianza al 95 % de probabilidad.

## DISCUSIÓN

En un estudio realizado, la edad promedio de la población que fue admitida para aplicar el protocolo de cirugía mayor ambulatoria, fue de 52,5 años.<sup>(9)</sup> Lo que presenta similitud con este estudio, cuya edad media de 47 años aproximadamente.<sup>(10)</sup> De igual forma, dicho estudio ratifica la significancia respecto al género predominante, y que está asociada a las intervenciones ginecológicas.<sup>(10)</sup> Sin embargo, en esta investigación, aun cuando la significancia de resultado fue igual el sexo femenino, la cifra está asociada a colecistectomías y se presenta como una diferencia a considerar.

El protocolo de cirugía mayor ambulatoria, está más adaptado a los requerimientos de los hospitales de primer mundo.<sup>(5)</sup> Y por ello no coincide con los resultados del presente estudio. Con respecto a las complicaciones relacionadas con infección de sitio quirúrgico y el seroma, existen estudios que arrojan como resultado una tasa de 8,9 por cada 100.<sup>(8)</sup> Esto se compara con los resultados de esta investigación, donde en el desarrollo de los días postoperatorios, en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas), no se obtuvo ninguna complicación, mientras que en el postoperatorio mediano (3er día) y tardío (7mo día), igualmente estas manifestaciones clínicas fueron las que se evidenciaron, solamente estando el seroma en 7 pacientes, con una resolución entre el postoperatorio mediano y tardío; mientras, la única persona que presentó infección de sitio quirúrgico, tuvo dehiscencia de herida quirúrgica en el postoperatorio tardío, el cual tuvo resolución no quirúrgica.

La cirugía mayor ambulatoria se consagra como un ejemplo de innovación en cuanto a técnicas quirúrgicas se refiere, logrando así que determinadas intervenciones quirúrgicas en pacientes seleccionados, e independientemente del tipo de anestesia utilizada, puedan asistir al centro de salud donde se realizará la intervención programada y, posterior a un período corto de recuperación, obtener el egreso hospitalario en las primeras horas del posoperatorio; después de un seguimiento directo y repetido, los pacientes regresan a casa el día de la intervención hasta que se cumplan los criterios de alta aceptables, eliminando así la necesidad de ocupación de camas para pacientes hospitalizados.<sup>(12)</sup> Esto fue evidenciable en esta investigación, donde los pacientes, en su gran mayoría tuvieron un curso postoperatorio satisfactorio, con una mínima tasa de complicaciones y sin ameritar reingresos hospitalarios.

Por último, respecto a los indicadores de calidad recientes investigaciones, independientemente del tipo de institución, señalan que es necesario evaluar continuamente porque son indispensables para monitorear y evaluar una variedad de actividades; por lo tanto, deben medirse periódicamente y registrarse sistemáticamente. Ratificando que con la mejora continua se evidencia un descenso de las tasas de cancelación y de cirugías suspendidas, bien fuese por motivos institucionales o propios del paciente.<sup>(13,14,15)</sup> También, que las complicaciones manifestadas durante el postoperatorio de los pacientes fueron, en su mayoría, menores. Y, la tasa de medición de la satisfacción de los pacientes, fue elevada en un porcentaje bastante significativo, abarcando casi tres cuartas partes de la población total.<sup>(2,16)</sup> Esto se relaciona con este estudio, en vista que se evidenció la eficacia total de la cirugía mayor ambulatoria, adaptada a los requerimientos del Hospital Central de Maracay, realza la veracidad del estudio y permite evaluar las posibilidades de aplicación en otras patologías, e incluso otras áreas de salud, bien sea otros servicios quirúrgicos como traumatología y ortopedia, neurocirugía, entre otros, siempre manteniendo presente el bienestar del paciente como primer lugar para la toma de decisiones.

## CONCLUSIONES

La Cirugía Mayor Ambulatoria, que incluye un número cada vez mayor de procesos y ha revolucionado la

práctica quirúrgica, es una alternativa al tratamiento quirúrgico convencional con hospitalización de pacientes. Ha sido un factor importante en la disminución de los costos hospitalarios en los centros objeto de estudio. Esta experiencia ha beneficiado a la población más necesitada y ha sido muy bien recibida en los centros hospitalarios.

Es por ello que se concluye que la aplicación de este sistema como protocolo estándar debería ser considerado permanentemente, en vista de ser una práctica que rara vez presenta complicaciones graves. Y, de presentarse complicaciones menores, la resolución de las mismas son dentro de los primeros 30 días, o menos, posterior al acto quirúrgico. En el caso de este estudio, se apreció el papel de la cirugía mayor ambulatoria como una innovadora alternativa que optimiza la atención quirúrgica al permitir a los pacientes regresar a sus hogares el mismo día de la intervención, además de evidenciar una baja tasa de complicaciones postoperatorias y una alta satisfacción entre los pacientes. Este modelo sugiere un potencial considerable para su implementación en diferentes áreas de la salud, manteniendo siempre la prioridad en el bienestar del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García G, de Benito B. estudio del programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía general y aparato digestivo. Universidad Autónoma de Madrid 2013. <https://n9.cl/a20wfl>.
2. Brahin F, Toll E, Zain P, Resina J. Cirugía Mayor Ambulatoria en un Servicio de Cirugía General: cinco años de experiencia. *Scielo*. 2020;112:1474
3. Capitán Vallvey JM. Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. *Cir Andal*. 2022;33(4):451-461.
4. Alejandro Recalt. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. Elsevier. 2017;28:682-690.
5. Redondo ML, Crespo E. Cirugía mayor ambulatoria, modalidad quirúrgica en crecimiento. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Enfermería 'Dr. Dacio Crespo 2016.
6. Domínguez JC, Zamora O, Rodríguez JF, Cabrera JC. Estructura y funcionamiento de un servicio de cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. *Scielo*. 1999; 38:1561-2945.
7. Comunidad Madrid hospital Gregorio Marañón profesionales servicios quirúrgicos cirugía mayor ambulatoria, Cirugía Mayor Ambulatoria. <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/servicios-quirurgicos/cirugia-mayor-ambulatoria>.
8. Correa L, Enrique A. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela. *Scielo*. 2019; 23:1561-3194.
9. Pérez A, Cintra S, Lamoru S. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria y corta hospitalización en varios CDI de Maracaibo, Venezuela. *Dialnet*. 2015; 94:1314-1321.
10. Torres B, et al. Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. *Scielo*, 1999;73:1135-5727.
11. Escola d'Oficis Catalunya. Cirugía mayor ambulatoria, ¿qué es y en qué consiste?, 2022. <https://eoc.cat/cirugia-mayor-ambulatoria>.
12. Cruz J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. *Scielo*. 2020; 22:1608-8921.
13. Dr. David D. Cohen; Dr. John B. Dillon. Anestesia para Cirugía Ambulatoria. *JAMA*. 1966;196(13):1114-6.
14. Sociedad Argentina de Cirugía, Guía de Organización y procedimientos en Cirugía Ambulatoria. <https://n9.cl/y19zz>
15. Lemos P, Regalado AM: Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In *Day Surgery. Development and Practice*. Lemos P, Jarret P, Philip B eds. IAAS, Portugal 2006. Pags 257-280.
16. Merino Díez E , Suárez Grau JM , de Jesús Gil A , Tallón Aguilar L, Mateo Retuerta J , Tkacikova E. Criterios de selección en cirugía mayor ambulatoria de pared abdominal. *Cirugia Andaluza* 2024.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

*Conceptualización:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Curación de datos:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Análisis formal:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Investigación:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Metodología:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Administración del proyecto:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Recursos:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Software:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Supervisión:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Validación:* María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Visualización:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Redacción - borrador original:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.

*Redacción - revisión y edición:* Alejandro Martínez, Ariana Gámez López, Luis Corona Silva, María Prieto, Eudo Cuabro, María Victoria Mendez.