



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**  
**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

---

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**COORDINACIÓN NACIONAL DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA**  
**ESPECIALIDAD**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE "LIC. LUIS DONALDO**  
**COLOSIO MURRIETA"**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 2**

**T E S I S**

PERFIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA  
AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD MÉDICA DE  
ALTA ESPECIALIDAD No. 2, CD. OBREGÓN, SONORA.

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:**  
**OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

**PRESENTA**

**LUIS CARLOS PÉREZ RODRÍGUEZ**

Médico residente en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

**DIRECTOR DE TESIS**

**JUAN ANTONIO LUGO MACHADO**

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

**CIUDAD OBREGÓN, SONORA, MÉXICO 2024.**





Dirección General de Bibliotecas  
Ciudad Universitaria  
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios  
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.  
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57  
dgbuas@uas.edu.mx

## UAS-Dirección General de Bibliotecas

### Repositorio Institucional Buelna

#### Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial  
Compartir Igual, 4.0 Internacional



## DEDICATORIA

**A mis padres** quienes me dieron la existencia, el apoyo, los medios y recursos para lograr mis objetivos propuestos aunado a su amor incondicional, paciencia y compañía en este largo y difícil camino, siendo los pilares de mi vida, les agradezco infinitamente el amor y protección brindados.

**A mi novia** por ser mi compañera de vida quien me da su apoyo y ayuda incondicional, estando en las buenas y en las malas, por creer en mi e impulsarme a ser mejor día a día

**A mi hermano** por ser cómplice de aventuras, amigo y ejemplo a seguir

**A mis maestros** por la enseñanza y formación brindada durante estos años, por ayudar a formar mi criterio y sembrar el conocimiento hoy obtenido.

## **AGRADECIMIENTOS**

Un agradecimiento especial al Dr. Juan Antonio Lugo Machado quien confió en mi y me guió para la realización de esta investigación, quien con paciencia y perseverancia atendió y resolvió mis dudas; le otorgo mi mayor reconocimiento por formarme profesionalmente y compartir su lado humanitario y espiritual.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**No.** Número

**Cd.** Ciudad

**Lic.** Licenciatura

**Dr.** Doctor

**Dra.** Doctora

**CMNNO.** Centro Médico Nacional del Noroeste

**S/N.** Sin número

**UNAM.** Universidad Autónoma de México

**IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social

**C.P.** Código postal

**Mtra.** Maestra

**Med. Esp.** Médico especialista

**UMAЕ.** Unidad Médica de Alta Especialidad

**SPSS.** Paquete de datos estadísticos para ciencias sociales

**ASA.** American Society of Anesthesiologists

**NOM.** Norma Oficial Mexicana

**OMS.** Organización Mundial de la Salud

**SAOS.** Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

**USB.** Universal Serial Bus

**GB.** Gigabyte

**CD.** Compact Disk

**SIRELCIS.** Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud

**DE.** Desviación Estándar

## ÍNDICE

I.	RESUMEN/ABSTRACT.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	5
III.	ANTECEDENTES.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.	JUSTIFICACIÓN.....	10
VI.	OBJETIVOS.....	12
VII.	HIPÓTESIS.....	13
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
IX.	RESULTADOS.....	27
X.	DISCUSIÓN.....	30
XI.	CONCLUSIÓN.....	32
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
XIII.	ANEXOS .....	36

## I. RESUMEN

**Título:** Perfil clínico-quirúrgico de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología en la unidad médica de alta especialidad no. 2, cd. Obregón, Sonora.

**Autores:** Lugo-Machado JA<sup>1</sup>; Pérez-Rodríguez LC<sup>2</sup>; Esquer-Páez MD<sup>3</sup>

1.- Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital de Especialidades No. 2, Ciudad Obregón Sonora; 2.- Médico residente de cuarto año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital de Especialidades No. 2, Ciudad Obregón Sonora. 3.-Especialista en Medicina Familiar, UMF No. 1 Ciudad Obregón Sonora.

**Introducción:** El progreso de las técnicas quirúrgicas, fármacos, técnicas anestésicas y los cuidados perioperatorios han contribuido al desarrollo y expansión de la cirugía ambulatoria a nivel mundial, en el servicio de otorrinolaringología se realizan cada vez más una amplia variedad de procedimientos bajo anestesia local. Para tener una cirugía ambulatoria exitosa, es pertinente que tanto el paciente como el procedimiento sean seleccionados apropiadamente

**Objetivo:** Describir el perfil clínico-quirúrgico de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se tomó una serie consecutiva de pacientes con muestreo no probabilístico, sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el servicio de otorrinolaringología, donde se aplicó una cédula de evaluación del procedimiento. Se analizó mediante

estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, con apoyo en el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** De los 41 pacientes estudiados el 51.2% fueron del género masculino, la edad media fue de  $41 \pm 16.2$  años, en escolaridad un 36.6% con estudios de licenciatura, sin comorbilidades un 51.2%. Como principal diagnóstico; rinitis alérgica con un 19.5% seguido de hipoacusia súbita con un 12.2%. Como primer procedimiento realizado turbinoplastía en un 19.5% e infiltración intratimpánica con 12.2%. El tipo de anestesia empleada prevaleció la anestesia local y bloqueo con un 65.9%, sin presentar eventos asociados a la anestesia en un 97.6% en la muestra en estudio. El riesgo quirúrgico ASA II se encontró en el 51.2% y la media de tiempo empleado en 43.54 minutos.

**Conclusión:** Esta modalidad de atención quirúrgica resulta una opción conveniente tanto para pacientes como para el dinamismo hospitalario. Al paciente con una menor espera para la intervención, menor tiempo de recuperación y prontitud a la reintegración de sus actividades, aumenta la disponibilidad de camas y reduce costos hospitalarios.

**Palabras claves.** Procedimientos quirúrgicos ambulatorios; Otorrinolaringología; Características de población; Intervenciones Quirúrgicas

## I.I ABSTRACT

**Title:** Clinical-surgical profile of patients undergoing ambulatory surgery in otolaryngology in the high specialty medical unit no. 2, Cd. Obregon, Sonora.

**Authors:** Lugo-Machado JA<sup>1</sup>; Perez-Rodriguez LC<sup>2</sup>; Esquer-Páez MD<sup>3</sup>

1.- Specialist in Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Specialty Hospital No. 2, Ciudad Obregón Sonora; 2.- Fourth year resident physician of Otolaryngology and Head and Neck Surgery, Specialty Hospital No. 2, Ciudad Obregón Sonora. 3.- Specialist in Family Medicine, UMF No. 1 at Ciudad Obregón, Sonora.

**Introduction:** The progress of surgical techniques, drugs, anesthetic techniques and perioperative care have contributed to the development and expansion of ambulatory surgery worldwide, in the otolaryngology service a wide variety of procedures are increasingly performed under local anesthesia.

**Objective:** To describe the clinical-surgical profile of patients undergoing ambulatory surgery in otolaryngology

**Material and methods:** observational, descriptive, prospective study. A consecutive series of patients with non-probability sampling, submitted to outpatient surgical procedures in the otolaryngology service, was taken, where an evaluation card of the procedure was applied. It was analyzed using descriptive statistics with measures of central tendency and dispersion, supported by the SPSS statistical program.

**Results:** Of the 41 patients studied, 51.2% were male, the mean age was 41 years (SD  $\pm$ 16.2), in schooling 36.6% with undergraduate studies, without comorbidities 51.2%. As the main diagnosis; allergic rhinitis with 19.5%, the most frequently performed procedure was turbinoplasty in 19.5%. The type of anesthesia used

prevailed local anesthesia and block with 65.9% without presenting complications in 97.6%. The surgical risk ASA II was found in 51.2% and the mean time spent in 43.54 minutes.

**Conclusion:** This modality of surgical care is a convenient option for both patients and hospital dynamism. The patient with a shorter wait for the intervention, shorter recovery time and promptness to the reintegration of their activities, increases the availability of beds and reduces hospital costs.

**Keywords.** Outpatient surgical procedures; Otorhinolaryngology; Population characteristics; Surgical interventions

## II. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, el progreso de las técnicas quirúrgicas, fármacos, técnicas anestésicas y los cuidados perioperatorios han contribuido al desarrollo y expansión de la cirugía ambulatoria a nivel mundial. Se considera como cirugía ambulatoria a aquellos procedimientos quirúrgicos en los que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día.<sup>1</sup> Los otorrinolaringólogos realizan cada vez más una amplia variedad de procedimientos bajo anestesia general, así como bajo anestesia local.<sup>2</sup>

Los procedimientos que antes se llevaban a cabo dentro de las paredes de un hospital se realizan cada vez más en el entorno del consultorio. La proporción de cirugías ambulatorias y en consultorio ha aumentado de un escaso 10% al 15% a principios de la década de 1990 a más cerca del 60% en 2012. Según la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA), indicó que el número de procedimientos en el consultorio esencialmente se duplicó a 10 millones de casos por año de 1995 a 2005.<sup>3</sup>

### III. ANTECEDENTES

En México no se cuenta con estadísticas actualizadas al respecto de cirugías ambulatorias, sin embargo, en un estudio realizado por Alvarado-Gay en 2006 se hace referencia a que en el periodo comprendido de junio de 1985 a diciembre de 1998 se realizaron un total de 57,125 cirugías ambulatorias, con 244,115 consultas, encontrando una mortalidad de cero y morbilidad menor al 1%, dentro de los principales procedimientos realizados fueron rinoseptoplastía, resección de tumores en cara y cuello, por mencionar algunos, se utilizó anestesia regional o local en un 45%.<sup>4</sup>

Dentro de los beneficios que se observan en la cirugía ambulatoria, es que permite una recuperación más rápida de la anestesia y, por tanto, una rápida reanudación de las actividades diarias de los pacientes, además de alta hospitalaria temprana. En cuanto a la morbilidad y mortalidad se asocia a una incidencia muy baja en este tipo de procedimientos, además se ha observado en previos estudios tasas más bajas de cancelaciones quirúrgicas, reducciones en tiempos de espera, costos hospitalarios y riesgo de infección nosocomial.<sup>5</sup>

En los últimos 40 años la anestesia ambulatoria se ha convertido en una de las áreas de mayor crecimiento dentro del sistema de salud de muchos países, abarcando una gran variedad de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, lo que ha generado programas específicos de anestesia ambulatoria y cirugía de corta estancia.<sup>5</sup> Los procedimientos anestésico-quirúrgicos o anestésico-diagnósticos ambulatorios están reglamentados por decretos específicos del Código de Salud Pública de cada país,

pudiendo realizarse en centros hospitalarios o en consultorios independientes especializados en este campo.<sup>5</sup>

La Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para La Práctica De La Cirugía Mayor Ambulatoria, nos indica que este tipo de procedimientos resulta una ventaja para los sistemas de salud, ya que, la atención de pacientes a través de la cirugía mayor ambulatoria permite reducir el costo del tratamiento quirúrgico, sin disminuir la calidad de la atención y contribuye a aumentar la productividad y eficiencia del personal del área de la salud, así como a reducir las listas de espera, incrementando con ello la capacidad de atención a la población.<sup>6</sup>

Por no encontrarse una normativa referente para las cirugías menores ambulatorias, se tomara como base la NOM-026 para los lineamientos pertinentes en este estudio, sin embargo, es objeto de análisis en el presente; las cirugías menores ambulatorias, siendo aquellas las que se realizan en áreas acondicionadas para tal fin, y en la que sólo es necesario utilizar anestesia local siendo inmediata la recuperación del paciente.<sup>7</sup>

Una de las principales preocupaciones en el ámbito de la cirugía ambulatoria es la salud del paciente y los posibles efectos secundarios de la misma. Por lo tanto, al momento de hacer la elección de cirugía ambulatoria, es importante conocer y evaluar el estado general del paciente, incluyendo sus antecedentes médicos, historia clínica adecuada, antecedentes familiares de relevancia, así como el tipo de cirugía concertada.<sup>5</sup>

En términos generales, para que un paciente pueda recibir anestesia y cirugía ambulatoria la selección del paciente es fundamental. Además de una exhaustiva

historia clínica, se deberá indagar sobre medicamentos activos, alergias a fármacos y al látex, antecedentes psicológicos con énfasis en la ansiedad, antecedentes familiares de hipertermia maligna y afecciones de alto riesgo como obesidad mórbida, apnea obstructiva del sueño y vía aérea difícil.<sup>8</sup>

Por lo anteriormente descrito aquellos candidatos que no se consideren elegibles deberán ser atendidos en un entorno de carácter hospitalario. Los pacientes de mayor riesgo, así como los casos con perfil de alto riesgo de complicación deberán ser tratados en salas de procedimientos o salas de endoscopia en un hospital con más recursos disponibles para limitación de daño en casos de complicación.<sup>8</sup>

La creciente popularidad de los procedimientos ambulatorios en el entorno clínico debe ir acompañado de técnicas formales, descritas y validadas de la anestesia local empleada.<sup>9</sup> Algunos procedimientos bajo anestesia local son seguros, rentables y reducen significativamente el tiempo de trabajo.<sup>10,11</sup>

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La cirugía ambulatoria es un modelo de atención en salud, específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo desarrollado, donde cerca del 80% de toda la cirugía electiva se realiza de esta manera. Sin embargo en América Latina este progreso ha sido más lento,<sup>12</sup> además no se cuenta con suficientes estudios recientes sobre el panorama nacional o regional de cirugías ambulatorias.

En términos generales consiste en que a determinados pacientes se les da de alta el mismo día de la cirugía y no necesitan de la cama hospitalaria para completar su proceso de recuperación,<sup>12</sup> lo que constituye una estrategia novedosa y costo efectiva comparada con la cirugía tradicional. Los avances en cirugía mínimamente invasiva y técnicas anestésicas permiten una rápida recuperación, por lo que debe ser considerada como alternativa de elección para muchos tipos de procedimientos, además no se compromete con la calidad de atención, ni la seguridad del paciente.

Por lo anterior, nos dimos a la tarea de preguntarnos la siguiente interrogante: ¿Cuál será el perfil clínico-quirúrgico de los pacientes que son intervenidos bajo cirugía ambulatoria en el servicio de otorrinolaringología de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2, Cd. Obregón, Sonora?

## V. JUSTIFICACIÓN

Para desarrollar con éxito este tipo de iniciativas, se requiere contar con un programa de atención específico para cirugías ambulatorias, que beneficie al paciente, reduzca el tiempo de atención y disminuya el costo, donde se incluirán específicas normas de selección de pacientes y procedimientos, además de indicaciones para el alta y control domiciliario, de tal manera que se cuente con el mismo estándar de cuidado que la cirugía con hospitalización.

Su implementación definitiva requiere generar cambios en los modelos organizativos vigentes y sobre todo generar incentivos a todos los involucrados en este proceso de atención clínica. En un entorno como el actual, de aumento de la demanda quirúrgica y costos sanitarios crecientes, desarrollar la cirugía ambulatoria constituye un necesario e importante desafío para las organizaciones de salud, siendo esto una manera de agregar valor.

El volumen de cirugía en los centros de cirugía ambulatoria ha aumentado notablemente en las últimas décadas,<sup>13</sup> para que el procedimiento anestésico-quirúrgico ambulatorio sea exitoso y seguro, es necesario que el cirujano y anestesiólogo consideren varios factores relacionados como la selección del paciente idóneo, los métodos quirúrgicos y anestésicos, así como el manejo posoperatorio.

La selección del paciente depende de varios factores, incluidos factores quirúrgicos, sociales, médicos y anestésicos,<sup>14</sup> los pacientes con una puntuación alta de comorbilidad según el sistema de la Sociedad Americana de Anestesiología de III y IV (o superior) generalmente no se consideran elegibles para cirugía ambulatoria.<sup>15</sup> El principal factor relacionado con el procedimiento que aumenta el riesgo de cirugía

ambulatoria es la duración del procedimiento.<sup>16</sup> Los factores socioeconómicos que deben ser considerados para cirugía ambulatoria, es la accesibilidad a la atención médica y la presencia de un adulto responsable que cuide al paciente de su condición.<sup>17</sup>

Describir las características del perfil clínico-quirúrgico del paciente intervenido bajo cirugía ambulatoria, nos facilita tomar decisiones para seleccionar el candidato con mayor probabilidad de éxito en estos procedimientos.

## **VI. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir el perfil clínico-quirúrgico de los pacientes intervenidos bajo cirugía ambulatoria en otorrinolaringología en la Unidad Médica De Alta Especialidad No. 2, Cd. Obregon, Sonora.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- I. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes que son sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología
- II. Identificar los procedimientos más comunes que se realizan de cirugía ambulatoria en otorrinolaringología
- III. Describir las características clínicas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología

## **VII. HIPÓTESIS**

Al ser un estudio descriptivo no formulamos hipótesis

## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de investigación:** Serie de casos

**Diseño de investigación:** Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

**Lugar del estudio:** Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2 de Cd. Obregón, Sonora, servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Muestra:** Se tomó una serie consecutiva de pacientes con muestreo no probabilístico, sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el servicio de otorrinolaringología, donde se aplicó una cédula de evaluación del procedimiento, tomando datos como, género, edad, tipo de procedimiento, indicaciones, complicaciones, tiempo de espera para cirugía, riesgo quirúrgico ASA, tipo de anestesia, lugar de origen, tiempo quirúrgico. Se realizó la captura de los datos en la hoja de recolección, posteriormente se concentró la información a una base de Excel, por último, se realizó el análisis estadístico en SPSS, para determinar los resultados, con discusión y conclusión de los mismos.

**Población de estudio:** Pacientes derechohabientes al IMSS, con atención en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2 que acudan al servicio de Otorrinolaringología, con selección no probalística de casos consecutivos sometidos a cirugía ambulatoria en el periodo de tiempo de mayo de 2022 a abril del 2023.

**Análisis estadístico:** Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y medidas de dispersión mediante el programa SPSS versión 25.

**Variabes:**

**Definición y operacionalización de las variables**

Como variable dependiente se encontró al registro de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

En tanto que para las variables independientes del estudio se tomaron las que se enlistan a continuación.

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición o clasificación estadística</b>	<b>Indicador</b>	<b>Clasificación causa-efecto</b>
<b>Sexo</b>	Conceptos sociales de las funciones, comportamiento, actividades y atributo que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. (OMS)	Se obtendrá con base en el expediente u hoja de recolección	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Independiente

<b>Edad</b>	Es el intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha actual.	Edad registrada en el expediente u hoja de recolección	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos	Independiente
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Se obtendrá con base en el expediente u hoja de recolección	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeta 2. Leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Licenciatura 7. Posgrado	Independiente
<b>Ocupación</b>	Es lo que una persona hace en un momento determinado, la forma que tiene	Se obtendrá con base en el expediente u hoja de	Cualitativa Nominal	1. Hogar 2. Trabajador de la salud 3. Empleado	Independiente

	de ocupar el tiempo laboral	recolección		4. Independiente 5. Desempleado 6. Jubilado	
<b>Lugar de origen</b>	Se refiere a el estado y/o ciudad de donde se envía para manejo a este hospital	Lugar de referencia	Cualitativa Nominal	Ciudad/estado de procedencia	Independiente
<b>Comorbilidades</b>	Situación de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo.	Se obtendrá con base en el expediente u hoja de recolección	Cualitativa Nominal	1. Diabetes Mellitus 2. Asma 3. Tabaquismo 4. Obesidad 5. Hipertensión 6. Trastornos de la coagulación	independiente

<b>Tipo de procedimiento</b>	Es un método para ejecutar una acción	Se determinará el tipo procedimiento aplicado en los pacientes registrado en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	Procedimiento o realizado	Independiente
<b>Indicaciones</b>	Acto consecutivo de designar una acción	Se evaluará el diagnóstico preoperatorio o del paciente	Cualitativo Nominal	Diagnóstico preoperatorio	Independiente
<b>Tiempo quirúrgico</b>	Tiempo que transcurre desde el inicio del evento quirúrgico hasta el término.	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos	Cuantitativo Continua	Minutos Horas	Independiente

<b>Anestesia</b>	Es la pérdida de sensibilidad en un área del cuerpo, empleada con fines terapéuticos o para procedimientos	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos y expediente clínico.	Cualitativo Nominal	1. Anestesia local 2. Bloqueo 3. Anestesia local y bloqueo 4. Anestesia local/bloqueo más sedación leve.	independiente
<b>Riesgo quirúrgico clasificación ASA</b>	Instrumento utilizado para categorizar la condición física de los pacientes antes de ser intervenidos quirúrgicamente	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos y expediente clínico.	Cualitativo Nominal	1. ASA I 2. ASA II 3. ASA III 4. ASA IV	Independiente
<b>Evento asociado a la anestesia</b>	Complicaciones derivadas de la aplicación de la anestesia y/o bloqueo.	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos y	Cualitativo Nominal	1. Si 2. No	Independiente

		expediente clínico.			
<b>Complicaciones transquirúrgicas</b>	Complicaciones derivadas durante el procedimiento quirúrgico.	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos y expediente clínico.	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No	Independiente
<b>Complicaciones postquirúrgicas</b>	Complicaciones derivadas posteriores al procedimiento quirúrgico.	Se obtendrá de la cédula de recolección de datos y expediente clínico.	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No	Independiente

**Tamaño de la muestra:**

Para el presente estudio y dadas las disposiciones y opciones de sistematización de las unidades de observación y el planteamiento estadístico del investigador se efectuó muestreo de tipo no probabilístico, integrando la muestra del listado de sujetos disponibles para su selección.

La determinación del cálculo de la muestra de los casos se llevó a cabo a partir de la fórmula para población infinita, con un valor  $Z\alpha$  de 95%, precisión del 5% y proporción esperada del 2.6%, a través de la siguiente fórmula.

$$N = [(Z\alpha^2 pq) / d^2]$$

En donde:

$N$  = es el número de sujetos necesarios en la muestra.

$Z\alpha$  = es el valor z correspondiente al riesgo  $\alpha$  (95%).

$p$  = es la proporción esperada es del 2.6%

$q$  = es el valor que se obtiene de  $1-p$

$d$  = es la precisión deseada en este caso es de 5%.

$$q = 1 - 0.026 = 0.974$$

$$n = [(1.96)^2 (0.026) (0.974)] / (.05)^2$$

$$n = [(3.8416) (0.025324)] / .0025$$

$$n = 0.097284 / .0025$$

$$n = 38.91$$

Proporción esperada de pérdidas = 10%

Muestra ajustada a las pérdidas = 41

### **Criterios de selección:**

#### **a) de inclusión:**

- Pacientes sometidos a cirugía ambulatoria
- Edad mayor de 18 años
- Valoración ASA I, II o III estables
- Contar con apoyo familiar para vigilancia en su domicilio

- Contar con celular para su localización
- Vivir a menos de 1 hora de la institución

**b) de exclusión:**

- Paciente que no desee anestesia locorregional.
- Paciente que requiera intervención en quirófano y hospitalización.
- Paciente inestable.
- Paciente con riesgo de hipertermia maligna.
- Paciente con obesidad mórbida acompañada de problemas cardíacos o respiratorios (SAOS).
- Paciente con tratamiento psiquiátrico o adicciones.
- Pacientes con necesidad de transfusión sanguínea.

**c) de eliminación:**

- Pacientes a los que no se les pudo completar el evento quirúrgico
- Pacientes con registros en cédula y expedientes incompletos para las necesidades del estudio.
- Pacientes que decidan abandonar el estudio.

**Descripción general del estudio:**

Previa presentación y aceptación por el comité de ética, se llevó a cabo un estudio bajo el tipo de diseño señalado. Una vez autorizado, el grupo de investigadores se dió a la tarea de identificar a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios y con base en los criterios de selección se obtuvo sus registros tanto de

expedientes clínicos como de la cédula de recolección de datos (disponible en anexos).

### **Instrumentos de evaluación y recolección de datos:**

Se realizaron cédulas de recolección de datos y revisaron expedientes clínicos, para su posterior organización en Excel®, de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el periodo comprendido de mayo de 2022 a abril de 2023, con una muestra por lo menos de 41 pacientes.

### **Análisis estadístico:**

Para el análisis estadístico de los datos, se organizó la información obtenida por medio del programa de análisis de Microsoft Office Excel® hasta completar una base de datos suficiente y precisa para efectuar el análisis estadístico apoyados por el programa estadístico informático en ciencias sociales SPSS versión 25 para Macintosh, donde se obtuvo estadística descriptiva, medidas de tendencias central, como promedio, medias, mediana y medidas de dispersión como desviación estándar, varianza y rango, así frecuencias y porcentajes con posterior presentación mediante cuadros, graficas y tablas para su interpretación.

### **Aspectos éticos:**

Este proyecto, dentro de la clasificación de riesgo al que se somete al sujeto de investigación, según la Ley general de Salud en materia de investigación en salud, corresponde a **investigación de riesgo mínimo** ya que se aplicará un cuestionario, sin intervenir más allá en el protocolo de manejo de los casos.

Esta investigación está desarrollada de acuerdo con las normas éticas ya que se apega a la ley general de salud en materia de investigación para la salud, y con la

declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Se respetaron los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont, el código de reglamentos Federales de Estados Unidos, así como la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y las normas para la investigación en salud en el IMSS. De acuerdo a la Ley General de Salud vigente que establece en el título quinto (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) capítulo único, Artículo 96, III la investigación contribuye a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

Otras recomendaciones importantes son las de la Asociación Internacional de Epidemiología de 1990, y las del Council Ford International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) en 1991. Los tres principios éticos resumidos en ese informe fueron los de Autonomía, Beneficencia y Justicia.

Posteriormente, Beauchamp y Childress, añadieron el principio de no-maleficencia, generalizando la aplicación de estos principios a la medicina clínica y estructurando de este modo una moderna ética aplicada, donde estos principios también se han incorporado a la legislación sobre investigación en prácticamente todos los países desarrollados.

## **Recursos humanos, físicos y materiales, financiamiento y factibilidad:**

### **a) Humanos:**

- Dr. Juan Antonio Lugo Machado, investigador principal y responsable, el cual se encargó de la asesoría para la elaboración del presente estudio de investigación, el registro del mismo, de evaluar las funciones y actividades del tesista a su cargo, así como de la observación del análisis e interpretación de las variables en estudio que llevarán al producto final y esperado.
- Dr. Luis Carlos Rodríguez Rodríguez, médico residente de cuarto año de la especialidad de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, quien fungió como investigador colaborador y tesista, teniendo como funciones la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los mismos y posterior redacción final de tesis.
- Dra. Miriam Darlene Esquer Páez, médico adscrito de medicina familiar, quien fungió como investigador colaborador teniendo como función la orientación metodológica.

### **b) Físicos, materiales y recursos financieros:**

El principal recurso fue el representado por la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 2, área de otorrinolaringología, para la realización del estudio, donde se contó con la disposición y autorización de parte del departamento de enseñanza, así como de dirección. Acerca de recursos materiales, como instrumentos de oficina fueron los que se expresan en la siguiente tabla. Los gastos requeridos para la elaboración del estudio fueron financiados por los investigadores.

<b>Presupuesto por Tipo de Gasto</b>			
<b>Gasto de Inversión.</b>			
		<b>ESPECIFICACIÓN</b>	<b>COSTO</b>
1.	Equipo de cómputo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laptop Macbook</li> <li>• Memoria USB sandisck de 16GB</li> </ul>	1 laptop 1 USB	\$20,200.00
<b>Subtotal Gasto de Inversión</b>			\$20,200.00
<b>Gasto Corriente</b>			
1.	Artículos, materiales y útiles diversos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolígrafos</li> <li>• Carpetas</li> <li>• Copias</li> <li>• Hojas</li> <li>• CD</li> <li>• Empastado</li> </ul>	10 bolígrafos 5 carpetas 100 copias 100 hojas 1 CD 1 Empastado	\$ 800.00
<b>Subtotal Gasto Corriente</b>			\$ 800.00
<b>TOTAL</b>			\$21,000.00



**Factibilidad:**

La disponibilidad de los recursos materiales, financieros y materiales, fue adecuada para la realización del estudio, ya que se contó con el recurso humano, físico, material y financiero para poderse llevar a cabo.

**Cronograma de actividades:**

PERFIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD NO. 2, CD. OBREGON, SONORA.		
Mes	Actividad	Producto
<b>Julio-Agosto 2021</b>	Planeación operativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planteamiento del problema</li><li>• Título del trabajo de investigación</li></ul>
<b>Septiembre- Octubre 2021</b>	Recopilación de bibliografía e ideas principales en la investigación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Banco de referencias</li><li>• Conglomerados de ideas principales</li></ul>
<b>Noviembre 2021</b>	Síntesis y unificación de ideas principales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Marco teórico</li></ul>
<b>Diciembre 2021</b>	Planeación operativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Justificación, objetivo, e hipótesis de trabajo</li></ul>
<b>Enero 2022</b>	Planeación operativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Operacionalización de variables</li></ul>

<b>Febrero 2022</b>	Planeación operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra, tipo de muestreo y cálculo del tamaño de muestra</li> <li>• Materiales y métodos</li> </ul>
<b>Marzo 2022</b>	Planeación operativa Correcciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos éticos</li> <li>• Recursos</li> <li>• Corrección de trabajo de investigación</li> </ul>
<b>Abril 2022</b>	Envío a SIRELCIS Espera y/o corrección dictamen SIRELCIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envío</li> <li>• Dictamen de SIRELCIS</li> </ul>
<b>Mayo 2022 – Abril 2023</b>	Planeación operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de investigación</li> <li>• Obtención de cédulas/cuestionarios</li> <li>• Obtención de información de expediente clínico</li> </ul>
<b>Mayo 2023</b>	Recolección de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferencia de datos</li> </ul>
<b>Junio 2023</b>	Análisis estadístico de variables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de datos de variables de</li> </ul>

		estudio
<b>Julio 2023</b>	Redacción de resultados Redacción de discusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados</li> <li>• Discusión</li> </ul>
<b>Agosto 2023</b>	Correcciones de resultados y discusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados</li> <li>• Discusión</li> </ul>
<b>Septiembre 2023</b>	Redacción de conclusiones Elaboración de producto final	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones</li> <li>• Resultados finales</li> </ul>

**IX.**

## X. RESULTADOS

En este estudio se evaluó una serie consecutiva de 41 pacientes con muestreo no probabilístico, sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el servicio de otorrinolaringología, en el periodo de tiempo de mayo de 2022 a abril de 2023. De los 41 pacientes estudiados 21 (51.2%) fueron del género masculino, mientras que 20 (48.8%) del femenino. La media de edad fue de 41 años (DE  $\pm$  16.2), con una edad mínima de 18 años y máxima de 88 años (rango 70 / varianza 263.2). (Tabla 1).

En cuanto a la escolaridad encontramos en los pacientes estudiados que 1 (2.4%) era analfabeta, 3 (7.3%) estudió hasta la primaria, 8 (19.5%) pacientes estudiaron la secundaria, 13 (31.7%) tenían estudios hasta preparatoria, 15 (36.6%) licenciatura y por último 1 (2.4%) paciente con estudios de posgrado (tabla 1).

En lo que respecta a la ocupación de los pacientes 2 (4.9%) realizaban labores del hogar, 10 (24.4%) fueron trabajadores de la salud, 15 (36.6%) empleados, 6 (14.6%) trabajaban de forma independiente y 8 (19.5%) pacientes eran jubilados. (tabla 2).

Con base en su residencia 35 (85.4%) pacientes eran de Cajeme, 1 (2.4%) de Villa Juárez, 4 (9.8%) pacientes de Cocorit y un (2.4%) paciente residía en Bacúm. (tabla 2).

Dentro de las principales comorbilidades preexistente en los pacientes estudiados corresponden de la siguiente manera, 21 (51.2%) pacientes previamente sanos, 7 (17.1%) con diabetes mellitus, 1 (2.4%) paciente con asma, 1 (2.4%) paciente con tabaquismo, 5 (12.2%) pacientes presentaban obesidad, 5 (12.2%) con hipertensión y 1 (2.4%) paciente con trastorno de la coagulación (tabla 3).

Con respecto al diagnóstico preoperatorio de los pacientes estudiados encontramos los siguientes datos, absceso de cuello 1 (2.4%) paciente, absceso nasal 1 (2.4%), colapso valvular 1 (2.4%), colesteatoma 1 (2.4%), epistaxis 4 (9.8%), epistaxis nasal anterior 3 (7.3%), hipoacusia súbita 5 (12.25%), otitis media serosa 3 (7.3%), perforación timpánica 4 (9.8%), rinitis alérgica 8 (19.5%), rinosinusitis crónica con pólipos 2 (4.9%), sinequia turbinoseptal 2 (4.9%), tumor de laringe en estudio 1 (2.4%), tumor de pabellón auricular 1 (2.4%), tumor de úvula en estudio 1 (2.4%) paciente (tabla 4).

Los procedimientos ambulatorios realizados durante el estudio en los pacientes fueron los siguientes: biopsia de tumor pabellón auricular 1 (2.4%), cauterización nasal 3 (7.3%), colocación de tubos de ventilación 3 (7.3%), drenaje de absceso de cuello 1 (2.4%), drenaje de absceso nasal 1 (2.4%), hemostasia nasal vía endoscópica 2 (4.9%), infiltración en seno maxilar derecho 1 (2.4%), infiltración intratimpánica 5 (12.2%), liberación de sinequias turbinoseptal 2 (4.9%), miringoplastía 1 (2.4%), miringoplastía con grasa 3 (7.3%), reducción cerrada de fractura nasal 3 (7.3%), reducción quiste epitelial ótico 1 (2.4%), resección y biopsia de tumor de úvula 1 (2.4%), revisión de rinoplastía 1 (2.4%), revisión y hemostasia de cavidad nasal 1 (2.4%), taponamiento nasal anterior 1 (2.4%), traqueotomía 1 (2.4%), turbinoplastía 8 (19.5%), uvuloplastía 1 (2.4%) paciente (tabla 5).

Con respecto a las características asociadas a la anestesia en los pacientes estudiados encontramos que en 7 (17.1%) pacientes se utilizó anestesia local, en 27 (65.9%) pacientes anestesia local más bloqueo y en 7 (17.1%) pacientes se utilizó anestesia local, bloqueo más sedación leve. Se clasificó con riesgo quirúrgico ASA I

a 19 (46.3%) de los pacientes, ASA II 21 (51.2%) pacientes, ASA III estable 1 (2.4%) paciente, 1 (2.4%) paciente presentó algún evento asociado a la anestesia caracterizado por broncoespasmo (tabla 6).

El tiempo quirúrgico requerido en los procedimientos realizados en los pacientes se encontró de la siguiente manera, una media de 43.54 minutos ( $DE \pm 20.89$ ) mediana de 40 minutos, moda 60 minutos, el tiempo mínimo requerido fue de 15 minutos, máximo 120 minutos (varianza 436.55/rango 105). (tabla 7). En cuanto a las complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas se encontró que 10 (24.4%) pacientes la presentaron.

## XI. DISCUSIÓN

La cirugía ambulatoria consiste en un acto quirúrgico programado, realizado en condiciones técnicas de seguridad de un pabellón operatorio, bajo anestesia y con un periodo de observación variable, sin hospitalización posterior.<sup>18</sup> En relación con los datos obtenidos, en el presente estudio se encontró una mayor prevalencia en el sexo masculino 51.2%, correspondiendo a los datos obtenidos por Daniel-Moyano<sup>18</sup> quien al igual encontró al sexo masculino predominante en las cirugías ambulatorias. La edad media obtenida fue de 41 años, la cual resulta variable entre los estudios comparados ya que en este estudio se excluyó a la población pediátrica como objeto de estudio. Con referencia a la escolaridad de los paciente se encontró que la mayoría de estos 36.6% corresponde a licenciatura, lo cual podría contribuir a una mejor evolución clínica por un mayor alcance en la comprensión y apego de los cuidados postoperatorios.

En referencia a la ocupación de los pacientes, se encontró que la mayor parte de la población en estudio eran activos laboralmente, correspondiendo a empleados en un 36.6% y trabajadores de la salud un 24.4%, significa entonces que al ser sometidos a una cirugía ambulatoria su período de recuperación e integración a sus actividades laborales será menor, lo que disminuye la posibilidad de presentar incapacidades laborales prolongadas, no se encontraron estudios previos que analicen dicha situación.

Los pacientes portadores de diversas patologías pueden ser candidatos a una cirugía ambulatoria siempre y cuando tengan un manejo y control adecuado de su(s) enfermedad(es) de base, o bien, cuando es posible optimizar su condición basal y

tratamiento con debida antelación antes de un procedimiento quirúrgico.<sup>19</sup> En el presente estudio el 51.2% de la población no presentaba comorbilidades, siguiendo el 17.1% con diabetes mellitus II.

El diagnóstico preoperatorio mayormente expuesto fue rinitis alérgica en un 19.5% lo que corresponde al procedimiento realizado con mayor prevalencia el cual fue turbinoplastia, semejante al estudio realizado por Muñoz-Proto donde la radiofrecuencia de cornetes correspondía a la principal intervención realizada,<sup>20</sup> lo anterior en contraste con el estudio de Daniel-Moyano donde el procedimiento mayormente realizado fue adenoamigdalectomía,<sup>18</sup> sin embargo esta diferencia radica en que en dicho estudio se abordan cirugías de mayor complejidad que requieren manejo avanzado de vía aérea y monitorización continua.

En líneas generales, los pacientes ASA I y II son candidatos para realizarse procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria.<sup>19</sup> Con respecto a las características asociadas a la anestesia en los pacientes estudiados 51.2% corresponde a ASA II, con requerimiento de anestesia local y bloqueo en un 65.2%, con solo un paciente con evento asociado a la anestesia caracterizado por broncoespasmo leve remitido.

Con base en el tiempo quirúrgico requerido por intervención se encontró una media de 43.54 minutos, así mismo se demostró que en un 75.6% no se reportaron complicaciones transquirúrgicas y postquirúrgicas correspondiendo a la mayoría de los pacientes estudiados y de las complicaciones reportadas el total se refería a dolor leve en el sitio de intervención, al igual que en el estudio de Muñoz-Proto reportando la mayoría de sus pacientes sin incidencias en el 96.5%.<sup>20</sup>

## **XII. CONCLUSIÓN**

En marco de las observaciones anteriores se puede inferir que este tipo de modalidad de atención quirúrgica resulta una opción conveniente tanto para los pacientes como para el dinamismo hospitalario. Los beneficios para el paciente son que estos tiene una menor espera para la intervención ya que en el mismo momento del diagnóstico se pudiera optar por realizar la intervención o bien programarlo para su próxima consulta, además representa un menor tiempo de recuperación anestésica con prontitud a la integración de sus actividades laborales.

Dentro de los beneficios para el instituto la cirugía ambulatoria aumenta la disponibilidad de camas y reduce los costos hospitalarios, acorta las largas listas de espera para intervenciones lo que supone así una mejora en el índice de satisfacción de los usuarios hacia el instituto, por lo que es factible y aplicable en nuestro medio por su impacto en el orden científico, económico y social.

A manera de resumen final el presente estudio pretendió abrir la posibilidad de habilitar un espacio-tiempo dedicado a este tipo de procedimientos en el servicio de otorrinolaringología en el instituto, lo que aumentaría el aprendizaje y experiencia para médicos y residentes en formación.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González A, Zamora M, Contreras J, Ibacache M. Cirugía ambulatoria: ¿Qué hacer en el período posoperatorio? Desde el término de la cirugía hasta el control domiciliario. *Rev Chil Cir* 2018;70(5):474-479.
2. Johnson A, Boscoe E, Cabrera-Muffly C. Local Blocks and Regional Anesthesia in the Head and Neck. Elsevier. *Otolaryngol Clin N Am* 2020;53:739–751.
3. Osman B, Shapiro F. Office-Based Anesthesia A Comprehensive Review and 2019 Update. Elsevier *Anesthesiology Clin* 2019;37:317–331.
4. Alvarado-Gat FJ, Vega-Silva E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2006;11(3):34-37.
5. Lee JH. Anesthesia for ambulatory surgery. *Korean J Anesthesiol*. 2017;70(4):398–406.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para La Práctica De La Cirugía Mayor Ambulatoria [Internet] Obtenido El 10 Noviembre 2021. Disponible En: [Http://Dof.Gob.Mx/Nota\\_Detalle.Php?Codigo=5262609&Fecha=07/08/2012](http://Dof.Gob.Mx/Nota_Detalle.Php?Codigo=5262609&Fecha=07/08/2012)
7. Frederico-Avenidaño C. El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2013;36:S167-S168.
8. Schmalbach CE. Patient Safety and Anesthesia Considerations for Office Based Otolaryngology Procedures. *Otolaryngol Clin N Am* 2019;52:379–390.
9. Scott GM, Diamond C, Micomonaco DC. Assessment of a Lateral Nasal Wall Block Technique for Endoscopic Sinus Surgery Under Local Anesthesia. *Am J Rhinol Allergy*. 2018;32(4):318–22.

10. Wellenstein DJ, de Witt JK, Schutte HW, Honings J, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Safety of flexible endoscopic biopsy of the pharynx and larynx under topical anesthesia. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2017;274(9):3471–6.
11. Schutte HW, Takes RP, Slootweg PJ, Arts MJPA, Honings J, van den Hoogen FJA, et al. Digital Video Laryngoscopy and Flexible Endoscopic Biopsies as an Alternative Diagnostic Workup in Laryngopharyngeal Cancer: A Prospective Clinical Study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2018;127(11):770–776.
12. Loyo M, Butts SC, Khan S, Brenner MJ, Allcroft R, Lighthall JG, et al. Assessment of Duration of Facial Plastic Ambulatory Surgery and Risk of Complications: A Systematic Review. 2019;21:167–168.
13. Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2017;28(5):682-690.
14. Yentis SM, Hartle AJ, Barker IR, Barker P, Bogod DG, Clutton-Brock TH, et al. AAGBI: Consent for anaesthesia 2017: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. 2017;72:93–105.
15. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia*. 2019;74:373–379.
16. Gengler I, Carpentier L, Pasquesoone X, Chevalier D, Mortuaire G. Predictors of unanticipated admission within 30 days of outpatient sinonasal surgery. *Rhinol J*. 2017;55(3):274–280.

17. de Gabory L, Sowerby LJ, DelGaudio JM, Al-Hussaini A, Hopkins C, Serrano E. International survey and consensus (ICON) on ambulatory surgery in rhinology. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018;135(1):S49–S53.
18. Moyano M Daniel, et. al. Resultados en cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología realizada en un hospital de baja complejidad. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2012;72:163-168.
19. Nazar JC, Zamora HM, González AA. Cirugía Ambulatoria: Selección De Pacientes Y Procedimientos Quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015;67(2):207-213.
20. Muñoz-Proto F, et al. Cirugía Menor Ambulatoria En Consultas Externas ORL Del Hospital Universitario SON Espases. [Presentación de cartel]. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial. 2013. Disponible en: <https://sborl.es/wp-content/uploads/2016/02/cirugia-menor-ambulatoria-en-consultas-externas-orl-del-hospital-universitario-son-espases.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 3.- Hoja de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

<b>Título del Protocolo de Investigación:</b> <b>PERFIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA</b> <b>AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA</b> <b>ESPECIALIDAD NO. 2, CD. OBREGON, SONORA.</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ficha de Identificación			
Iniciales		Fecha	
NSS		Sexo	
Escolaridad		Ocupación	
Residencia		Unidad Referencia	
Tiempo de traslado domicilio/hospital			
Antecedentes personales patológicos			
Crónico-Deg		Alergias	
Quirúrgicos		Infecto/Contagioso	
Medicamentos			
Procedimiento Actual			
Fecha del diagnóstico		Fecha del procedimiento	
Hora ingreso	Hora egreso	Tiempo quirúrgico total	
Procedimiento Actual			
Cirugía proyectada		Cirugía realizada	
Tipo de anestesia empleada*		Clasificación ASA	
Complicaciones transquirúrgicas		Complicaciones posquirúrgicas	
Cita de control		Observaciones:	

\*1. Anestesia local 2. Bloqueo 3. Anestesia local y bloqueo 4. Anestesia local/bloqueo más sedación leve.

# SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha: 07 mayo 2022

## SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **Hospital de Especialidades No2, IMSS, Cd Obregón, Sonora**, que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **PERFIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD NO. 2, CD. OBREGON, SONORA.**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Variables sociodemográficas y clínicas

### MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **PERFIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD NO. 2, CD. OBREGON, SONORA.**, cuyo propósito es producto **comprometido como tesis y artículo para su publicación**

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente  
Nombre: Juan Antonio Lugo Machado  
Categoría contractual: MNCI Otorrinolaringólogo  
Investigador Responsable



Tabla 1. Características de identificación de pacientes estudiados

<b>Genero</b>	
<b>Masculino</b>	<b>21 (51.2%)</b>
<b>Femenino</b>	<b>20 (48.8%)</b>
<b>Edad</b>	
<b>Media</b>	<b>41.49</b>
<b>Mínimo</b>	<b>18</b>
<b>Máximo</b>	<b>88</b>
<b>Desv. Estándar</b>	<b>16.22</b>
<b>Varianza</b>	<b>263.206</b>
<b>Rango</b>	<b>70</b>
<b>Escolaridad</b>	
<b>Analfabeta</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Primaria</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Secundaria</b>	<b>8 (19.5%)</b>
<b>Preparatoria</b>	<b>13 (31.7%)</b>
<b>Licenciatura</b>	<b>15 (36.6%)</b>
<b>Posgrado</b>	<b>1 (2.4%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 2. Ocupación y residencia del paciente

<b>Ocupación</b>	
<b>Hogar</b>	<b>2 (4.9%)</b>
<b>Trabajador de la salud</b>	<b>10 (24.4%)</b>
<b>Empleado</b>	<b>15 (36.6%)</b>
<b>Independiente</b>	<b>6 (14.6%)</b>
<b>Jubilado</b>	<b>8 (19.5%)</b>
<b>Residencia</b>	
<b>Cajeme</b>	<b>35 (85.4%)</b>
<b>Villa Juárez</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Cocorit</b>	<b>4 (9.8%)</b>
<b>Bacúm</b>	<b>1 (2.4%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 3. Comorbilidades presentes de pacientes estudiados

<b>Comorbilidad</b>	
<b>Ninguna</b>	<b>21 (51.2%)</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>7 (17.1%)</b>
<b>Asma</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Tabaquismo</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Obesidad</b>	<b>5 (12.2%)</b>
<b>Hipertensión</b>	<b>5 (12.2%)</b>
<b>Trastornos de la coagulación</b>	<b>1 (2.4%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 4. Diagnóstico preoperatorio de pacientes estudiados

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Absceso de cuello</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Absceso nasal</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Colapso valvular</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Colesteatoma</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Epistaxis</b>	<b>4 (9.8%)</b>
<b>Epistaxis nasal anterior</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Fractura nasal</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Hipoacusia súbita</b>	<b>5 (12.2%)</b>
<b>Otitis media serosa</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Perforación timpánica</b>	<b>4 (9.8%)</b>
<b>Rinitis alérgica</b>	<b>8 (19.5%)</b>
<b>Rinosinusitis crónica con pólipos</b>	<b>2 (4.9%)</b>
<b>Sinequia turbinoseptal</b>	<b>2 (4.9%)</b>
<b>Tumor de laringe en estudio</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Tumor de pabellón aurícula</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Tumor de úvula en estudio</b>	<b>1 (2.4%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 5. Tipo de procedimiento realizado en pacientes estudiados

<b>Procedimiento</b>	
<b>Biopsia de tumor pabellón auricular</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Cauterización nasal</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Colocación de tubos de ventilación</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Drenaje de absceso de cuello</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Drenaje de absceso nasal</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Hemostasia nasal vía endoscópica</b>	<b>2 (4.9%)</b>
<b>Infiltración en seno maxilar derecho</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Infiltración intratimpánica</b>	<b>5 (12.2%)</b>
<b>Libreración de sinequias turbinoseptal</b>	<b>2 (4.9%)</b>
<b>Miringoplastia</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Miringoplastia con grasa</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Reducción cerrada de fractura nasal</b>	<b>3 (7.3%)</b>
<b>Resección quiste epitelial ótico</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Resección y biopsia de tumor de úvula</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Revisión de rinoplastia</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Revisión y hemostasia de cavidad nasal</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Taponamiento nasal anterior</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Traqueotomía</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Turbinoplastia</b>	<b>8 (19.5%)</b>
<b>Uvuloplastia</b>	<b>1 (2.4%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 6. Características asociadas a la anestesia en los pacientes estudiados

<b>Tipo de anestesia</b>	
<b>Anestesia local</b>	<b>7 (17.1%)</b>
<b>Anestesia local y bloqueo</b>	<b>27 (65.9%)</b>
<b>Anestesia local, bloqueo más sedación leve</b>	<b>7 (17.1%)</b>
<b>Riesgo quirúrgico/clasificación ASA</b>	
<b>ASA I</b>	<b>19 (46.3%)</b>
<b>ASA II</b>	<b>21 (51.2%)</b>
<b>ASA III</b>	<b>1 (2.4%)</b>
<b>Eventos asociados a la anestesia</b>	
<b>Si</b>	<b>1(2.4%)</b>
<b>No</b>	<b>40 (97.6%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 7. Tiempo quirúrgico requerido en minutos

<b>Tiempo en minutos</b>	
<b>Media</b>	<b>43.54</b>
<b>Mediana</b>	<b>40</b>
<b>Moda</b>	<b>60</b>
<b>Mínimo</b>	<b>15</b>
<b>Máximo</b>	<b>120</b>
<b>Desv. Estándar</b>	<b>20.89</b>
<b>Varianza</b>	<b>436.55</b>
<b>Rango</b>	<b>105</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.

Tabla 8. Complicaciones en los pacientes estudiados

<b>Complicaciones transquirúrgicas</b>	
<b>Si</b>	<b>10 (24.4%)</b>
<b>No</b>	<b>31 (75.6%)</b>
<b>Complicaciones postquirúrgicas</b>	
<b>Si</b>	<b>10 (24.4%)</b>
<b>No</b>	<b>31 (75.6%)</b>

Fuente: Servicio de otorrinolaringología, HE No.2 de mayo del 2022 a abril del 2023.