

Estudio transversal de las complicaciones postoperatorias detectadas mediante contacto telefónico en pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Transversal study of postoperative complications through phone contact with patients operated on day surgery

I. Pérez Irache¹, G. de la Hera Pérez², P. Barcelona Asensio¹, M. A. Luengo Beltrán³, B. Jiménez Salas⁴, A. Jiménez Bernadó⁵

¹Enfermera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. ²Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos. ³Supervisora de Enfermería Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. ⁴Médico Residente. ⁵Coordinador de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza

Autor para correspondencia: inesp87@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Algunas publicaciones establecen el control ineficaz del dolor agudo postoperatorio como uno de los principales problemas en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. El objetivo principal del estudio ha sido conocer las complicaciones postoperatorias más frecuentes en la unidad y las intervenciones que más frecuentemente las producen.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado a través del análisis de 12.850 llamadas telefónicas, desde marzo de 1999 hasta marzo de 2015. Como instrumento de medida se empleó un cuestionario no validado, diseñado específicamente para ese propósito. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Stat View 5.0.1. El nivel de confianza del estudio se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Como complicaciones más destacadas, el 10,56 % de los pacientes manifestó dolor, el 8,54 % detectó el apósito manchado y el 2,63 % sintió náuseas. Los pacientes intervenidos sobre patología ósea fueron los que más dolor expresaron (40,06 %); los operados de otorrinolaringología (excepto oído), los que más manifestaron haber manchado el apósito (33,71 %) y los pacientes intervenidos de cirugía general, los que más náuseas refirieron (14,10 %), todos ellos con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El mal control del dolor agudo postoperatorio se constituye como la incidencia postoperatoria más relevante en el domicilio, muy especialmente tras las intervenciones sobre patología ósea.

Palabras clave: Complicaciones postoperatorias, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, enfermería perioperatoria.

ABSTRACT

Background: Inefficient control of Acute Postoperative Pain has been established as one of the main problems in Day Surgery Units in recent published works. The primary endpoint of this study was to identify the most frequent postoperative complaints in the Day Surgery Unit and its relationship with different surgical procedures.

Methods: Between March 1999 and March 2015, 12,850 phone calls were enrolled in an observational, descriptive transversal trial. A non-validated questionnaire, specifically designed, was used as a measurement tool. Data were analysed by Stat View 5.0.1 software. P values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: Among the most important complications, 10.56 % of patients reported bad postoperative pain control, 8.54 % detected stained dressing and 2.63 % suffered nausea. With a statistically significant difference ($p < 0,0001$), patients operated on bone pathology (mainly hallux valgus correction) were those who

expressed more pain (40.06 %), patients operated on ENT procedures (excluding ear) were those who reported more stained dressing (33.71 %) and patients operated on General Surgery procedures were those who suffered more postoperative nausea (14.10 %).

Conclusions: Bad postoperative acute pain control becomes the most relevant complaint at home, mainly after bone pathology correction.

Keywords: Postoperative complications, ambulatory surgical procedures, perioperative nursing.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) a principios de los años 90 protagonizó una nueva mentalidad de trabajo (1). Estas unidades surgieron con el objetivo de mejorar la utilización de los recursos sanitarios sin mermar la calidad de los mismos. Con ellas mejoró tanto la relación coste/efectividad de los procesos quirúrgicos como la seguridad y la satisfacción de los pacientes (2). Es sabido por todos que se entiende por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, regional, local o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que los pacientes no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento (2). Sin embargo, la correcta aplicación de la CMA debe incluir la monitorización del estado del paciente después del alta, al objeto de mantener la continuidad asistencial y detectar las posibles complicaciones de manera precoz (3).

En nuestra UCMA, el personal de enfermería valora la condición posterior al alta a través de un contacto telefónico, que permite controlar y registrar lo que sucede en el domicilio del paciente. Debido a que los enfermeros acompañan y cuidan al paciente en todas las fases del proceso quirúrgico a través de su rol de "cuidador y observador activo" (4), son los profesionales más adecuados para realizar esta valoración telefónica tras el alta.

Está demostrado que las intervenciones realizadas bajo el régimen de CMA aportan ventajas frente a la cirugía con ingreso (5). Sin embargo, en la actualidad, existen obstáculos que impiden la expansión de las UCMA mediante la inclusión de nuevos procedimientos. Algunos autores destacan como una de las principales barreras el control ineficaz del dolor agudo postoperatorio (DAP), afirmando que es uno de los problemas más relevantes para los pacientes intervenidos mediante el régimen de CMA (4). El DAP se define como un dolor de inicio reciente, duración limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva sobre los distintos tejidos y órganos, resultantes de la intervención quirúrgica. Su característica más destacada es que presenta una intensidad máxima en las primeras 24 horas y disminuye progresivamente, por lo que su manejo inadecuado ocasiona malestar y alteraciones fisiopatológicas importantes (4).

Por todo lo argumentado, el objetivo principal de este estudio es conocer, a través del análisis de las llamadas telefónicas realizadas por enfermería, las complicaciones postoperatorias más frecuentes en nuestra UCMA, desde marzo de 1999 hasta marzo de 2015. Como objetivo secundario se pretende relacionar las complicaciones más comunes detectadas en la unidad con las intervenciones que más frecuentemente las producen. Se pretende así aceptar o rechazar nuestra hipótesis de partida, basada en que el dolor es el principal problema al que se enfrentan los pacientes en el domicilio tras el alta de estas unidades (6).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analizaron los resultados proporcionados por las llamadas telefónicas realizadas tras el alta de la UCMA, desde marzo de 1999 hasta marzo de 2015.

Como población de estudio se incluyó a todos los pacientes intervenidos en dicha unidad por presentar patologías pertenecientes a las especialidades de cirugía general, urología, oftalmología, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología, traumatología y cirugía vascular que fueron llamados tras el alta en el periodo de tiempo especificado. El control telefónico lo realizó el personal de enfermería de dicha unidad, previo entrenamiento para el desarrollo de la llamada. Los contactos telefónicos se realizaron el día siguiente del alta, o en las 48-72 horas posteriores en caso de fines de semana o días festivos.

Quedaron excluidos del estudio los pacientes programados para operar en dicha UCMA pero que finalmente no fueron operados, los ingresados en planta de hospitalización tras ser intervenidos y los pacientes operados del polo anterior y posterior del ojo. En ninguno de los casos se realizó la llamada postoperatoria, puesto que no precisaban cuidados postoperatorios derivados de nuestra UCMA, en el primer caso por no haber sido intervenidos, en el segundo por no irse de alta al domicilio y en el tercero por acudir a revisión a las 24 horas de la intervención. Finalmente, tras descontar las pérdidas de los pacientes que no contestaron a la llamada telefónica, que fueron 536, se estudió a toda la población resultante formada por 12.850 pacientes.

Como instrumento de medida de la información obtenida en la llamada, se empleó un cuestionario no validado, diseñado específicamente para ese propósito. Durante la misma, el personal de enfermería sometía al paciente o a su cuidador al cuestionario, que constaba de 9 preguntas cerradas, con respuesta dicotómica (sí/no) sobre la presencia o no de fiebre, dolor importante, náuseas, vómitos, apósito manchado, tolerancia a líquidos, tolerancia a sólidos y sobre la normalidad en orinar y hacer deposición. Además, incluía una pregunta cerrada multi-respuesta sobre el estado general (excelente, bueno, regular o malo). El cuestionario incluía también tres apartados sobre observaciones, recomendaciones dadas al paciente y necesidad de una nueva llamada, en cuyo caso se especificaba el resultado de la misma.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa Stat View 5.0.1, empleando descriptivo mediante porcentaje y estudio bivariable mediante prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas. El nivel de confianza o significación estadística del estudio se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre 1999 y 2015, un total de 13.442 pacientes debieron recibir la llamada telefónica tras la intervención. Un 0,03 % ($n = 4$) de los pacientes fue mal codificado, un 3,98 % ($n = 536$) de las llamadas se consideraron perdidas al no contestar al teléfono, y un 0,39 % ($n = 52$) fue la llamada la que se codificó incorrectamente. El total de pérdidas a lo largo del estudio fue del 4,40 % ($n = 592$). El número final de llamadas incluidas fue de 12.850.

El 92,23 % de las llamadas se realizó el día siguiente de la intervención, el 2,05 % dos días después y el 5,73 % tres días después. Respecto a la patología, el 15,29 % fue operado de hernia de pared abdominal, el 12,32 % de varices, el 9,27 % de fascias y tendones, el 8,06 % de tumoraciones de partes blandas, el 8,01 % de patología anal, el 7,95 % de patología ósea, principalmente hallux valgus, el 6,34 % del lagrimal, el 5,80 % de artroscopia de rodilla y el 5,56 % de biopsia prostática, como intervenciones más frecuentes (Figura 1). El 82,26 % declaró que su estado general después de la intervención era excelente, el 16,55 % que era bueno, el 1,18 % regular y el 0,01 % malo. En relación a las complicaciones más destacadas, el 10,56 % (1.357 pacientes) manifestó mal control del DAP, el 8,54 % (1.097 pacientes) el apósito manchado y el 2,63 % (338 pacientes) sensación nauseosa (Tabla I). Analizando los diversos procedimientos quirúrgicos, con una diferencia estadística significativa ($p < 0,0001$), los casos con mal control del dolor correspondieron principalmente con las operaciones de patología ósea (40,06 %), genitales externos y vagina (20,00 %) y las artroscopias de rodilla (13,96 %). Las intervenciones en las que más se expresó haber manchado el apósito fue en las de otorrinolaringología, excepto oído,

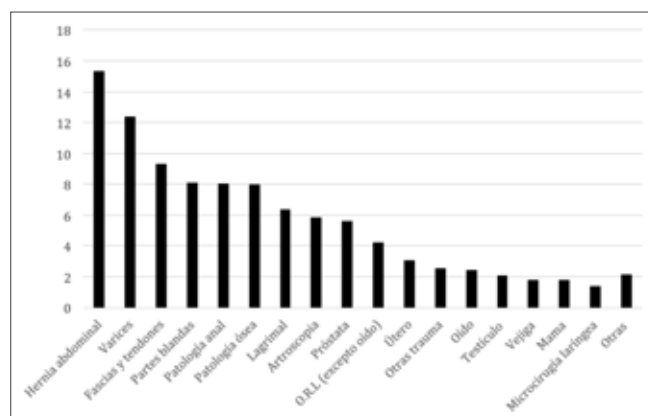


Fig. 1. Patologías intervenidas en los pacientes analizados (en %).

(33,71 %), en las de testículo (32,32 %) y en las de genitales externos y vagina (28,57 %), siendo la significación estadística $p < 0,0001$. Los procedimientos en las que las náuseas se refirieron con mayor frecuencia fueron los de cirugía general, excepto hernia, mama y partes blandas (14,10 %), los realizados sobre genitales externos y vagina (11,43 %) y sobre patología ósea (5,29 %), siendo la significación estadística $p < 0,0001$.

TABLA I

INCIDENCIAS POSTOPERATORIAS DETECTADAS EN LA LLAMADA (EN %)

DOLOR	10,56 %
APÓSITO MANCHADO	8,54 %
NÁUSEAS	2,63 %
VÓMITOS	1,78 %
INTOLERANCIA A SÓLIDOS	0,81 %
NO MICCIÓN	0,47 %
INTOLERANCIA A LÍQUIDOS	0,34 %
PIEBRE	0,34 %

DISCUSIÓN

La pregunta de investigación que se planteaba al inicio del estudio pretendía conocer cuáles eran las complicaciones más frecuentes tras el alta en la UCMA. El principal resultado obtenido permite aceptar la hipótesis de partida en la que se afirmaba que el mal control del DAP constituía la incidencia postoperatoria más relevante a la que se enfrentaban los pacientes en el domicilio tras el alta de la unidad. Este hecho coincide con lo que ocurre en otras UCMA (6). Al relacionar el DAP con las intervenciones que más

frecuentemente lo producían, se detectó que el dolor postquirúrgico peor controlado en la unidad aparecía tras las intervenciones sobre patología ósea. Este resultado refuerza la evidencia existente, que establece que los pacientes sometidos a procedimientos ortopédicos ambulatorios suelen experimentar más dolor que el resto de los pacientes intervenidos en cirugía de día (7). Teniendo en cuenta que entre los objetivos de las unidades de CMA está el incremento de los procedimientos de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología (2), parece necesario apostar por un mejor control del DAP. Este será el principal mecanismo a nuestra disposición para poder preservar la calidad asistencial, al ser el control del dolor uno de los factores que más influyen en la satisfacción de los pacientes (4).

Entre las causas más importantes que impiden el correcto manejo del DAP, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) destaca la deficiente formación en este tema de los profesionales que intervienen en los procedimientos ambulatorios, la falta de una estructura organizativa que favorezca la implantación de protocolos analgésicos adecuados y la escasa información de los pacientes y sus acompañantes (4). Al tratarse de causas evitables, es destacable, y a la vez preocupante, que el DAP siga siendo la complicación más frecuente en la fase domiciliaria inicial (6). Por tanto, es necesario asegurar la formación de los profesionales de la cirugía sin ingreso tanto en conocimientos, como en habilidades y actitudes adecuadas para el manejo del DAP, ya que de estas competencias depende el éxito o el fracaso de una correcta actividad (4,8). Asimismo, se necesita recordar que el manejo del dolor postoperatorio debe ser multimodal e individualizado (4). Es fundamental adecuar las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de enfermería con los modernos protocolos analgésicos, al objeto de mantener la calidad a lo largo de todo el proceso asistencial y favorecer una eficaz y rápida recuperación postoperatoria (8). Finalmente, es necesario recordar el derecho de los pacientes a ser asesorados sobre el control del dolor. La educación del paciente y su implicación en el cuidado es un componente central en la efectividad de su manejo (4). El rol de enfermería como parte del equipo quirúrgico en la información de los pacientes sobre el tratamiento del DAP es fundamental. La enfermera interviene en la fase de planificación del tratamiento domiciliario como educadora sanitaria, e informa a los pacientes y sus cuidadores acerca de qué esperar después del alta (4). Una revisión Cochrane indica que la planificación de un plan de alta individualizado garantiza que los pacientes sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención, y probablemente produce reducciones en las tasas de reingreso de personas de edad avanzada (9). Esta fase de educación sanitaria se complementa con la de evaluación postoperatoria, en la que la enfermera interviene a través de la llamada telefónica, verificando la eficacia del analgésico, resolviendo dudas en cuanto a la administración y modificando la pauta analgésica en caso ser ineficaz (4).

En los últimos años, han surgido distintas iniciativas dirigidas a pacientes intervenidos en las UCMA que tratan de mejorar la gestión del DAP. Por ejemplo, existen unidades con experiencia de intervenciones educativas de enfermería preoperatoria, mediante entrega de material gráfico, que sugieren una reducción de la percepción individual del DAP, así como una disminución de problemas para caminar y movilizarse y una mejora del cumplimiento y adhesión al tratamiento (10). En otras unidades, como en la nuestra, el contacto telefónico tras la intervención ha demostrado ser una herramienta excelente para obtener información sobre el periodo postoperatorio (6). Se facilita de este modo que tanto los pacientes como sus cuidadores puedan gestionar de forma eficaz y segura el DAP y los cuidados del postoperatorio inmediato (6), asegurando la continuidad de los cuidados (11).

Como se demuestra en nuestro estudio, la llamada telefónica del día después nos ha permitido ver que los pacientes, en un 98 % de los casos, tenían un estado general excelente o bueno. Sin embargo, dejando aparte lo ya comentado sobre el DAP, pudo verse que en muchos casos, como segundo evento en importancia en la unidad, el tener el apósito manchado preocupaba a los enfermos y sus cuidadores. Sorprende no encontrar publicaciones que evalúen esta contingencia y así comparar con nuestros resultados. Una buena coordinación entre Atención Primaria y Especializada ayudaría a paliar estos problemas y, por tanto, aportaría garantías que actúan en favor de la seguridad del paciente (12).

Por último, se confirma que pese a la habitual prevención que se realiza en la mayoría de las unidades de CMA, los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria bajo anestesia general experimentan frecuentemente náuseas postoperatorias después del alta (13), aunque con niveles inferiores a los obtenidos en otras publicaciones (14). Esta afirmación sugiere la necesidad de mejorar en su identificación y gestión a través de modelos predictivos (13).

Conforme avanza la experiencia en las UCMA, se van implantando prácticas innovadoras (11) que precisan ser evaluadas. Por ello, este estudio deja puerta abierta a futuras investigaciones que establezcan la eficacia de las medidas encaminadas a la gestión del DAP, así como nuevas propuestas de mejora en las que seguir trabajando para lograr el bienestar y la satisfacción del paciente.

Aspectos éticos: se garantizará la confidencialidad de los pacientes mediante asignación de un número a cada historia clínica informatizada.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar M, González PL, Luzardo EM, Rodríguez R, Puertas JF. Cirugía Mayor Ambulatoria en pacientes operados de urgencia. *Medisan* 2013;17(6):951-61.
2. Torres A, Ezquerro L, Blanco N, Estella R, Castillo A, Corella E, et al. Coste-efectividad del proceso hallux valgus en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2013;57(1):38-44.
3. Viñoles J, Ibáñez MV, Ayala G. Predicting recovery at home after ambulatory surgery. *BMC Health Serv Res* 2011;11(2):269.
4. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, et al. Recomendaciones sobre el manejo de dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2ª ed. Madrid: Inspira Network; 2012.
5. Miller DC, Ye Z, Gust C, Birkmeyer JD. Anticipating the Effects of Accountable Care Organizations for Inpatient Surgery. *J Am Med Inform Assoc* 2013;148(6):101.
6. Argente P, Alcántara MJ, Viñoles J, Santisteban A, De Ramón R, Gosálbez E. Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2013;18(3):105-12.
7. Manohar A, Cheung K, Wu CL, Stierer TS. Burden incurred by patients and their caregivers after outpatient surgery: A prospective observational study. *Clin Orthop Relat Res* 2014;472(5):1416-26.
8. Capitán JM. Crisis sanitaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2013;18(1):1-3.
9. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Font A, Prat I, Arnau A, Torra Feixas MJ, Baeza Ransanz T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor postoperatorio en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Enferm Clin* 2011;21(5):248-55.
11. Colmont D. The benefit of the telephone questionnaire the day after outpatient surgery. *Rev Infirm* 2012;(183):33-4.
12. Ambrosino F. Follow-up of patients at home after outpatient surgery. *Revue de l'infirmière* 2014;202:23-5.
13. Roh YH, Gong HS, Kim JH, Nam KP, Lee YH, Baek GH. Factors associated with postoperative nausea and vomiting in patients undergoing an ambulatory hand surgery. *Clin Orthop Surg* 2014;6(3):273-8.
14. Sarin P, Urman RD, Ohno-Machado L. An improved model for predicting postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery patients using physician-modifiable risk factors. *J Am Med Inform Assoc* 2012;19(6):995-1002.