

Cirugía mayor ambulatoria. Estudio de 1.028 operaciones de otorrinolaringología

B. Ágreda Moreno¹, A. Urpegui García², A. Jiménez Bernadó³, E. Serrano Añón⁴, H. Vallés Varela⁵

Servicios de ^{1,2,4,5}Otorrinolaringología, ³Cirugía General. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

RESUMEN

Introducción: Los servicios de otorrinolaringología (ORL) se han implicado desde el inicio de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en esta modalidad asistencial que permite una mejor utilización de los recursos disponibles con total satisfacción de los pacientes.

Material y método: Se revisa un total de 1.028 pacientes programados por patología otorrinolaringológica en la unidad de CMA de nuestro hospital. El 30,6% correspondieron a patología laríngea; el 30,1% a patología otológica, y 39,2% a patología nasal y de tejidos blandos. Se trata de un estudio observacional obtenido de las bases de datos clínicas de la unidad, manejadas mediante el programa informático Stat View 5.1.0.

Resultados: De las 1.028 intervenciones previstas, 20 fueron suspendidas (1,9%). El 74,5% de los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general; un 1,39% sufrieron complicaciones intraoperatorias; un 3,9% complicaciones postoperatorias; un 1,78% requirió ingreso inmediato y un 0,09% ingreso diferido. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La CMA en ORL confirma los aspectos positivos y las ventajas de este tipo de cirugía al obtener un adecuado tratamiento de los pacientes, con máxima seguridad y con buena aceptación, tanto de los pacientes como de los profesionales.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Otorrinolaringología.

ABSTRACT

Background: Otolaryngology or ENT departments become involved since the beginning of day surgery in this health care modality that allows a better use of available resources with overall patient satisfaction.

Materials and method: A total of 1028 patients, registered for ENT pathology in the day surgery unit of our hospital, have been studied. A 30.6% corresponded to laryngeal pathology,

30.1% to ear pathology, and 39.2% to nasal pathology and soft tissues. It is an observational study obtained from the databases clinical unit, managed by the programme Stat View 5.1.0.

Results: From 1,028 planned interventions, 20 were cancelled, 1.9%. A 74.5% patients were operated on under general anaesthesia. A 1.39% suffered intraoperative complications, a 3.9% postoperative complications and a 1.78% needed unexpected hospitalisation. There was no mortality.

Conclusions: Day surgery in ENT pathology confirms the success of day surgery, because with this modality of surgery is possible to obtain a correct treatment of patients with maximum safety and good acceptance both of patients and professionals.

Key words: Ambulatory surgery. ENT surgery.

Ágreda Moreno B, Urpegui García A, Jiménez Bernadó A, Serrano Añón E, Vallés Varela H. Cirugía mayor ambulatoria. Estudio de 1.028 operaciones de otorrinolaringología. *Cir May Amb* 2011; 16: 160-163

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo de asistencia sanitaria, en progresión creciente en España desde los años noventa del siglo pasado, que permite una mayor utilización de los limitados recursos de los que disponemos en la sanidad pública. La publicación por parte del Ministerio de Sanidad de la “*Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria*” en 1993 (1) y la posterior aparición en 2008 del “*Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones*”, fruto del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2) han sido los dos grandes motores de su desarrollo en España. Su implantación permite adecuar los recursos asistenciales de los que disponemos a las diversas situaciones clínicas, ya que consigue disminuir la estancia hospitalaria y los ingresos hospitalarios inadecuados. Su importancia se refleja también porque afecta en gran medida a las intervenciones más frecuentes que ocu-

Recibido: junio de 2011

Aceptado: septiembre de 2011

Correspondencia: Beatriz Ágreda Moreno. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico. C/ San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza.
e-mail: beagreda@hotmail.com

pan las listas de espera. Consigue, además, una alta satisfacción de los pacientes y de los profesionales implicados. Los servicios de otorrinolaringología (ORL) adoptaron desde el primer momento este tipo de cirugía, y se han realizado numerosas publicaciones tanto a nivel nacional como internacional (3-5).

El objetivo de nuestro estudio es mostrar nuestra experiencia en la esfera de la ORL en el seno de una unidad de CMA multidisciplinaria de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado un total de 1.028 pacientes de ORL programados en la unidad de CMA de nuestro hospital, desde enero de 1995 hasta abril de 2010. El 64,7% eran varones y el 35,3% mujeres, con una edad comprendida entre 2 y 86 años, siendo la media de 38,7 años (Fig. 1). Siguiendo la clasificación ASA de riesgo quirúrgico, el 74,8% fueron ASA I, el 23,4% ASA II, y sólo el 1,8% se clasificó como ASA III. En cuanto al domicilio, el 67,6% vivían en la misma ciudad, el 30,44% a menos de 1 hora, el 1,26% a más de 1 hora y un 0,68% procedían de otras provincias.

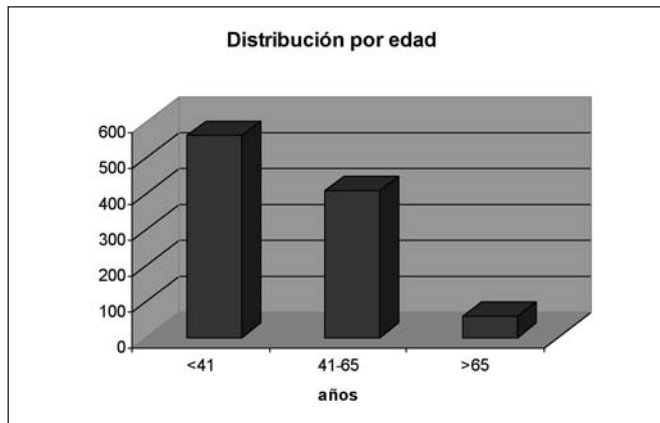


Fig. 1. Clasificación de los pacientes según la edad.

La distribución según el tipo de patología, fue de 315 (30,6%) pacientes intervenidos por patología laríngea, 310 (30,1%) de patología otológica, y un tercer grupo de 403 (39,2%) pacientes incluidos en otras categorías, principalmente patología nasal y de tejidos blandos. Las patologías laríngeas más frecuentes intervenidas fueron los pólipos, nódulos y el edema de las cuerdas vocales; entre las otológicas, la otitis serosa y la perforación timpánica; y en el tercer grupo, las más frecuentes fueron las desviaciones de tabique nasal, y la hipertrofia de adenoides y de cornetes nasales (Fig. 2).

Las técnicas quirúrgicas más frecuentes realizadas fueron la colocación de drenajes transtimpánicos, la microcirugía laríngea y la septoplastia (Fig. 3). Un 2,1% de los enfermos requirió una técnica quirúrgica asociada, entre las cuales, la colocación de drenajes transtimpánicos fue la más frecuente.

Todos los datos han sido recogidos a partir de la base de datos clínica de la unidad, creada con el programa Stat-View

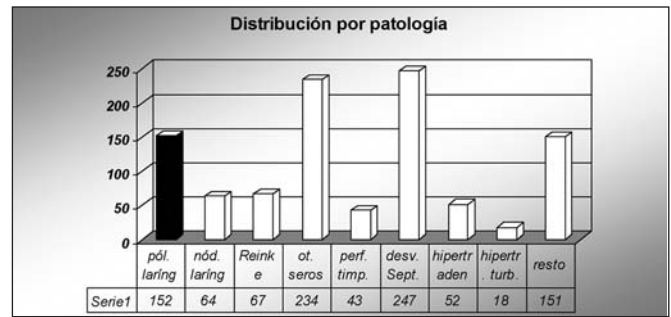


Fig. 2. Clasificación de los pacientes intervenidos según la patología intervenida.

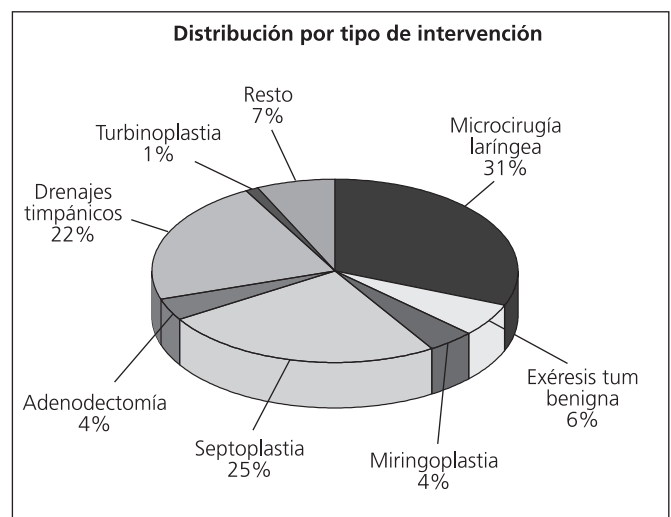


Fig. 3. Clasificación de los pacientes según el tipo de intervención.

5.0.1 para Windows. Dicho programa incorpora los datos clínicos generados por el paciente desde el mismo momento que acude a la unidad y hasta el día 30 del postoperatorio. La incorporación de los mismos se realiza por el cirujano y el personal de enfermería de la unidad.

De las 1.028 intervenciones programadas, se suspendieron 20 pacientes (1,9%), 17 de ellas por procesos catarrales, situaciones sociales o crisis de ansiedad, y las 3 restantes, por complicaciones anestésicas antes de la cirugía. Se intervinieron, por tanto, 1.008 pacientes, de los cuales 751 (74,5%) se realizaron con anestesia general y 257 (25,5%) con anestesia local y sedación. La duración media de la intervención fue de 26,8 minutos, con un rango de 16,6 minutos.

Tan sólo 14 pacientes (1,39%) sufrieron complicaciones intraoperatorias, en concreto 4 presentaron situación de intubación dificultosa, 3 sufrieron un laringoespasmó, en 3 hubo que reconvertir la cirugía ante hallazgos inesperados y finalmente se registraron una crisis de ansiedad, una depresión respiratoria, una extravasación del anestésico y una crisis de hipertensión arterial severa. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, 40 pacientes las presentaron (3,9%), de las cuales, las más frecuentes fueron el dolor postoperatorio, la

hemorragia, las náuseas y/o vómitos y la disfonía. Todas ellas fueron complicaciones leves que no requirieron reintervención en ningún caso. No se registró mortalidad alguna.

Los enfermos, operados todos ellos en programa de mañana, fueron dados de alta como media a las 17:40 h de la tarde. Sin embargo, en 18 pacientes (1,78%), se consideró que no cumplían los criterios de alta necesarios, y fueron ingresados en la planta del servicio de ORL, a causa de mareo, náuseas o vómitos, un cuadro respiratorio, fiebre, hemorragia o causas sociales (Fig. 4). Tan sólo un enfermo (0,09%) precisó ingreso diferido por la aparición de un vértigo periférico.

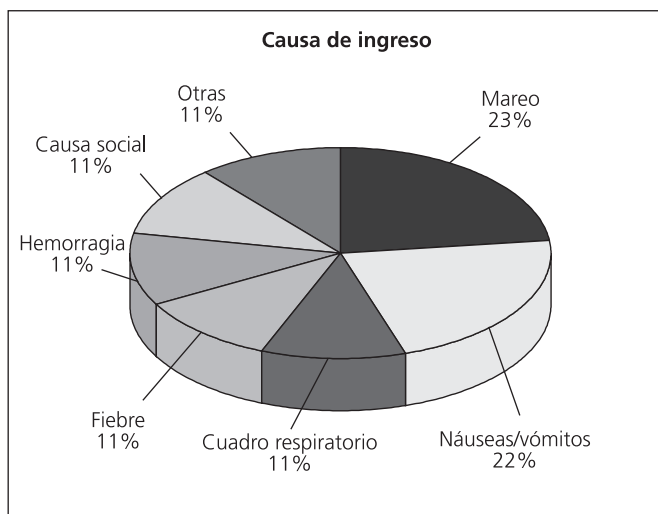


Fig. 4. Distribución de causas de ingreso.

DISCUSIÓN

Son muchos los autores y estudios que hablan acerca de las ventajas que aporta la CMA frente a la cirugía con ingreso. Todos ellos están de acuerdo en que una selección adecuada del paciente, eligiendo aquellos con menor riesgo de sufrir complicaciones, es esencial para aprovechar todos los beneficios que aporta este tipo de cirugía (2,3,6-9). Debido a estos criterios estrictos de selección, en ORL el rango de edad más frecuente se encuentra entre 15 y 55 años, aunque la edad no es un criterio de exclusión. Estos pacientes, con un riesgo ASA I o II, y rara vez ASA III, siguiendo la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología, deben tener su vivienda cercana al hospital, transporte garantizado, y un entorno familiar adecuado (6,10).

En líneas generales, las intervenciones ideales para ser llevadas a cabo mediante cirugía ambulatoria son aquellas cuyo índice de ambulatorización es más del 25% (1). En la especialidad de ORL, estas intervenciones son las incluidas en los listados A y B del Ministerio de Sanidad, es decir, la colocación de drenaje transtimpánico en paciente de cualquier edad, la amigdalectomía con o sin adenoidectomía, la septoplastia, la miringoplastia, la estapedectomía, la microcirugía laríngea y procedimientos sobre boca o lengua (1). Se corresponden con las intervenciones más frecuentemente realizadas (2,6-

9,11-14), aunque algunas como la amigdalectomía (12) y la microcirugía laríngea generan controversia entre ciertos autores, ante la conveniencia o no de incluirlas en cirugía sin ingreso. El mayor problema de las amigdalectomías, a la hora de intervenirlas en programas de cirugía sin ingreso, es su riesgo de sangrado postquirúrgico durante las primeras horas (15) y el, a veces difícil, control del dolor postoperatorio. Hay quienes opinan que la morbilidad es baja pasadas las primeras 6-8 horas de la intervención (5,16,17), por tanto la admiten para hacerla en régimen ambulatorio. Se ha observado que el uso de propofol en el protocolo anestésico, la administración profiláctica de antieméticos y el evitar los analgésicos opiáceos, disminuyen la incidencia postoperatoria de náuseas y vómitos lo cual hace más adecuada la amigdalectomía para la cirugía sin ingreso. En cuanto a la microcirugía laríngea, tampoco todos los servicios aceptan realizarlas como procedimiento ambulatorio por el riesgo de inflamación laríngea postoperatoria que puede dar lugar a laringoespasmos o broncoespasmos, complicaciones que suceden por lo general de manera muy precoz en las salas de despertar y sobre las que se puede actuar de manera rápida (10,13,18,19). Nosotros presentamos 3 casos de laringoespasmos durante la intervención que se resolvieron favorablemente.

Durante el postoperatorio intermedio o tardío, en la sala de readaptación al medio o en su domicilio, las complicaciones más comunes en las intervenciones de ORL son la aparición de fiebre, dolor, hipotensión, hemorragia, náuseas, vómitos o infección de la herida quirúrgica (7,10,12). Según diversos estudios, su porcentaje varía entre un 1,3% y un 2,8% (6,9,11,12). En nuestra experiencia, el porcentaje es ligeramente superior 3,9%, pero en todos los casos se trató de complicaciones menores. De las complicaciones postoperatorias surgidas durante la estancia en la sala de readaptación al medio se originaron un total de 1,78% de ingresos, cifra dentro de los estándares, siendo la sensación de inestabilidad o mareo y las náuseas las causas que con mayor frecuencia forzaron dicho ingreso en nuestra experiencia. Las causas sociales referidas en nuestros resultados como causa de ingreso aluden a pacientes con un entorno social complejo o lejanía de la unidad que, pese a reunir los criterios de alta, quedaron ingresados, respondiendo a la propia demanda o a la de sus cuidadores. Tan solo un paciente requirió un ingreso tardío o diferido ante la aparición de un síndrome vertiginoso tras una intervención por patología otológica.

En líneas generales, desde los servicios de ORL, también creemos que son muchas las ventajas que aporta la CMA. Se ha demostrado que reduce las infecciones nosocomiales inherentes a la hospitalización convencional (2,11), evita estancias hospitalarias lo cual permite optimizar los recursos y reduce las listas de espera, al indicar la cirugía ambulatoria precisamente en las intervenciones más prevalentes (2,3,6,9,14). Mediante distintos estudios, también se ha verificado que los costes en CMA se reducen entre un 25 y 68% para el mismo procedimiento realizado con ingreso (2,14). A las ventajas económicas es necesario añadir el alto grado de satisfacción que genera entre pacientes y cuidadores. La buena información que se les proporciona les da seguridad, se altera poco su dinámica diaria y es posible reanudar con mayor rapidez la actividad laboral (7,11,17). Algunas opiniones han llamado la atención sobre la posibilidad que la CMA pudiera

sobrecargar Atención Primaria al traspasarles algunos de los problemas leves que pudieran surgir en el postoperatorio domiciliario, sin embargo hay estudios que demuestran que no se produce una sobrecarga ni hay repercusión en los costes en dicho nivel de asistencia (17).

Como conclusión, nuestro estudio muestra que un elevado porcentaje de pacientes de ORL pueden ser intervenidos en programas de cirugía ambulatoria de una forma segura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid 1993.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: 2008. www.msc.es/organizacion/sns/.../docs/guiaC-MA.pdf
3. Gisbert V, Pérez T, Tortosa V, Díaz C, Sánchez D, Seijas T. Adenoidectomía ambulatoria bajo anestesia general. *Cir May Amb* 1998;3(1):41-5.
4. Church J. Day case tonsillectomy in children. *Ambul Surg* 1999; 7(1): 17-9.
5. Rivas Lacarte MP. Outpatient tonsillectomy: a prospective 7 years study-complications and comparison with inpatients. *Ambul Surg* 1999;7(1):25-9.
6. Pérez G, Sandó B, Peña E, Gironés C, Morales P, Zaldívar M. Cirugía Mayor Ambulatoria en otorrinolaringología: experiencia de 6 años. *Rev Cubana Cir* (online) 2008;47(3):23-6.
7. Mallick A. Experiences of day care surgery in otolaryngology. *Indian J Otol Head Neck Surg* 2006;58(1):38-40.
8. Singarelli S, Berni A, Coppo G, Fracchia P. Day-surgery, one-day surgery: the experience in an ENT Unit in a 250 bed hospital. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005;25(6):365-9.
9. Esteban R, Díaz A, Figueroa A. Cirugía Mayor Ambulatoria en Otorrinolaringología. *Rev Cubana Cir* 2000;39(1):10-6.
10. Sancho E, Martínez J, Escorial O. Microcirugía laríngea en Cirugía Mayor Ambulatoria. Resultados del periodo 1995-1998. *Cir May Amb* 1999;4(4):538-42.
11. Ganesan S, Prior AJ, Rubin JS. Unexpected overnight admissions following day-case surgery: an análisis of a dedicated ENT day care unit. *Ann R Coll Surg Engl* 2000;82(5):327-30.
12. Brown P, Fowler S, Ryan R, Rieron R. ENT day surgery in England and Wales-an audit by the Royal Collage of Surgeons. Comparative audit Service. *J Laryngol Otol* 1998;112(2):161-5.
13. Tortosa V, Pérez T, Gisbert V, Díaz C, Sánchez MD, Seijas T. Microcirugía laríngea como cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 1998;3(3):185-6.
14. Martínez J, Domínguez LJ, Urpegui A. Cirugía ambulatoria en ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998;49(4):301-5.
15. Rodríguez Sola M, Moreno-Luna R, Medinilla A, Allely MD, García-Perla A, Esteban F. Presentación de un caso de hemorragia postamigdalectomía tardía que requirió como tratamiento la ligadura de la arteria carótida externa. *Cir May Amb* 2005;10(4):196-8.
16. Panarese A, Clarke RW, Yardley MP. Early post-operative morbidity following tonsillectomy in children: implications for day surgery. *J Laryngol Otol* 1999;113(12):1089-91.
17. Hicklin L, Tostevin PM, Wyatt ME. Parental satisfaction with paediatric day-case ENT-surgery. *J Laryngol Otol* 1999;113(12):1072-5.
18. Maestre JM, Morales C. Microcirugía laríngea ambulatoria. *Cir May Amb* 1999;4(2):418-9.
19. Pérez Fernández CA, García Aguado R, Campos Catalá A, Vivó Benlloch M, Zaragoza Fernández C, Basterra Alegría J, et al. Nuestra experiencia en microcirugía laríngea ambulatoria. Técnicas de ventilación usadas. *Cir May Amb* 2000;5(4):173-6.