

¿Por qué se anulan las intervenciones quirúrgicas en Cirugía Mayor Ambulatoria?

Why are surgical procedures cancelled in Ambulatory Surgery?

P. Moreno Carrillo, A. Calle Pla, E. Verdeja Moya, M. L. Gómez Gómez

Unidad de Cirugía sin Ingreso. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Autor para correspondencia: pimoreno72@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria es utilizada por centros hospitalarios de toda España. En nuestra unidad los usuarios deben cumplir ciertos criterios para poder ser intervenidos que, en ocasiones, son explicados en la consulta de enfermería previa y verificados antes de la intervención en el área de pre-anestesia. En esta, se anotan las posibles incidencias que podrían poner en riesgo la cirugía. Los objetivos del estudio fueron: 1) describir dichas incidencias; 2) determinar cuáles de ellas se asocian con la anulación de la intervención, y 3) estudiar si la realización de la consulta de enfermería se asocia con un menor número de incidencias.

Material y métodos: La muestra estaba formada por todos los usuarios del área de pre-anestesia de la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital Vall d'Hebron durante los meses de enero y febrero de 2014. Se recogieron variables socio-demográficas, tipo de intervención, número y tipo de incidencias registradas y si se produjo la anulación de la cirugía.

Resultados: De un total de 874 usuarios, se registraron 110 incidencias en 101 usuarios (11,6 %) conllevando el 1 % de anulaciones (9 casos). La incidencia más frecuente fue la ausencia de ayuno (2,5 %). Las anulaciones tuvieron relación significativa con 5 tipologías de incidencias. Se halló asociación entre la realización de la consulta de enfermería y la disminución de incidencias (odds ratio = 0,48, IC95 %: de 0,26 a 0,91).

Conclusión: La realización de una consulta de enfermería y el control de criterios en el área pre-anestésica se antojan indispensables para minimizar los riesgos durante la intervención.

Palabras clave: Incidencia, cirugía ambulatoria, consulta de enfermería, protocolo.

ABSTRACT

Introduction: Ambulatory Surgery is used by hospitals all around Spain. In our unit, the users must meet specific standards in order to be operated on, that are explained, sometimes in prior nursing consultation, and checked before the intervention in the pre-anesthesia unit. The possible incidents that might jeopardize the surgery are noted. The study objectives were: 1) describe such incidents; 2) determine which of them were associated with the cancellation of the intervention, and 3) study if the performance of the nursing consultation was associated with having fewer incidents.

Methods: The sample was made up by all the users of the pre-anesthesia area at the surgery unit of Vall d'Hebron's Hospital during the months of January and February 2014. The variables collected were socio-demographic, type of intervention, number and type of recorded incidents and if the surgery was cancelled.

Results: From a total of 874 users, 110 incidents were reported in 101 patients (11.6 %) involving 9 (1 %) cancellations. The most frequent incidence was the absence of fasting (2.5 %). The cancellations were significantly related with five kinds of incidents. Association between making a nursing consultation and the decrease in the incidence rate (odds ratio = 0.48 CI95 %: from 0.26 to 0.91) was found.

Conclusion: Making a nursing consultation and monitoring the guidelines in the pre-anesthetic area are a must in order to minimize the risks during the surgery.

Keywords: Ambulatory surgery, nursing consultation, protocol, incident.

INTRODUCCIÓN

Un paciente debe entrar en quirófano en óptimas condiciones para disminuir las complicaciones potenciales durante el proceso quirúrgico, en definitiva proporcionar la máxima calidad y seguridad al procedimiento al que va a someterse. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), con un índice de sustitución en alza, es utilizada por centros hospitalarios públicos y privados de todo el Estado Español. La cirugía ambulatoria es un sistema que organiza procedimientos quirúrgicos multidisciplinares con un periodo de corta estancia que oscila entre 2 y 12 horas produciéndose la mayoría de altas antes de las 3 horas (1). En la actualidad existen proyectos de protocolo de actuación en CMA que facilitan la toma de decisiones dentro de la unidad (2).

La correcta gestión de la unidad de CMA y la optimización de los recursos persiguen la disminución del número de anulaciones. Esto conlleva un ahorro económico y el máximo aprovechamiento de los bloques quirúrgicos y por la parte social/familiar del paciente solo se altera por una causa eficiente y no ficticia.

La CMA presenta múltiples ventajas entre las que destacan la mayor comodidad del paciente que se recupera en su ámbito domiciliario y un decremento de los costes asociados a una cirugía sin ingreso. Por otra parte, el usuario posee un riesgo menor de complicaciones potenciales, tales como la ansiedad, la despersonalización o los trastornos derivados de romper la rutina habitual (3).

Los pacientes en CMA deben estar pre-seleccionados y cumplir ciertos criterios desde el punto de vista quirúrgico, anestésico y social: 6 horas previas de ayuno, tener un acompañante durante las 24 horas posteriores a la intervención, estabilidad hemodinámica, etc. El objetivo del cumplimiento de tales premisas es disminuir la tasa de complicaciones durante el perioperatorio. Por este motivo, en la consulta de enfermería de nuestra unidad se informa a los pacientes de las pautas que deben seguir antes y después de la cirugía en base a los protocolos de CMA en los días previos a la intervención.

Por otra parte, los pacientes visitan el área de pre-anestesia antes de entrar en quirófano. En esta se lleva a cabo la colocación de la vía parenteral, la sueroterapia, el rasurado de la zona quirúrgica y la profilaxis antibiótica. Previamente, se les realiza una anamnesis verificando que cumplan los criterios mencionados. El equipo de enfermería soluciona las incidencias surgidas si fuese posible o, en caso contrario, se comunica la anomalía al equipo de anestesiólogos para que decidan el plan de actuación y la conveniencia de suspender la intervención.

La finalidad de este trabajo era, por un lado, llevar a cabo un estudio de estas incidencias en cuanto a su frecuencia

de aparición y su repercusión en la intervención para, en un futuro, poder atender de forma diligente a aquellas más relevantes. Por otra parte, se deseaba conocer si la labor realizada en la consulta de enfermería aportaba algún beneficio en la reducción de las incidencias presentadas. Estas finalidades se plasman en los siguientes tres objetivos concretos de estudio:

1. Realizar un análisis descriptivo de las anomalías registradas en la unidad de pre-anestesia.
2. Determinar cuáles de estas anomalías conllevan un mayor riesgo de anulación de la intervención.
3. Estudiar si la realización de la consulta de enfermería se asocia con una menor aparición de incidencias de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio seleccionamos a todos los usuarios del área de pre-anestesia de la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) durante los meses de enero y febrero de 2014.

La UCSI donde ejercemos nuestra actividad es una unidad satélite del hospital. Se distribuye en tres aéreas: consultas, adaptación al medio y bloque quirúrgico que consta de 6 quirófanos, la unidad de pre-anestesia y la unidad de recuperación postanestésica. Las especialidades quirúrgicas operativas son: traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, ginecología, cirugía general, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, urología y cirugía de mama.

Tiene personal propio de enfermería y anestesia, aunque los anestesiólogos compaginan su actividad con actos o guardias en el hospital. Por su parte, los cirujanos acuden a la UCSI según las sesiones quirúrgicas programadas.

Para cada individuo, se recogió información sociodemográfica (género y edad), el tipo de intervención, fecha de la misma y si presentó alguna de las anomalías siguientes: no ayuno en las 6 horas previas, sin compañía en las 24 horas posteriores, alteración de la pauta anticoagulante, hipertensión > 150/90 mmHg, glicemia > 250 mg/dL, alergias no controladas, resultado positivo en test de drogas en orina, no tener la valoración de apto en la visita de anestesia, presencia de maquillaje (ojos, labios o uñas), objetos metálicos, tampones, gafas, dentadura postiza, higiene incorrecta o distancia al domicilio habitual mayor de 170 km. Finalmente, también se recogió si la intervención fue anulada, definiéndose como tal aquella cirugía programada que no se puede realizar en el mismo día para el cual estuvo programada.

Se realizó una descriptiva del número y porcentaje de anomalías y cancelaciones. Debido al bajo número de anula-

ciones, se estudió la asociación entre la aparición de una incidencia y la anulación de la intervención mediante el test exacto de Fisher, considerándose significativas aquellas asociaciones con un p -valor $< 0,05$.

La magnitud de la asociación entre la realización de la consulta de enfermería y la detección de anomalías se estimó mediante un modelo de regresión logística ajustado por el tipo de intervención. Se proporcionó el *Odds Ratio* (OR) con su intervalo de confianza del 95 %. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico R 3.0.0.

RESULTADOS

La muestra constó de 874 usuarios, que supuso una tasa de reclutamiento de 27 usuarios/día con un rango que fluctuó de 16 a 54. La edad media fue de 52,6 años (desviación estándar 20,5, rango de 14 a 94 años) y el 51,2 % fueron mujeres ($n = 447$). Los tipos de intervención más frecuentes fueron las oftalmológicas ($n = 257, 29,4 \%$) y las maxilofaciales ($n = 211, 24,1 \%$)

Se registraron 110 incidencias en 101 (11,6 %) usuarios (Figura 1). Las más frecuentes fueron la ausencia de ayuno ($n = 22, 2,5 \%$), hipertensión ($n = 21, 2,4 \%$) y presencia de objetos extraños ($n = 19, 2,2 \%$).

Se produjeron 9 suspensiones (1,0 %) debidas a resultado positivo en test de drogas en tres casos, pauta incorrecta de anticoagulantes en dos y por ausencia de ayuno, no apto en consulta de anestesia, faringitis y taquicardia 1 caso para cada causa. Se halló relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la aparición de las incidencias y la anulación de la intervención en las siguientes anomalías:

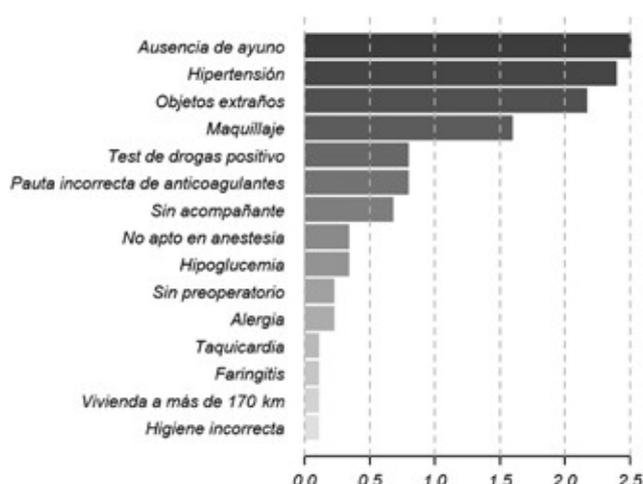


Fig. 1. Porcentaje de cada tipo de incidencias respecto al número global de pacientes atendidos.

resultado positivo en test de drogas ($p = 0,00003$), faringitis ($p = 0,010$), taquicardia ($p = 0,010$), pauta incorrecta de anticoagulantes ($p = 0,002$) y no apto en consulta de anestesia ($p = 0,03$).

En los usuarios que realizaron la consulta de enfermería se observó un menor número de incidencias (10,8 vs. 14,2 %) con una asociación cruda no significativa (*Odds Ratio*, OR = 0,74, IC95 %: de 0,46 a 1,22), pero significativa al ajustar por el tipo de intervención (OR = 0,48, IC95 %: de 0,26 a 0,91). Ni la edad ni el género se asociaron con la aparición de incidencias (Figura 2).

DISCUSIÓN

Para mejorar la calidad necesitamos conocer indicadores. Un indicador clínico es el porcentaje de pacientes relacionados con un determinado evento de estudio y por unidad de tiempo. El índice de suspensiones es un indicador de calidad asistencial, de ahí la importancia en registrar las incidencias para intentar mejorar.

A pesar de la existencia de sistemas preventivos para evitar la aparición de anomalías, estas aparecieron en más de un 10 % de los usuarios. La mayoría de estas incidencias pudieron ser solventadas (bien por el equipo de enfermería o bien por todo el equipo multidisciplinario) dando lugar a únicamente 9 anulaciones (1 %) de un total de 874 programas en los 2 meses de estudio.

El no cumplimiento del ayuno es la anomalía más frecuente que hemos observado (19,6 % del total de incidencias) que de no ser detectada conlleva un riesgo anestésico-quirúrgico grave (vómitos y/o broncoaspiración). En estos casos, la primera alternativa fue retrasar la intervención seis horas (en caso de ingesta de alimento sólido) o 4 horas (en caso de líquidos). Otras incidencias recurrentes fueron la presencia de hipertensión (18,8 %), de objetos extraños (16,9 %) o de

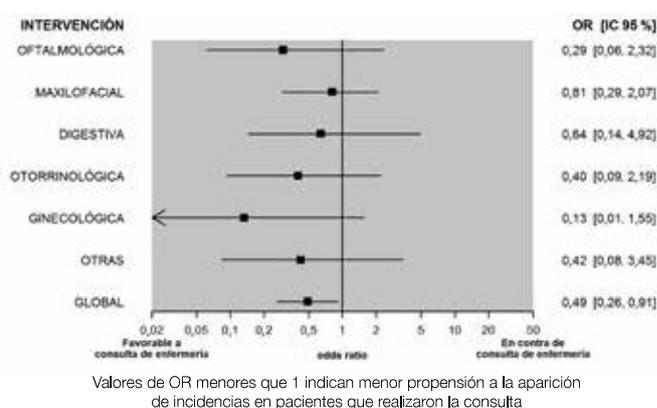


Fig. 2. Odds ratio (OR) de la relación entre la realización de la consulta de enfermería y la aparición de incidencias estratificado por tipo de intervención y medida ajustada global.

maquillaje (12,5 %). Esta última, no por ser una fácilmente tratable se debe menospreciar, ya que durante la intervención su presencia impide la detección de signos iniciales de desaturación o hipovolemia.

En cuanto al porcentaje de anulaciones, este es inferior al de otros estudios sobre CMA que lo sitúan entre un 3 y un 4 % (4,5).

La consulta de enfermería se asoció con una reducción de aproximadamente el 50 % en las incidencias al ajustar por la tipología de la cirugía. El motivo del ajuste fue que la idiosincrasia de la intervención determina, en muchos casos, la realización de la consulta. Por ejemplo, los pacientes asignados a cirugía de mano o maxilofacial no realizan la consulta de enfermería por ser intervenciones realizadas exclusivamente con anestesia local.

Entre las principales limitaciones del estudio cabe mencionar que al tratarse de un estudio observacional, no se puede establecer una relación causa-efecto entre la realización de la consulta de enfermería y la menor aparición de incidencias. Para concluirla en estudios futuros, convendría asignar aleatoriamente el paso por la consulta.

En conclusión, la realización de una consulta de enfermería previa a la CMA reduce significativamente el número de incidencias y, consecuentemente, el número de anulaciones. A veces son pequeños detalles que pueden dar lugar a una importante complicación. En la unidad de pre-anestesia, último filtro antes del quirófano, se detectaron un gran número de incidencias que pudieron ser solventadas. La presencia de este servicio se antoja imprescindible para una atención sanitaria de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung F. Recovery Pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1995;80:896-902.
2. Alcalde Escribano J, Ruiz López P, Landa García J. Evaluación preoperatorio en cirugía programada. Madrid: Arán Ediciones; 2002.
3. Cordero-Ponce M, Romero-Sánchez IM, López-Barea J, Martínez-Ramos P. Abordaje del paciente en unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Enferm Clin* 2008;18:156-60.
4. Perroca MG, Jerico MC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: Implications for cost management. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15:1018-24.
5. Martínez J, Jiménez A, Gracia JA. Cancelación en CMA: Incidencia y causas. *Cir Esp* 1011;90:429-33.