

Complicaciones tras el alta a domicilio: seguimiento durante 24 meses en una unidad de cirugía mayor ambulatoria

M. Arance García, M. C. Pérez Torres, Y. Galafate Andrades, R. Martín-Gil Parra, F. Docobo Duránte

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Introducción: El periodo postoperatorio es indiscutiblemente uno de los aspectos clave en los circuitos de cirugía mayor ambulatoria. Tanto la selección del paciente como las técnicas anestésicas y quirúrgicas aplicadas en cada ocasión se enfocan a que la recuperación postquirúrgica se lleve a cabo en régimen extrahospitalario de forma segura y satisfactoria para el paciente.

Material y métodos: La estancia en casa de nuestros pacientes es supervisada mediante llamadas telefónicas desde la unidad por personal capacitado o seguimiento por parte del cirujano en cita a consulta 24 ó 48 horas tras la cirugía. Los pacientes o sus cuidadores cuentan asimismo con un teléfono de contacto de forma continua e ilimitada en el tiempo al que pueden llamar si detectan alguna complicación o les surge cualquier duda durante su restablecimiento.

En nuestra unidad se lleva a cabo un registro sistemático de las llamadas recibidas a este teléfono de contacto, en las que se señala la intervención a la que se había sometido el paciente, el motivo de su llamada y el tiempo transcurrido desde la intervención.

En este trabajo se lleva a cabo un análisis retrospectivo de las llamadas registradas desde enero del 2006 hasta diciembre de 2007.

Resultados: De 6.224 pacientes intervenidos durante los 24 meses que incluye el estudio, 224 recurrieron al teléfono de contacto facilitado al alta. En 85 casos (38,39%) el dolor fue el motivo principal de consulta. El sangrado de la herida fue la causa de llamada en 42 casos (18,75%) y la fiebre en 37 (16,7%). El mayor volumen de llamadas se recibe a partir de 72 horas tras la cirugía, un 75,87% del total de las mismas.

Conclusiones: Aportar un método del contacto directo del paciente con la personal cualificado de la unidad permite detectar y analizar complicaciones en postoperatorio y establecer estrategias de prevención y tratamiento para mejorar los índices de calidad.

Palabras clave: Complicaciones postquirúrgicas. Seguimiento postoperatorio. Dolor postoperatorio. Cirugía mayor ambulatoria.

Recibido: enero de 2009.

Aceptado: febrero de 2009.

Correspondencia: Magdalena Arance García. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. e-mail: malenarance@hotmail.es

ABSTRACT

Background: Postoperative recovery is, possibly, the most important period in ambulatory surgery. Patient-selection, anaesthetic and surgical techniques are geared for a safe post-discharge stay at home and satisfaction of patients and their family.

Material and methods: Follow-up at home is supervised by telephone calls to the patients made by the hospital nurses after 24-48 h or by visits to the hospital the first postoperative day. The hospital provided all patients or family with a telephone number to ring at any time for advice on outcome, difficulties or to contact their physicians. These phone calls by patients to the hospital are recorded by nurses of the ambulatory unit. This study is a retrospective analysis of these calls recorded from January 1st 2006 to December 31st 2007.

Results: Of the 6,242 patients who underwent ambulatory surgery, 224 called our unit after discharge. Severe to moderate pain was the main reason for the call in 85 (38.39%) cases, bleeding in 42 cases (18.75%) and fever in 37 cases (16.7%).

Most of the calls to the unit were made after 72 h following discharge from the outpatient unit (75.87%).

Conclusions: Providing a means of direct contact of patients with qualified personnel helps us detect and analyze postoperative complications and treatments and establish strategies to prevent them as well as improve our quality indicators.

Key words: Postoperative outcomes. Postoperative follow-up. Postoperative pain. Ambulatory surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía sin ingreso (CSI) se ha impuesto en multitud de centros hospitalarios, en los que se ha obtenido el mismo rango de seguridad y buenos resultados que la cirugía con ingreso. Uno de los aspectos que más diferencia a este modelo de la cirugía tradicional es que la mayor parte del proceso de recuperación postquirúrgica se realiza en el domicilio del paciente. Este factor define a las unidades de CMA, y es, además, una de las claves en su óptima relación coste-efectividad. El periodo postoperatorio es uno de los pun-

tos que más esfuerzos requiere por parte del personal que interviene en los circuitos de CSI para lograr que la estancia domiciliaria del paciente tras la cirugía transcurra de forma satisfactoria, garantizando condiciones de máxima seguridad.

El alta a domicilio en las unidades de cirugía sin ingreso debe estar determinada por una serie de criterios que objetiven una recuperación adecuada del paciente tras la intervención quirúrgica, una vez descartadas las complicaciones propias del postoperatorio inmediato. Asimismo es imprescindible el seguimiento del paciente una vez se encuentra en su domicilio, ante la posible presencia de incidencias tras recibir el alta, como dolor, náuseas y/o vómitos postoperatorios, fiebre o mareo (1,2).

Lo más habitual en este sentido es el seguimiento mediante llamadas telefónicas a los pacientes o con citas en consulta al día siguiente de la intervención. Estos sistemas han demostrado ser eficaces en cuanto a la detección de complicaciones que puedan requerir intervención por parte de personal sanitario, o bien para reforzar la información que recibió el paciente al alta, lo cual resulta necesario según evidencian algunos estudios como el publicado por Dewar y cols., en el que se realizó seguimiento telefónico a 254 pacientes intervenidos en régimen de CMA. Los autores observaron que, pese a recibir instrucciones sobre el postoperatorio tanto oralmente como por escrito, muchos pacientes referían no recordarlas, afirmando que estaban bajo los efectos de la anestesia, lo que les impidió asimilar la información recibida (3).

En el marco de la CSI es esencial facilitar un medio de contacto directo del paciente con personal capacitado de la unidad, número que pueda utilizar si requiere información adicional o presenta alguna complicación. En esta línea se están desarrollando actualmente sistemas de telemedicina para control postoperatorio mediante imágenes enviadas por el propio paciente a teléfonos móviles del hospital (4). Estos métodos permiten detectar a tiempo posibles incidencias, resuelven en muchos casos dudas y problemas que pueden surgir y evitan desplazamientos innecesarios de los pacientes a unidades de urgencias o ambulatorios, aumentando así la tranquilidad, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.

En nuestra unidad se lleva a cabo de forma rutinaria una encuesta a los pacientes intervenidos a las 24-48 horas tras de la intervención. En ella se valora la situación del paciente, así como dudas o complicaciones que hayan podido surgir durante el postoperatorio más inmediato. Asimismo, a todos los pacientes intervenidos en nuestro centro hospitalario se les facilita un número de teléfono abierto durante 24 horas y por tiempo ilimitado, al que pueden llamar si lo precisan, y donde pueden ser atendidos por personal de nuestra unidad.

En este estudio se lleva a cabo un análisis retrospectivo de las llamadas recibidas a este teléfono de contacto durante un periodo de tiempo de dos años. Nuestro

objetivo con este trabajo es detectar complicaciones más o menos severas que surgen en el postoperatorio tras el alta a domicilio de nuestros pacientes, o bien dudas o mal seguimiento de los cuidados postquirúrgicos en casa. Esta información nos permitirá evaluar nuestros protocolos de actuación, evitar y, en su caso, detectar precozmente complicaciones postquirúrgicas de nuestros pacientes y con todo ello, mejorar nuestros índices de calidad y la seguridad y satisfacción de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra unidad se lleva a cabo un registro por escrito de las llamadas recibidas por parte de los pacientes intervenidos o sus cuidadores. Estas llamadas son atendidas por personal de la unidad totalmente capacitado para resolver las cuestiones más habituales que los pacientes suelen plantear o pautar tratamientos siguiendo protocolos de la unidad ante complicaciones como dolor, fiebre o dudas sobre el aspecto de la herida. Si no logran resolver la consulta del paciente o de sus cuidadores, se contacta con el cirujano de guardia.

Mediante análisis retrospectivo se realizó una revisión de las llamadas recibidas en nuestra unidad, desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2007, de pacientes que se habían sometido a intervención quirúrgica por el Servicio de Cirugía General o de Otorrinolaringología en régimen de CMA. Durante estos 24 meses se realizaron un total de 6.242 procedimientos quirúrgicos entre ambas especialidades. Las variables estudiadas fueron intervención realizada, motivo de llamada y tiempo transcurrido desde el alta domiciliaria.

RESULTADOS

Entre enero de 2006 y diciembre de 2007 se realizaron 6.242 intervenciones entre los Servicios de Cirugía General y Otorrinolaringología de nuestra unidad. Las intervenciones que se realizan en nuestro centro hospitalario y que son incluidas en este estudio son, por parte del Servicio de Cirugía General, colecistectomía laparoscópica, hernioplastia (inguinal, ventral, infraumbilical, supraumbilical y postlaparotómica), cirugía anorrectal, que incluye hemorroidectomía, fístula y fisura anal, pólipo anal y cirugía para tratamiento de sinus pilonidal, cirugía sobre lipomas, quistes sebáceos y otras lesiones cutáneas. Por el Servicio de Otorrinolaringología, cirugía sobre amígdalas y/o adenoides, cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), corrección de desviación septal, turbinectomía, microcirugía laríngea y cirugía de oído, que incluye estapedectomía, timpanoplastia e inserción de tubos de ventilación.

Los pacientes seleccionados para estas intervenciones en nuestra unidad son adultos entre 18 y 65 años, estado físico ASA I o II, excepto en cirugía sobre amígdalas y/o adenoides e inserción de tubos de ventilación en los que se incluyen niños mayores de 3 años y con peso superior a 15 kg.

De todos los pacientes intervenidos, 224 recurrieron a teléfono de contacto permanente que se le facilita al alta de la unidad. La distribución de llamadas fue muy similar entre el año 2006 y el 2007 (Tabla I).

TABLA I

NÚMERO LLAMADAS RECIBIDAS SEGÚN ESPECIALIDADES Y SEGÚN EL AÑO EN QUE SE REALIZAN

Año	2006	2007	Total
Nº de intervenciones	3.141	3.101	6.242
Nº de llamadas	105	119	224 (3,58%)
Llamadas Cirugía General	54	59	113 (50,45%)
Llamadas ORL	51	60	111 (49,55%)

Entre los pacientes que habían sido intervenidos por parte del Servicio de Cirugía General, 45 (39,8%) se habían sometido a hernioplastia inguinal, el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado por el Servicio de Cirugía General de nuestra unidad, 17 (15%) fueron pacientes intervenidos para corrección de otras hernias (infraumbilical, supraumbilical, ventral y postlaparotómica), 17 (15%) llamadas proceden de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, 14 (12,38%) llamadas fueron realizadas por pacientes intervenidos para exéresis de sinus pilonidad y 20 (17,69%) llamadas procedían de pacientes que se intervinieron de algún procedimiento de cirugía anorrectal (Fig. 1).

Entre los pacientes que llamaron y habían sido intervenidos por parte del Servicio de Otorrinolaringología, 37 (33,33%) se habían sometido a amigdalectomía, 31 (27,9%) se habían intervenido de amigdalectomía y adenoidectomía, 19 (17,11%) se sometieron a cirugía de nariz, 10 (9,09%) se intervinieron de cirugía de oído, 8 (7,20%) se habían sometido a adenoidectomía y 6 (5,4%) de los pacientes que llamaron se habían intervenido de de amigdalectomía, adenoidectomía e inserción de tubos de ventilación (Fig. 2).

En cuanto al motivo de la llamada, de las 224 llamadas recibidas 85 (38,39%) fueron motivadas por dolor. Otras causas registradas fueron: el sangrado en 42 casos (18,75%), la fiebre fue la causa principal de la consulta en 37 casos (16,7%), 30 pacientes (12,94%) llamaron al observar alteraciones en la herida quirúrgica, como inflamación, seroma o hematoma y 3 llamadas (1,33%) se debieron a náuseas y/o vómitos postoperatorios. Veintiocho

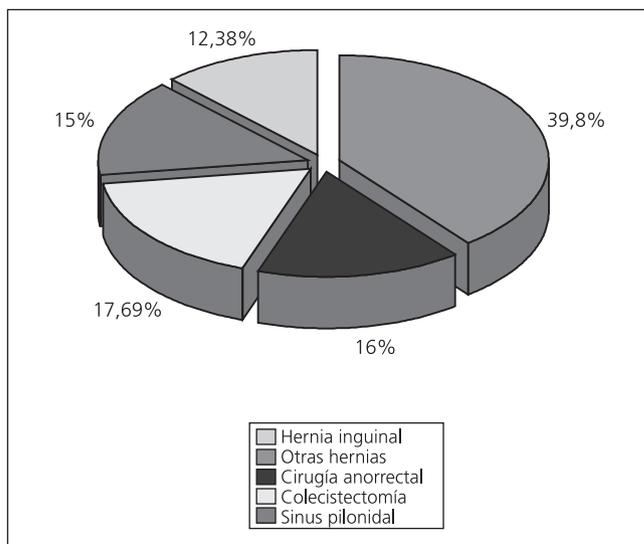


Fig. 1. Porcentaje de llamadas según intervención realizadas por Cirugía General.

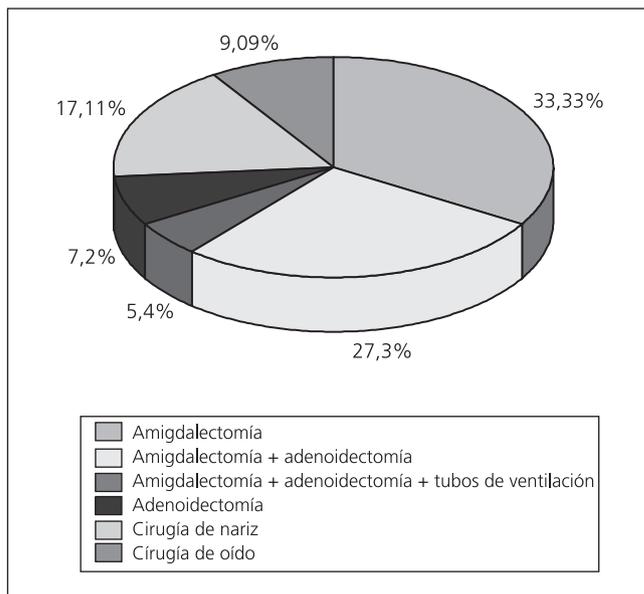


Fig. 2. Porcentaje de llamadas según intervención de Otorrinolaringología realizada.

(12%) de las llamadas recibidas se encuadran en un grupo de consultas ocasionadas por otros motivos muy poco frecuentes, como cierta debilidad, mareo, dudas con respecto a las pautas del tratamiento o por motivos que no se pudieron relacionar directamente con el procedimiento quirúrgico y/o anestésico (Fig. 3).

Por especialidades, entre los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General, el dolor es el motivo de la llamada 28 casos (24,77%), la segunda causa más frecuente es el sangrado de la herida quirúrgica más o menos importante que ocasiona 27 llamadas (23,89%), 22 pacientes (19,46%) consultaron por fiebre en el post-

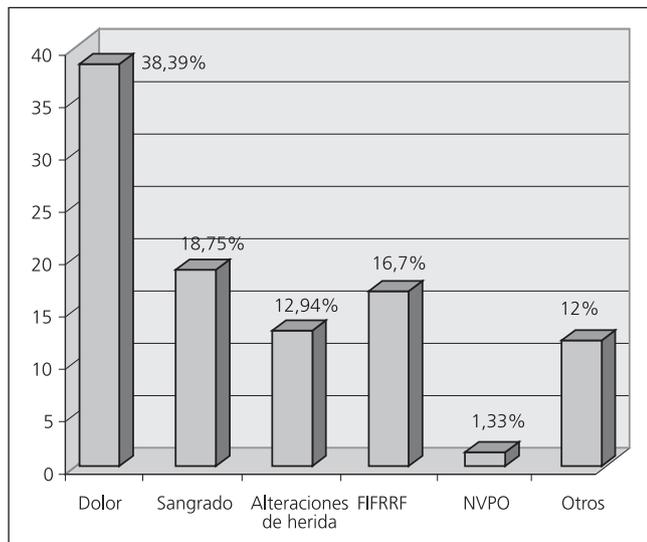


Fig. 3. Porcentaje de llamadas según el motivo de consulta. (NVPO: náuseas y/o vómitos postoperatorios).

operatorio y 20 pacientes (17,69%) llamaron refiriendo alteraciones en la herida quirúrgica.

El dolor es la causa principal en 58 de las llamadas de pacientes intervenidos de algún procedimiento de Otorrinolaringología, un 51,25% de los pacientes de esta especialidad que contactaron con la unidad. Catorce (12,61%) llamaron a la unidad por presencia de fiebre, 10 (9%) por sangrado y 9 (8,10%) pacientes consultaron por alteraciones en la herida.

En cuanto a la tercera variable estudiada, "momento de la llamada", los datos se muestran en la figura 4. Esta distribución en el tiempo es similar entre ambas especialidades.

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos más definitorios de las unidades de cirugía sin ingreso es que gran parte del periodo postoperatorio se realiza en el domicilio del paciente. Este hecho hace imprescindible una forma de contacto adecuada que permita una comunicación directa entre el paciente o su cuidador y personal de la unidad suficientemente cualificado como para identificar y resolver adecuadamente las incidencias que puedan darse tras el alta hospitalaria. Según nuestros resultados no son altamente frecuentes las ocasiones en las que el paciente o su cuidador recurren al teléfono de contacto para resolver alguna situación que le alarme o le preocupe en su recuperación postoperatoria. De 6.242 pacientes intervenidos en el periodo de 24 meses, 224 (3,58% del total) contactaron con nuestra unidad a través del número que se les ofrece al alta, a pesar de que desde la unidad se les llama a todos en las 24-72 horas posteriores a la intervención. Este dato extraído de nuestro análisis es similar al resultado obtenido en

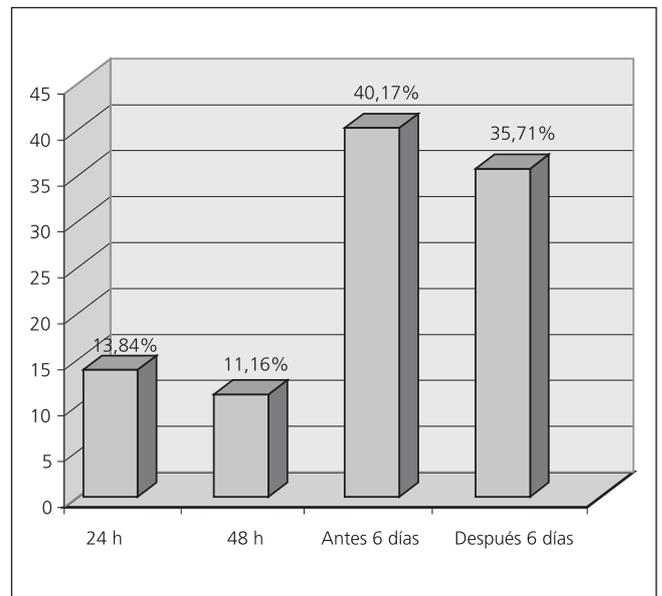


Fig. 4. Porcentaje de llamadas según tiempo transcurrido desde cirugía.

una revisión de 5.703 pacientes sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica en una unidad de CMA en Toronto. En ella se estableció que un 3,4% de los pacientes intervenidos precisó llamar a teléfono de contacto del hospital por algún motivo relacionado con la cirugía, como dolor, distensión abdominal, sangrado o náuseas y/o vómitos. Entre los pacientes que más recurrían a este método de contacto, en cuanto al tipo de cirugía, son más frecuentes las llamadas por parte de aquellos que se habían sometido a microdissectomía, cirugía de hombro, colecistectomía laparoscópica y hernia inguinal, estas dos últimas intervenciones muy frecuentes en nuestra unidad, pero se registró que sólo en un 0,7% de los casos fue necesario acudir al hospital, ya que prácticamente todas las consultas fueron resueltas por vía telefónica (5), lo que viene a reforzar la utilidad de este método de contacto entre la unidad y los pacientes.

Analizando nuestros datos observamos una distribución muy similar entre las llamadas realizadas por pacientes que se sometieron a alguna intervención por parte de las dos especialidades de nuestra unidad que se incluyen en el estudio. El motivo más frecuente por el que consultan los pacientes es el dolor (85 casos en nuestro estudio) y, por especialidades, 58 de las 111 llamadas recibidas de pacientes intervenidos por el Servicio de Otorrinolaringología se deben a este motivo. Esto coincide con otros resultados publicados hasta el momento, en los que se determina que hasta un 33% de los pacientes intervenidos en unidades de CMA refiere padecer dolor moderado-severo en el postoperatorio (2,5-7).

Otros motivos menos frecuentes fueron el sangrado, más o menos importante, la fiebre o alteraciones en la herida quirúrgica. En cuanto a las llamadas en las que el motivo principal fue la presencia de náuseas y/o vómitos

postoperatorios, registramos sólo 3 llamadas en estos dos años, un 1,33% del total de las consultas recibidas. Se trata de un porcentaje llamativamente bajo pese a que en series muy amplias se ha establecido una incidencia de esta complicación es de entre 4,5 y 9% de las intervenciones realizadas en régimen de CMA en las primeras 24 horas del postoperatorio (8) y hasta un 17% de los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio presenta alguno de estos síntomas tras el alta domiciliaria, si bien, con un rango de 2 al 30%, según una revisión sistemática llevada recientemente a cabo por Wu y cols. (9). Esta baja incidencia de llamadas por este motivo puede ser debida a que pese a padecer esta complicación, los pacientes la consideren tolerable o bien, es asumida por el paciente como un estado normal tras la intervención y no crea necesario recurrir al personal de la unidad.

En cuanto al momento en que se recibe la llamada, se observa que más del 70% de las llamadas se reciben a partir del tercer día del postoperatorio, incluso se han recibido llamadas después de 30 días e incluso meses tras la intervención. Consideramos que el hecho de que de forma rutinaria se llame desde la unidad a los pacientes a las 24-48 horas de la intervención, disminuye la incidencia de llamadas desde el domicilio de los pacientes, y es tras este plazo de tiempo cuando son los pacientes los que deben recurrir al teléfono de contacto para resolver algunas situaciones del postoperatorio. Debido a que plantear un seguimiento rutinario a todos los pacientes intervenidos durante semanas o más tiempo resulta poco factible, consideramos importante que el paciente disponga de este recurso durante un tiempo ilimitado para su empleo.

En conclusión, el seguimiento de los pacientes tras el alta a domicilio es preciso, ya que, además de detectar posibles complicaciones en postoperatorio de forma precoz, nos aporta datos muy valiosos que nos permiten establecer medidas de mejora de nuestra atención en el periodo perioperatorio. La presencia de síntomas en el postoperatorio tras el alta en pacientes sometidos a procedimientos de CSI es frecuente y, aunque en la mayoría de los casos es leve, interfiere en la recuperación de

la actividad diaria de los pacientes previa a la cirugía. Sólo el conocimiento de la incidencia de estos síntomas, su registro adecuado y el establecimiento de medidas para disminuirlas, pueden incidir en la calidad de nuestra asistencia. Si bien no hemos podido detectar aquellos casos que hayan acudido a otros centros médicos para resolver alguna situación que se haya podido presentar, sí que tenemos en nuestra unidad un control de las llamadas realizadas por nuestro personal a los pacientes intervenidos, así como de todas las recibidas a nuestro teléfono de contacto. Esto nos aporta una información valiosa sobre la evolución de nuestros pacientes tras el alta a domicilio y nos permite incidir en los aspectos en los que nuestra actuación resulte deficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth* 1996; 43(5): 1121-7.
2. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg* 2005; 101(6): 1643-50.
3. Dewar A, Scott J, Muir J. Telephone follow-up for day surgery patients: Patient perceptions and nurses' experiences. *J Perianesth Nurs* 2004; 4(2): 234-41.
4. Martínez-Ramos C, Cerdan-Carbonero MT, Sanz-López R, Normand Barron J. Sistema de telemedicina mediante telefonía móvil para control postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria: estudio piloto. *Cir May Amb* 2008; 13(2): 67-77.
5. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Can J Anesth* 2004; 51(9): 886-91.
6. Navarro V, Galafate Y. Estudio de enfermería en el seguimiento postoperatorio de los usuarios en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2008; 13(2): 83-6.
7. Rawal N. Analgesia for day-case surgery. *Br J Anaesth* 2001; 87(1): 73-87.
8. Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology* 1999; 52(1): 109-18.
9. Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology* 2002; 96(4): 994-1003.