

Seguimiento telefónico de las complicaciones en cirugía mayor ambulatoria

I. M. Romero Sánchez, J. López Barea, M. Cordero Ponce

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Duques del Infantado. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Objetivos: Conocer los principales problemas postoperatorios, por los que los pacientes hacen uso del teléfono de contacto de 24 horas de la unidad y evaluar si el personal de enfermería es capaz de resolverlos por sí mismo haciendo uso del protocolo establecido en la unidad.

Material y método: Estudio retrospectivo de las llamadas recibidas en la unidad durante el año 2007. Para la realización del estudio se realizó una recogida de datos, utilizando los registros de enfermería de las llamadas al teléfono de contacto de 24 horas que nos hacen los pacientes intervenidos en la unidad.

Resultados: En el año 2007 en nuestra unidad se realizaron un total de 8.480 intervenciones. Se recibieron 260 llamadas al teléfono de contacto. Entre los principales motivos de llamada destacan el dolor con un 29,6%, el sangrado un 16,2%, la fiebre con un 11,5%, en siguiente lugar con un 7,3% las consultas de algún tipo de duda, seguidas de las llamadas por inflamación con un 5,4%, el estreñimiento con un 3,8%, el dolor simultáneamente con fiebre con un 3,8% y tener el apósito manchado con un 3,4%, recibándose la mayoría de las llamadas entre el segundo día después de la intervención y el octavo.

Conclusiones: El fomentar los autocuidados y la formación del cuidador principal, junto con la protocolización de las actuaciones en estas unidades, son fundamentales para la correcta recuperación del paciente en su domicilio.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Complicaciones postoperatorias. Seguimiento telefónico.

ABSTRACT

Objetivos: The purpose of this study was to identify the main postoperative complications which cause patients to make use of the 24 hour contact telephone number with our unit and to assess whether the nursing staff is able to solve these problems on their own using the protocol we set out in the Unit.

Recibido: octubre de 2008.

Aceptado: noviembre de 2008.

Correspondencia: Isabel M^a Romero Sánchez. C/ Minarete, 26. 41110 Bollulllos de la Mitación. Sevilla. e-mail: imromeros@gmail.com

Material and method: For this retrospective study of the calls received in the unit during 2007, we collected data from the nursing staff's registry of the phone calls made by patients who underwent surgery in our unit.

Results: During the year 2007, a total of 8,480 surgical procedures were performed. We received 260 calls to the contact telephone number. The main causes for these calls were: 29.6% for pain, 16.2% for bleeding, 11.5% for fever and 7.3% for doubts regarding postoperative care, followed by 5.4% for inflammation, 3.8% for constipation, 3.8% for pain and fever and 3.4% for blood on the dressing. Most of the calls were made between the second and eighth day after the operation.

Conclusions: Promoting self-care and giving the necessary information to the main caregiver, together with the use of protocols for each of the procedures in these Units is essential for the correct recovery of patients after discharge.

Key words: Ambulatory surgery. Postoperative complications. Telephone follow-up.

Romero Sánchez IM, López Barea J, Cordero Ponce M. Seguimiento telefónico de las complicaciones en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2009; 14: 12-15.

INTRODUCCIÓN

El alta de la unidad va precedida de un periodo de vigilancia postoperatoria del paciente. Durante este periodo el paciente pasa por varias fases de vigilancia, dependiendo de su nivel de consciencia y su capacidad de controlar la vía aérea. Así se distinguen tres fases: la fase primera de recuperación inmediata, en la que se recupera la consciencia, se restablecen los reflejos protectores de la vía aérea y comienza la actividad motora; una fase de recuperación intermedia o de readaptación al medio, donde se cumplen unos criterios de alta de la unidad; y una fase tardía donde se recupera el estado físico previo a la cirugía (1,2).

Las dos primeras fases se realizan bajo vigilancia continuada por parte del personal de enfermería; mientras que el restablecimiento físico previo a la cirugía se realiza en el domicilio del paciente, por lo que es fundamental la promoción de los autocuidados y la formación de los cuidadores principales, para evitar las posibles complicaciones en el postoperatorio y evitar reingresos indeseados. Igual importancia tiene el tener el alta protocolizada en la unidad, para evitar dar altas prematuras, que igualmente conlleven a posibles complicaciones.

Según un estudio realizado por Costa (3), los pacientes quirúrgicos no están preparados para el alta después de una cirugía ambulatoria. Un 29% presentó un dolor grave en el domicilio y sólo el 30% manifestó que la experiencia era como ellos esperaban.

En nuestra unidad los criterios de alta utilizados son el test de Aldrete modificado en la primera fase de la recuperación, y el PADSS (*Post Anesthesia Discharge Scoring System*) en la fase de readaptación al medio. Una vez que el paciente cumple con los criterios de alta puede regresar a su domicilio; antes de abandonar la unidad se les facilita un número teléfono donde pueden contactar con nosotros si presentan algún problema.

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

- Conocer los problemas más frecuentes por los que consultan los pacientes en el postoperatorio.
- Conocer los problemas postoperatorios en relación con las especialidades quirúrgicas.
- Cuándo aparecen con más frecuencia estos problemas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de los problemas que con mayor frecuencia se atienden en una unidad a través del teléfono de contacto, que es atendido por personal de enfermería entrenado para ello.

En el año 2007 en nuestra unidad se realizaron 2.075 intervenciones de cirugía general, 4.135 de oftalmología, 948 de ORL, 1.165 de traumatología y 157 de urología. Lo que hace un total de 8.480 intervenciones. Se recibieron 260 llamadas al teléfono de contacto, constituyendo la muestra del presente estudio.

La recogida de los datos se hizo a través de los registros de enfermería de las llamadas recibidas al teléfono de contacto durante todo el año 2007, recogiendo de estos registros las siguientes variables: especialidad, intervención realizada, días transcurridos desde la intervención a la llamada, el motivo de la llamada, si fue necesario contactar con el cirujano de guardia, si el paciente es derivado a algún servicio sanitario o si es preciso atenderlo en el hospital.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos y comparamos los porcentajes de los motivos de llamadas, de los días transcurridos desde la intervención a la llamada, de las llamadas al cirujano de guardia y el motivo, de las

derivaciones a un servicio sanitario y el motivo de la derivación por especialidades.

El análisis descriptivo se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows.

RESULTADOS

Entre los motivos más frecuentes por los que nuestros pacientes necesitan ponerse en contacto con la unidad se destacan el dolor con un 29,6%, el sangrado un 16,2%, la fiebre con un 11,5%, en siguiente lugar con un 7,3% las consultas de algún tipo de duda, seguidas de las llamadas por inflamación con un 5,4%, el estreñimiento, y el dolor y fiebre con un 3,8% ambos motivos y por tener el apósito manchado con un 3,4%. Los demás motivos de llamadas, como se ve en la tabla I, son menos frecuentes. Por especialidades, los principales motivos de llamadas en CMA sí coinciden con los resultados globales, apareciendo el dolor con un 23,9%, el sangrado con un 20,4% y la fiebre con un 8,6%. En ORL aparece el dolor en primer lugar, con un 41,9%, seguido de fiebre con un 13,8% y el sangrado con un porcentaje similar (13,2%). Mientras que en Urología aparece en primer lugar las llamadas para consultar dudas con un 37,5%, seguido de las llamadas por sangrado y por exudado sanguinolento, ambos con un 25%. Por especialidades el 61,2% de las llamadas son de cirugía general, el 35,8% de ORL y el 3,1% de urología.

TABLA I

MOTIVO DE LA LLAMADA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dolor	77	29,6	29,6	29,6
Sangrado	42	16,2	16,2	45,8
Apósito manchado	9	3,5	3,5	49,2
Fiebre	30	11,5	11,5	60,8
Dolor, náuseas, vómitos	5	1,9	1,9	62,7
Vértigos	2	0,8	0,8	63,5
Dolor, inflamación	5	1,9	1,9	65,4
Dolor, fiebre	10	3,8	3,8	69,2
Decaimiento	4	1,5	1,5	70,8
Náuseas y vómitos	3	1,2	1,2	71,9
Hematoma	4	1,5	1,5	73,5
Inflamación	14	5,4	5,4	78,8
Estreñimiento	10	3,8	3,8	82,7
Consulta	19	7,3	7,3	90,0
Apertura herida	3	1,2	1,2	91,2
Supuración	2	0,8	0,8	91,9
Molestias taponamiento	2	0,8	0,8	92,7
Seroma	2	0,8	0,8	93,5
Exudado sanguinolento	2	0,8	0,8	94,2
Otros	15	5,8	5,8	100,0
Total	260	100,0	100,0	

En cuanto al momento en que el paciente se puso en contacto con la unidad, observamos que el 73,1% de las llamadas suceden entre el 2º y 8º día. En las tres especialidades quirúrgicas es durante este mismo periodo de tiempo donde se realizan el mayor porcentaje de llamadas a la unidad.

Por lo que se refiere a las intervenciones que mayor número de consultas realizan al teléfono de contacto son en primer lugar las hernioplastias, con un porcentaje del 34,2%, seguida por las amigdalectomías y adenomigdalectomía, con un 25% de las llamadas totales. El resto de las intervenciones se ven en la tabla II.

TABLA II

INTERVENCIONES QUE CONSULTAN

<i>Tipo de intervención</i>				
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Válidos</i>				
Hernia	89	34,2	34,2	34,2
Colelitiasis	15	5,8	5,8	40,0
Quiste pilonidal	21	8,1	8,1	48,1
Hemorroides	13	5,0	5,0	53,1
Fisura anal	19	7,3	7,3	60,4
Amigdalectomía, adenomigdalectomía	65	25,0	25,0	85,4
Septoplastia, hipertrofia cornetes, pólipos nasales	19	7,3	7,3	92,7
Microcirugía	1	0,4	0,4	93,1
Varicocele	5	1,9	1,9	95,0
Hidrocele	2	0,8	0,8	95,8
Otros: OMS, miringotomía, nod. test., uvuloplastia, estapedectomía	11	4,2	4,2	100,0
Total	260	100,0	100,0	

En un 58,8% de los casos hubo que llamar al cirujano de guardia, pudiéndose observar el porcentaje de llamadas por especialidades en la figura 1, donde vemos que de las 153 casos que hubo que contactar con el médico, el 74,2% lo fue con el otorrino, el 50,9% con el cirujano, mientras que con el urólogo fue un 37,5%.

De los 260 casos, el 46,16% no necesitaron derivación a ningún centro asistencial, mientras que el 53,84% sí lo necesitaron. Los centros asistenciales a los que tuvieron que ser derivados fueron las plantas de la unidad, las consultas, la unidad de día, el centro de salud correspondiente al paciente o las urgencias del Hospital General o del Hospital Infantil. Los motivos de dichas derivaciones los podemos ver la figura 2, destacando el sangrado activo, la fiebre y la inflamación.

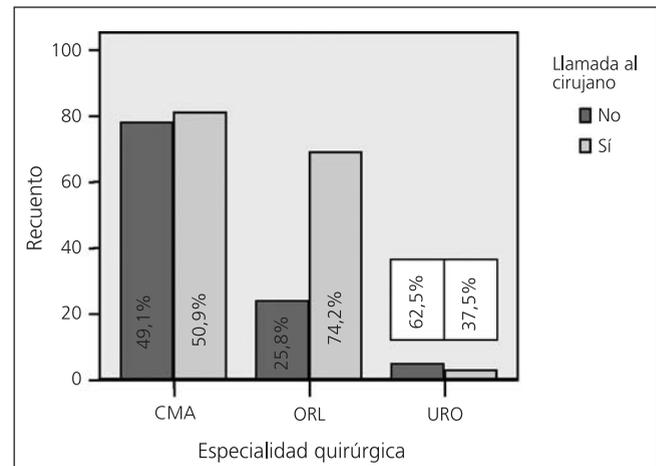


Fig. 1. Llamadas a cirujano por especialidades.

DISCUSIÓN

La cirugía mayor ambulatoria supone para el paciente un menor riesgo de sufrir complicaciones potenciales, además de disminuir los problemas derivados de la hospitalización, como pueden ser la ansiedad, despersonalización, trastornos de la rutina habitual.

La incidencia de complicaciones importantes es muy baja en la cirugía mayor ambulatoria. En nuestro estudio las complicaciones menores más frecuentes fueron el dolor, el sangrado y la fiebre, resultados que coinciden con otros estudios realizados (4). Por especialidades, vemos que el caso de los pacientes intervenidos de otorrino, la fiebre pasa a ser el segundo motivo de consulta, tras el dolor seguido del sangrado postquirúrgico.

El dolor es uno de los síntomas que más influyen en la valoración de la calidad percibida por el paciente del proceso asistencial. Es un síntoma muy frecuente en el postoperatorio. El 50-70% de los pacientes pueden sufrir dolor intenso y el 30-40% un dolor moderado tras la cirugía (5,6). El sangrado postoperatorio fue en nuestro estudio el principal motivo de derivación, bien a distintos servicios de nuestra Unidad o a las Urgencias.

El momento en que el paciente o su familia necesitaron ponerse en contacto con nosotros coincide con otros estudios (6), un 73,1% de los pacientes lo hicieron entre el segundo día y el octavo.

También observamos en nuestro estudio que un alto porcentaje de llamadas (41,2%), fueron atendidas y solucionadas por personal de enfermería, sin necesidad de contactar con el cirujano. Ello se debe a la existencia de personal cualificado y entrenado en este tipo de asistencia y a los protocolos establecidos en la unidad, que constantemente se están revisando y actualizando.

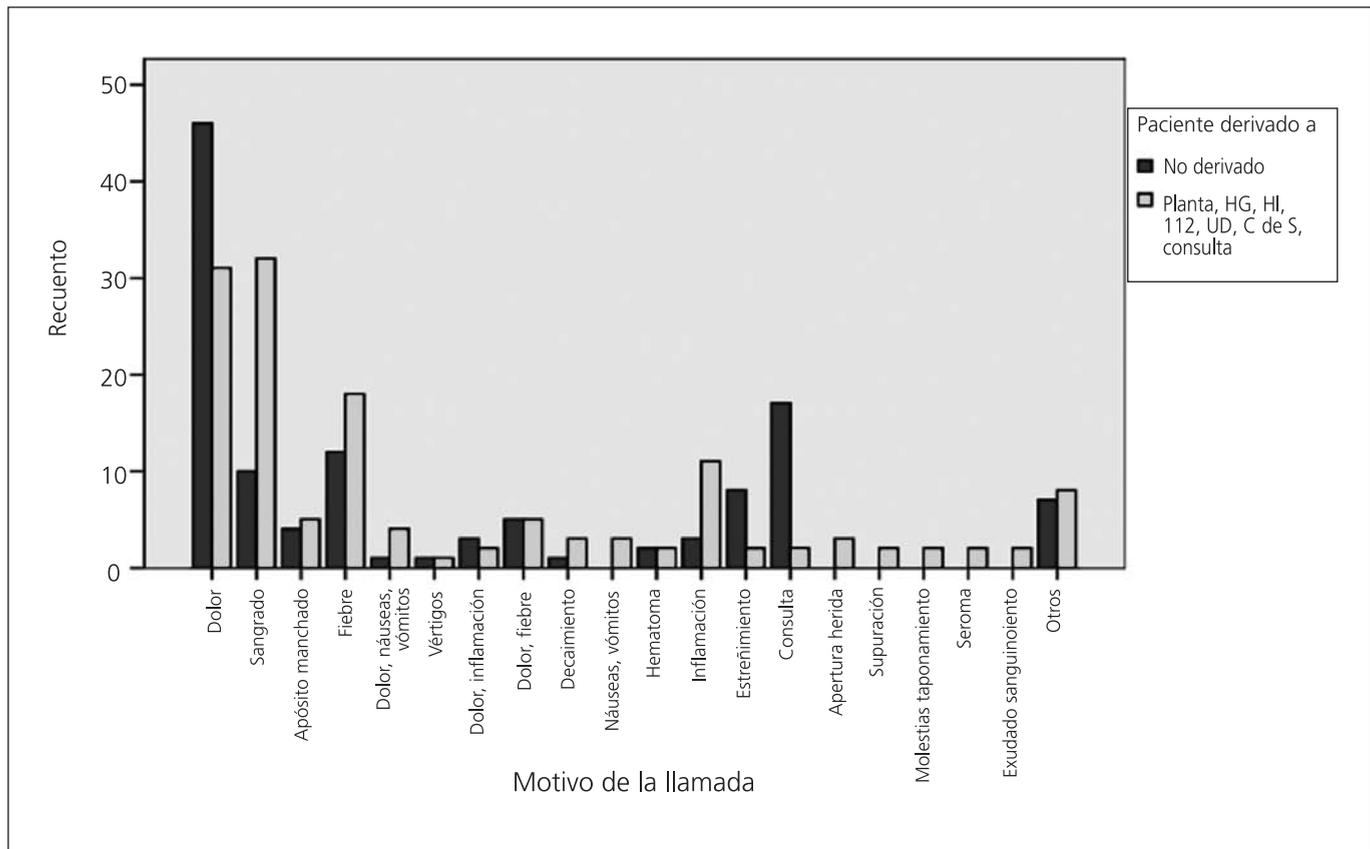


Fig. 2. Derivación de pacientes por motivo de llamada.

Debemos tener en cuenta que la recuperación postquirúrgica del paciente continuará en el domicilio, por lo que tanto el paciente como su cuidador, deben sentirse seguros y saber qué hacer en cualquier momento, para evitar que un problema pequeño se convierta para ellos en una gran complicación. Para ello resulta fundamental el fomentar los autocuidados y la formación del cuidador principal, a través de un programa de educación para la salud que sea eficaz, efectivo y eficiente, y así obtener una pronta recuperación en el entorno habitual del paciente, haciendo uso adecuado de los recursos sanitarios. En este marco la enfermería tiene un campo donde aumentar la calidad de la relación enfermera-paciente-entorno familiar, incrementando el grado de satisfacción y el bienestar del paciente, así como la satisfacción del propio personal.

Resulta también fundamental la protocolización de las actuaciones en las unidades de cirugía mayor ambulatoria, siendo determinante en el éxito de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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(3): 156-60.
2. García Aguado R, Moro B, Martínez-Pons V, Viñoles J, Hernández H. El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2003; 50: 433-8.
3. Espinosa S, Casado A. Un nuevo ambiente donde desarrollar una nueva entidad de la enfermería. *Nuberos* 1996; 3: 23-4.
4. Navarro García V, Galafate Andrades Y. Estudio de enfermería en el seguimiento postoperatorio de los usuarios en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2008; 13(2): 83-6.
5. López Timoneda F, Casco García MC. Tratamiento del dolor postoperatorio: profilaxis y tratamiento. En: Tamales Escobar S, Martínez Ramos C, editores. *Cirugía. Fisiopatología General. Aspectos básicos*. Manejo del paciente quirúrgico. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 1997. p. 329-34.
6. García Sánchez IM, Prados Olleta N, Monchón E, Herrera MA, Albarracyn M. Analgesia postoperatoria en hallus valgus. *Cir May Amb* 2007; 12(1): 27-31.