

Unidad de cirugía sin ingreso: nuestra experiencia

Outpatient ENT surgery: Our experience

M. A. Rodríguez Pérez ■ J. R. Benito Navarro

RESUMEN

Objetivo: Evaluar actividad de un Servicio de Otorrinolaringología (ORL) en una Unidad de Cirugía de Día.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 416 pacientes del Servicio ORL intervenidos en Hospital de Día Quirúrgico durante 30 meses.

Resultados: 94,7% de los pacientes se marchó de alta el mismo día. Las principales intervenciones realizadas (72%): microcirugía endolaríngea, adenoidectomía y adenoamigdalectomía. El grupo de edad más numeroso (48%) es el de menores de 15 años. Dolor postoperatorio (40%) y vómitos y/o no tolerancia oral (31%) fue la causa más frecuente de ingreso.

Conclusión: La actividad en una Unidad de Cirugía de Día es una alternativa apropiada y segura para mucha de la actividad quirúrgica en Otorrinolaringología. Correcta selección de pacientes y procedimientos, y estricto control y observación postoperatoria son fundamentales para adecuado funcionamiento de este tipo de unidades.

Palabras clave: Cirugía sin ingreso. Otorrinolaringología. Hospital de día. Microcirugía endolaríngea. Adenoidectomía. Amigdalectomía.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the activity of an ENT department regarding Outpatient Surgery.

Material and Methods: Retrospective study of 416 patients treated in Outpatient Surgery over a period of 30 months.

Results: 94% of the patients were released the same day. Main operations (72%) include endolaryngeal microsurgery, adenoidectomy and adenotonsillectomy procedures. The most common age group in the study was the group of 15 years and under (48%). The most frequent cause of prolonged hospital stay was post-operative pain (40%), vomiting and/or alimentary intolerance (31%).

Conclusion: Out-patient surgery is an appropriate and safe alternative to in-patient surgery for the majority of the surgical activity in Otorhinolaryngology provided there is careful patient selection, meticulous surgical techniques, and strict patient observation in the immediate postoperative period.

Keywords: Outpatient Surgery. Otorhinolaryngology. Endolaryngeal microsurgery. Adenoidectomy. Tonsillectomy.

INTRODUCCIÓN

Podemos considerar Cirugía sin ingreso (C.S.I.), o Cirugía de Día, al conjunto de intervenciones quirúrgicas que, realizadas bajo anestesia general, regional o local, permiten la vuelta del paciente a su domicilio, tras unas horas de recuperación, y sin necesidad de pasar la noche en el centro hospitalario¹.

En los últimos años, debido a diversos factores: ahorro económico, optimización de recursos sanitarios, disminución del estrés, absentismo laboral, e infecciones nosocomiales, así como menor distorsión en su entorno social, familiar, intelectual, se están realizando cada vez de manera más habitual, una mayor variedad de técnicas e intervenciones quirúrgicas en Unidades u Hospitales de Día Quirúrgico (HDQ)².

La Otorrinolaringología incluye un gran número de intervenciones quirúrgicas susceptibles de realizarse mediante esta modalidad de cirugía.

La generalización de la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida en pacientes crónicos, la exigencia de cuidados

M. A. RODRÍGUEZ PÉREZ

Unidad Clínica de Gestión de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España.

J. R. BENITO NAVARRO

Unidad Clínica de Gestión de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España.

Correspondência:

Miguel Alberto Rodríguez Pérez.
C/ Amílcar Barca nº47, 6º E. | 11009. Cádiz. España.
e-correo: otomiguel@gmail.com
Tel: 0034- 677-83-66-05

sanitarios derivados de la obtención del estado de bienestar, va unido al crecimiento de los recursos destinados a la asistencia sanitaria, pero estos se mantienen insuficientes.

Así, nos vemos obligados a racionalizar las prestaciones sanitarias y tomar medidas de control de gasto y eficacia; y ahí es donde la CSI y la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) encuentran una posición relevante al ser menor el gasto por paciente que cuando se requiere el ingreso hospitalario para el mismo procedimiento³.

Encontramos referencias en la literatura que muestran una reducción de costes próxima al 50%, para los mismos procedimientos quirúrgicos en un HDQ, en comparación con la cirugía convencional con ingreso hospitalario⁴.

Las primeras grandes series de CMA se presentan a principios del Siglo XX⁵. Los primeros criterios para este tipo de cirugía se publican en 1950⁶. En el Reino Unido se empieza a desarrollar a partir de 1950 y en los Estados Unidos a partir de 1960⁷.

En España se ha convertido actualmente en una actividad rutinaria dentro de las especialidades quirúrgicas, pero es posible que hasta 1990 sólo existieran tres unidades con una actividad reglada para CSI, de las cuales sólo una contaría con la especialidad ORL⁸.

En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora La Guía de Organización y Funcionamiento para CMA⁹. A partir de 1994 diversas comunidades autónomas editan sus normativas, por ejemplo: BO de Madrid 295 del 13/12/1994. A partir de 1996 se formaliza su inclusión en el plan de concertación de servicios sanitarios¹⁰.

En Julio del 2002 se pone en funcionamiento el Hospital de Día Quirúrgico del Hospital Universitario Puerta del Mar con carácter multidisciplinario. Desde su inicio, la Unidad Clínica de Gestión de ORL ha desarrollado gran parte de su actividad quirúrgica a través de dicha unidad.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis retrospectivo de la actividad realizada por el Servicio ORL dentro del HDQ del Hospital Universitario Puerta del Mar, valorando parámetros tales como, criterios de inclusión, tipos de intervenciones quirúrgicas realizadas, ingresos realizados y causa de los mismos, complicaciones presentadas, requisitos al alta y grado de satisfacción del usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

En el año 2002 se pone en marcha el Hospital de Día Quirúrgico en el Hospital Universitario Puerta del Mar, contando con ocho camas propias y estando a cargo del Servicio de Anestesia. Dicha unidad funciona en horario de mañana y tarde, permaneciendo cerrada en horario nocturno, por lo que los pacientes que permanezcan y no puedan ser dados de alta en dicho horario ingresan en el Hospital a cargo del Servicio que realizó la intervención quirúrgica.

Realizamos un estudio retrospectivo de la actividad qui-

rúrgica del Servicio ORL realizada en el HDQ durante aproximadamente 30 meses desde su puesta en funcionamiento.

Desde el año 2005 la actividad del Servicio de ORL en dicha unidad ha disminuido considerablemente al establecerse un Hospital de Día Quirúrgico Pediátrico a cargo del Servicio de Cirugía Pediátrica, y una Unidad de Corta Estancia a cargo del propio Servicio de ORL, que son actualmente las unidades de día que asumen todos los pacientes con procedimientos quirúrgicos ORL susceptibles de realizarse como cirugía sin ingreso, constituyendo de esta manera el mismo sistema asistencial, pero directamente a cargo de la Unidad Clínica de Gestión de ORL, lo cual facilita el control especializado y seguimiento más específico de nuestros pacientes.

El Servicio ORL determinó previamente los procesos quirúrgicos susceptibles de realizarse como cirugía sin ingreso:

- Adenoidectomía.
- Adenoamigdalectomía.
- Amigdalectomía.
- Paracentesis/drenaje transtimpánico.
- Microcirugía endolaríngea.
- Septoplastia.
- Cirugía Endoscópica Naso- Sinusal (CENS)
- Reducción de cornetes.
- Cervicotomía para exéresis de adenopatías o tumores quísticos.
- Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral (PEATC)

De esta forma una vez valorado el paciente en la consulta de ORL e indicado el procedimiento quirúrgico, se solicita la inclusión del mismo en el circuito de demanda quirúrgica para la valoración preanestésica, que será la que determine, en función de los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos, los pacientes aptos para cirugía sin ingreso.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ASA I (paciente normal), II (paciente con patología sistémica leve) o incluso III (paciente con patología asociada estable en el momento de la intervención).
- Tiempo quirúrgico inferior a 90 minutos.
- Mínimo riesgo de hemorragia postoperatoria.
- Tolerancia oral y deambulación precoz.
- Dolor postoperatorio fácil de controlar.
- Contar con una persona adulta, capaz y responsable que atienda al paciente en su domicilio las primeras 24-48 horas.
- Disponer de teléfono en su domicilio.
- Tiempo inferior a 60 minutos ó distancia menor de 45-60 Km. para llegar al Hospital desde su domicilio.

Criterios de exclusión:

- Índice de masa corporal mayor de 30.
- Anemia grave.

- Alteraciones de la coagulación sanguínea.
- Asma bronquial o Enfisema Pulmonar Obstrutivo Crónico (EPOC) severo o mal controlado.
- Enfermos pluripatológicos.
- Falta de proximidad del domicilio del enfermo al centro hospitalario.

El paciente ingresa en el HDQ el mismo día de la intervención a primera hora, permaneciendo posteriormente al menos durante 6 horas tras la cirugía. Se inicia a partir de las 4-6 horas la tolerancia oral con líquidos, y previo al alta es valorado por parte del Servicio de Anestesia y por el de ORL. En caso de ser necesario el ingreso hospitalario, éste se hace en las camas asignadas al Servicio de ORL hasta la remisión completa del motivo de ingreso.

Al recibir el alta, el paciente dispone de una serie de documentos en los cuales se indican consejos y recomendaciones acerca de los cuidados a seguir, y también posibles complicaciones del acto quirúrgico, los cuales deberán ser revisados por el paciente, y, o bien podrán ser subsanadas en su propio domicilio (en el caso por ejemplo del dolor post-operatorio), o bien deberán acudir al centro hospitalario para ser revisados.

Con posterioridad se realiza desde la Unidad una encuesta telefónica para valorar la evolución del paciente en su domicilio y el grado de satisfacción del mismo, mediante una escala analógica y respuestas sí/no.

Así mismo, el paciente dispone de un número de teléfono a través del cual puede comunicar con el Servicio de ORL o con el de Anestesia, para cualquier incidencia que pudiese sobrevenir.

RESULTADOS

Desde el 1 de Junio de 2002 al 1 de Marzo de 2005, se intervinieron 445 pacientes por el Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital de Día Quirúrgico; 22 de ellos

fueron excluidos de este estudio al comprobar posteriormente que no cumplían alguno de los criterios de inclusión en CSI, y otros 7 pacientes por existir deficiencias en la recogida de datos en la historia clínica.

De los 416 pacientes incluidos en esta revisión, 198 (47.6%) fueron varones y 218 (52.4%) mujeres. La edad media fue de 23 años, con un rango de entre 2 y 79 años. El grupo de edad más amplio fue el de menores de 15 años (48%) (Tabla I). De todos ellos, se cumplió el criterio de CSI, es decir, que el paciente se fue de alta en el día, en 394 casos, lo que supone un 94,7% del total (Figura 1).

Durante este periodo, progresivamente, la actividad de la Unidad de CSI ha crecido hasta asumir el 60-65% del total de los procedimientos quirúrgicos ORL realizados.

El mayor número de procedimientos quirúrgicos corresponde a microcirugía endolaríngea (31,7 %), adenoidectomía (28,8 %) y adenoamigdalectomía (11,5%). Los datos en cuanto a los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados: número total de pacientes, altas e ingresos, se reflejan en la figura 2.

GRUPOS DE EDAD

Menor de 15 años	202
Entre 15 y 30 años	67
Entre 30 y 45 años	61
Entre 45 y 60 años	69
Más de 60 años	17

Total general	416
----------------------	------------

TABLA I Distribución de la muestra por grupos de edad.

Alta / Ingreso según intervención

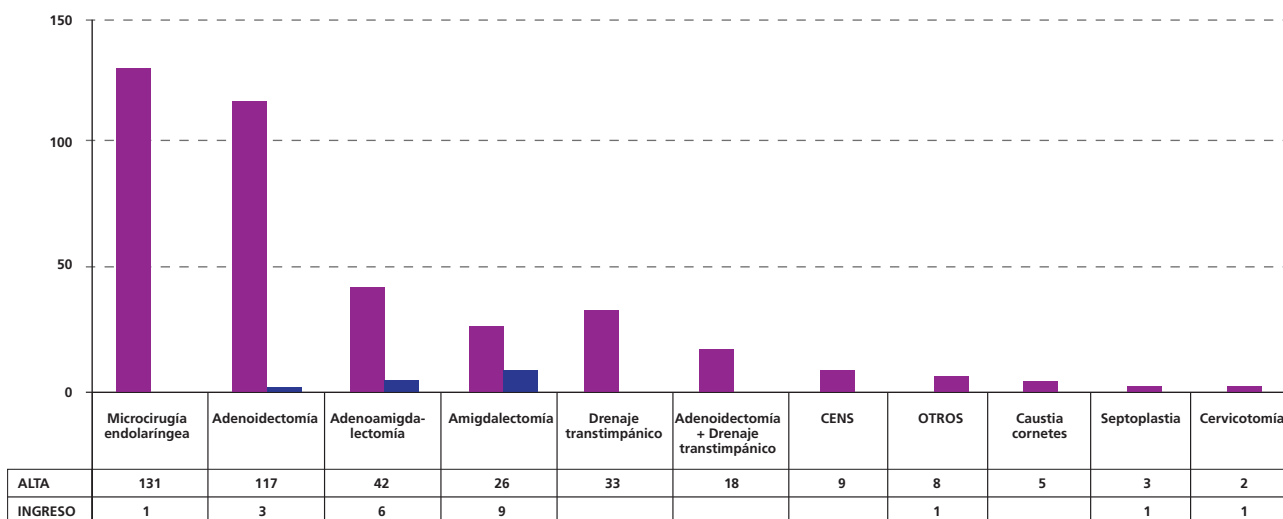


FIGURA 2 | Número de altas/ingresos por tipo de intervención quirúrgica.

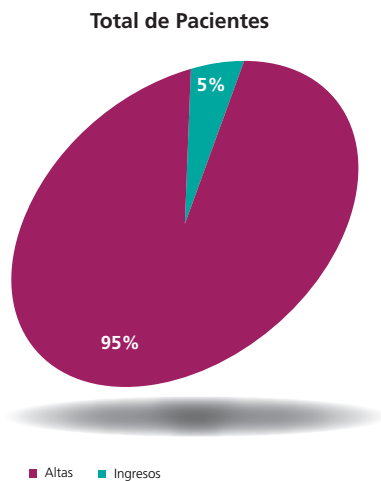


FIGURA 1 | Porcentaje total de ingresos/alta.

El porcentaje medio de ingresos fue del 5,3 %, el cual osciló entre el 26% en amigdalectomías y el 0% de CENs y adenoidectomía con drenajes trastimpánicos. No se han tenido en cuenta para esta valoración aquellas intervenciones realizadas en escaso número en relación al global, al no ser representativas de la muestra.

En la figura 3 se exponen los diferentes motivos que ocasionaron que el paciente no pudiera irse de alta a las pocas horas de la intervención, prolongando su estancia hospitalaria. Las causas más frecuentes fueron dolor (40%) y vómitos o no tolerancia oral (31%). La hemorragia solo ocurrió en tres casos, estando en tercer lugar de las complicaciones (14%). La tabla II muestra el motivo o causa de ingreso hospitalario por tipo de intervención quirúrgica.

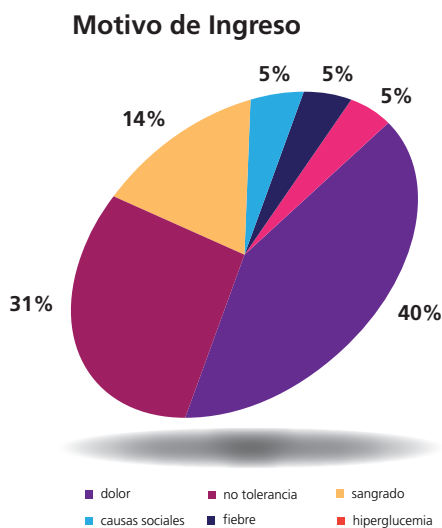


FIGURA 3 | Distribución porcentual de las causas de ingreso hospitalario.

En la encuesta telefónica realizada a los pacientes con posterioridad, se constató el alto grado de satisfacción de los mismos con el funcionamiento de la unidad y que las molestias y/o incidencias ocurridas en el domicilio pudieron ser paliadas con la aplicación de las medidas básicas que se especificaron al paciente en el momento del alta hospitalaria. Ningún paciente necesitó asistencia médica tras haber sido dado de alta de la Unidad en las primeras 24 horas de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La revisión de la actividad del Servicio de Otorrinolaringología en el HDQ durante sus tres primeros años de funcionamiento en el Hospital Universitario Puerta del

MOTIVO DE INGRESO							
INTERVENCIÓN	causas sociales	dolor	fiebre	no tolerancia	otros	sangrado	Total general
Amigdalectomía		5		3		1	9
Adenoamigdalectomía		2	1	2		1	6
Microcirugía endolaríngea					1		1
Otros		1					1
Septoplastia		1					1
Cervicotomía				1			1
Adenoidectomía	1			1		1	3
Total general	1	9	1	7	1	3	22

TABLA II Motivo o causa de ingreso hospitalario por tipo de intervención quirúrgica.

Mar, muestra un porcentaje de altas del 95%, lo cual está dentro del margen establecido por algunos autores que consideran un programa de CSI válido, cuando existe un cumplimiento de altas igual o superior al 80%¹¹.

Una gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas del área O.R.L. son susceptibles de realizarse en esta modalidad de cirugía. Así, de forma progresiva se han ido incluyendo un número mayor de ellas; existiendo en la literatura numerosas referencias sobre diversas intervenciones quirúrgicas: adenoamigdalectomía¹²⁻¹⁴ microcirugía laríngea o laringoscopia directa^{15,16}, septoplastia¹⁷, cirugía endoscópica nasosinusal¹⁸, miringoplastia¹⁹, estapedectomía²⁰, timpanoplastia²¹, uvulopalatoplastia²², cordectomía láser²³.

Desde la puesta en funcionamiento del HDQ hasta la actualidad, el Servicio ORL ha ido aumentando progresivamente la actividad tanto en número como en variedad de procedimientos quirúrgicos dentro de la modalidad de CSI, siendo en la actualidad aproximadamente el 60-65% del total de los procedimientos quirúrgicos realizados.

En cuanto a los distintos procedimientos quirúrgicos revisados podemos observar cómo la microcirugía endolaríngea y la adenoidectomía, que engloban aproximadamente el 60% de los procesos realizados, han tenido un alto grado de cumplimiento: 98-99%; que ha disminuido hasta el 88% al combinar la adenoidectomía con la amigdalectomía en el mismo acto quirúrgico, lo que se debe principalmente al aumento del tiempo anestésico y quirúrgico, y a la mayor morbilidad de la intervención.

La mayor tasa de ingresos (9 casos/26%) se observó en los pacientes intervenidos de amigdalectomía. En el 56% de los casos, el motivo del ingreso fue el dolor. Probablemente este hecho esté en relación a que la amigdalectomía sin adenoidectomía se realiza habitualmente en pacientes adultos, con las consabidas dificultades técnicas de la intervención en relación a la amigdalectomía en niños donde la disección del tejido es menos cruenta.

Con el objetivo de mejorar este aspecto, se ha puesto en marcha por parte del Servicio de Anestesia una Unidad de Dolor Agudo para mejor manejo y control de la terapia analgésica postoperatoria.

Es satisfactorio comprobar cómo un motivo de ingreso directamente derivado de la cirugía, y el de mayor morbi-mortalidad tras una adenoidectomía, amigdalectomía, o adenoamigdalectomía, como es la hemorragia, sólo se observó en tres pacientes, suponiendo el 14% de las causas de ingreso.

El porcentaje de ingresos en los casos de septoplastia y cervicotomía para exéresis de adenopatías y/o tumores quísticos es poco valorable debido al escaso número total de estas intervenciones en relación al total.

CONCLUSIONES

- Gran parte de los procedimientos quirúrgicos realizados en un Servicio O.R.L. son susceptibles de ser realizados en la modalidad de cirugía sin ingreso.
- La calidad asistencial prestada es similar a la de la cirugía convencional con ingreso hospitalario, y el grado de satisfacción de los pacientes es elevado.
- El éxito de este tipo de cirugía está en íntima relación con la correcta elección de los pacientes y las técnicas quirúrgicas a realizar.
- La limitación de este tipo de cirugía sin ingreso radica en la no posible aplicación a toda la población asistencial en función de criterios clínicos y sociales.
- La Unidad de CSI, ya sea de ORL, como es nuestro caso, o de cualquier otra especialidad quirúrgica, se adelanta a lo que en el futuro de la asistencia sanitaria tenderá a ser la cirugía: lo menos agresiva posible, con la menor morbilidad y la mayor búsqueda de bienestar para el enfermo, que podrá marchar de esta manera a su domicilio lo más pronto posible y en las mejores condiciones físicas y mentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams JA. Outpatients operations. The Surgeons view. *Br Med J* 1969; 1:174.
2. Davids JE. The future of major surgery ambulatory. *Surg Clin North Am* 1987; 67: 893-901.
3. Manoukian P. Recent Trends in Utilization of Procedures in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Laryngoscope* 1997; 107: 472-477.
4. Martínez J, Domínguez LJ, Urpegui A. Cirugía ambulatoria en ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998; 49(4): 301-305.
5. Nicoll JH. The surgery of infancy. *Proceedings of 77th Annual Meeting of the British Medical Association. Br Md J* 1913; 2: 753.
6. Stephens FO, et al. An organisation for outpatients surgery. *Lancet* 1961; 1: 1042.
7. Cohen DD, et al. Anesthesia for outpatients surgery. *JAMA* 1966; 196: 1114.
8. Rivas MP. Unidad de cirugía sin ingreso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1992; 43(5): 303-305.
9. Cirugía Mayor Ambulatoria: guía de organización y funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
10. Plan de concertación de servicios sanitarios desde 1996. Incluye cirugía ambulatoria. boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=indilex&id=2006/22319&xtlen=1000
11. Rivera T, Cobeta I. Cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000; 51(5): 423-7.
12. Postma DS, Folsom F. The case for an outpatient "approach" for all pediatric tonsillectomies and/or adenoidectomies: a 4-year review of 1419 cases at a community hospital. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 Jul;127(1):101-8.
13. Stewart PC, Baines DB, Dalton C. Paediatric day stay tonsillectomy service: development and audit. *Anaesth Intensive Care* 2002; 30(5): 641-646.
14. Gabalski EC, Mattucci KF, Setzen M, Moleski P. Ambulatory Tonsillectomy and Adenoidectomy. *Laryngoscope* 1996; 106(1): 77-80.
15. Armstrong M, Mark LJ, Snyder DS, Parker SD. Safety of direct laryngoscopy as an outpatient procedure. *Laryngoscope* 1997; 107(8): 1060-1065.
16. Whinney D, Vowles R, Harries M. Appropriate use of day care unit for rigid endoscopy of the upper aerodigestive tract. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 111-114.
17. Georgalas C, Paun S, Zainal A, Patel NN, Mochloulis G. Assessing day-case septorhinoplasty: prospective audit study using patient-based indices. *J Laryngol Otol.* 2002 Sep;116(9):707-10.
18. Maeda Y, Tsuchida M, Fukaya T. Extensive endoscopic sinus surgery from the viewpoint of out-patients in a metropolitan area. *J Laryngol*

- Otol. 2005Jan;119(1):23-6.
19. Karkanevatos A, De S, Srinivasan VR, Roland NJ, Lesser TH. Day-case myringoplasty: five years experience. *J Laryngol Otol.* 2003 Oct;117(10):763-5.
 20. Henriquez Alarcón M, Altuna Mariezkurrena X, Luqui Albisua I, Gorostiaga Aznar F, Algaba Guimera J. Estapedectomía como cirugía ambulatoria. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2004 May;55(5):218-24.
 21. Hasan RA, LaRouere MJ, Kartush J, Bojrab D. Ambulatory tympanomastoid surgery in children: factors affecting hospital admission. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Oct;130(10):1158-62.
 22. Ylikoski J. Outpatient uvuloplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 Oct;115(4):373.
 23. Altuna X, Zulueta A, Algaba J. CO2 laser cordectomy as a day-case procedure. *J Laryngol Otol.* 2005 Oct;119(10):770-3.