

Cirugía ambulatoria en adenoamigdalectomía **Ambulatory surgery in adenoamigdalectomia**

Dr. Rodolfo Aragón Cervantes(1), Dr. Oscar Román Morales(2), Lic. Nora Danelia Alemán Cisneros(3)

RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación observacional descriptiva para analizar los procedimientos y el método de trabajo en la realización de forma ambulatoria de adenoidectomías y amigdalectomías en el Servicio de ORL del Hospital General Provincial Docente de Morón. Se evaluaron 458 niños intervenidos durante el año 1996, encontrándose como complicaciones fundamentales: 3 casos de hemorragias inmediatas y un caso de náuseas y vómitos. Se corroboró que, con una selección cuidadosa del paciente, la aplicación de este proceder no produce riesgos adicionales, es económicamente beneficioso para el hospital y bien aceptado por la comunidad, por lo que se considera una opción muy ventajosa en nuestra práctica médica.

Palabras clave: ADENOAMIGDALECTOMIA, CIRUGIA AMBULATORIA.

(1) Médico Especialista de Primer Grado en ORL. Jefe de Servicio Hospital Morón. Profesor Instructor Unidad Docente Morón. FCM Ciego de Ávila.

(2) Médico Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Unidad Docente Morón. FCM Ciego de Ávila.

(3) Licenciada en Enfermería. Policlínico Norte Morón.

INTRODUCCION

El ser humano aprendió a operar a sus semejantes mucho antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. En los últimos siglos conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario (1).

En 1899, Reis fue el primero en preconizar la idea de la deambulacion temprana en los enfermos quirúrgicos, eliminando el criterio antiguo de él que el reposo es necesario para la consolidación de las heridas quirúrgicas y no demostrando aumento de la morbilidad en relación a postoperatorios con grandes períodos de inactividad (2,3).

La era moderna de la cirugía mayor ambulatoria se inició a principios de los años sesenta en Estados Unidos de Norteamérica (1).

Cohen y Dillon (1) pensaron que dicha práctica sería por completo segura "si se lleva a cabo con seriedad y bajo controles estrictos por parte del Cirujano y Anestesiólogo. La seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios en la selección del paciente por el Cirujano, con evaluación preanestésica y técnica anestésica cuidadosas, no hay motivos para esperar más complicaciones que en individuos hospitalizados".

La Especialidad de Otorrinolaringología se presta bien a la Cirugía Ambulatoria. Quizás hasta el 75% de los procedimientos quirúrgicos pueden realizarse en base externa (1).

Mediante este proceder se tiene un ahorro económico importante y se aumenta la disponibilidad de camas en el hospital (4).

La cirugía ambulatoria ha vuelto a tomar auge debido a la necesidad de reducir los elevados costos hospitalarios y a la comodidad que supone para el paciente no sacarlo de su entorno familiar (5,6).

En este trabajo nos propusimos corroborar la utilidad de la cirugía ambulatoria en la realización de adenoamigdalectomías.

METODO

Se realizó una investigación observacional descriptiva para analizar los procedimientos y el método de trabajo en la realización de forma ambulatoria de adenoideotomías y amigdalectomías en el Servicio de ORL del Hospital General Provincial Docente de Morón. La muestra estuvo conformada por los 458 pacientes adenoamigdalectomizados de forma ambulatoria durante el año 1996, cuyas edades oscilaron entre 3 y 14 años.

En la selección de los pacientes se tuvieron en cuenta determinadas condiciones: ni los mayores de 3 años de edad que no padecieran enfermedades sistémicas importantes y que pudieran trasladarse al hospital con facilidad en caso de hemorragia u otra complicación, o sea, que vivieran en la ciudad de Morón o tuvieran familiares o amigos donde alojarse el día de la operación.

Se revisó el chequeo preoperatorio indicado (Hb), la donación de sangre y el carnet de vacunación indicándole la fecha de operación y recomendando a los padres no traer al niño a operar en caso de fiebre, síntomas catarrales o cualquier otra enfermedad.

El día previo a la operación, se realizó en la mañana examen físico del paciente, microhistoria clínica, anuncio operatorio y se les explicó detalladamente a los padres todo lo relacionado con la cirugía ambulatoria, estableciendo el compromiso del cuidado estricto de la niña de la operación. Luego se hizo la consulta de anestesia, se pesó al paciente y se le hizo grupo sanguíneo.

El día de la operación los pacientes fueron traídos en ayuna y se les tomó la temperatura en el preoperatorio.

La intervención se realizó bajo anestesia general, con intubación endotraqueal, inducción con Tiopental y Atropina, excepto en niños asmáticos que se usó Ketalar y Atropina. En el transoperatorio se les administró oxígeno y Nitroso.

La técnica quirúrgica fue cuidadosa, con hemostasia selectiva y ligaduras de la forma tradicional.

La recuperación anestésica fue en la sala de Postoperatorio y bajo vigilancia estricta del personal de enfermería, por si aparecía alguna complicación.

El alta fue dada en la tarde por un Médico Especialista en ORL y firmada por un Anestesiólogo, en un plazo que osciló entre 4 y 6 horas de haber sido intervenido el paciente, inmediatamente se les entregó a los padres, pudiendo comenzar a administrarle líquidos fríos a partir de ese momento.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes investigados según complicaciones. N = 458

Complicaciones	No.	%
Hemorragias inmediatas	3	0.6
Náuseas y vómitos	1	0.2

Fuente: Historias Clínicas.

De los pacientes intervenidos en estas condiciones, las complicaciones presentadas fueron: 3 hemorragias inmediatas en la Sala de Recuperación, 1 caso de náuseas y vómitos y no hubo hemorragias tardías.

Los tres pacientes que presentaron hemorragia inmediata fueron devueltos rápidamente al quirófano, teniendo dos de ellos expulsión de las ligaduras en las fosas amigdalinas y el otro un pequeño resto de tejido amigdalario en el extremo inferior de una fosa amigdalina.

El paciente que tuvo náusea y vómitos expulsión de sangre semidigerida y no requería tratamiento posterior alguno ni tuvo signos de deshidratación.

Tabla 2. Grado de satisfacción de los familiares sobre la cirugía ambulatoria en

Adenoamigdalectomía Grado de satisfacción	No.	%
Aceptable	457	99.8
Mínimo aceptable	1	0.2

Inaceptable	0	0
Total	458	100.0

Fuente: Encuestas.

El 99,8% de los familiares encuestados mostraron un grado de satisfacción aceptable por la Cirugía ambulatoria, lo que refuerza la utilidad de este proceder.

DISCUSION

La adenoamigdalectomía es un proceder de forma ambulatoria en la actualidad (7-12). El centro hospitalario debe tener condiciones de funcionalidad para la realización de este tipo de cirugía.

El Cirujano ORL debe ser extremadamente cuidadoso con la técnica quirúrgica y con la hemostasia, teniendo en cuenta el riesgo de hemorragia y otras complicaciones. También se considera que la información a los padres de todo lo relacionado con la intervención y el cuidado del niño debe ser sumamente meticulosa.

Gómez (1995) administra por vía intravenosa los líquidos necesarios para 24 horas, tratando de disminuir la incidencia de náuseas y vómitos. Las complicaciones respiratorias son mucho más frecuentes en los niños menores de 3 años (13).

La mayoría de los autores coincide en que las hemorragias inmediatas se producen en las primeras 6 horas (10,12,13). Las complicaciones tardías postoperatorias se presentan generalmente en el transcurso de la primera semana (10). El dolor es considerado importante por pocos autores (14).

Las complicaciones más frecuentes según la literatura son las náuseas y los vómitos (9,11,13,15-17).

En los pacientes investigados no hubo complicaciones hemorrágicas tardías y las náuseas y vómitos se presentaron con muy poca frecuencia, mostrándose resultados en correspondencia con la práctica actual de dicha cirugía (9-13,15-17).

CONCLUSIONES

La adenoamigdalectomía de forma ambulatoria en nuestro centro hospitalario, cuando se realiza una adecuada selección del paciente y se trabaja de forma multidisciplinaria, ahorra múltiples recursos, no produce riesgos adicionales y se acepta como beneficiosa por los pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. James E, Davis MD. Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. Clin Quirurg Nort Amer 1987;737-49.
2. Paredes DJ, Hernández PR, Castañeda GH. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial. Actualización. Rev Cubana Estomat 1991;28(2):106-11.
3. Medero CN, Pargos LA, Ruíz BJ. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Rev Cubana Med Gral Integral 1991;7(3):243-7.
4. Rivera GJ, Giner NM, Subh Subh M. Cirugía ambulatoria: Estudio piloto. CirugíEsp 1998 Dic;XLIV(6):865-74.
5. Riaño GM, Fdez-Vega SL, Alfonso SI, Franco BM, Amhz H, Castro NJ. Cirugía ambulatoria en el implante de LIO. Arch Soc Esp Oftal 1988;54(3):463-8.
6. Cabrera MR, Zamora SO, Domínguez JC. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Rev Cubana Med Gral Integral 1991;7(3):248-50.
7. Norikavich KM, Howie G, Cariofiles P. Quality improvement study of day surgery for tonsillectomy and adenoidectomy patients. Pediatr Nurs 1995 Jul-Aug;21(4):341-4.
8. Contencin P, de Gaudemar I, Falala M, Benzekri P, Fontaine A, Narcy P. L'amygdalectomie en hospital de Jour. Etude Socioeconomique a l'hôpital Robert-Debré de Paris. Ann Otolaringol Chir Cervicofac 1995;112(4):174-82.

9. Greenspun JC, Hannallah RS, Welborn LG, Norden JM. Comparison of sevoflurane and halotane anesthesia in children undergoing outpatient ear nose and throat surgery. *J Clin Anesth* 1995 Aug;7(5):398-402.
10. Gabalski EC, Matucci KF, Setzen M, Moleski P. Ambulatory tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope* 1996 Jan;106(1 pt 1):77-80.
11. Pandit UA, Malviya S, Lewis IH. Vomiting after outpatient tonsillectomy and adenoidectomy in children: The role of nitrous oxide. *Anesth Analg* 1995 Feb;80(2):202-3.
12. Nicklaus PJ, Herzon FS, Steinle EW 4th. Short-stay outpatient tonsillectomy. *Arch Otolaryngol* 1995 May;121(5):521-4.
13. Gómez EN, Tena AG, Urriticoechea. Amigdalectomía Adenoidectomías con una hospitalización de menos de 6 horas. *Anal ORL Iber Amer* 1995;22(3):221-30.
14. Sutters KA, Levine JD, Dibble S, Savedra M, Miaskowskic C. Analgesic efficacy and safety of single-dose intramuscular Ketorolac for postoperative pain management Ketorolac in children following tonsillectomy. *Pain* 1995 Apr;61(1):145-53.
15. Kermode J, Walker S, Webb. Postoperative vomiting in children. *Anesth Intensive Care* 1995 Apr;23(2):196-9
16. Splinter WM, McNeill HB, Menard EA, Rhine EJ, Robert DJ, Gould MH. Midazolam reduces vomiting after tonsillectomy in children. *Gan J Anaesth* 1995 Mar;42(3):201-3.
17. Splinter WM, Baxter MR, Gould HM, Hall LE, McNeill HB, Robert DJ, et al. Oral ondansetron decreases vomiting after tonsillectomy in children. *Can J Anesth* 1995 Apr;42(4):277-80.