

Perfil de pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia

Profile of patients undergoing outpatient surgery in otorhinolaryngology

Perfil de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología

Recebido: 11/08/2023 | Revisado: 25/08/2023 | Aceitado: 27/08/2023 | Publicado: 30/08/2023

Thaís Lima Barreto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5384-6629>
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil
E-mail: thaisbarreto19.2@bahiana.edu.br

Pablo Pinillos Marambaia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3294-6090>
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil
Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados, Brasil
E-mail: otorrinopablo@gmail.com

Glicia Estevam de Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3170-2294>
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil
E-mail: gliciaabreu@bahiana.edu.br

Carlos Hohlenwerger Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4748-2130>
Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados, Brasil
E-mail: pelucartur@gmail.com

Milena Menezes Marques Salles

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2563-1107>
Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados, Brasil
E-mail: mile.marques@gmail.com

Leonardo Moreira Leite Leal

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5014-7661>
Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados, Brasil
E-mail: Leonardo.mleal@hotmail.com

Priscilla Falcon Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2777-1481>
Instituto de Otorrinolaringologia Otorrinos Associados, Brasil
E-mail: priscilla_falcon@hotmail.com

Resumo

A cirurgia ambulatorial tem se difundido cada vez mais no Brasil e no mundo, nas diversas áreas da medicina. Entretanto, no setor de otorrinolaringologia brasileiro, essa prática ainda não é amplamente utilizada. O objetivo do estudo foi de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia. Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, com dados secundários, através de acesso ao prontuário médico eletrônico do serviço privado de Otorrinolaringologia de Salvador. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial com prontuário completo e excluídos, aqueles com prontuário incompleto. Na identificação do paciente foram observados: idade, gênero, cirurgia prévia, medicamentos em uso, comorbidades e classificação de risco ASA. Na avaliação cirúrgica foram analisados: tempo no CRPA, tempo de cirurgia e tempo de internação, além das complicações pós-cirúrgicas imediatas, tardias, abordagem após complicação e necessidade de transferência para grandes centros de saúde. Foram estudados 868 pacientes, com mediana de idade de 30 (IIQ 18-40), sendo 62% do sexo masculino e 8,9% portadores de comorbidades. A taxa de complicações pós-cirúrgicas foi de 2,2%, não havendo relação significativa entre essa taxa e a idade, tempo de internamento ou o tipo de cirurgia. Concluiu-se que a cirurgia otorrinolaringológica em regime ambulatorial é factível em pacientes com ou sem comorbidades, desde que classificados como ASA 1 ou ASA 2, por ocasionar menores taxas de complicações pós-operatórias.

Palavras-chave: Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Otorrinolaringologia; Criança; Adulto.

Abstract

Outpatient surgery has become increasingly widespread in Brazil and the world, in different areas of medicine. However, in the Brazilian otorhinolaryngology sector, this practice is still not widely used. The objective of the study was to trace the epidemiological profile of patients undergoing outpatient surgery in otorhinolaryngology. This is an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, with secondary data, through access to the electronic medical record of the private otorhinolaryngology service in Salvador. All patients undergoing outpatient surgery with complete medical records were included in the study, and those with incomplete medical records were excluded. For

identifying the patient, the following were observed: age, gender, previous surgery, medications in use, comorbidities and ASA risk classification. In the surgical evaluation, the following were analyzed: time in the Post Anesthetic Recovery Center (PARC), surgery time and hospitalization time, in addition to immediate and late post-surgical complications, post-complication approach and need for transfer to large health centers. A total of 868 patients were studied, with a median age of 30 (IQR 18-40), 62% male and 8.9% with comorbidities. The rate of post-surgical complications was 2.2%, with no significant relation between this rate and age, hospitalization time or type of surgery. Conclusion: It was concluded that outpatient otorhinolaryngological surgery is feasible in patients with or without comorbidities, as long as they are classified as ASA 1 or ASA 2, as they cause lower rates of postoperative complications.

Keywords: Ambulatory surgical procedures; Otolaryngology; Child; Adult.

Resumen

La cirugía ambulatoria se ha extendido cada vez más en Brasil y en todo el mundo, en diversas áreas de la medicina. Sin embargo, en el campo de la otorrinolaringología brasileña, esta práctica aún no se utiliza ampliamente. El objetivo del estudio era establecer el perfil epidemiológico de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en otorrinolaringología. Este es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico, con datos secundarios obtenidos del expediente médico electrónico del servicio privado de otorrinolaringología de Salvador. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria con un expediente completo y se excluyeron aquellos con un expediente incompleto. En la identificación del paciente se observaron: edad, género, cirugías previas, medicamentos utilizados, comorbilidades y clasificación de riesgo ASA. En la evaluación quirúrgica se analizaron: tiempo en la sala de recuperación post-anestésica, duración de la cirugía, tiempo de internación, así como complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías, enfoque posterior a las complicaciones y necesidad de traslado a centros de salud de gran tamaño. Se estudiaron 868 pacientes, con una mediana de edad de 30 años (RIQ 18-40), siendo el 62% de sexo masculino y el 8,9% con comorbilidades. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 2,2%, sin una relación significativa entre esta tasa y la edad, el tiempo de internación o el tipo de cirugía. Se concluyó que la cirugía ambulatoria es factible en pacientes con o sin comorbilidades, siempre que estén clasificados como ASA 1 o ASA 2, ya que conlleva menores tasas de complicaciones postoperatorias.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios; Otorrinolaringología; Niño; Adulto.

1. Introdução

O avanço da medicina estimulou o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas cada vez mais seguras. Nesse cenário, o tratamento cirúrgico ambulatorial começa a ser mais amplamente difundido no Brasil, principalmente, após os mutirões de colecistectomia em 2001 (Santos JS et al., 2001).

Estudos apontam que esse modelo cirúrgico trouxe vantagens, como o menor risco de infecção e o baixo custo (Waters RM, 1919). Ademais, percebe-se uma redução da demanda em grandes centros de saúde e, conseqüentemente, maior agilidade no atendimento (Al-Hussaini et al., 2016). Contudo, apesar de benéfico em muitos aspectos, alguns procedimentos cirúrgicos, como os mais propícios a sangramento, bem como algumas enfermidades, como a anemia, dificultam a realização de procedimentos ambulatoriais, principalmente pelo risco cirúrgico ao qual o paciente será submetido (Pandit, 1999). Assim, para a garantir a obtenção de resultados promissores, faz-se essencial que o cirurgião e o anestesista avaliem a saúde do paciente e tracem complicações pós-cirúrgicas esperadas, para, então, determinar se a melhor conduta nesse caso é encaminhá-lo ao hospital ou realizar a cirurgia ambulatorialmente (Davis & Sugioka, 1987).

No contexto da otorrinolaringologia, por sua vez, essa prática não é tão difundida no Brasil, visto que muitos profissionais optam pela realização dessas cirurgias em grandes centros de saúde (de Carvalho Leal Gouveia et al., 2005). Assim, o presente estudo objetivou traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia. Os dados foram analisados visando descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia, bem como investigar complicações pós-cirúrgicas dos pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia.

1.1 O início da cirurgia ambulatorial

A mudança do pensamento médico sobre o tempo de internação possibilitou que a prática da cirurgia ambulatorial se difundisse. Entre 1800 e 1940, o repouso era entendido como benéfico e diretamente proporcional ao bem-estar pós-cirúrgico do paciente (Sebastião dos Santos et al., 2008). Entretanto, a mudança do pensamento médico sobre o tempo de internação, principalmente nos períodos de guerra, possibilitou que a prática da cirurgia ambulatorial se difundisse. As vivências adquiridas na segunda guerra mundial geraram pensamentos de possível alteração nessa perspectiva, ao sugerir uma redução no tempo de repouso e de internamento. Estudos realizados após esse período mostraram que essa nova tendência beneficiaria o paciente, principalmente por diminuir as complicações pós-cirúrgicas dos tratos respiratório, gastrointestinal e urinário (Palumbo et al., 1952).

Além disso, a cirurgia ambulatorial permite que o paciente escolha ser operado em uma clínica especializada, com o médico da sua escolha e com a sua recuperação em casa, gerando uma certeza de confiança nos profissionais e, caso necessário for, no retorno deles para uma nova abordagem terapêutica. Dito isso, indiscutivelmente, o método ambulatorial exerce a medicina integrada, interdisciplinar e intersetorial, sendo esse um fator importante para a sua ascensão (Deindl & Neumann, 2022).

1.2 Vantagens da cirurgia ambulatorial

Em 1908, Nicholl descobriu que as crianças se recuperam melhor em casa, onde pode passar mais tempo com as suas mães. Segundo ele, essa separação poderia ocasionar um maior risco cirúrgico (Nicholl JH, 1909). Já em 1947, Ferguson expandiu as vantagens da cirurgia ambulatorial para além das crianças. Seus estudos relataram que esse método cirúrgico possuía menor risco de complicações, incluindo a diminuição da taxa de mortalidade, além de possibilitar que seus pacientes economizem dinheiro, visto que, em casa, podem continuar exercendo o seu trabalho (Ferguson, 1947). Assim, em 2021, Alexandre Hardy demonstrou a prevalência do desejo de recuperação em casa, também, pelos adultos, ratificando que a prática ambulatorial resulta em uma experiência otimizada do paciente em comparação a prática do internamento, tanto por estar com seus familiares, quanto por economizar dinheiro e por reduzir as chances de infecção nosocomial (Hardy et al., 2021).

Quanto às vantagens para o hospital, a realização de procedimentos ambulatoriais reduz custos, visto que demanda um menor intervalo de tempo e uma menor quantidade de suprimentos utilizados, diminuindo, conseqüentemente, o valor final dos gastos decorrentes da intervenção (Waters, 1919). Além disso, por permitir a alta hospitalar precoce, irá depender de menos profissionais, reduzindo também o gasto com honorários e minimizando os efeitos da escassez de médicos e enfermeiros (Deindl & Neumann, 2022). A maior rotatividade de leitos possibilita uma maior disponibilidade de vagas, que irá refletir não apenas na própria unidade de internação ambulatorial, mas também nos centros com maior complexidade, que terão mais leitos destinados àqueles doentes mais graves (Ferguson, 1947).

Os locais específicos para a realização de cirurgia ambulatorial, como os hospitais dias, possuem uma estrutura diferenciada e voltada para as demandas dessa prática, mostrando ser um local seguro para a realização desse procedimento (Pace et al., 2023). Entre essas diferenças tem-se uma instalação na qual o projeto foi feito visando o funcionamento mais eficiente das suas estruturas. Ademais, as despesas gerais são reduzidas, minimizando os serviços auxiliares (Henderson, 1991; Reed & Ford, 1976).

1.3 Seleção dos pacientes

Ferguson, em 1947, determinou que a seleção dos casos para cirurgia ambulatorial seria baseada no paciente, sendo proibido realizar esse procedimento em portadores de diabetes, leucemia ou hemofilia (Ferguson LK, 1947). Em 1957, por sua vez, Webb determinou que o critério para realizar essa intervenção ambulatorialmente seria com base na operação, devendo ser

ela de pequeno porte, rápida, com mínima chance de hemorragia e com um pós-operatório pouco desconfortável (Webb & Graves, 1959).

Já em 1967, Dillon afirmou que o critério para a cirurgia ambulatorial deveria ser mais pautado em considerações anestésicas do que do próprio procedimento, apesar de não haver impedimento com alguma das técnicas anestésicas, desde que essa não altere o tempo de observação do paciente. Para ele, se o cirurgião acreditasse que a intervenção poderia ser realizada ambulatorialmente, com pouca possibilidade de hemorragia e com curto intervalo de observação, ela poderia ser prosseguida dessa maneira (D. Cohen & B. Dillon, 1966; Dillon, 1967).

Entretanto, Dillon afirmava que o tempo de observação máximo permitido era de 3 horas, que pacientes anêmicos, diabéticos ou com problemas vasculares não estavam aptos à essa intervenção e que a tonsilectomia não poderia ser realizada fora do ambiente hospitalar. Ainda, relatava que pacientes com distúrbios emocionais deveriam ser internados e, portanto, também não eram aptos à cirurgia ambulatorial (D. Cohen & B. Dillon, 1966; Dillon, 1967).

Nesse contexto, é possível perceber que, antigamente, apenas pacientes com classificação de risco *American Society of Anesthesiologists* (ASA) 1 poderiam realizar cirurgias ambulatoriais, sendo esses ainda a maioria dos atendidos ambulatorialmente (Davis & Sugioka, 1987). Entretanto, na atualidade, pacientes idosos e classificados como ASA 3 ou ASA 4 podem passar por esse procedimento, desde que estejam com as suas condições médicas bem controladas (Henderson, 1991; Pandit, 1999). Além disso, aquelas intervenções com grande perda de sangue, intensa dor pós-operatória ou aquelas realizadas em crianças menores de 50 semanas não são recomendadas a nível ambulatorial (Pandit, 1999).

1.4 Cirurgias otorrinolaringológicas mais comuns

A septoplastia é a cirurgia de correção do desvio do septo nasal. Esse desvio pode ser fisiológico, pelo crescimento facial, ou decorrente de traumas, sendo em muitos pacientes assintomático (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020a). A cirurgia é indicada principalmente nos casos de obstrução nasal recorrente, mas também pode ser recomendada em situações de rinossinusite crônica, epistaxe, cefaleia rinogênica por contato, tumores ou quando é necessário um sítio doador para enxerto de cartilagem e, ainda, como via de acesso à base do crânio (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020a).

A adenotonsilectomia é a cirurgia de retirada das tonsilas palatinas e faríngeas, sendo uma das cirurgias mais frequentes em crianças (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020b). A principal indicação desse procedimento são as afecções crônicas cujos sintomas não regredem após tratamento medicamentoso, especialmente as hiperplasias adenotonsilares (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020b) e a suspeita de malignidade das tonsilas (Wong Chung et al., 2018). Existem, ainda, indicações relativas, por melhorar a qualidade de vida do indivíduo, como as tonsilites de repetição, a formação do abscesso peritonsilar, a tonsilite crônica caseosa e as doenças imunomediadas pelo *Streptococcus pyogenes* (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020b).

A tonsilectomia ou amigdalectomia, remoção das tonsilas palatinas, possui como critério de indicação do procedimento isolado, os critérios de Paradise (Paradise JL et al., 1984). Essa classificação indica que quando o tratamento medicamentoso para o paciente se mostrar ineficaz, a cirurgia deve ser indicada se ele apresentar sete episódios agudos em um ano, ou cinco episódios por ano, em dois anos consecutivos, ou, ainda, três episódios de infecção aguda, em três anos consecutivos (Paradise et al., 1984).

1.5 Complicações das cirurgias otorrinolaringológicas

Estudos demonstram que as taxas de mortalidade das tonsilectomias variam de 1/10.000 a 1/35.000 e as de morbidade, de 1,5% a 14%, em especial por decorrência de sangramentos, sendo esse o principal motivo de hospitalizações

pós-cirúrgicas (Sánchez Legaza et al., 2006). Além dos sangramentos, complicações comuns tanto à tonsilectomia quanto à adenotonsilectomia são odinofagia – principalmente pela região estrar diretamente relacionada à deglutição -, febre e vômitos, sendo esse capaz de provocar desidratação hiponatrêmica, especialmente em crianças (Associação brasileira de otorrinolaringologia, 2020b). A nível ambulatorial, estudos demonstram que não houve complicações significativas nos pacientes submetidos à tonsilectomia, sendo a dor relatada como o evento adverso mais comum (Baugh et al., 2013).

As septoplastias, por sua vez, possuem complicações semelhantes. A complicação de maior risco é, também, o sangramento excessivo, podendo, em muitos casos, ser resolvido com o tamponamento nasal (Dąbrowska-Bień et al., 2018). Outro problema que pode ocorrer é o aparecimento de hematomas septais, que, se não tratados através de drenagem ou de aspiração desse sangue, podem acarretar o desenvolvimento de perfuração septal (Dąbrowska-Bień et al., 2018). Por fim, existem ainda os distúrbios mais raros, como é o caso das infecções e obstruções nasais, da cicatrização prolongada, da hiposmia e da dormência dos dentes da arcada superior, graças à manipulação do nervo nasopalatino durante a cirurgia (Dąbrowska-Bień et al., 2018).

Estudos apontam que a incidência de complicações durante e após a uvulopalatofaringoplastia é baixa e, por isso, não se faz necessária a internação noturna do paciente (Spiegel & Raval, 2005). Complicações respiratórias menores ocorreram apenas em 3% dos pacientes no estudo realizado na Pensilvânia e alterações respiratórias significativas não ocorreram nem nos pacientes que receberam alta no mesmo dia, nem nos pacientes que estiveram internados para observação (Hathaway & Johnson, 2006).

Umang Jain e Rakesh K. Chandra constataram que apenas 2,01% dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia retornam para avaliação por evento adverso dentro de 30 dias, sendo esse um número inferior se comparado às cirurgias otorrinolaringológicas hospitalares (4,8%) e às cirurgias ambulatoriais gerais (Jain et al., 2014).

Contudo, apesar de benéfico em muitos aspectos, alguns procedimentos cirúrgicos, como os mais propícios a sangramento, bem como algumas enfermidades, como a anemia, dificultam a realização de procedimentos ambulatoriais, principalmente pelo risco cirúrgico ao qual o paciente será submetido (Pandit, 1999). Assim, para a garantir a obtenção de resultados promissores, faz-se essencial que o cirurgião e o anestesista avaliem a saúde do paciente e tracem complicações pós-cirúrgicas esperadas, para, então, determinar se a melhor conduta nesse caso é encaminhá-lo ao hospital ou realizar a cirurgia ambulatorialmente (Davis & Sugioka, 1987).

2. Metodologia

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, com dados secundários, através de acesso ao prontuário médico eletrônico do serviço privado de Otorrinolaringologia de Salvador. O caráter descritivo visa observar, registrar e descrever, enquanto o caráter analítico envolve avaliar de modo mais aprofundado as informações coletadas em um estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno (Marconi & Lakatos, 2001, 2005). No âmbito qualitativo, os dados coletados são descritivos e a interpretação dos seus significados é responsabilidade do pesquisador (Pereira et al., 2018).

2.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em Salvador - Bahia, por meio de acesso a prontuários de pacientes submetidos a cirurgia no serviço privado de Otorrinolaringologia de Salvador, sendo um centro de referência em otorrinolaringologia, com equipe multiprofissional. O estudo compreende os prontuários do período entre janeiro de 2017 e abril de 2022.

2.3 População do estudo

Pacientes assistidos no serviço privado de Otorrinolaringologia de Salvador, submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia, no período de janeiro de 2017 e abril de 2022, com prontuário completo. Prontuários de pacientes com ausência completa ou parcial dos dados a serem analisados pelo estudo foram excluídos do mesmo.

2.4 Variáveis do estudo

Na identificação do paciente foram observados: idade, gênero, cirurgia prévia, medicamentos em uso, comorbidades e classificação de risco ASA. Na avaliação cirúrgica foram analisados: tempo no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA), tempo de cirurgia e tempo de internação, além das complicações pós-cirúrgicas imediatas, tardias, abordagem após complicação e necessidade de transferência para grandes centros de saúde.

2.5 Análise estatística

O software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 14.0 para Windows foi utilizado para a elaboração e a análise do banco de dados. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas (percentagens). As variáveis quantitativas de padrão normal, foram expressas em média e desvio padrão, enquanto as quantitativas não normais, em mediana e intervalo interquartil após avaliação da normalidade das variáveis por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para avaliar a associação entre as variáveis numéricas e categóricas foi utilizado o teste t de student, teste U de Mann-Whitney ou Teste de Kuskal-Walls, a depender dos resultados dos testes de normalidade.

Foi considerado significância estatística um valor de p menor ou igual a 0,05 para todos os testes.

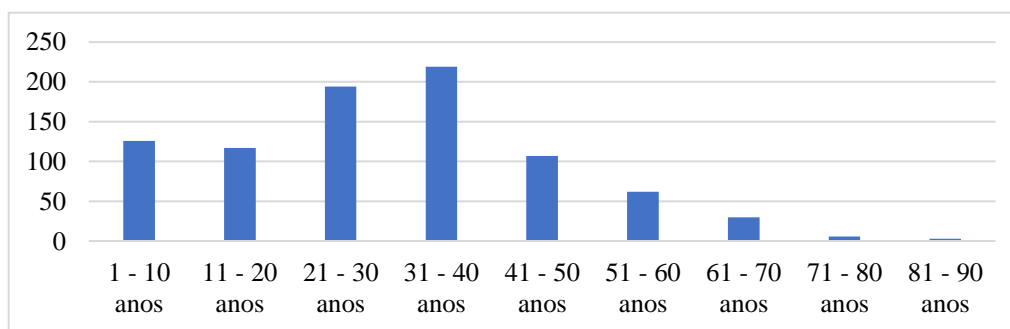
2.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), apresentando CAAE número: 60729322.5.0000.5544, em consonância com a Resolução nº 466/12. Os dados ficarão guardados em sigilo por cinco anos e após esse período, serão deletados da base de dados. Os pesquisadores se comprometeram a utilizar as informações obtidas somente para fins acadêmicos e a sua divulgação ocorrerá exclusivamente em eventos científicos.

3. Resultados

Foram incluídos no estudo 868 pacientes submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas realizadas em um serviço privado de otorrinolaringologia, entre janeiro de 2017 e abril de 2022, sendo 538 (62%) do sexo masculino. A amostra apresentou mediana de idade de 30 (IIQ 18-40) anos, sendo a idade mínima de 1 ano e a máxima, de 85 anos. (Figura 1).

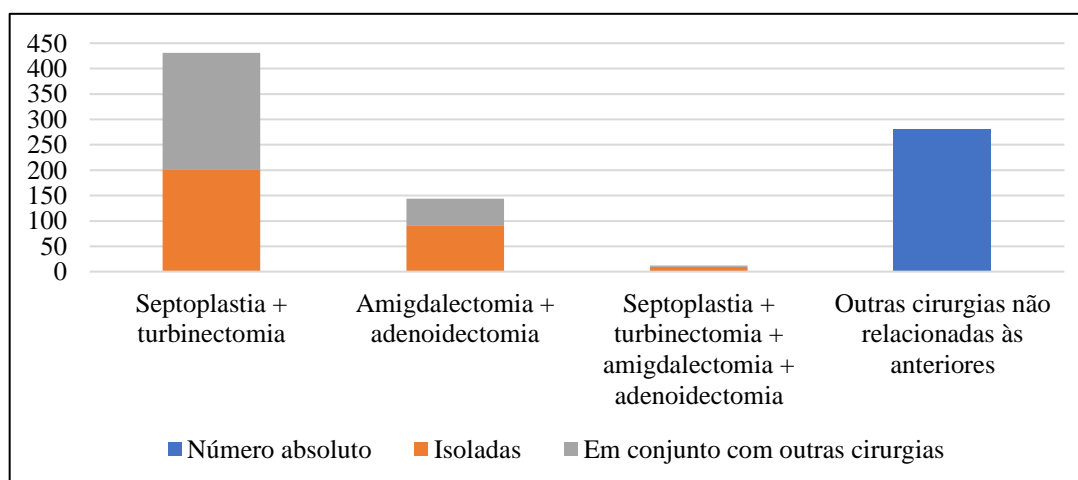
Figura 1 - Frequência de cirurgias por faixa etária.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

As cirurgias realizadas nesse período incluem amigdalectomia, adenoidectomia, turbinectomia, septoplastia, uvulopalatofaringoplastia, etmoidectomia, antrostomia, sinusectomia, frenectomia e exérese de tumor, além de retirada de corpos estranhos e cirurgias outras (relacionadas ao tímpano e à laringe). A cirurgia mais frequente foi a septoplastia com turbinectomia, realizada em 443 pacientes, sendo isoladas em 202 pacientes (23,27%) e, em conjunto com outras cirurgias, em 241 pacientes (27,76%). A segunda mais frequente foi a amigdalectomia junto à adenoidectomia, realizada em 156 pacientes, consistindo em 90 cirurgias isoladas (10,37%) e, 66 (7,60%) em conjunto com outras cirurgias, sendo que 12 pacientes (1,38%) realizaram esses dois procedimentos em conjunto. (Figura 2)

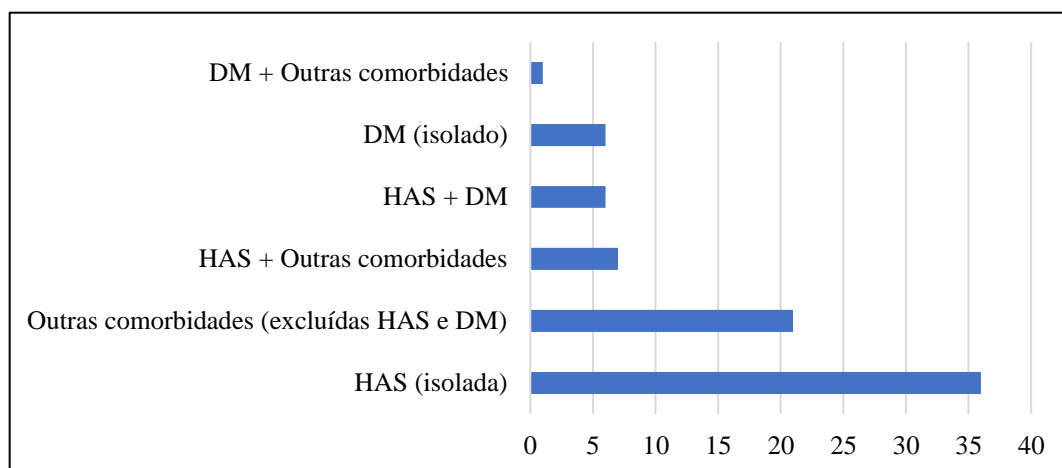
Figura 2 - Frequência de cirurgias otorrinolaringológicas.



Foram consideradas como “outras cirurgias”: uvulopalatofaringoplastia, etmoidectomia, antrostomia, sinusectomia, frenectomia, exérese de tumor, retirada de corpos estranhos, cirurgia de tímpano e cirurgia de laringe. Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Dos pacientes analisados, 77 (8,87%) possuíam uma ou mais comorbidades. Desses, 36 (46,75%) era portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 13 (16,88%), de diabetes mellitus (DM). (Figura 3) Ademais, pela classificação do estado físico ASA (American Society of Anesthesiologists), 791 (91,12%) pacientes foram classificados como ASA 1 e 77 (8,87%) como ASA 2, não havendo sido realizadas cirurgias em pacientes com classificação ASA mais elevadas.

Figura 3 - Frequência de comorbidades.

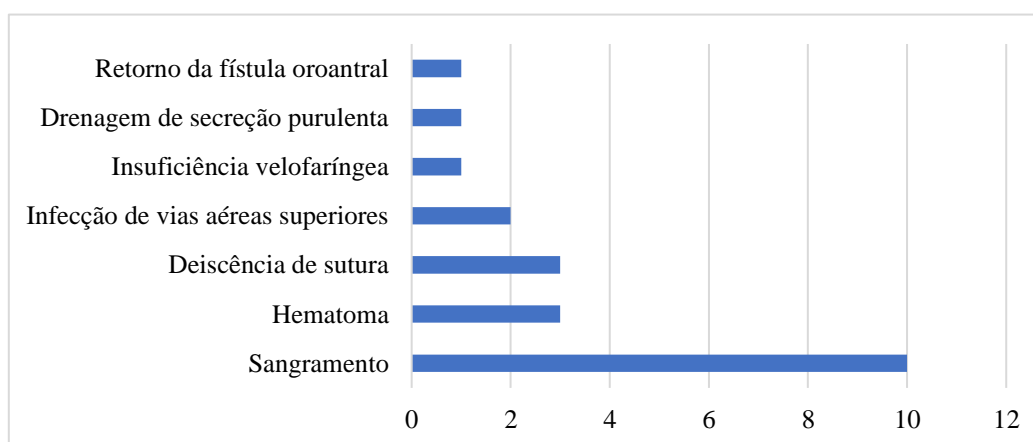


Foram consideradas como “outras comorbidades”: asma, doença do refluxo gastroesofágico, dislipidemia, hipotireoidismo, síndrome da apneia obstrutiva do sono, arritmia e distúrbios psiquiátricos. Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A mediana do tempo de permanência na unidade, desde o início da cirurgia até a alta hospitalar, foi de 610 (IIQ 580-645) minutos, sendo uma mediana de 20 (IIQ 15-30) minutos no CRPA, 80 (IIQ 60-110) minutos em cirurgia e 505 (IIQ 480-525) minutos em observação no quarto.

Na amostra, 4 (0,4%) pacientes sofreram complicações imediatas, isto é, percebidas durante o internamento, sendo um hematoma – indicado apenas observação – e três sangramentos – sendo necessário, em dois casos, realizar o tamponamento e um paciente não necessitou de intervenção. Além disso, 16 (1,8%) pacientes sofreram complicações tardias, ou seja, aquelas percebidas desde a alta até o retorno para avaliação pós-cirúrgica. Desses, 7 pacientes sofreram com sangramentos, nos quais 3 necessitaram de tamponamento e 4, de observação. Além disso, 2 pacientes retornaram com infecção de vias aéreas superiores, 2 com hematoma septal, 1 com insuficiência velofaríngea, 1 apresentou drenagem de secreção purulenta, 2 sofreram deiscência de sutura e 1 (0,2%) sofreu, além da deiscência de sutura, o retorno da fístula oroantral. Nenhum paciente necessitou de transferência para os grandes centros de saúde. (Figura 4).

Figura 4 - Frequência de complicações.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Não foi observada associação da presença de complicações cirúrgicas com idade [31 (IIQ 18,50 – 45) x 30 (IIQ 18 – 40), $p = 0,55$], tempo de internamento [627 (IIQ 593,75 – 666,25) x 610 (IIQ 580 – 645), $p = 0,54$] e cirurgia realizada ($p = 0,54$). (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação das complicações pós-cirúrgicas quanto à cirurgia.

Variáveis Cirurgias	Com complicação N = 20	Sem complicação N = 848	P valor
Cirurgias			p=0,54
Septoplastia + Turbinectomia isoladas	3	199	
Septoplastia + Turbinectomia + outras cirurgias	7	222	
Adenoamigdalectomia isolada	3	87	
Adenoamigdalectomia + outras cirurgias	0	54	
Septoplastia + Turbinectomia + Adenoamigdalectomia isoladas	0	10	
Septoplastia + Turbinectomia + Adenoamigdalectomia + outras cirurgias	0	2	
Outras cirurgias não relacionadas às acima	7	274	

+Teste U de Mann-Whitney; n=número; p=probabilidade de significância. Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

4. Discussão

O presente estudo demonstrou o perfil de pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia em um serviço privado de Salvador, onde a maioria dos pacientes não apresentava comorbidades e houve uma baixa taxa de complicações. Desse modo, foi possível observar que essa unidade de saúde acompanhou a mudança ocorrida na perspectiva da cirurgia otorrinolaringológica, onde, nos últimos anos, foram geradas maiores oportunidades para procedimentos cirúrgicos de caráter ambulatorial (Palumbo et al., 1952), principalmente pela possibilidade de redução do tempo de internamento e complicações pós-cirúrgicas (Osborne & Rudkint, 1993). No nosso estudo foi apresentada uma taxa de 2,2% de complicações, número similar a outros estudos de cirurgia ambulatorial e inferior, se comparado à taxa de complicação do mesmo procedimento, à nível hospitalar (Jain et al., 2014). Essa baixa taxa de complicações possivelmente está relacionada à realização de cirurgias em pacientes sem graves comorbidades, uma vez que o perfil dos pacientes operados no ambiente de hospital dia é selecionado para permitir, na maioria das vezes, procedimentos naqueles com baixo risco cirúrgico.

A septoplastia e turbinectomia foram as cirurgias mais realizadas, seguidas das amigdalectomias e adenoideotomias, dados que discordam do estudo de Carvalho e cols (de Carvalho Leal Gouveia et al., 2005). Esses autores apresentaram a cirurgia de faringe como a mais prevalente na região nordeste brasileira, seguida da cirurgia de nariz. Essa dissonância provavelmente está relacionada ao perfil de pacientes atendidos em cada centro, em especial à idade do público alvo e ao perfil dos cirurgiões, incluindo as suas subespecialidades.

Embora Troy e Cunningham (Troy & Cunningham, 2002) tenham afirmado que a amigdalectomia é um procedimento com alto índice de dor pós-operatória, sangramento e vômitos, nós não observamos a relação entre o tipo de cirurgia realizada e maior incidência de complicações pós-cirúrgicas. Ademais, em consonância com outros autores (Bloom et al., 2009;

Dąbrowska-Bień et al., 2018; Ketcham & Han, 2010), a complicação mais frequente no nosso estudo foi o sangramento. Esses dados demonstram que, apesar do sangramento ser a taxa de complicação mais recorrente, ele não é significativo à nível de cirurgia otorrinolaringológica ambulatorial, possivelmente devido à experiência dos cirurgiões e sua atuação conjunta com a equipe de anestesiologia, tanto na seleção dos pacientes, quanto pela capacidade de mantê-los em níveis adequados para a realização de uma cirurgia com baixos níveis de perdas sanguíneas.

Quanto à idade, nosso estudo apresentou concordância com os demais que demonstram maior incidência de cirurgia otorrinolaringológica, no Brasil, em pacientes entre 20 e 39 anos (de Carvalho Leal Gouveia et al., 2005). Além disso, não houve associação entre idade e complicações pós-cirúrgicas, resultado possivelmente relacionado à seleção cuidadosa quanto à comorbidades de pacientes idosos, ratificando os estudos que afirmam que os extremos de idade não são impedimentos para as cirurgias ambulatoriais (Dawson & Reed, 1980; Meridy & Meridy, 1982; Steward, 1980). Importante salientar que os baixos índices de complicações também devam estar relacionados à idade dos pacientes, sendo, na sua maioria, adultos jovens.

O tempo de internamento não impactou no índice de complicação pós-cirúrgica no nosso estudo, diferente daqueles que apontam menores taxas de complicações em menores períodos de tempo (Marshall & Chung, 1999). Essa discrepância supostamente ocorreu devido ao fato de o presente estudo abranger apenas pacientes ambulatoriais, com período de internação abaixo de 12 horas, enquanto que nos demais estudos, o comparativo é com cirurgias em grandes centros, com internações de maior período de tempo.

Apesar do nosso estudo demonstrar um baixo índice de complicações, e, conseqüentemente, a segurança das cirurgias ambulatoriais, por ele ter sido de caráter observacional, não é apropriado fazer inferência causal sobre nenhuma das associações descritas acima, sendo as nossas explicações especulativas. Ademais, por ter sido utilizada a base de dados de um hospital privado, o viés de amostragem pode ter existido, uma vez que cada serviço médico pode atuar em áreas específicas da otorrinolaringologia. Somado a isso, a coleta foi feita a partir de dados secundários, o que torna passível a ocorrência de falhas no preenchimento de prontuários, muito embora os resultados apresentados concordem, na sua maioria, com os demais estudos sobre cirurgias ambulatoriais (Chung et al., 1999). Embora existam limitações, os dados resultantes dessa pesquisa, inclusive por possuir uma amostra significativa de 868 pacientes, favorecem a realização de cirurgias ambulatoriais em otorrinolaringologia. No entanto, há a necessidade de um estudo comparativo entre as cirurgias ambulatoriais e as hospitalares para determinar a real vantagem da cirurgia em hospital-dia.

5. Conclusão

Esse estudo sugere que a cirurgia otorrinolaringológica em regime ambulatorial é factível, desde que os pacientes sejam bem selecionados, a fim de ocasionar menores taxas de complicações pós-operatórias.

Diversos estudos demonstraram as vantagens da cirurgia ambulatorial, como o menor tempo de internamento, a possibilidade de recuperação em casa, junto aos familiares e a redução de custos. Entretanto, é válido ressaltar que carecem estudos na otorrinolaringologia acerca desse tema, principalmente estudos nacionais, o que torna, desse estudo, um guia para novas pesquisas mais abrangentes, englobando, preferencialmente, centros de saúde de diversos estados do Brasil, a fim de permitir o melhor entendimento acerca da cirurgia otorrinolaringológica de caráter ambulatorial.

Referências

- Al-Hussaini, A., Waljee, H., & Owens, D. (2016). The uptake of day-case septoplasty in England and Wales. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 98(5), 212–215. <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2016.212>
- Associação brasileira de otorrinolaringologia. (2020a). *Tratado de otorrinolaringologia* (3rd ed.). Elsevier.
- Associação brasileira de otorrinolaringologia. (2020b). *Tratado de otorrinolaringologia* (3rd ed.). Elsevier.

- Baugh, R., Burke, B., Fink, B., Garcia, R., Kominsky, A., & Yaremchuk, K. (2013). Safety of outpatient surgery for obstructive sleep apnea. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*, 148(5), 867–872. <https://doi.org/10.1177/0194599813479776>
- Bloom, J. D., Kaplan, S. E., Bleier, B. S., & Goldstein, S. A. (2009). Septoplasty Complications: Avoidance and Management. *In Otolaryngologic Clinics of North America*. 42(3), 463–481. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2009.04.011>
- Chung, F., Mezei, G., & Tong, D. (1999). Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. *In British Journal of Anaesthesia (Vol. 83, Issue 2)*.
- D. Cohen, D., & B. Dillon, J. (1966). Anesthesia for Outpatient Surgery. *JAMA*, 1114–1116.
- Dąbrowska-Bień, J., Skarżyński, P. H., Gwizdalska, I., Łazęcka, K., & Skarżyński, H. (2018). Complications in septoplasty based on a large group of 5639 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 275(7), 1789–1794. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-4990-8>
- Davis, J. E., & Sugioka, K. (1987). Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anesthesiology evaluation. *Surgical Clinics of North America*, 67(4), 721–732. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)44282-9](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)44282-9)
- Dawson, B., & Reed, W. A. (1980). Anaesthesia for day-care surgery: a symposium (IiD* anaesthesia for adult surgical out-patients Preoperative evaluation. *In Canad. Anaesth. Soc. J (Vol. 27, Issue 4)*.
- de Carvalho Leal Gouveia, M., José Delgado Lessa, F., Bezerra Rodrigues, M., & da Silva Caldas Neto, S. (2005). Profile of hospitalizations due to otorhinolaryngologic morbidity requiring surgical treatment. Brazil, 2003. <http://www.rborl.org.br/>
- Deindl, C., & Neumann, A. (2022). The future of outpatient surgery. *In Urologie*. 61(8), 829–838. Springer Medizin. <https://doi.org/10.1007/s00120-022-01878-5>
- Dillon JB. (1967). Anesthetic management of the outpatient. *Anesthesia Rounds*, 2, 1–15.
- Ferguson LK. (1947). A survey of the field of ambulatory surgery. *Surgery of the Ambulatory Patient*, 1–3.
- Hardy, A., Gervais-Hupé, J., Desmeules, F., Hudon, A., Perreault, K., & Vendittoli, P. A. (2021). Comparing ERAS-outpatient versus standard-inpatient hip and knee replacements: a mixed methods study exploring the experience of patients who underwent both. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04847-9>
- Hathaway, B., & Johnson, J. T. (2006). Safety of uvulopalatopharyngoplasty as outpatient surgery. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 134(4), 542–544. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2005.12.004>
- Henderson JA. (1991). Ambulatory surgery: past, present, and future. *Anesthesia for Ambulatory Surgery*, 1–27.
- Jain, U., Chandra, R. K., Smith, S. S., Pilecki, M., & Kim, J. Y. S. (2014). Predictors of readmission after outpatient otolaryngologic surgery. *In Laryngoscope (Vol. 124, Issue 8, pp. 1783–1788)*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/lary.24533>
- Ketcham, A. S., & Han, J. K. (2010). Complications and management of septoplasty. *In Otolaryngologic Clinics of North America (Vol. 43, Issue 4, pp. 897–904)*. W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.04.013>
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2001). *Metodologia do trabalho científico* (6th ed.). Atlas.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica* (6th ed.). Atlas.
- Marshall, S. I., & Chung, F. (1999). Ambulatory anesthesia society for ambulatory anesthesia Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery.
- Meridy, H. W., & Meridy, ". (1982). Criteria for Selection of Ambulatory Surgical Patients and Guidelines for Anesthetic Management: A Retrospective Study of 1553 Cases. <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia>
- Nicholl JH. (1909). The surgery of infancy. *British Medical Journal*, 18, 753–754.
- Osborne, G. A., & Rudkint, G. E. (1993). Outcome After Day-Care Surgery In a Major Teaching Hospital. *In Anaesth Intens Care (Vol. 21)*.
- Pace, D., Hounsell, C., & Boone, D. (2023). Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *In Canadian Journal of Surgery*. 66(2), E111–E113. Canadian Medical Association. <https://doi.org/10.1503/cjs.008022>
- Palumbo, L. T., Paul, R. E., & Emery, F. B. (1952). Results of primary inguinal hernioplasty. *In Bull. Johns Hopkins Hosp (Vol. 73)*. <http://archsurg.jamanetwork.com/>
- Pandit, S. K. (1999). Ambulatory Anesthesia and Surgery in America: A Historical Background and Recent Innovations. *Journal of PeriAnestheaia Nursing*, 14(5), 270–274.
- Paradise, J. L., Bluestone, C. D., Bachman, R. Z., & et al. (1984). Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. *The New England Journal of Medicine*, 310, 674–683.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. UFSM.
- Reed, W. A., & Ford, J. L. (1976). Development of an independent outpatient surgical center. *Clinical Anesthesiology*, 14, 113–130.

- Sánchez Legaza, E., Sánchez Legaza, B., Pozo Rodriguez, C., & Thomsen, E. (2006). Complicaciones de la adenoamigdalectomía. *Anales ORL Iberc Amir*, 33(2), 193–201.
- Santos, J. S., Silva, M. B., Zampar, A. G., Sankarankutty, A. K., Campos, A. D., & Ceneviva, R. (2001). Mutirões de colecistectomia por videolaparoscopia em regime de cirurgia ambulatorial. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 16, 52–56.
- Sebastião dos Santos, J., Kumar Sankarankutty, A., Salgado Jr, W., Kemp, R., Paim Leonel, E., de Castro Silva Jr, O., Jr, S. W., & Silva Jr, C. O. (2008). Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- Spiegel, J. H., & Raval, T. H. (2005). Overnight hospital stay is not always necessary after uvulopalatopharyngoplasty. In *Laryngoscope* (Vol. 115, Issue 1 I, pp. 167–171). <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000150703.36075.9c>
- Steward, D. J. (1980). Anaesthesia for day-care surgery: a symposium (iv)* anaesthesia for paediatric out-patients.
- Troy, A. M., & Cunningham, A. J. (2002). Ambulatory surgery: an overview. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 647–657. <https://doi.org/10.1097/01.aco.0000043973.13957.50>
- Waters RM. (1919). The down-town anesthesia clinic. *American Journal Surgery*, 39, 71–73.
- Webb, E., & Graves, H. (1959). Anesthesia for the ambulatory patient. *Anesthesia & Analgesia*, 359–363.
- Wong Chung, J. E. R. E., van Benthem, P. P. G., & Blom, H. M. (2018). Tonsillotomy versus tonsillectomy in adults suffering from tonsil-related afflictions: a systematic review. In *Acta Oto-Laryngologica*. 138(5), 492–501. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/00016489.2017.1412500>.