



CURSO DE MEDICINA

THAÍS LIMA BARRETO

**PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA AMBULATORIAL EM
OTORRINOLARINGOLOGIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

2023

THAÍS LIMA BARRETO

**PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA AMBULATORIAL EM
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Orientador: Dr. Pablo Pinillos Marambaia

SALVADOR

2023

Ao meu avô, Jasmin (in memoriam), que
sonhou esse sonho junto comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com muito amor, à minha mãe, sempre ao meu lado, sendo o meu porto seguro. Obrigada pelo apoio incondicional e por acreditar em mim, às vezes mais do que eu mesma.

À minha avó, por todo o zelo e por toda escuta cuidadosa em saber como foi meu dia na faculdade.

Ao meu namorado, por toda a compreensão e o incentivo durante os diversos momentos desse ciclo acadêmico.

À Dr. Carlos Tavares, por ser uma referência para mim na medicina e por me acolher desde cedo nessa profissão.

Ao meu orientador, Dr. Pablo Marambaia, profissional inspirador, meu muito obrigada por todo incentivo e confiança no meu trabalho.

À minha professora de metodologia, Dra. Glicia Abreu, sempre solícita e acolhedora durante todo esse percurso de construção.

À Dra. Milena Marques, médica residente do INOOA, cuja colaborações foram essenciais para a realização desse trabalho.

Aos meus amigos, por tornarem essa caminhada mais leve e prazerosa.

Por fim, agradeço à toda família INOOA por me acolherem tão bem e pelas diversas oportunidades que me foram abertas. Vocês estarão sempre comigo.

RESUMO

Introdução: 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. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia. **Métodos:** 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. **Resultados:** 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. **Conclusão:** 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-chaves: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios. Otolaringologia. Criança. Adulto.

ABSTRACT

Introduction: 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. **Objective:** To trace the epidemiological profile of patients undergoing outpatient surgery in otorhinolaryngology. **Methods:** 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 Pos 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. **Results:** 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:** 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.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Frequência de cirurgias por faixa etária.....	21
Figura 2 - Frequência de cirurgias otorrinolaringológicas	22
Figura 3 - Frequência de comorbidades	23
Figura 4 - Frequência de complicações.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das complicações pós-cirúrgicas quanto à cirurgia	25
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
CRPA	Centro de Recuperação Pós-Anestésica
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	12
2.1	Geral:.....	12
2.2	Específicos:.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	O início da cirurgia ambulatorial	13
3.2	Vantagens da cirurgia ambulatorial.....	13
3.3	Seleção dos pacientes	14
3.4	Cirurgias otorrinolaringológicas mais comuns.....	15
3.5	Complicações das cirurgias otorrinolaringológicas.....	16
4	MÉTODOS	18
4.1	Desenho do estudo.....	18
4.2	Local e período do estudo	18
4.3	População do estudo.....	18
4.4	Variáveis do estudo	18
4.5	Análise estatística	19
4.6	Considerações éticas	19
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	26
7	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

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 2001¹. Embora a maior difusão desta prática tenha ocorrido a partir dessa data, já em 1909, Nicholl havia descrito como tão satisfatório quando os tratamentos hospitalares².

Estudos apontam que esse modelo cirúrgico trouxe vantagens, como o menor risco de infecção e o baixo custo³. Ademais, percebe-se uma redução da demanda em grandes centros de saúde e, conseqüentemente, maior agilidade no atendimento⁴. 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 submetido⁵. 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 ambulatorialmente⁶.

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 saúde⁷. Assim, faz-se essencial o estudo do perfil de pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia com o intuito de avaliar a segurança do método e, assim, caso resultado positivo, difundir essa prática.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia.

2.2 Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia.
- Investigar complicações pós-cirúrgicas dos pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial em otorrinolaringologia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 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 paciente⁸. 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 urinário⁹.

3.2 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 cirúrgico¹⁰. 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 trabalho¹¹.

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 intervenção³. Além disso, por permitir a alta hospitalar

precoce, irá depender de menos profissionais, reduzindo também o gasto com honorários. 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 graves¹¹.

Os locais específicos para a realização de cirurgia ambulatorial, como os hospitais dias, possuem uma estrutura diferenciada e voltada para as demandas dessa prática. 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^{12,13}.

3.3 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 hemofilia¹¹. 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 desconfortável¹⁴.

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^{15,16}.

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^{15,16}.

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 ambulatorialmente⁶. 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^{5,12}. 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 ambulatorial⁵.

3.4 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 assintomático¹⁷. A cirurgia é indicada principalmente nos casos de obstrução nasal recorrente, mas também pode ser recomendada em situações de rinosinusite 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 crânio¹⁷.

A adenotonsilectomia é a cirurgia de retirada das tonsilas palatinas e faríngeas, sendo uma das cirurgias mais frequentes em crianças¹⁸. A principal indicação desse procedimento são as afecções crônicas cujos sintomas não regredem após tratamento medicamentoso, especialmente as hiperplasias adenotonsilares¹⁸ e a suspeita de malignidade das tonsilas¹⁹. 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*¹⁸.

A tonsilectomia ou amigdalectomia, remoção das tonsilas palatinas, possui como critério de indicação do procedimento isolado, os critérios de Paradise²⁰. 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 consecutivos²⁰.

3.5 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-cirúrgicas²¹. 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 crianças¹⁸. A nível ambulatorial, estudos demonstram que não houve complicações significativas nos pacientes submetidos à tonsilectomia, sendo a dor relatada como o evento adverso mais comum²².

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 nasal²³. 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 septal²³. 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

dentada da arcada superior, graças à manipulação do nervo nasopalatino durante a cirurgia²³.

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 paciente²⁴. 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 observação²⁵.

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 gerais²⁶.

4 MÉTODOS

4.1 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.

4.2 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.

4.3 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.

4.4 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.

4.5 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.

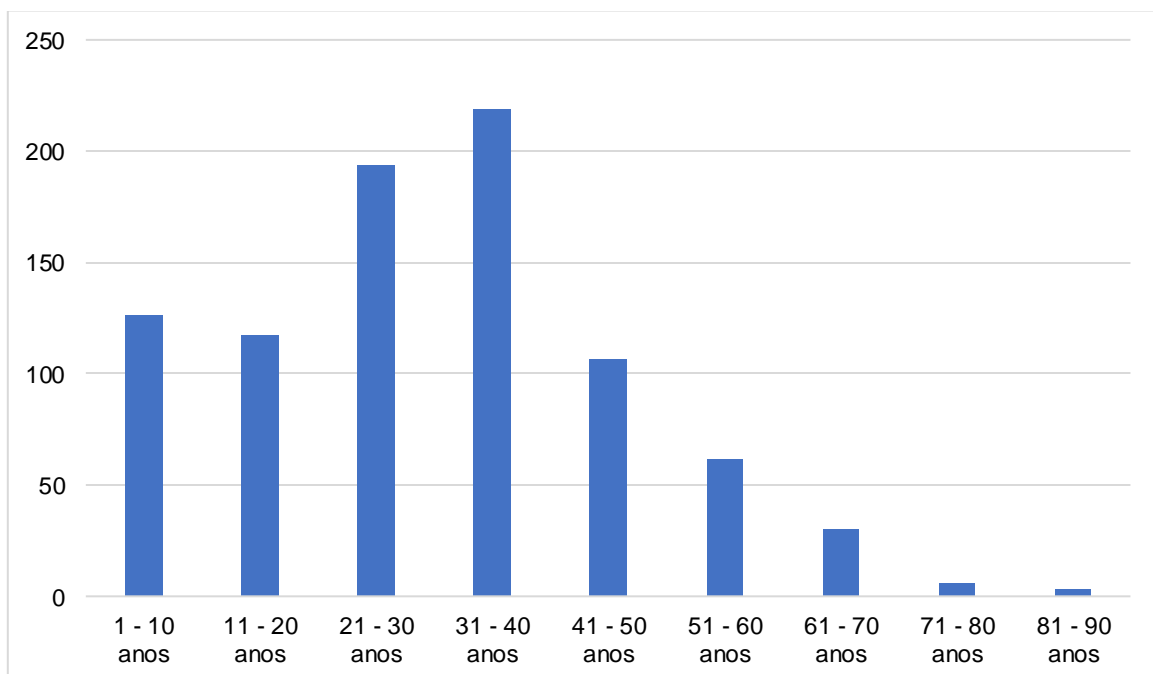
4.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, apresentando CAAE número: 60729322.5.0000.5544, em consonância com a Resolução n° 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.

5 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

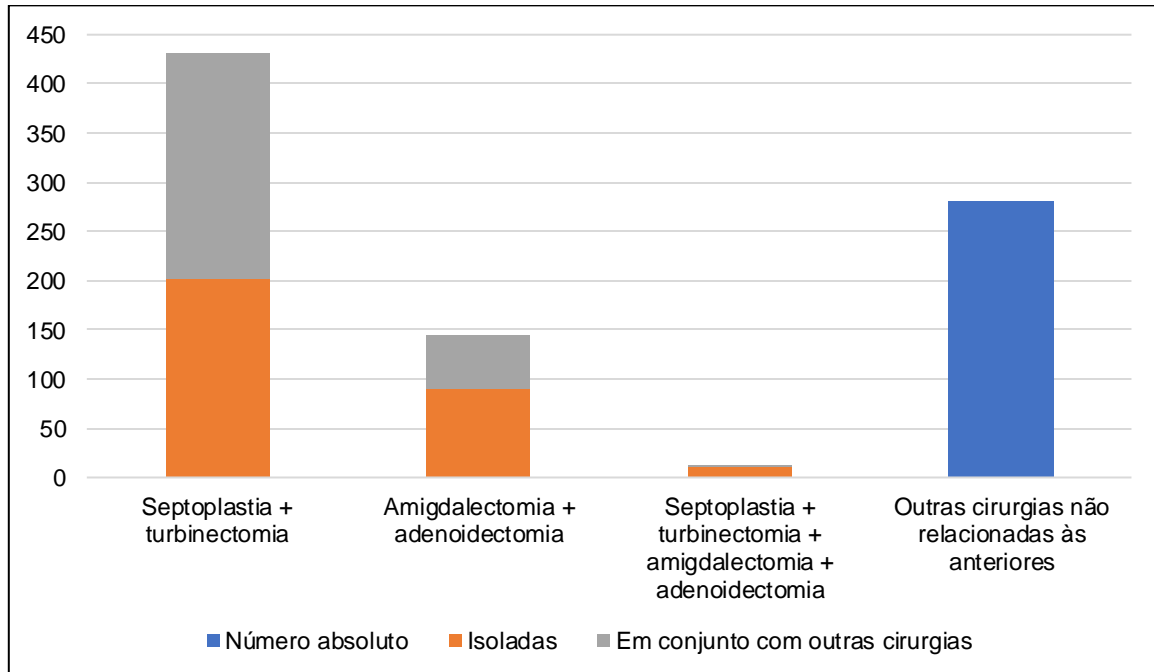


Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2023

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)

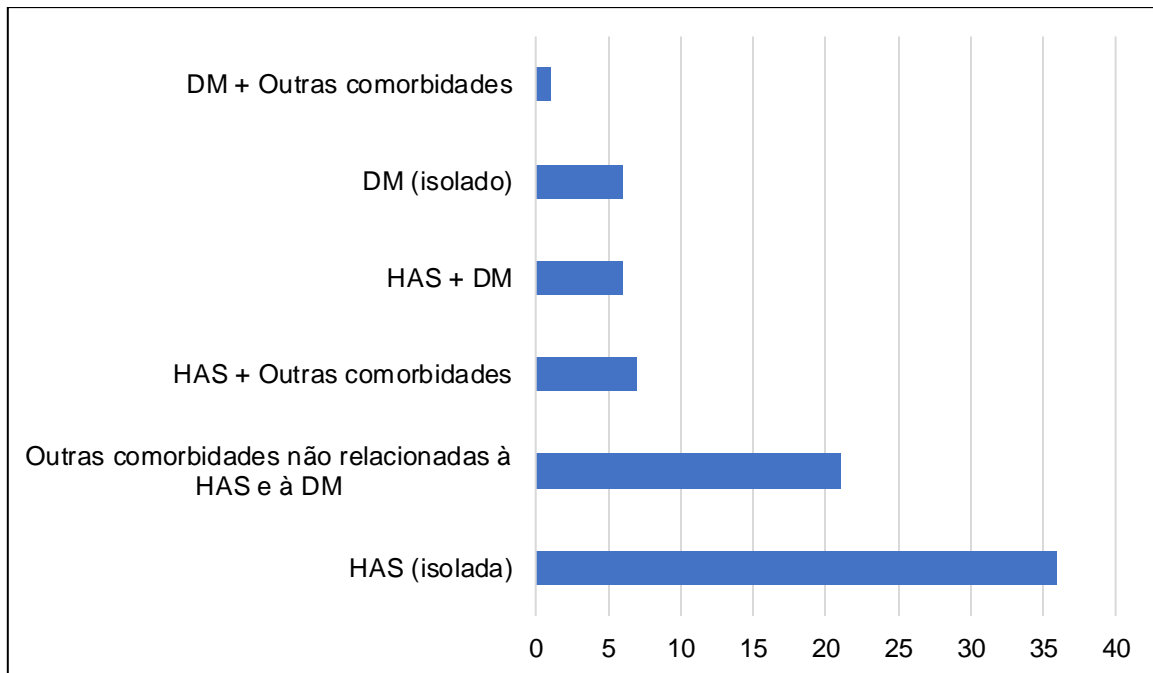
Figura 2 - Frequência de cirurgias otorrinolaringológicas



Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2023. Foram consideradas como “outras cirurgias”: uvulopalatofaringoplastia, etmoidectomia, antrostomia, sinusectomia, frenectomia, exérese de tumor, retirada de corpos estranhos, cirurgia de tímpano e cirurgia de laringe.

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



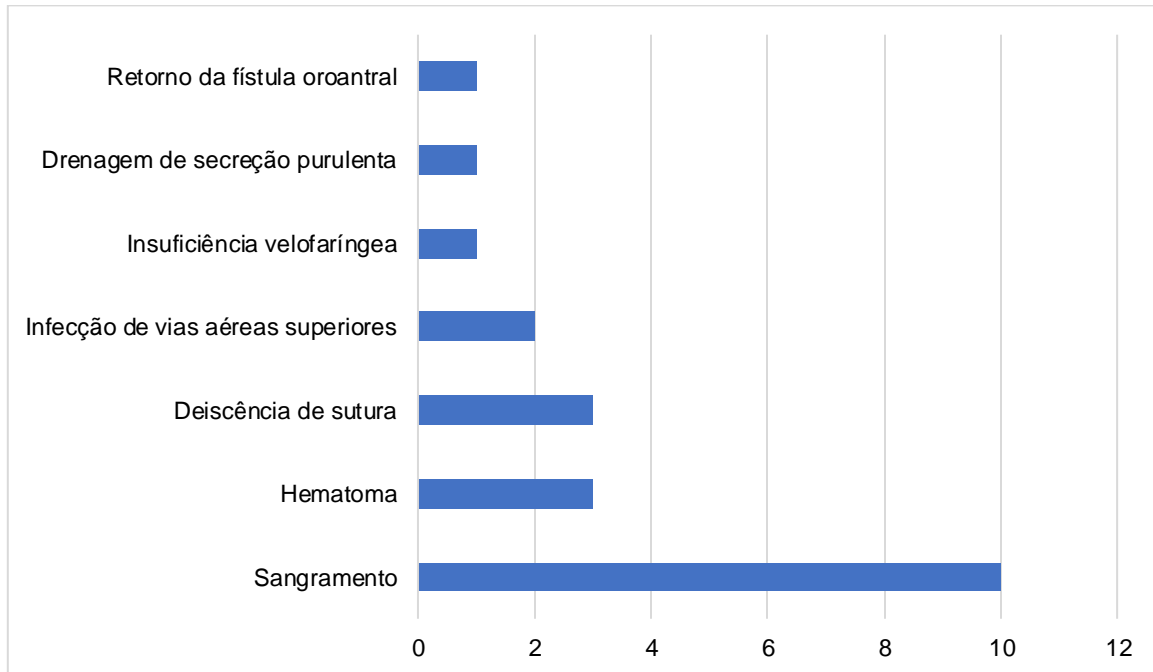
Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2023. Foram consideradas como “outras comorbidades”: asma, doença do refluxo gastroesofágico, dislipidemia, hipotireoidismo, síndrome da apneia obstrutiva do sono, arritmia e distúrbios psiquiátricos.

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 pelo próprio autor, 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 pelo próprio autor, 2023

6 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 ambulatorial⁹, principalmente pela possibilidade de redução do tempo de internamento e complicações pós-cirúrgicas²⁷. 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 hospitalar²⁶. 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 adenoidectomias, dados que discordam do estudo de Carvalho e cols⁷. 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 Cunningham²⁸ 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^{23,29,30}, 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 anos⁷. 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 ambulatoriais³¹⁻³³. 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 tempo³⁴. 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 ambulatoriais³⁵. 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.

7 CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. Santos JS, Silva MB, Zampar AG, Sankarankutty AK, Campos AD, Ceneviva R. Mutirões de colecistectomia por videolaparoscopia em regime de cirurgia ambulatorial. *Acta Cir Bras.* 2001;16:52–6.
2. Nicholl JH. The surgery of infancy. *British medicine journal.* 1909;2:753–6.
3. Waters RM. The down-town anesthesia clinic. *american journal surgery.* 1919;39:71–3.
4. Al-Hussaini A, Walijee H, Owens D. The uptake of day-case septoplasty in England and Wales. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England.* 2016 May;98(5):212–5.
5. Pandit SK. Ambulatory Anesthesia and Surgery in America: A Historical Background and Recent Innovations. *Journal of PeriAnestheia Nursing.* 1999;14(5):270–4.
6. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anesthesiology evaluation. *Surgical Clinics of North America.* 1987;67(4):721–32.
7. de Carvalho Leal Gouveia M, José Delgado Lessa F, Bezerra Rodrigues M, da Silva Caldas Neto S. Profile of hospitalizations due to otorhinolaryngologic morbidity requiring surgical treatment. Brazil, 2003 [Internet]. 2005. Available from: <http://www.rborl.org.br/>
8. Sebastião dos Santos J, Kumar Sankarankutty A, Salgado Jr W, Kemp R, Paim Leonel E, de Castro Silva Jr O, et al. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados [Internet]. 2008. Available from: <http://www.fmrp.usp.br/revista>
9. Palumbo LT, Paul RE, Emery FB. Results of primary inguinal hernioplasty [Internet]. Vol. 73, *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 1952. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/>
10. Nicholl JH. The surgery of infancy. *Br Med J.* 1909;18:753–4.

11. Ferguson LK. A survey of the field of ambulatory surgery. *Surgery of the ambulatory patient*. 1947;1–3.
12. Henderson JA. Ambulatory surgery: past, present, and future. Wetchler BV, editor. *Anesthesia for ambulatory surgery*. 2nd ed. 1991;1–27.
13. Reed WA, Ford JL. Development of an independent outpatient surgical center. *Clinical Anesthesiology*. 2nd ed. 1976;14:113–30.
14. Webb E, Graves H. Anesthesia for the ambulatory patient. *Anesthesia & Analgesia*. 1959;359–63.
15. D. Cohen D, B. Dillon J. Anesthesia for Outpatient Surgery. *JAMA*. 1966 Jun 27;1114–6.
16. Dillon JB. Anesthetic management of the outpatient. *Anesthesia Rounds* . 1967;2:1–15.
17. Associação brasileira de otorrinolaringologia. *Tratado de otorrinolaringologia*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020. 353–364 p.
18. Associação brasileira de otorrinolaringologia. *Tratado de otorrinolaringologia*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020. 472–479 p.
19. Wong Chung JERE, van Benthem PPG, Blom HM. Tonsillotomy versus tonsillectomy in adults suffering from tonsil-related afflictions: a systematic review. Vol. 138, *Acta Oto-Laryngologica*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 492–501.
20. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. *N Engl J Med*. 1984 Mar 15;310:674–83.
21. Sánchez Legaza E, Sánchez Legaza B, Pozo Rodriguez C, Thomsen E. Complicaciones de la adenoamigdalectomía. *Anales ORL Iberc Amir*. 2006;33(2):193–201.

22. Baugh R, Burke B, Fink B, Garcia R, Kominsky A, Yaremchuk K. Safety of outpatient surgery for obstructive sleep apnea. In: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. 2013. p. 867–72.
23. Dąbrowska-Bień J, Skarżyński PH, Gwizdalska I, Łazęcka K, Skarżyński H. Complications in septoplasty based on a large group of 5639 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2018 Jul 1;275(7):1789–94.
24. Spiegel JH, Raval TH. Overnight hospital stay is not always necessary after uvulopalatopharyngoplasty. Vol. 115, *Laryngoscope*. 2005. p. 167–71.
25. Hathaway B, Johnson JT. Safety of uvulopalatopharyngoplasty as outpatient surgery. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2006;134(4):542–4.
26. Jain U, Chandra RK, Smith SS, Pilecki M, Kim JYS. Predictors of readmission after outpatient otolaryngologic surgery. Vol. 124, *Laryngoscope*. John Wiley and Sons Inc.; 2014. p. 1783–8.
27. Osborne GA, Rudkint GE. Outcome After Day-Care Surgery In a Major Teaching Hospital. Vol. 21, *Anaesth Intens Care*. 1993.
28. Troy AM, Cunningham AJ. Ambulatory surgery: an overview. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2002;647–57.
29. Ketcham AS, Han JK. Complications and management of septoplasty. Vol. 43, *Otolaryngologic Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2010. p. 897–904.
30. Bloom JD, Kaplan SE, Bleier BS, Goldstein SA. Septoplasty Complications: Avoidance and Management. Vol. 42, *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2009. p. 463–81.
31. Meridy HW, Meridy ". Criteria for Selection of Ambulatory Surgical Patients and Guidelines for Anesthetic Management: A Retrospective Study of 1553 Cases [Internet]. 1982. Available from: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia>
32. Dawson B, Reed WA. ANAESTHESIA FOR DAY-CARE SURGERY: A SYMPOSIUM (IiD* ANAESTHESIA FOR ADULT SURGICAL OUT-PATIENTS Preoperative evaluation. Vol. 27, *Canad. Anaesth. Soc. J*. 1980.

33. Steward DJ. ANAESTHESIA FOR DAY-CARE SURGERY: A SYMPOSIUM (IV)* ANAESTHESIA FOR PAEDIATRIC OUT-PATIENTS. 1980 Jul.
34. Marshall SI, Chung F. AMBULATORY ANESTHESIA SOCIETY FOR AMBULATORY ANESTHESIA Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. 1999.
35. Chung F, Mezei G, Tong D. Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. Vol. 83, British Journal of Anaesthesia. 1999.