

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**  
**Empresa Social del Estado**

**Grupo de Cirugía Cabeza y Cuello**

**PAROTIDECTOMIA, SUBMAXILECTOMIA, HEMITIROIDECTOMIA**  
**Y RESECCION DE PALADAR, AMBULATORIAS**

**MANUEL ANTONIO BALLÉN VANEGAS**

**TRABAJO PRESENTADO PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**

**Director: Dr. Sergio Zúñiga**  
**Médico Especialista**  
**Cirugía de Cabeza y Cuello**

**Coodirector: Dr. Raúl Hernando Murillo**  
**Estudios Epidemiológicos**

**Santafé de Bogotá D.C., Septiembre 28 de 1999**

## INDICE

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Marco Teórico:</b>	
<b>1. Clases de unidades de Cirugía ambulatoria</b>	<b>4</b>
<b>2. Clasificación de los procedimientos quirúrgicos</b>	<b>5</b>
<b>3. La parotidectomía, la submaxilectomía, la resección del tumor de paladar y la hemitiroidectomía como procedimientos ambulatorios</b>	<b>6</b>
<b>Justificación</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos</b>	<b>11</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>12</b>
<b>Diseño metodológico:</b>	
<b>1- Tipo de estudio</b>	<b>13</b>
<b>2- Tamaño de la muestra</b>	<b>13</b>
<b>3- Variables</b>	<b>14</b>
<b>4- Capítulo de procedimientos</b>	<b>15</b>
<b>5- Plan de Análisis</b>	<b>16</b>
<b>Cronograma</b>	<b>18</b>
<b>Referencias</b>	<b>19</b>

## INTRODUCCION

Cuando se piensa en la realización de trabajos de investigación en cirugía se hace casi exclusivamente en términos de nuevas técnicas quirúrgicas, como la colectomía laparoscópica, gastrectomía conservadora endoscópica, etc.; sin embargo pasan inadvertidas otras innovaciones de carácter administrativo y no se aprecia su importancia.

Con el desarrollo de "la ley 100" estamos entrando en una etapa que modificará tanto la filosofía como las actitudes del cirujano de manera que pocos médicos imaginaron.

Un aspecto de los cambios que estamos presenciando es la necesidad de las "Empresas Sociales del Estado" como el Instituto Nacional de Cancerología de ser eficientes y rentables.

Entre los cambios que deben hacer las instituciones de salud par ser rentables, está el disminuir costos, sin perjuicio de la calidad de atención de los pacientes. Sin lugar a dudas la ampliación de los servicios de cirugía ambulatoria ha desplazado a esta modalidad un gran número de procedimientos quirúrgicos que se pensaba requerían ingreso hospitalario para efectuarse sin peligro. Los adelantos en anestesia, la mejor información del paciente y la intervención de la enfermera domiciliaria han modificado impresionantemente la asistencia quirúrgica.

En la última década tanto en el sector público como en el privado se han implementado programas para disminuir los costos en salud. Luego de publicaciones sobre evaluación de la tiroidectomía ambulatoria que encontraron en esta un procedimiento seguro, económico y conveniente tanto para el paciente como para el cirujano(5), siguieron apareciendo trabajos para otro tipo de procedimientos entre los que se encuentra la parotidectomía, (2,13) e incluso se han comparado los resultados obtenidos en la cirugía de paladar en Inglaterra donde se deja en promedio 6 días hospitalizado el paciente y los obtenidos en Colombia donde el paciente se da alta a la sexta hora postoperatoria, evidenciando beneficios tanto en la comodidad de los pacientes y del cirujano, como en el ahorro económico de las instituciones de salud para los pacientes ambulatorios(3,4).

En el Instituto Nacional de Cancerología se realizan 50 de estos procedimientos entre Julio de 1998 a Agosto de 1999 para los que se utilizó en promedio 3 días cama para cada uno, lo que nos da un promedio apx. de 150 días cama año.

Se propone en este protocolo evaluar la parotidectomía, la resección del tumor de paladar y la hemitiroidectomía ambulatorias, mediante un ensayo clínico.

### MARCO TEORICO

Antes del desarrollo de la anestesia general y de la constitución de los hospitales modernos, la mayoría de los pacientes con medios económicos que se sometían a cirugía se restablecían en el hogar. Los enfermos mentales y los indigentes eran quienes tenían que sufrir el rigor de la asistencia en salas hospitalarias. Con el tiempo, los pacientes y médicos se percataron de los mejores resultados quirúrgicos al igual que la asistencia era, cuando los enfermos se trataban en un

hospital. Lo aceptado social y médicamente era efectuar la cirugía y la recuperación en el medio hospitalario.

En realidad, la mayor parte de las mejoras en la calidad de la asistencia quirúrgica en el mundo entero en este último siglo, dependieron de que la mayor parte de las operaciones mayores se efectuaban en hospitales. En nuestro país el financiamiento por parte de los pacientes con suficientes medios económicos y el cubrimiento parcial por parte del estado permitieron el desarrollo de grandes centros hospitalarios privados (Clínicas) y de centros públicos "de caridad".

Sin embargo hay una larga lista tanto en el mundo como en nuestro país, de procedimientos quirúrgicos desplazados al medio ambulatorio. Hace unos 60 años la herniorrafia inguinal se consideraba un procedimiento mayor en niños, incluso hace unos 40 años, la mayoría de los cirujanos mantenían a los niños hospitalizados durante cinco días. En la actualidad, con la cirugía en pacientes ambulatorios hay menos complicaciones a causa de mejoras en la anestesia, servicios de sostén auxiliares y mayor experiencia quirúrgica. Hay programas de cirugía ambulatoria que envían pacientes a la casa después de submaxilectomía (1), parotidectomía (2), tiroidectomía (3), cirugía de paladar(4,5) e incluso después de una prostatectomía abierta(6).

#### CLASES DE UNIDADES DE CIRUGIA AMBULATORIA(1,7,8,9)

Unidad integrada a hospital.

En esta unidad el paciente nunca ocupa un lecho hospitalario. La cirugía se practica bajo anestesia general y el paciente es dado de alta directamente de la sala de recuperación cuando su estado lo permite. La evaluación y preparación

preoperatoria, así como la atención después de recuperación , tienen lugar en ese sitio. Se emplean el quirófano y las salas de recuperación del hospital igual que para enfermos internados en él.

**Unidades autónomas controladas por el hospital.**

Las unidades con base hospitalaria puede establecer un programa con poca inversión de capital y utilizar el personal, las instalaciones y los servicios auxiliares ya presentes. Permiten que el cirujano efectúe procedimientos mayores y si surgen complicaciones no traslade el paciente a otra institución. Una desventaja relativa de estas unidades es que el paciente ambulatorio puede someterse a tantos detalles administrativos como el paciente internado.

**Unidad satélite de hospital.**

Es una unidad autónoma patrocinada y administrada por el hospital pero en una localización diferente.

**Unidad independiente**

Es autónoma y no constituye parte de otra institución de salud ni geográfica ni administrativamente.

## **CLASIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

El American College of Surgeons ha evitado la definición de listas limitantes o la clasificación rigurosa de los procedimientos que pueden ser realizados en las unidades de cirugía ambulatoria(7), sin embargo Detmer (8), propuso una

clasificación que sirve como guía para definir la complejidad de los procedimientos quirúrgicos:

**Clase I:** procedimientos menores; adecuados para medio de consultorio.

**Clase II:** Cirugía intermedia; se realiza bajo anestesia general, regional o local sin hospitalización del paciente. La cirugía ambulatoria no significa solo un planteamiento de manejo administrativo; se trata más bien de un planteamiento filosófico y de una actitud relacionada con el moderno concepto de cirugía de trauma mínimo, tanto físico como emocional. Es también un planteamiento de simplificación del proceso quirúrgico, de reducción de sus costos y complejidad, pero siempre dentro de los más estrictos criterios de seguridad y de alta calidad técnica.

**Clase III:** Cirugía mayor; adecuada para realizarse con pacientes internados en el hospital.

## LA PAROTIDECTOMÍA, LA RESECCIÓN DEL TUMOR DE PALADAR Y LA HEMITIROIDECTOMÍA COMO PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS.

### Parotidectomía

La parotidectomía puede ser superficial o total. La parotidectomía superficial es la extirpación del tejido parotideo externo al nervio facial. La incisión preferida es la preauricular en S itálica que se extiende hasta el músculo esternocleidomastoideo (ECM), se tallan colgajos anterior hasta el músculo masetero y posterior hasta el ECM, se disecciona y preserva el nervio facial en el área estilomastoidea y se inicia la disección y preservación de sus ramas extirpando el tejido parotideo superficial a estas. Se revisa la hemostasia y se deja un dren de exovac, se cierra la piel en 2 planos y se coloca un apósito compresivo para facilitar la adhesión de los colgajos de piel.

La parotidectomía total pretende extirpar tanto el tejido medial como lateral al nervio facial y básicamente se realiza la misma incisión con una disección del nervio facial que en parotidectomía superficial y luego se elimina la masa que está por debajo del nervio; igualmente se revisa hemostasia, se deja el dren y cierra la piel como en la parotidectomía superficial.

Las complicaciones de la cirugía de la glándula parótida se pueden dividir en las que aparecen temprano y las tardías. Las complicaciones tempranas son la parálisis parcial o completa de todas o alguna de las ramas del nervio facial, hemorragia y la fístula salival postoperatoria.

La complicación más común a largo plazo es la sudoración gustatoria o síndrome de Frey, que aparece cuando se desarrolla una reinervación autónoma inapropiada de la piel por la inervación de la glándula remanente (2,10,11).

### Submaxilectomía

La resección de la glándula submaxilar se realiza en general por una incisión oblicua 2 a 3 centímetros debajo del borde inferior de la mandíbula de unos 5 cm de longitud, se lleva a través del platisma; la arteria y la vena facial se deben localizar lo más cerca posible de la glándula para disecar y evitar lesionar la rama mandibular del facial, se diseca la glándula desde la superficie inferior de la mandíbula. Después se eleva el borde inferior de la glándula desde el músculo digástrico, la arteria facial se secciona por arriba y proximal a la carótida externa.

A continuación se repliega la glándula hacia fuera para exponer el músculo milohioideo. Se separa el borde libre del milohioideo y se exponen el nervio lingual e hipogloso y el conducto de Wharton, el cual se secciona y liga. Entonces, se puede extirpar la glándula. Se deja un dren de penrose y se cierra la herida en dos planos.

Las complicaciones de la submaxilectomía son pocas, el hallazgo más común es la paresia de la rama mandibular marginal del facial. El retorno completo de la función es la regla. La pérdida de función del nervio hipogloso y lingual es rara a menos que estos nervios se incluyan en la resección. La hemorragia también es rara(10,12).

#### **Resección de tumores de paladar**

La mayoría de procedimientos efectuados son resecciones locales amplias que pueden presentar como complicaciones y algún tipo de incompetencia velofaríngea y rara vez hemorragia. La reconstrucción requiere la rotación diferida de algún tipo de colgajo(9).

#### **Hemitiroidectomía**

La hemitiroidectomía es la resección de un lóbulo tiroideo. Se hace una incisión transversa que pase a mitad de camino entre la orquilla esternal y la orquilla tiroidea y entre los bordes del ECM. Se tallan colgajos cutáneos hasta el hueso hioides arriba y hasta la orquilla esternal abajo, se abre la fascia cervical profunda en la línea media separando los músculos pretiroideos. Se disecciona el lóbulo tiroideo comprometido hasta encontrar la fascia carotídea y se luxa el lóbulo hacia la línea

media, se identifica preserva y disecciona desde el surco traqueoesofágico, el nervio laríngeo recurrente hasta su entrada a la laringe por debajo del músculo cricotiroideo. Posteriormente se identifican, diseccionan y preservan las glándulas paratiroides y se procede a ligar los pedículos vasculares tiroideos superior e inferior. Luego se desprende el lóbulo tiroideo de la laringe y se secciona a nivel del istmo. Se hace una sutura a este nivel con material absorbible. Se revisa la hemostasia, se deja un dren de Penrose y se cierran los colgajos en dos planos. Se puede presentar como complicación inmediata paresia o parálisis del nervio laríngeo recurrente diseccionado y hemorragia. En caso de ser una hemorragia masiva produciría obstrucción de la vía aérea. No existe el peligro potencial de la hipocalcemia por quedar indemnes las paratiroides del lado contralateral(9).

En un estudio en donde se realizaron 41 tiroidectomías ambulatorias no se presentó ninguna complicación mayor(11).

La parotidectomía, la submaxilectomía, la resección de los tumores de paladar y la hemitiroidectomía han sido procedimientos que tradicionalmente se han realizado en el Instituto Nacional de Cancerología con el paciente hospitalizado el día previo.

La hemorragia es la principal complicación la cual en un momento dado pudiera comprometer la vida del paciente sobre todo en el caso de la hemitiroidectomía, en general esta se presenta en las primeras seis horas postoperatorias. Si estos pacientes se operan iniciando la jornada, primera hora, a las seis horas pueden ser dados de alta con dren cerrado o abierto en caso de la parotidectomía, la submaxilectomía y la hemitiroidectomía y con una gasa furacinada en caso de resección de paladar y controlados ambulatoriamente al día siguiente, evitando ser hospitalizados luego del procedimiento quirúrgico, disminuyendo el impacto psicológico de procedimiento y con disminución de costos para la institución, lo que permite ocupar estas camas para procedimientos mayores.

## JUSTIFICACION

Este trabajo se realiza para evaluar el manejo de la parotidectomía, submaxilectomía, resección de paladar y la hemitiroidectomía de manera ambulatoria.

Este estudio se debe hacer por que tradicionalmente en el instituto estos procedimientos se han realizado con el paciente hospitalizado, sin embargo en la practica privada estas cirugías se hacen de manera ambulatoria y en la literatura médica hay artículos (2,3,5) que demuestran que se pueden hacer de un modo seguro sin el paciente hospitalizado.

Además no someter el paciente a las incomodidades de la hospitalización hay un beneficio económico para el instituto pues está ahorrando los costos derivados de la hospitalización.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

**Evaluar el manejo de la parotidectomía, resección de paladar y hemitiroidectomía ambulatorias en el Instituto Nacional de Cancerología con el propósito de disminuir costos derivados de la estancia hospitalaria.**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1. Describir los pacientes a los que se les realice de manera ambulatoria parotidectomía, submaxilectomía, resección de paladar y la hemitiroidectomía de manera ambulatoria en sus características demográficas, clínicas y de manejo en el Instituto Nacional de Cancerología.**
- 2. Comparar las complicaciones inmediatas y tardías de los pacientes sometidos a dichos procedimientos de manera ambulatoria y de los pacientes a los que se les realice estos procedimientos hospitalizados.**
- 3. Comparar los costos para la institución de los pacientes sometidos a dichos procedimientos de manera ambulatoria y de los pacientes a los que se les realice estos procedimientos hospitalizados.**

## HIPOTESIS

**La parotidectomía, submaxilectomía, resección de paladar y la hemitiroidectomía realizadas de manera ambulatoria, tienen la misma incidencia de complicaciones que su realización con hospitalización del paciente, lo que no incrementan ni la morbilidad ni la mortalidad asociadas al procedimiento quirúrgico.**

## DISEÑO METODOLOGICO

### TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un experimento clínico aleatorizado, que incluye pacientes sometidos a parotidectomía, submaxilectomía, resección de paladar y hemitiroidectomía ambulatorias y con el manejo tradicional en el Instituto Nacional de Cancerología. Se aleatorizarán dos grupos uno que se manejará de manera ambulatoria y el otro se manejará tradicionalmente.

### MUESTRA

La población de estudio serán los pacientes con masa en la glándula parótida, masa en la glándula submaxilar, nódulo tiroideo sospechoso, masa de paladar que no comprometa hueso, y que ingresen al INC para tratamiento a partir del 1 de Octubre de 1999 hasta el 30 de Septiembre de el 2000.

El tamaño de la muestra se define por:

Error :  $\alpha = 0.25$

Error:  $\beta = 0.20$

Prevalencia complicaciones 3%

Diferencia máxima entre grupos 10%

N = 75 en cada grupo

Los criterios de inclusión serán: pacientes con masa en la glándula parótida, masa en la glándula submaxilar, nódulo tiroideo sospecho, masa de paladar que no comprometa hueso diagnóstico de Tumores localizados de parótida, tumores localizados de glándula submaxilar, tumores de paladar que no comprometan hueso, que ingresen al para tratamiento.

Se excluirán los pacientes que requieran por su riesgo ser hospitalizados para monitoréo postoperatorio especial, clase IV o mayor según la American Society of Anesthesiologists(7). También se excluirán los pacientes que requieran vaciamiento de cuello

## VARIABLES

1. Historia clínica
2. Edad: Edad cumplida en años el día que ingresa al INC
3. Diagnóstico topográfico
  1. Tumor de parótida,
  2. Tumor de glándula submaxilar
  3. Tumor tiroideo
  4. Tumor de paladar
4. Diagnóstico histológico
5. Tratamiento quirúrgico:
  1. Parotidectomía
  2. Resección de Paladar
  3. Hemitiroidectomía
  4. Resección de glandula submaxilar

**6. Complicaciones:**

- 6.1. Hemorragia: Drenaje importante de sangre que requiera revisión quirúrgica Si, No**
- 6.2 Infección: Cambios inflamatorios en herida quirúrgica que requieran drenaje o antibióticos Si, No**
- 6.3. Seroma: Acumulación de líquido en colgajos de la herida quirúrgica que requiera drenaje por punción Si No**
- 6.4 Muerte: Si No**
- 7. Sexo: masculino y femenino**
- 8. Dias de hospitalización**
- 9. Tiempo de seguimiento**
- 10. Reintervención**
- 11. Costo teniendo en cuenta los días de hospitalización**

**CAPITULO DE PROCEDIMIENTOS**

- 1. Ingreso del paciente: El paciente llega al servicio de cabeza y cuello y se evaluará de modo habitual en la consulta de primera vez, realizando historia clínica completa (H.C.) completa y solicitando los paraclínicos como cuadro hemático pruebas de coagulación , química sanguínea, RX de tórax y diagnóstico histológico inicialmente por BACAF y valoración preanestésica.**
- 2. Se valorará en la junta quirúrgica y si es candidato se y al propondrá al paciente el procedimiento de manera ambulatoria, si el paciente acepta, y tiene una persona adulta responsable a quien lo pueda acompañarlo en el postoperatorio inmediatos se programará ambulatoriamente en la primera cirugía de la mañana. Se instruye al acompañante sobre los cuidados postoperatorios y los signos de alerta como sangrado, vomito, dificultad respiratoria que ameritan traerlo de vuelta al hospital.**

3. Se realizará el procedimiento el día y a la hora programada con la técnica quirúrgica habitual, haciendo énfasis en una hemostasia cuidadosa. Se observará el paciente por un mínimo de 6 horas postoperatoria y si no hay signos de sangrado anormal, se evalúa junto con el anestesiólogo para dar de alta.

4. El cuidado postoperatorio correrá a cargo de un adulto responsable a quien previamente se instruyó en los signos de alerta que obligan a traerlo al hospital. El paciente será llamado a la casa en las primeras horas de la noche para valorar su postoperatorio y tendrá un control a las 48 a 72 horas postoperatorias para retirar los drenes y realizar curación. A los ocho días tendrá otro control para retirar puntos y salir del estudio.

## **PLAN DE ANALISIS**

La información se recogerá en el formulario que aparece en el Anexo 1. Posteriormente se validará, codificará e introducirá para su procesamiento, en una base de datos creada en EPIINFO 6.04.

Inicialmente se hará una descripción del grupo de estudio en cuanto a características demográficas, clínicas y de manejo. En segundo lugar se hará la comparación entre el grupo manejado ambulatoriamente y un grupo manejado tradicionalmente para las variables relacionadas.

**El análisis estadístico se realizará mediante pruebas de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher, t de Student o análisis de varianza, según el tipo de variable.**

**El umbral de significación estadística que se tendrá en cuenta es 0,05. El procesamiento de los datos se realizará con la ayuda de los paquetes estadísticos EPIINO 6.04 y SPSSversión 8.0 para windows.**

## **CRONOGRAMA**

**Elaboración: Agosto 17 de 1999**

**Discusión: Agosto 19 - Septiembre 23 de 1999**

**Presentación**

**Iniciación de recolección de datos**

**Codificación de datos**

**Análisis**

**Fecha presentación inicial**

**Fecha de presentación final**

**BIBLIOGRAFIA**

1. Gussack G, Hudson W, Cirugía mayor del paciente otorrinolaringológico, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1987; 4: 839-862
2. Steckler R M, Outpatient Parotidectomy, Am J Surg. 1991 Oct;162(4):303-
3. Orticochea M., The timing and management of dynamic muscular pharyngeal sphincter constriction in velopharyngeal incompetence, British Journal of Plastic Surgery. 1999;521-
4. James N K, Twist M, An audit of velopharyngeal incompetence treated by the Orticochea pharyngoplasty, British Journal of Plastic Surgery 1996;49:197-201
5. Steckler, RM, Outpatient Thyroidectomy: A feasibility Study, Am J Surg. 1986 Oct;152:417-19.
6. Restrepo Antonio, Comunicación personal
7. Patiño José Félix, Salas de Cirugía Hospitalarias, Fundación Santafé de Bogotá 1995.
8. Detmer E, Buchanan D, Cirugía en paciente ambulatorios. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1982;4:691-711.
9. Davis JE Centro de Cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1987; 4: 685-707
10. Paparella Michael M. Otorrinolaringología V III, Editorial Médica Panamericana 1991
11. Shockley William. The Neck, Mosby, 1994
12. Gussack G, Hutson W, Cirugía mayor ambulatoria del paciente otorrinolaringológico, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1987; 4: 839-862.
13. Sharma Ajay, Short-Stay Vs outpatient parotidectomy. Am J Surg 1994 May 167: 551

Instituto Nacional de Cancerología



INC002752