www.medigraphic.org.mx

Rev. Mex. Anest.
1986; 9:179-183

Artículo de Revisión

PRINCIPIOS NORMATIVOS EN ANESTESIOLOGIA PARA PACIENTES GINECOOBSTETRICAS DE ESTANCIA CORTA

*GUILLERMO VASCONCELOS-PALACIOS

RESUMEN

Algunas pacientes ginecoobstétricas ameritan procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el hospital, pero por diversas razones no ameritan ser hospitalizadas.

En la mayoría de los casos se necesitan técnicas de anestesia que son un factor importante de riesgo, principalmente si no se observan una serie de principios normativos señalados en este artículo.

El autor trata de definir el término "estancia corta", así como de precisar las características de las pacientes que deben comprenderse en este grupo.

Por último, se dan una serie de recomendaciones para el cuidado pre, trans y postoperatorio en este tipo de pacientes en las que no debe haber accidentes ni complicaciones anestésicas.

Palabras clave: Anestesia en Ginecoobstetricia. Corta estancia. Técnicas anestésicas.

SUMMARY

Some gynecological and obstetric patients need diagnostic and therapeutic procedures, with performance in the hospital. However, taking into consideration to the fact that this kind of procedures are very simple and most of the patients are helathy, they do not request hospitalization.

Most of the cases demand anesthesia. THis is a very important factor or risk, particularly when the Anesthesiologist does not fulfill the principles and normative rules as the ones the author carries out in this paper.

It is very important to establish the characteristics of the patient considered as "out patient", and to define this term. These are some of the objectives of the article.

Likewise, it gives a serie of recommendations during preanesthetic evaluation as well as into the trans and postoperative period, in order to avoid accident and complications for anesthesia in this kind of patients.

Key words: Gynecoobstetric anesthesia. Out patients. Anesthesia techniques.

DIVERSOS procedimientos diagnósticos y terapéuticos por su sencillez, pueden efectuarse en el mismo consultorio del Ginecoobstetra. Otros casos requieren hospitalización, atendiendo a las necesidades tanto del método como de la paciente. Muchos más, no deben realizarse en el consultorio, tampoco ameritan internarse, pero sí necesitan de cuidados hospitalarios especiales para evitar accidentes anestésicos y complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica.

Sin embargo, existe en nuestro medio polémica y cierta confusión alrededor del tema, por lo que consideramos muy importante aclarar, definir y precisar conceptos en este artículo.

Los objetivos que nos proponemos lograr son los siguientes:

I.- Tratar de definir el término estancia corta.

II.- Establecer las bases para la selección de la paciente y dar argumentos importantes para considerar

*Médico Jefe.
Trabajo elaborado en el servicio de Anestesiología. Hospital de México.
Asociación Privada de Ginecología y Obstetricia.
México, D.F.
Recibido: 10 de septiembre de 1985. Aceptado: 12 de noviembre de 1985.
Sobretiros: Guillermo Vasconcelos Palacios. Apdo. Postal. 12-911 México, D.F. 03020.

que la paciente no amerita hospitalización.

III.- Señalar las bases para la selección de la anestesia y los cuidados pre, trans y postoperatorios a fin de evitar accidentes y complicaciones por anestesia inadecuada.

I.- Definición: En una Sesión Plenaria de la XXVII Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia, en donde se discutió el tema, se acordó que: "Deben conceptuarse como pacientes externas, ambulatorias o de estancia corta, aquéllas que necesitan someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de no más de una hora de duración; que no ameritan hospitalización, pero que requieren para realizarlos de cuidados hospitalarios especiales a fin de poder ofrecer seguridad, control del dolor y comodidad".

II.- Para la selección de este tipo de pacientes, deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

1) Tipo de procedimiento.
2) Estado físico de la paciente.
3) Consideraciones familiares y aspectos psicológicos
4) Costos.

1.- *Tipo de Procedimiento*

Existen muchas clasificaciones para comprender los diferentes procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos tributarios de estancia corta. Nos agrada la clasificación que se cita en el libro de Martin[1] que agrupa dos categorías:

La Categoría I, incluye todos los procedimientos que se efectúan bajo anestesia general o regional y otros vinculados con un mayor grado de riesgo, independientemente del procedimiento anestésico.

La Categoría II, incluye procedimientos que requieren anestesia local o no anestesia.

Sin tratar de sugerir ninguna clasificación, vamos a enlistar los procedimientos atendiendo a la región operatoria:

OPERACIONES EN LA VULVA Y VAGINA
- Biopsia y escisión de lesiones, quistes, etc.
- Drenaje de abscesos.
- Marsupialización.
- Operaciones plásticas.
- Queloides.
- Fulguración.

OPERACIONES EN EL UTERO
- Dilatación y legrado.
- Biopsia cervical y de endometrio.
- Criocirugía y cauterio.
- Conización.
- Histeroscopia.
- Aborto no complicado.
- Polipectomía.
- Cauterización de lesiones en el cérvix.
- Extracción de dispositivos intrauterinos.

OTROS
- Laparoscopia diagnóstica.
- Culdoscopia y Culdocentesis.
- Exploración bajo anestesia.
- Oclusión tubaria por laparoscopia.
- Oclusión tubaria transvaginal.
- Oclusión tubaria por minilaparotomía.
- Escisión local de mama.
- Amniocéntesis.
- Insuflación tubaria.
- Histerosalpingografía.

Estos procedimientos deben ser electivos.

La urgencia ginecoobstétrica no permite predecir el tiempo de hospitalización que amerite cada caso. La excepción a esta regla es el aborto no complicado.

2.- Estado Físico de la Paciente

En términos generales, no deben considerarse como de estancia corta aquellas enfermedades de alto riesgo dado por patología no controlada, aun cuando el tipo de procedimiento ginecoobstétrico sea de corta duración.

Debe aceptarse para estancia corta, únicamente aquellas pacientes que la A.S.A. (American Society of Anesthesiologist), considera como estado físico I y II.[2,3]

Clase I: Paciente sana o normal, para cirugía electiva.

Clase II: Una paciente con moderada enfermedad sistémica.

En este grupo están consideradas las siguientes condiciones: Hipertensión, diabetes controlada, desnutrición, obesidad, fiebre reumática, asma, broncopatías, gripe, corticoterapia, epilepsia controlada, anemia discreta, antecedentes de hepatitis.[1]

También deben incluirse en este grupo las pacientes fumadoras.[5]

Clase III: Paciente con enfermedad sistémica severa que limita la actividad pero no es incapacitante.

Clase IV: Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que es una constante amenaza para la vida.

Clase V: Paciente moribunda en quien no se espera sobrevida por 24 horas, con o sin operación.

Algunos autores ocasionalmente aceptan pacientes Clase III para estancia corta, siempre y cuando existan poderosas razones socioeconómicas, sean sometidas a una correcta evaluación preoperatoria y reciban además una cuidadosa vigilancia postoperatoria.[6]

3. Consideraciones Familiares y Aspectos Psicológicos

Existen numerosos argumentos por parte de los familiares, que deben tomarse en cuenta, para normar el criterior del médico. Entre otros, es de vital importancia evitar el impacto psicológico que produce en algunas pacientes el quedarse sola en el hospital y a la inversa, los beneficios bajo este punto de vista, al reintegrarla a su medio familiar el mismo día de la intervención. Cada caso comprende una problemática muy particular

que debe resolverse de la manera más satisfactoria, pero siempre manteniendo un amplio margen de seguridad para evitar complicaciones. Es obligación del médico hacer siempre una correcta evaluación de los riesgos en relación con los beneficios.

4.- Costos

En la situación crítica actual del país, este punto es muy importante de tomar en cuenta, tanto en Instituciones Oficiales cuanto, con mayor razón, en el Hospital Privado.

Los costos día-cama de hospitalización son elevados y muchas veces no se justifican éstos, cuando se trata de un procedimiento sencillo, fácil y rápido.

III.- Con estos antecedentes, el Anestesiólogo debe observar los siguientes principios normativos para no causar problemas. Nunca repetiremos lo suficiente para asegurar que la anestesia es y debe ser un medio que ayude a resolver los problemas agregados.

Evaluación Preoperatoria

Debe ser un requisito indispensable para conocer el estado físico de la paciente, el funcionamiento de sus principales órganos y sistemas, los antecedentes anestésicos y patológicos, alérgicos, medicamentosos actuales, etc. Muchos cirujanos confunden "examen preanestésico" con la "evaluación cardiovascular" y no mandan a su paciente al examen so pretexto de que ya la vió el Cardiólogo, o bien pien que se les tome un electrocardiograma.

Además de los objetivos ya citados, en el examen preanestésico se hace la selección de la técnica anestésica, de los agentes y drogas auxiliares, se indica la medicación previa y se le dan a la paciente una serie de indicaciones para que conserve el estómago vacío. Esta es una condición Sine Qua Non y debe respetarse por lo menos ocho horas sin ingesta, para administrar cualquier procedimiento de anestesia.

Otro aspecto muy importante en el examen preanestésico son los exámenes de laboratorio. No deben omitirse los exámenes básicos (biometría hemática, orina, química sanguínea) aun cuando el procedimiento en cuestión sea muy rápido. Precisamente en estos casos deben exagerarse los cuidados, pues nunca se justifica un accidente por anestesia en una laparoscopia diagnóstica o en un cerclaje.

Hay numerosos factores etiológicos de diversos órdenes (genético, inmunológico, etc., etc.), que sólo conociéndolos pueden prevenirse los accidentes y las complicaciones por anestesia.[7]

Por último, es muy importante cuidar en esta consulta el aspecto psicológico, el Anestesiólogo debe darle a la paciente confianza y tranquilidad con el buen estudio de su organismo, así como en las indicaciones y recomendaciones que del mismo emanan.

La Selección de la Anestesia

Capítulo de vital importancia para que todo salga bien, es el elegir el mejor procedimiento en cada caso en particular.

El mejor procedimiento no es el que dicte el albedrío de cada Anestesiólogo, sino el acorde con principios normativos básicos de carácter internacional. En términos generales en la paciente ginecológica, ésto se hace atendiendo a los datos obtenidos en el examen preanestésico y de acuerdo a las características de la operación planeada.

En las pacientes embarazadas debe considerarse, además de los dos puntos anteriores, el estado del feto.

Para la selección de la anestesia dos alternativas se presentan: anestesia general o anestesia regional.

Cada una de las técnicas y cada agente anestésico de los comprendidos en estos dos grandes grupos de procedimientos tiene sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas, inconvenientes y sobre todo riesgos.

Como principio en pacientes de estancia corta, es esencial emplear y preferir técnicas y agentes anestésicos que confieran una rápida recuperación y mínimos efectos colaterales indeseables.

Precisamente algunos de estos efectos indeseables, han sido la razón por la que ya no usamos Propanidida (Epontol^R). Este agente endovenoso de rápida eliminación,[8] contiene Cromofor como solvente y puede éste ser responsable del shock anafilactoide que se presenta pocas veces, pero que puede llegar a ser fatal, si no se establece de inmediato maniobras de reanimación en terapia intensiva. La Ketamina (Ketalar^R), agente endovenoso de acción rápida, produce alucinaciones, por lo que debe administrarse combinada con potentes tranquilizantes como el Diazepam y el Dihidrobenzperidol.[9]

Los morfínicos muy en boga actualmente como potentes analgésicos en anestesia balanceada, tienen efectos indeseables tardíos de depresión respiratoria,[10, 11] razón por la que deben usarse con mucho juicio.

El Tiopental (Pentothal^R), sigue siendo un buen agente de inducción, a dosis hipnóticas y siempre y cuando no existan contraindicaciones para el uso de los barbitúricos.[12]

El Etomidato (Hypnomidate^R), es un agente de inducción endovenoso, de acción corta y de escasos efectos colaterales, por lo cual puede considerarse útil en este tipo de pacientes.[13]

Algunos autores consideran que la anestesia endovenosa en goteo en vez del bolo, permite reducir las dosis, conferir mayor estabilidad cardiovascular y acortar el tiempo de recuperación, por lo cual recomiendan esta técnica para pacientes ambulatorias.[14]

Por estas y otras razones algunos autores prefieren técnicas de anestesia general por inhalación.[15]

Nosotros consideramos que la anestesia balanceada con dosis adecuadas de agentes hipnóticos analgésicos,

de protección neurovegetativa y de relajación muscular, tanto endovenosos como por inhalación, cumple los objetivos y los principios básicos en la mayor parte de este tipo de pacientes.

Es condición indispensable, el asegurar una buena ventilación pulmonar. Esto puede lograrse con respiración controlada mediante entubación endotraqueal. También puede ventilarse bien con respiración espontánea suficiente, pero solamente está permitida esta técnica, en aquellos casos en que no se usan agentes anestésicos depresores de la respiración, ni se necesitan relajantes musculares.

La anestesia regional ofrece también ventajas manifiestas, principalmente en las contraindicaciones de la anestesia general.

Muchas operaciones de estancia corta pueden efectuarse con bloqueo paracervical y de pudendos. Estos métodos que injustamente han sido relegados por la gran mayoria de los Anestesiólogos, son de gran valor para resolver algunos casos especiales, por lo que invitamos a los colegas primero a saberlos aplicar y luego a indicarlos con precisión.

El bloqueo peridural debe verse con mucho respeto en pacientes de estancia corta, pues siendo un procedimiento ciego, el más hábil Anestesiólogo puede hace una punción accidental de la duramadre y la paciente en vez de salir del hospital a las seis horas, acaba por salir a los seis dias con toda la problemática que representa el tratamiento de la cefalea.

Es un error, que comete muy frecuentemente el Ginecoobstetra, al considerar que el bloqueo peridural tiene menos riesgos que la anestesia general. De ahi que muchos lo soliciten y que se abuse considerablemente de tal procedimiento, con la consiguiente morbimortalidad que representa el no respetar las contraindicaciones.[16]

Por ejemplo, en procedimientos diagnósticos como la laparoscopia, está contraindicado el bloqueo peridural por varias razones, entre otras, la posición, la insuflación de CO_2 los estimulos nociceptivos no bloqueados, etc.[17]

Siempre que se plantee la indicación del bloqueo peridural en estas pacientes, deben evaluarse con criterio médico sus riesgos-beneficios y aplicarlo solamente cuando las ventajas superen con mucho los inconvenientes del mismo.

Para el cerclaje y cirugia de corta estancia en embarazadas, no necesariamente es mejor el bloqueo peridural. Realmente no hay evidencia de que un agente o una técnica sea mejor que otra para el feto si en una y otra se mantiene adecuadamente la tensión arterial y la oxigenación. "El mayor riesgo de la anestesia para el feto es la hipoxia y/o la hipotensión".[18]

Además, no deben olvidarse los beneficios que ofrece el bloqueo subaracnoideo en silla de montar, para operaciones de vagina y periné,[9] cuando se aplica con agujas especiales muy delgadas (calibre 26 y 27), con soluciones hiperbáricas, difusión limitada y todas las exigencias de una buena técnica.

Vigilancia en el Trans y Postoperatorio Inmediato

Durante el transoperatorio es indispensable una estrecha vigilancia de las funciones vitales. Si se cuenta con monitor de electrocardiografia debe emplearse. Este nos da información constante no solo del funcionamiento cardiaco, sino indirectamente tanbién del plano anestésico, reflejos vagales y otros signos de alarma que son valiosisimos para prevenir los accidentes en la gran mayoria de los problemas anestésicos durante el transoperatorio; hay signos premonitorios que nos avisan que se aproxima una "tormenta". Muchas veces los órganos de los sentidos no son capaces de percibirlos y si lo hacen los sitemas electrónicos. El monitoreo es particularmente importante durante la laparoscopia, en que pueden presentarse accidentes graves, por embolismo enfisema o hemorragia, derivados de la técnica endoscópica misma.[17 19 20]

Al terminar la operación debe trasladarse a la paciente a la sala de recuperación, para seguir la vigilancia estrecha de las funciones vitales durante todo el tiempo que dure el efecto de las drogas administradas. Una vez que la paciente esté completamente recuperada, con la más alta calificación de Aldrete,[21] se le permite sentarse por algunos minutos; si no hay ninguna manifestación de mareo, náusea o hipotensión postural, puede ponerse de pie y dar algunos pasos con ayuda. Ante cualquier manifestación de desequilibrio neurovegetativo, debe volver al decúbito dorsal. Si se le permite caminar muy tempranamente es más probable que presente mareo, náusea, vómito y lipotimias.

Antes de salir del hospital, se le deben dar a la paciente y a sus familiares indicaciones pertinentes de acuerdo con cada caso en particular, para las primeras veinticuatro horas en su domicilio. Dentro de las instrucciones es prudente recomendar la ingesta moderada de alimentos y liquidos, reposo relativo y otras para el uso de analgésicos y sedantes convenientes.

Por último y como corolario de esta serie de recomendaciones para evitar accidentes y complicaciones anestésicas en pacientes de estancia corta, diremos que es mejor exagerar los cuidados y no ser indolentes.

Asi se evitará la iatrogenia.

Accidentes y complicaciones

Se deben conocer, prevenir y deferenciar, los problemas derivados del procedimiento diagnóstico o terapéutico, de aquéllos causados por la anestesia.

Dentro de los primeros podemos enumerar:

- Hemorragia.
- Enfisema subcutáneo.
- Enfisema mediastinal.

– Atelectasia pulmonar.
– Neumotórax.
– Gas embolismo.
– Shock.

Accidentes y Complicaciones Anestésicos

Se considera como accidente, a todo problema en relación con la anestesia que ocurre durante el trans o en el postoperatorio inmediato.

Complicación, es la consecuencia que se deriva del accidente o de los efectos tardios de los agentes y drogas auxiliares empleadas.

Los problemas más frecuentes que pueden presentarse están comprendidos en los siguientes enlistados:

Anestesia General

-- Problemas por la entubación endotraqueal.
-- Aspiración del contenido gástrico.
-- Apnea prolongada.
-- Náuseas y vómitos interacción de drogas.
-- Hepatitis por halogenados.

Anestesia Regional

-- Punción advertida de la duramadre.
-- Raquia masiva.
-- Complicaciones neurológicas.
-- Reacciones adversas por anestésicos locales.
-- Hematomas.
-- Infección.

Es muy importante evaluar las secuelas anestésicas y saber cómo evolucionó la paciente en los cinco dias posteriores a la operación.[22]

REFERENCIAS

1. MARTIN L P M D: *Ambulatory Gynecological surgery P S G.* Publishing Company, Inc. Littleton. Mass 1979.
2. DRIPPS R D, LAMONT A AND ECKENHOFF J E: JAMA 1961; 178: 261-266.
3. OWENS W D, FELTS J A, SPITZNAGEL JR E L: *ASA Physical status classification.* Anesthesiology 1978; 49:239-243.
4. VASCONCELOS P G: *La valoración preoperatoria en ginecoobstetricia.* Gin Obst de Méx J1983, 51:307-313.
5. BAYES J: *Asymptomatic smokers:* ASA I or II Anesthesiology 1982; 56:76.
6. BERRY F A: *Outpatient anesthesia should not be limited to A.S.A. class I patients.* Anesthesiology 1984; 60:620.
7. VASCONCELOS P G: *Interacción de drogas en anestesiología.* Rev Mex Anest Ep 1981; 4:99-107.
8. LOPEZ-ALONSO G: *Fundamentos de Anestesiología.* Cap. 13. Farmacologia de los agentes anestésicos. La Prensa Médica Mexicana 2a. Edición Pág. 145, 1976.
9. SADOVE M S, HATANO S Y REDLIN T I: *Clinical study of droperidol in the prevention of the side effects of ketamine anesthesia. A progress report.* Anesth Analg 1971; 50:526.
10. ADAMS A P, PYBOS D A: *Delayed respiratory depression after use of fentanyl during anaesthesia* Br Med J 1978; 278-279.
11. STOECKEL J, HENGSTMANN J H, SCGUTTLER J: *Pharmacokinetics of fentanyl as a possible explanation for recurrence of respiratory depression.* Br J Anaesth 1979 51:741-745.
12. DUNDEE J W, MCCLERY W N C Y CLARKE R J: *The hazard of tiopental anesthesia in porphyria.* Anesth Analg 1962; 41:567.
13. GOODING JOHN M & CORSSEN GUENTER: *Etomidate: an ultrashort-acting non barbiturate agent for anesthesia induction.* Anesth Analg 1976; 55:286-289.
14. WHITE P F: *Continous infusions of thipental, methohexital or etomidate as adjuvants to nitrous oxide for outpatient anesthesia.* Anesth Analg 1984; 63:282.
15. SOSIS M: *Indefense of volatile anesthetics for short outpatient surgery.* Anesthesiology 1984; 60:605.
16. VASCONCELOS P G, GOMEZ V R, GUTIERREZ C G: *Morbimortalidad por bloqueo peridural en ginecoobstetricia.* Ginec y Obst de Méx. 1978; 44:199-210.
17. VASCONCELOS P G. CANTO S L, MENDEZ YORKA A: *Valoración de los procedimientos anestésicos empleados en endoscopia ginecológica.* Rev Mex Anest 1973; 22:231-243.
18. BRODSKY J B: *Anesthesia and the pregnant surgical patient* Regional anesthesia. Journal of the American Society of Regional Anesthesia 1984; 9:119-123.
19. YACOUB O F, CARDONA I, COVELLER L A Y COLS: *Carbon dioxide embolism during laparoscopy* Anesthesiology 1982; 57;533-535.
20. LEE C M: *Acute hypotension during laparoscopy. A case report* Anesth Analg 1974; 54:142-143.
21. ALDRETE J A, KROULIK D: *Un método de valoración del estado físico en el periodo postanestésico.* Rev Mex Anest 1969; 18:17-19.
22. BRINDLE G F, SOLIMAN M G: *Anaesthetic complications in surgical outpatients.* Can Anaesth Soc J 1975; 22:613-619.