

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27
Volume

Suplemento 1
Supplement

2004

Artículo:

Controversias en el manejo anestésico para cirugía ambulatoria

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Controversias en el manejo anestésico para cirugía ambulatoria

Dr. Efraín Peralta-Zamora

Para que la cirugía ambulatoria fuera una realidad, se tuvo que contar con los avances más recientes en farmacología anestésica. Las drogas más potentes y con vida media más corta, nos permitieron avances importantes para que de este modo, se realizara una cirugía en la que el paciente pudiera salir del hospital el mismo día.

El concepto de cirugía ambulatoria, se refiere a una forma de innovación asistencial, un concepto organizativo, cualitativo, terapéutico y económico que revolucionó la asistencia quirúrgica⁽¹⁾. Bajo este punto de vista, la cirugía ambulatoria, no se refiere únicamente al acto quirúrgico, sino a todos los eventos terapéuticos y preventivos relacionados al pronto egreso y control de un paciente con todo lo que esto significa en cuanto a costos y recursos de hospitalización. Por lo cual, el anestesiólogo, no puede estar ajeno a todo lo que involucra el concepto y limitarse a proporcionar una anestesia de rápida recuperación. Revisaremos ésta y otras controversias a continuación.

SELECCIÓN

Los pacientes candidatos a cirugía ambulatoria deben cumplir tres tipos de criterios⁽¹⁾.

Criterios quirúrgicos:

Aquellos procedimientos quirúrgicos realizables en menos de 90 min, que no requieran tecnologías altamente especializadas ni cuidados postoperatorios complejos.

Cirugías que no se asocien a sangrado excesivo, ni gran intercambio de líquidos, con baja incidencia de complicaciones postoperatorias, así como con dolor postoperatorio asociado controlable por el paciente en casa.

Criterios médicos:

Pacientes con estado físico ASA I y II. Preferentemente no en pacientes en extremos de la vida.

Actualmente se aceptan pacientes ASA III, cuyas patologías agregadas se encuentren estables y que se considere que el procedimiento quirúrgico no las descompense y sean sus-

ceptibles de controlarse. Varios estudios entre los que destaca el de la Asociación Federada de Cirugía Ambulatoria (FASA) lo demostraron en 1987, basados en 87,000 pacientes, de quienes no lograron demostrar una relación directa entre patología asociada y complicaciones perioperatorias⁽²⁾.

Criterios sociofamiliares:

Éstos son puntos que debe cubrir el paciente y son de importancia anestésica⁽¹⁾.

a) El paciente debe contar con los medios económicos para costear los fármacos que se usarán en orden de lograr una resolución más rápida de la anestesia.

b) El paciente debe contar con medios de comunicación inmediata para solicitar ayuda en caso necesario y de preferencia contar con un medio de transporte adecuado y disponible por 24 h, por la posibilidad de reingreso al hospital.

c) El paciente debe contar con ayuda de un adulto capaz y responsable, a quien se delegará la responsabilidad y cuidados del enfermo en casa.

d) Debe haber una actitud positiva del paciente y su familia a este tipo de cirugía y contar con su colaboración todo el tiempo.

EVALUACIÓN

El anestesiólogo debe realizar una evaluación meticulosa del paciente. Esto se dificulta por el hecho de que el paciente no se encuentra hospitalizado. Aquel anestesiólogo que realice su evaluación el mismo día de la cirugía, se pierde de valiosos datos que conseguiríamos si la hiciera con anterioridad. Esto significaría dejar la evaluación al cirujano, lo cual no es adecuado para nuestros fines. No pueden limitarse las interconsultas, laboratorios, controles radiológicos y electrocardiográficos. El anestesiólogo debe estar más seguro que nunca del estado físico del paciente y de las posibles complicaciones que impedirían su egreso temprano. Si se detecta hipoproteinemia por ejemplo en un paciente con hepatopatía, las posibilidades de depresión respiratoria postoperatoria

aumentan, lo cual es sumamente peligroso en un paciente que va a casa, sin vigilancia adecuada. Coagulopatías no detectadas por falta de estudios de laboratorio, comprometen la hemostasia del paciente, arruinando la posibilidad de una cirugía ambulatoria.

Por otro lado se debe mantener contacto con el cirujano, conocer el plan quirúrgico y planear una estrategia para analgesia postoperatoria. En conjunto se establecerán las medidas y medicaciones pertinentes para cada caso, así como las instrucciones para el ayuno^(2,3).

Hay sin embargo un nuevo método de evaluación que ha cobrado importancia en EUA y ha abarcado el interés de la población médica: la recopilación de datos asistida por computadora.

Este método fue creado por el Dr. Michael F. Roizen en la Universidad de Chicago. Consiste en una evaluación preoperatoria, en base a contestar preguntas (sí, no, no estoy seguro y siguiente pregunta), realizado por medio de internet o vía telefónica. El sistema se llama Health Quiz Plus 2⁽⁴⁾. Las preguntas están formuladas en formato simple y fácilmente entendible por cualquiera que sepa leer. El médico proporciona un número secreto (PIN) a fin de que el paciente pueda acceder a la página en forma confidencial y contesta el test en forma electrónica sin utilizar archivos de papel. El sistema puede analizar las respuestas dadas y sugerir las recomendaciones preoperatorias, tan pronto el paciente termina de contestar el test. Este sistema tiene mucha aceptación por parte de los pacientes.

Utilizando este sistema en un período de 3 años, 22,694 pacientes de 50,967, se “ahoraron la consulta preanestésica”⁽³⁾.

¿Será lo anterior posible en nuestro país?, ¿Podemos reemplazar la evaluación minuciosa del paciente con un test contestado en forma electrónica a distancia?, ¿Debemos dejar de conocer a nuestros pacientes en consulta preanestésica y sólo verlos hasta el momento de la cirugía? Las condiciones son distintas, la alfabetización y la posibilidad de un medio electrónico todavía está muy lejos del alcance de muchos mexicanos.

CONTRAINDICACIONES Y PACIENTES NO APROPIADOS PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

En base a una evaluación completa y cuidadosa, el anestesiólogo será capaz de decidir si un paciente es apropiado o no de acuerdo a los criterios ya mencionados. Sin embargo, como siempre ocurre, hay excepciones a la regla y podemos encontrar casos muy específicos que deberán discernirse muy cuidadosamente, a fin de establecer la relación riesgo-beneficio⁽³⁾.

Pacientes con estado físico III y IV inestables. Originalmente estos pacientes no son candidatos a cirugía ambulatoria.

Sin embargo, en base a los estudios de la FASA arriba mencionados, hay una tendencia a realizar interconsultas y evaluaciones completas las necesarias para tratar de estabilizar a estos pacientes y así incluirlos en el programa de cirugía ambulatoria.

Hiperpirexia maligna. Está indicada la vigilancia estrecha postoperatoria por 24 h en pacientes con antecedente o susceptibilidad a este mal. Sin embargo, ha habido casos de pacientes muy bien informados, y con buena educación médica y facilidades para su reingreso a un hospital que se han manejado en forma ambulatoria.

Pacientes en tratamiento con inhibidores de la MAO. Debido a la inestabilidad hemodinámica resultante asociada al manejo anestésico. Éstos se deben discontinuar por lo menos 2 semanas antes, pero cada vez hay más pacientes que toman estos fármacos sin saber que tipo de fármaco es.

Obesidad mórbida y apnea del sueño. Es preferible la vigilancia por una noche de estos pacientes. Más aún con patologías asociadas o apnea del sueño compleja.

Abuso agudo de sustancias. Debido a la respuesta cardiovascular impredecible o agregada durante el manejo anestésico. La vigilancia no puede ser obviada y las posibilidades de recaída en pacientes con antecedentes de adicción son altas.

Dificultades psicosociales. Si un paciente no cumple con los criterios sociofamiliares arriba mencionados, o el paciente se niega a ser sometido a cirugía ambulatoria.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Es común la creencia de que los exámenes de laboratorio de rutina son necesarios en todos los pacientes y, sin dejar de dar cierta credibilidad a los mismos, se incurre en la falta de dejar que sustituyan al examen físico completo y un interrogatorio minucioso. Varios estudios han demostrado que por sí solos, los exámenes de laboratorio de rutina no son eficaces para detectar patologías, o las anormalidades que detectan no son de importancia o no mejoran la evolución perioperatoria del paciente, o no cambian el manejo anestésico planeado. Causan aumento de costos y aumentan la ansiedad del paciente.

Sin embargo, el anestesiólogo que quiere evaluar minuciosamente a su paciente con el fin de incluirlo en un proceso de cirugía ambulatoria, utiliza los exámenes de laboratorio como una herramienta específica para descartar o confirmar diagnósticos clínicos. No solicita electrocardiogramas y placas de tórax a todos los pacientes mayores de 40 años. Los solicita en pacientes hipertensos con historia de enfermedad coronaria, aun cuando tuviera 35 años de edad por ejemplo. Estos estudios cobran mucho más valor de individualidad conforme se realicen con bases clínicas^(1,3).

DISMINUCIÓN DE COSTOS DE UNIDAD DE CUIDADOS POSTANESTÉSICOS (UCPA) PASANDO AL PACIENTE A UNIDADES SECUNDARIAS DE RECUPERACIÓN TEMPRANA

Esto se logra mediante el uso de fármacos de corta acción, que permiten una muy rápida recuperación, con mínimas posibilidades de depresión postanestésica. El paciente se ahorra una estancia de 1-2 h en la UCPA y gastos de monitoreo más intenso y los sustituye con monitoreo mínimo y observación, en una unidad secundaria que tiene como fin preparar al paciente para su egreso a domicilio.

Estudios realizados al respecto, han demostrado que los pacientes que cumplían los criterios de egreso de la UCPA (Cuadro I), desde el postoperatorio inmediato, podían “saltarse” esta unidad. Se estudiaron 5,000 pacientes. La tasa de “salto de la UCPA” varió de un 15.9% al inicio del estudio a 58.9% al final de un mes, con ahorro de 160,000 dólares. Para obtener este resultado se implementaron varias estrategias y educación al personal para utilizar fármacos como el sevoflurano y desflurano⁽³⁾.

MANEJO DEL DOLOR

Es un hecho reconocido, que el dolor intenso puede obligar a suspender el alta de un paciente de cirugía ambulatoria y aplicar medidas que pueden incluso prolongar la estancia del paciente mucho más de lo esperado. El dolor agudo ya es reconocido como una entidad que debe planificarse, tratarse adecuadamente y vigilarse, aplicando distintas técnicas ya reconocidas y al alcance de todos los anestesiólogos. Sin embargo, no deja de ser una tarea que pocas veces se vigila y controla, amén de las ocasiones en que es dejada en manos del cirujano o restándole importancia, se deja indicada una “analgesia de rutina”, utilizando un término coloquial. No sólo en nuestro país se observa esto. A dos años de publicadas las guías de manejo de dolor agudo postoperatorio, en EUA se comprobó que hasta un 77% de los pacientes aún continuaban padeciendo dolor postoperatorio y en otra serie, hasta 80% sufrió dolor en casa, 82% de los cuales reportaron el dolor como moderado o severo. En esa misma serie, se consultó al paciente acerca de su preferencia para tratar el dolor en casa. Sesenta y siete por ciento prefirió no opioides y 16% no expresó preferencia de tratamiento^(5,6).

Con el advenimiento de los antagonistas de COX-2, en específico del parecoxib (debido a que se encuentra en presentación parenteral), hay resultados alentadores en cuanto a la analgesia proporcionada por este fármaco, comparable a la proporcionada por la morfina y el ketorolaco, sin los inconvenientes de antiagregación plaquetaria y daño gástrico, atribuibles a los antagonistas de COX no específicos, ni

Cuadro I. Criterios de alta de la UCPA.

Despierto, alerta, orientado, reactivo
Mínimo dolor
Sin sangrado activo
Signos vitales estables (que no requieren intervención farmacológica)
Mínima náusea
No vómito
Si se utilizaron relajantes musculares no despolarizantes, el paciente puede levantar su cabeza 5 seg
Saturación de oxígeno de 94% al medio ambiente por 3 minutos o mantiene saturación de ingreso o mayor

El paciente debe cumplir todos los puntos y a criterio del anestesiólogo ser capaz de trasladarse o moverse con ayuda.

Tomado de Apfelbaum JL. Current Controversies in adult outpatient anesthesia, in American Society of Anesthesiologists 53rd Annual Refresher Course Lectures. Clinical Updates and basic science reviews program, October 2002.p. 152.

la depresión ventilatoria ni efectos neurológicos de la morfina. Cabe esperar el advenimiento de otros fármacos de este tipo, que también cumplan con las expectativas y minimicen los riesgos de manejo por el paciente en casa.

TRATAMIENTOS HERBALES Y ALTERNATIVOS

Los pacientes que serán sometidos a una cirugía ambulatoria, pueden estar recibiendo tratamientos herbales o alternativos tales como acupuntura y homeopatía, los cuales pueden interferir con el manejo, prolongar efectos de medicamentos anestésicos, provocar sangrado o aumentar la incidencia de náusea y vómito, lo cual puede interferir con el alta del paciente. No se debe menospreciar este tipo de tratamientos y se debe discontinuar su uso en el perioperatorio. Se recomienda precaución cuando un paciente utiliza: echinacea, ephedra, ajo, ginkgo, ginseng, kava, raíz de San Juan y valeriana⁽³⁾. En México se utiliza anís de estrella, hinojo, ajeno, belladona, codo de fraile y otros con reconocido efecto cardiovascular y tóxico.

ANESTESIA ESPINAL PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

La anestesia espinal es un método sencillo que brinda anestesia muy satisfactoria con una mínima dosis de anestésico. La recuperación es rápida y parece ser un buen método de anestesia para cirugía ambulatoria, sobre todo si se utiliza lidocaína y mepivacaína (por su duración). Sin embargo, recientemente se ha limitado el uso de estos dos fármacos en nuestro país, y se ha optado por utilizar bupivacaína o ropivacaína, las dos de larga duración. Con dosis menores de

bupivacaína 6-9 mg, se consiguen tiempos de recuperación de 2 horas o menos. No hay necesidad de sondeo vesical, a menos que se utilice fentanil. No hay estudios actuales de recuperación temprana con ropivacaína y se reporta una duración de 2-3 h por esta vía, y lo que sí es una ventaja, con un menor efecto de bloqueo motor. Por otra parte, la aparición de cefalea postpunción, ha limitado su uso para este fin. Aunque el uso de calibres menores ha disminuido esta estadística alrededor de 1%^(7,8) de incidencia de cefalea postpunción, hay que considerar que el paciente se incorpora y aumenta su presión intraabdominal o mueve extremidades a las pocas horas de cirugía, lo cual puede ocasionar sintomatología desde transitoria, hasta el cuadro florido de cefalea. Se puede dar tratamiento conservador a seguir en casa y sólo

en casos graves, hospitalizar para vigilancia y posible parche hemático.

CONCLUSIONES

La cirugía ambulatoria es un método satisfactorio de atención a una gran parte de pacientes que requieren cirugía, con ventajas palpables tales como la disminución de costos por hospitalización, y la reintegración familiar más rápida. El anestesiólogo es parte de este proceso y debe adecuarse al mismo. La evaluación detenida, personalizada y la planificación y elección del manejo anestésico, así como de la analgesia y los cuidados postoperatorios adecuados a cada caso, serán su mejor arma para evitar complicaciones.

REFERENCIAS

- Carrasco JM. Anestesia para la cirugía ambulatoria: AstraZeneca 2ª edición, Barcelona España, 2000.pp. 1-15.
- Meridy HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management; a retrospective study of 1,553 cases. *Anesth Analg* 1982;61:921-6.
- Apfelbaum JL. Current Controversies in adult outpatient anesthesia, in American Society of Anesthesiologists 53rd Annual Refresher Course Lectures. Clinical Updates and basic science reviews program, October 2002,p. 152.
- Apfelbaum JL, Roizen MF, Stocking C, et al. Initial clinical trials of a computerized "HEALTHQUIZ" to suggest preoperative laboratory test. *Anesthesiology* 1998;69:717.
- Apfelbaum JL, Gon TJ, Chen C. Patient surgery experience: Primary concerns, analgesia preference and patient satisfaction: *Anesthesiology* 2000;93:880.
- Apfelbaum JL, Gon TJ, Chen C. Patient postoperative pain experience: Outpatient surgery survey. *Anesthesiology* 2000;93:1.
- Halpern S, Preston R. Postdural puncture headache and spinal needle design: Metaanalyses. *Anesthesiology* 1994;81:1376-83.
- Spencer SL, Susan BM. Current Issues in Spinal Anesthesia: *Anesthesiology* 2001;94:888-906.

