

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 28
Volume

Suplemento 1
Supplement

2005

Artículo:

Anestesia ambulatoria en otorrinolaringología

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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](#)

Anestesia ambulatoria en otorrinolaringología

Dr. Ramón Tomás Martínez Segura*

* Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología y Coordinador de Quirófanos de Otorrinolaringología, Hospital General de México.

Desde sus comienzos la anestesia se practicó fuera del quirófano y en procedimientos cortos, en el decenio de 1840 comenzaron las primeras sesiones de anestesia en consultorios, a cargo de Crawford Long, Horacio Wells y William Morton. En 1919, Ralph Waters describió su clínica anestésica ambulatoria, predijo “el futuro de esta empresa es radiante”. A finales de los años 60’s se habían definido con precisión las ventajas de costo menor, un descenso en la incidencia de infecciones y una menor ansiedad por parte del paciente, y mayor comodidad cuando se realizaban procedimientos ambulatorios.

En los últimos 35 años la anestesia ambulatoria se ha convertido en una de las áreas de mayor crecimiento dentro del sistema de salud de muchos países, abarcando una gran variedad de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, lo que ha generado programas específicos de anestesia ambulatoria y cirugía de corta estancia. Dichos procedimientos están reglamentados por decretos específicos del código de salud pública de cada país. Pudiendo realizarse en centros hospitalarios o en lugares independientes especializados en este campo, en algunos lugares no se considera a la anestesia de consultorio, como parte de la anestesia ambulatoria.

En países desarrollados el 50-60% de los procedimientos practicados son ambulatorios. Para la selección adecuada de los pacientes; el cirujano propone inicialmente pero el anestesiólogo debe confirmar su indicación según las condiciones del paciente y la familia, por lo que es importante la comunicación estrecha entre cirujano y anestesiólogo. La lista de intervenciones posibles bajo anestesia ambulatoria es cada vez mayor alcanzando más de 2,500 en Norteamérica y en algunos países europeos. De forma general, podemos decir que las cirugías practicadas de forma ambulatoria no deben ser muy largas ni sangrantes, con postoperatorio poco doloroso y un bajo índice de complicaciones, de hecho el tratamiento ambulatorio está condicionado más por el paciente y su entorno que por el evento anestésico-quirúrgico en sí.

La selección de los procedimientos ambulatorios en EUA se ha modificado con el tiempo, destacando: Duración menor a 90 minutos y actualmente no mayor de 3 horas, con bajo porcentaje de complicaciones postoperatorias, poca necesidad de hemoderivados, sin tomar en cuenta la habilidad y rapidez del cirujano que en algunas ocasiones puede afectar la recuperación y el alta. En términos generales para que un paciente pueda recibir anestesia y cirugía ambulatorias debe ser: ASA I, II o III estable, en principio, no se aplica a niños menores de 6 meses, la edad avanzada no es una contraindicación, la urgencia no constituye una contraindicación (con ciertas restricciones), el paciente debe estar acompañado cuando retorne a su domicilio, debe ser vigilado por un allegado durante la noche que sigue a la intervención, debe tener teléfono y de preferencia vivir a menos de 1 hora de transporte de la institución (puede corresponder a una distancia de 30 km, sin embargo en algunos países con baja densidad hospitalaria se aceptan distancias mayores. (p.ej. en Canadá el límite es de 100 km).

Existen contraindicaciones absolutas y relativas para la anestesia ambulatoria: paciente que no desee una anestesia ambulatoria y que quiera ser hospitalizado, paciente ASA III o IV inestables, antecedente o riesgo de hipertermia maligna, obesidad mórbida acompañada de problemas cardíacos o respiratorios (SAOS), paciente en tratamiento con IMAO no selectivo o que es drogadicto o alcohólico, niños con riesgos (prematurados o con infección pulmonar) y paciente no acompañado o que vive solo.

Otros pacientes especiales que debemos considerar más a fondo, son el paciente diabético (ayuno, hiperglicemia, náusea y vómito), el paciente asmático del cual no existe un acuerdo y cada caso debe estudiarse en particular (es preferible no aceptar un paciente asmático para procedimientos ambulatorios si requiere una intervención bajo anestesia general e intubación orotraqueal).

El paciente minusválido mental puede recibir una anestesia ambulatoria, pues lo aleja lo menos posible de su marco de vida. Los alcohólicos y drogadictos no son buenos candidatos, ya que presentan el riesgo elevado de síndrome de abstinencia después de la anestesia, además sus condiciones de vida a veces, precarias o marginales no favorecen un buen seguimiento luego de la intervención.

La consulta de preanestesia es obligada por ley, y debe practicarse días previos al procedimiento, excepto en los casos de urgencia (rara en cirugía ambulatoria). La valoración debe incluir anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, firma del consentimiento informado (riesgos y complicaciones posibles) y la entrega de un documento que incluya las indicaciones y recomendaciones para el procedimiento.

Los test preoperatorios estándar incluyen: Hb o Hto para todos, o por lo menos en la mujer; ECG en mayores de 40 o 50 años o con problema cardíaco, radiografía pulmonar en mayores de 50 años o con problema cardíaco de menos de 6 meses, QS en caso de diabetes, hipertensión o insuficiencia renal, Grupo sanguíneo y test de coagulación en caso de procedimientos de posibilidad de sangrar o que se planee anestesia regional. En pacientes ASA I menores de 40 años: Hombres nada y mujeres sólo Hb y prueba de embarazo.

Es esencial en la consulta preanestésica otorgar al paciente información suficiente sobre la actitud, no solamente antes de la intervención (ayuno, pautas higiénico-dietéticas, interrupción de tabaquismo, modificaciones de los tratamientos de base, hora de llegada al hospital) sino también después de ella acompañadas de un documento explícito que el paciente y sus acompañantes deben leer y entender. También debe entregarse un documento explicativo sobre la anestesia, con la lista de posibles incidentes, accidentes y todas las complicaciones de la anestesia locorregional y general.

La duración del ayuno preoperatorio ha disminuido en los últimos años; se acepta que pueden ingerirse líquidos claros hasta 3 horas antes de la intervención o incluso sólo 2 horas, pero esta última recomendación puede ser peligrosa si no se valora correctamente el riesgo, de todas maneras cuando existen factores de riesgo elevados para broncoaspiración (hernia hiatal, obesidad, embarazo en el 3er trimestre pre y postparto, intubación difícil previsible, gastroparesia en diabéticos, ausencia de medicación preanestésica, estrés, ansiedad, dolor, tabaquismo, etilismo, y toxicomanías) es preferible respetar la duración usual del ayuno.

En la cirugía ORL y CCC la mayor parte de las intervenciones son cortas y se realizan de forma ambulatoria o con una hospitalización de 24 horas. La frecuencia de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios alcanza hasta el 55% de los casos. Muchos de los pacientes se encuentran en los extremos de la vida y en el desarrollo de los procedimientos se introduce instrumental o materiales quirúrgicos que pueden afectar la adecuada preservación de

las vías aéreas, situación crítica para la evolución transoperatoria y postoperatoria del paciente que repercute directamente en la posibilidad del alta de la unidad de cuidados anestésicos. En estas circunstancias resulta imperativo respetar las normas de seguridad durante el período perioperatorio, el tratamiento precoz del manejo del dolor, náusea y vómito es un elemento clave de la calidad del mismo.

Dentro del manejo de los pacientes en ORL y CCC lo primordial es mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, por lo que debemos tener en cuenta los aspectos anatómicos y las exigencias e inconvenientes de los procedimientos anestésico-quirúrgicos. Existen algunos puntos esenciales: la evaluación de la obstrucción de la vía aérea superior, la predicción de vía aérea e intubación difícil, la elección de la vía de acceso traqueal que garantiza el mantenimiento de la oxigenación, la técnica de intubación y manejo de la ventilación, la monitorización de la ventilación y los criterios de extubación.

Las consideraciones anestésicas en estos procedimientos son especiales: Se comparte con el cirujano el mismo campo (vía aérea), lo que dificulta el acceso a la cara por parte del anesthesiólogo, la vía aérea puede estar comprometida debido a la patología correspondiente, a hemorragia, edema o a la manipulación quirúrgica, por lo tanto la comunicación entre cirujano y anesthesiólogo debe ser estrecha y oportuna para evitar la aparición de accidentes de graves consecuencias.

Los procedimientos que se realizan más frecuentemente son en el oído, la miringotomía y colocación e tubos de ventilación que puede realizarse bajo anestesia local con sedación consciente y/o vigilancia anestésica monitorizada; en orofaringe la adenoidectomía o amigdalectomía casi siempre bajo anestesia general balanceada o intravenosa, ya que la anestesia local como alternativa única está actualmente en desuso por las complicaciones inherentes al procedimiento.

Es frecuente la extracción de cuerpos extraños tanto de oído como de la nariz, primordialmente en lactantes mayores y preescolares que ameritan de anestesia general inhalatoria con mascarilla facial, y en casos más complejos anestesia general balanceada o intravenosa con manejo de vía aérea con mascarilla laríngea o incluso intubación traqueal.

La septoplastia o rinoseptoplastia se puede manejar con anestesia local por infiltración, sin embargo debemos recordar que este tipo de anestesia requiere de un paciente muy cooperador, ya que el riesgo de laringoespasma, broncoaspiración y obstrucción de la vía aérea es alto, situación por la que la mayoría de los autores prefieren la intubación traqueal con neumotaponamiento para reducir estos riesgos, facilitar el trabajo del cirujano y disminuir los efectos adversos.

También se puede manejar con anestesia general ambulatoria la microcirugía de laringe incluso con rayo láser, aunque no debemos dejar de lado sus requerimientos propios (equipo especial tanto para el paciente como para el

equipo quirúrgico) y la cirugía de senos paranasales que en la actualidad se realiza por vía endoscópica, ambos procedimientos requieren de una profundidad anestésica adecuada más que una técnica de hipotensión controlada, que otorgue buenos resultados para el paciente, permitiendo una rápida recuperación anestésico-quirúrgica con pocos efectos colaterales y alta hospitalaria oportuna.

Afortunadamente contamos con agentes anestésicos de aparición reciente con perfiles farmacológicos diseñados para cubrir los criterios específicos de la anestesia ambulatoria.

Agentes como sevoflurano, desflurano, isoflurano propofol, midazolam, remifentanil, alfentanil, fentanil, cisatracurio y rocuronio, los primeros con sus bondades farmacológicas (coeficiente de partición bajo, alta solubilidad y potencia) que les hace ser los más utilizados en la anestesia general inhalada o balanceada, mientras que los intravenosos con excelentes perfiles farmacocinéticos, con rápidos inicios de acción, vidas medias de distribución y eliminación cortas, con ventanas terapéuticas amplias y seguras, concentraciones plasmáticas fáciles de titular, gracias a un volumen de distribución aparente pequeño acompañado de un rápido aclaramiento del compartimiento central, lo que les otorga un perfil farmacodinámico

(efecto) muy predecible y que favorece la pobre acumulación del fármaco, con lo que la inducción, mantenimiento y emergencia de la anestesia general caracterizada por una gran estabilidad hemodinámica y una emergencia precoz, con pocos efectos colaterales, primordialmente cuando se acompaña de profilaxis de náusea, vómito y manejo del dolor analgésicos adecuados en el postoperatorio.

Las medidas de seguridad ideales son: acceso venoso permeable, control y protección de la vía aérea, hemostasia quirúrgica estricta, profundidad anestésica adecuada, extubación exitosa, control del dolor y baja incidencia de complicaciones para un egreso de UCPA oportuno.

Gracias a los grandes avances en las técnicas de monitoreo de los componentes de la anestesia, la aparición de los nuevos agentes anestésicos con perfiles adecuados, los dispositivos para su administración precisa y segura, junto con la preparación de especialistas más capacitados y con un amplio conocimiento farmacológico, han mejorado en grado significativo la capacidad del anestesiólogo para que el paciente tenga una experiencia anestésico-quirúrgica ambulatoria satisfactoria y pueden volver de manera más segura a su hogar.

REFERENCIAS

- White PF. Anaesthesia ambulatory. In: Miller RD. Anesthesia, Vol. II. Doyma. 1993;1847-1869.
- Marrón MP, Cañas HMG y colaboradores. Conceptos fundamentales sobre anestesia en cirugía ambulatoria. *Rev Mex Anest.* 1995;18:137-44.
- Laxanaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot, Jouglu E, Linhart A. Anesthésie des patients ambulatoires. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17:1363-1373.
- Langlois J. Anesthésie du patient ambulatoire. *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation.* Elsevier, Paris. 2000;36-635-A-10,12.
- Wetchler BV, Ambulatory surgery in the USA. 1st European Congress on Ambulatory Surgery, Brussels, 1991:06.
- Kortilla K. Aging, medical disease and outcome of ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 1993;6:546-549.
- Apfelbaum J. Current Controversies in Adult outpatient anesthesia. *ASA RLC* 2003;151:7.
- Gold BS, Young ML, et al. The utility of preoperative electrocardiograms in the ambulatory surgical patient. *Arch Intern Med* 1992;152:301-305.
- Golub R, Cantu R, et al. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. *Am J Surg* 1992;163:565-571
- Langlois J, Mazoit JX. Postoperative comfort after ambulatory surgery. 2nd International Congress on Ambulatory Surgery, London, 1997:52.
- Pansier FG, Bladier JB. L'obligation d'information du patient per le médecin. *Bull Jurid Santé Publ* 1999;15:5-7.
- Chung F. Which is the best anesthetic technique? *Can J Anaesth* 1991;38:882-886.
- Phillips S, Hutchinson S, Davison T. Preoperative drinking does not gastric contents. *Br J Anaesth* 1993;70:6-9.
- Read MS, Vaughan RS. Allowing preoperative patients to drink: effects on patients' safety and comfort of unlimited oral water until 2 hours before anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1991;35:591-95.
- Borugain JL. Anestesia y reanimación en otorrinolaringología. *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation.* Elsevier, Paris. 1994;36-618-A-30, 16.
- Borugain JL. Anestesia y reanimación en otorrinolaringología (adulto). *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation.* Elsevier, Paris. 2005;36-618-A-30, 24.
- Twersky RS, McClell J. Técnicas ambulatorias comunes y especiales. *Manual de Anestesia Ambulatoria.* Harcourt brace 1996:37-81.
- Passot S, Servin F. Target-controlled versus manually-controlled infusion of propofol for direct laryngoscope and bronchoscopy. *Anesth Analg* 2002;94:1212-6.
- Rodríguez P, De Stéfano, Pérez Gallardo A. Anestesia en cirugía Otorrinolaringológica. Avances en anestesia pediátrica. Pérez Gallardo A. editor. Edikamed. Barcelona España. 2000:173-188.
- Joshi GP. Técnicas por inhalación en anestesia ambulatoria. *Clínicas de Anestesiología de Norteamérica McGraw-Hill Interamericana* Vol. 2/2003:255-64.
- Tesniere A, Servin F. Técnicas intravenosas en anestesia ambulatoria. *Clínicas de Anestesiología de Norteamérica McGraw-Hill Interamericana* Vol. 2/2003:265-81.
- Schmidt GN, et al. Comparative evaluation of narcotrend™, bispectral index™ and classical electroencephalographic variables during induction, maintenance, and emergence of a propofol/remifentanyl anesthesia. *Anesth Analg* 2004;98:1346-53.
- Schmidt GN, et al. Comparative evaluation of the datex-ohmeda S/5 entropy module and the bispectral index™ monitor during propofol/remifentanyl anesthesia. *Anesthesiology* 2004;101:1283-90.
- Redmond M, Florence B, Glass P. Modalidades analgésicas eficaces en los pacientes ambulatorios. *Clínicas de Anestesiología de Norteamérica McGraw-Hill Interamericana* Vol. 2/2003:255-64.
- McGrath B, Chung F. Recuperación postoperatoria y alta. *Clínicas de Anestesiología de Norteamérica McGraw-Hill Interamericana* Vol. 2/2003:359-79.