

Protocolo de ingreso a cirugía ambulatoria

Dr. José Luis Reynada-Torres*

* Jefe del Servicio de Anestesiología, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos.

La cirugía ambulatoria en el mundo se ofrece hasta en un 75% como opción quirúrgica; esta técnica tiene su inicio en los Estados Unidos, por la década de los cuarenta del siglo pasado, captando inmediatamente el interés de grandes centros hospitalarios, ya que permite realizar la cirugía sin engrosar las largas listas de espera que se tenían. Esta opción fue aceptada con gran éxito, primero por los europeos y poco a poco fue ganando más adeptos. En la década de los ochenta, el Instituto Nacional de Pediatría organizó y acopló las instalaciones para crear el primer servicio de Cirugía Ambulatoria, que fue acogido con beneplácito por las diferentes instituciones que conformaban el sector salud mexicano; entre sus ventajas se encuentra la reducción de costos por hospitalización.

Se entiende por cirugía ambulatoria todo aquel procedimiento quirúrgico en el que, por su naturaleza, el paciente podrá ser egresado antes de las 24 horas de haber terminado el evento.

Con el paso del tiempo se ha evaluado el perfil del paciente que deberá entrar al programa de cirugía ambulatoria. En sus inicios solamente fueron admitidos paciente a los que se realizaría una cirugía con anestesia local y algo de sedación intravenosa, técnica llamada «locorregional vigilada», situación que limitaba mucho las posibilidades de hacer más eficaz el servicio. Este concepto se ha modificado hasta la actualidad, donde se ofrecen las diferentes técnicas anestésicas que se manejan; sin embargo, los pacientes y las cirugías tienen aspectos que deben considerarse.

Dentro de los requisitos a considerar por parte del paciente deberá estar el estado físico I y II de la ASA; se podrán aceptar paciente ASA III siempre y cuando estén controlados adecuadamente de su enfermedad subyacente y que el médico tratante de estas enfermedades dé su consentimiento para la realización del procedimiento. Así mismo, las siguientes condiciones deberán considerarse como causa para no realizar ingreso a cirugía de corta estancia, como lo son pacientes

prematuros, descompensados, con riesgos de hemorragia, trastornos de coagulación, enfermedades mentales, y en sí cualquier paciente que presente algún problema de tipo especial o que por la naturaleza de la cirugía exista la posibilidad de transfusión o descompensación.

Otro parámetro a considerar es el tipo de cirugía. Tendrán que ser procedimientos de poca duración (menor a 90 minutos), sin riesgo de sangrado o de alguna complicación, y que por la naturaleza de ésta no causen dolor excesivo, ya que el paciente tendrá que ser capaz de ir a su domicilio en las siguientes horas, además de que el paciente pueda tener analgesia postoperatoria por vía oral; que no exista apertura de cavidades torácica y abdominal, a excepción del caso de la cirugía laparoscópica. Por otro lado, los procedimientos de urgencia, pacientes con estómago lleno y con valoración de vía aérea difícil, no deberán ser admitidos en esta modalidad quirúrgica.

Los niños son excelentes candidatos para cirugía de corta estancia, ya que la mayoría de los pacientes pediátricos programados son sanos y los procedimientos que se realizan a éstos son sencillos; además, las técnicas son menos complicadas en comparación con las utilizadas en los adultos. Las ventajas que representan para los infantes y sus familiares son la reducción del tiempo de separación de sus padres y la disminución a la exposición de infecciones intrahospitalarias. Los tres factores principales que deben considerarse en la elección de los pacientes pediátricos para cirugía ambulatoria son: 1) condiciones generales del paciente, 2) aceptación de los padres, y 3) tipo de procedimiento quirúrgico.

En 1995, los doctores Marrón-Peña y colaboradores (1995) describieron los tipos de cirugía que debían ser aceptados en esta modalidad (Cuadro I).

Existen cuatro diferentes tipos de unidades de cirugía ambulatoria:

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Cuadro I. Cirugía menor ambulatoria por especialidad.

Cirugía dental	Extracciones simples o múltiples, gingivectomías, limpieza dental, obturaciones, tratamientos integrales, etcétera.
Cirugía general	Escisiones, desbridamientos de abscesos, hernioplastias, sigmoidoscopías, biopsias, fisurectomías, criohemorroidectomías, circuncisiones, suturas cutáneas y de planos superficiales, termocauterizaciones, punciones dolorosas, extirpación de lipomas, paracentesis, laparoscopías, tocoscopías, etcétera.
Cirugía ginecológica y obstétrica	Legrados, interrupción del embarazo, marsupializaciones, oclusiones tubarias, laparoscopías, extirpación de fibroadenomas mamarios, etcétera.
Cirugía oftalmológica	Exploración ocular, exploración de vías lagrimales, corrección de estrabismo, medición de la presión intraocular, cirugía de catarata, laserterapia, etcétera.
ONG	Miringotomías, amigdalectomías, extracción de cuerpos extraños, rinoplastias, adenoidectomías, laringoscopías, etcétera.
Cirugía ortopédica	Correcciones ungueales, liberación de contracturas, artroscopías, reducción de fracturas.
Cirugía urológica	Cistoscopías, cistometrías, biopsias de próstata, dilataciones uretrales, litotripsia, ligadura del conducto espermático, etcétera.
Procedimientos psiquiátricos	Narcoanálisis, electrochoques, electroanálisis.
Procedimientos diagnósticos	Resonancia magnética, tomografía computada, endoscopías diagnósticas, etcétera.
Clínica del dolor	Bloqueos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, bloqueos simpáticos, epidurales con esteroides, infiltraciones en puntos de gatillo, bloqueos de nervios periféricos, etcétera.

Tomado de Marrón, Cañas, Ríos, Araujo y Villegar (1995). Conceptos fundamentales sobre anestesia en Cirugía Ambulatoria. Revista Mexicana de Anestesiología.

- 1) Unidad integrada. Se refiere a que se utilizan los mismos quirófanos y salas de recuperación de los pacientes internados. Estas unidades comparten con el hospital diferentes áreas como admisión, central de equipos de esterilización (CEYE), recuperación, etcétera.
- 2) Unidad autónoma controlada por el hospital con posibilidad de internamiento. Se refiere a que disponen de estructura, personal y áreas propias dentro del centro hospitalario.
- 3) Unidad satélite con posibilidad de internamiento. Pertenecen orgánicamente al centro hospitalario; está regida por el mismo, pero alejada físicamente de éste.
- 4) Unidad independiente. Son aquellos centros de cirugía ambulatoria independientes. La única exigencia para este centro es que tenga acceso a un centro hospitalario en caso de emergencia.

Por otro lado, las áreas de cirugía ambulatoria deberán ser cómodas pero a su vez deberán contar con todo el equipo necesario, como es la máquina de anestesia, monitor de signos vitales, mascarillas faciales, tubos endotraqueales, etc.; además de equipo para situaciones especiales como carro rojo

con desfibrilador y todos los medicamentos necesarios para resolver una emergencia; de aquí que exista la necesidad de que las unidades independientes puedan tener acceso a un centro hospitalario.

Hay que mencionar que los pacientes también deben cumplir con ciertos requisitos como son: que tengan una buena estabilidad emocional, que cuenten con un familiar directo que se haga responsable del estado postoperatorio del paciente, que tengan manera de contactarlo para realizar una evaluación postquirúrgica a distancia y que éste permanezca cerca del área del hospital (esto es, que el paciente no tenga necesidad de viajar a más de 20 km de distancia).

Los requisitos relacionados con la intervención quirúrgica incluyen: que el acto quirúrgico no sea mayor a 90 minutos, que no sean cirugías de urgencia (excepto por suturas, reducción cerrada de fractura ósea, fractura nasal, legrados uterinos, etc.) y que no exista la posibilidad de sangrado masivo, entre otros.

El paciente deberá guardar un ayuno previo a la intervención quirúrgica, a saber: pacientes adultos, 8 horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros (agua, té o

jugo sin pulpa); pacientes pediátricos (recién nacidos y hasta 6 meses), 4 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa, y 2 horas de ayuno mínimo para los líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa); pacientes pediátricos de 6 meses a 3 años, 6 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa, y 3 horas mínimo para líquidos claros. Para los pacientes pediátricos mayores de 3 años el ayuno se toma como el del adulto.

Por último, y no menos importante, está la evaluación preanestésica, que de preferencia se realizará un día previo a la intervención quirúrgica; esta entrevista tiene dos vertientes importantes: por un lado el anestesiólogo proporcionará información importante sobre el procedimiento anestésico y con esto se despejarán

las dudas que puedan existir sobre su manejo; por otro lado, nos permite a nosotros los anestesiólogos evaluar la condición física y clínica de nuestros pacientes, así mismo valorar los exámenes de laboratorio que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana son exigibles y que deberán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tiempos de coagulación, etc.; y en los casos donde aplique, las valoraciones por otros especialistas (cardiólogos, endocrinólogos y demás), que permitan establecer el estado físico del paciente de acuerdo a la ASA.

Así mismo, en todos los pacientes se recabará el consentimiento bajo información del procedimiento anestésico, que deberá incluir condición del paciente, técnicas anestésicas alternativas y pronóstico esperado.

REFERENCIAS

1. García A, Viñoles J, Moro B, Martínez-Pons V, Hernández H. Manual de Anestesia Ambulatoria. Sociedad Valenciana de Anestesiología. Reanimación y terapéutica del dolor (SVARTD). Sección de anestesia ambulatoria; 2004. pp. 5-283.
2. Marrón M, Cañas G, Ríos B, Araujo M, Villegas G. Conceptos Fundamentales sobre Anestesia en Cirugía Ambulatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. 1995:137-143.
3. Osorio J. Normas y protocolos en Anestesia para Pacientes Ambulatorios. Revista Colombiana de Anestesiología. 1996:139-144.
4. de la Torre A, Rubial M. Anaesthesia in ambulatory surgery. Criteria for hospital discharge. Servicio de Anestesia y Reanimación, Clínica Ubarmin, Elcano, Hospital Virgen del Camino España. ANALES Sis San Navarra. 1999;22.
5. Salibi R. Proyecto Unidad de Cirugía Ambulatoria. Provincia de Río Negro. Ministerio de Salud. Hospital Área Programa Cipolletti. Venezuela, 2007.
6. Brokelmann J. Cirugía Ambulatoria en Alemania 2004, aspectos históricos. Revista Elsevier. 2005.
7. Malcom de Roubaix J. Consentimiento informado para cirugía ambulatoria: Perspectiva Sudafricana. Revista Elsevier. 2006: 200-204.
8. Epstein B. Explorando el mundo de la cirugía ambulatoria. Revista Elsevier. 2005:4.