



## Manejo anestésico en cirugía urológica ambulatoria

Dr. Hilario Gutiérrez-Acar\*

\* Anestesiólogo Algólogo. Jefe de la División de Anestesiología.  
Profesor Adjunto de Anestesiología, UNAM del Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

Las mejoras en la práctica quirúrgica y anestésica, así como las presiones económicas han aumentado el número de procedimientos que se realizan de forma ambulatoria.

La anestesia ha contribuido a este tipo de actividad quirúrgica desde sus comienzos. En 1984 fue fundada la *Society for Ambulatory Anesthesia* (SAMBA) y en 1989 la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) aceptó las características diferenciales de la anestesia ambulatoria, la reconoció como subespecialidad.

Las diferentes patologías presentes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria en unidades hospitalarias, han sido posibles debido a los avances de la anestesia, control del dolor postoperatorio, cirugía de mínima invasión, así como los materiales protésicos.

### DEFINICIÓN

**Cirugía ambulatoria:** procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se realizan bajo anestesia local, locorregional, regional o general, con o sin sedación y que pueden ser egresados en menos de 12 horas, están en cama no censable y no pasa la noche en el hospital.

**Cirugía de corta estancia:** procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se realizan bajo anestesia local, locorregional, regional o general, con o sin sedación que pueden ser egresados en menos de 23 horas, están en cama censable, pueden pasar la noche en el hospital.

**Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA):** unidad médica la cual está establecida para realizar atención médica y quirúrgica de procedimientos ambulatorios menores y mayores.

**Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA):** es el área de recuperación de los efectos residuales de la anestesia en el postoperatorio, en las dos fases: de despertar y readaptación al medio y está bajo supervisión del anestesiólogo.

Dado que los pacientes mayores y más enfermos se someten a procedimientos quirúrgicos más complejos de forma ambulatoria, la selección de pacientes se ha convertido en la piedra angular del tratamiento perioperatorio seguro y eficiente.

Los factores de riesgo independientes para una mayor morbilidad perioperatoria, después de controlar la complejidad quirúrgica, incluidas alto IMC > 40%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedente de ataque isquémico transitorio/accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, cirugía cardíaca previa y tiempo quirúrgico prolongado. Las morbilidades más comunes incluyen intubación postoperatoria, neumonía y la ruptura de la herida.

Otro estudio reciente informó que los predictores de ingreso hospitalario no planificado incluyen cirugía de más de una hora, ASA ≥ 3, edad avanzada > 80 años, aumento del IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>. Sin embargo, otro estudio reveló que en pacientes bien controlados no influyen en las complicaciones perioperatorias, con comórbidas optimizadas podría someterse con seguridad a cirugía ambulatoria.

En la literatura encontramos que un 55 a 70% de los procedimientos en diferentes hospitales son ambulatorios, de éstos el 18 a 20% son cirugías urológicas; estas intervenciones las dividen en:

- Cirugía menor ambulatoria: vasectomía, fimosis, cistoscopías, escisión de lesiones locales y biopsias cerradas con aguja para próstata.
- Cirugía mayor ambulatoria: varicocele, hidrocele, biopsia testicular, quistes de epidídimo, cateterismos, criotorquidia, quistes de cordón, orquiectomía, prótesis testicular, meatoplastía, uretrotomía de corta duración, litotripsia endoscópica, vasovasostomía, cirugía reparadora de pene, biopsia transuretral de vejiga y en la actualidad la resección transuretral de próstata con láser.

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

Las complicaciones mayores se pueden definir como la respuesta adversa con potencial para provocar un daño grave; éstas son hemorragia mayor, angor prolongado, dolor torácico atípico, infarto agudo del miocardio, accidente cerebrovascular, broncoespasmo, bloqueo auriculoventricular, coma hiperglucémico, tromboflebitis, neumonía, shock anafiláctico, pancreatitis aguda, insuficiencia cardíaca descompensada, taquiarritmias.

Las complicaciones menores se pueden definir como las respuestas adversas con mínimo potencial para producir un daño grave; éstas son hemorragia menor, dolor en herida quirúrgica, cólico renoureteral, síncope de diversa etiología, dolor lumbar mecánico, retención urinaria, reacción alérgica, cefalea postpunción dural, vértigos, vómitos, fiebre, infección de herida quirúrgica, ileo paralítico, crisis de ansiedad, agudización de EPOC, infección respiratoria e infección urinaria.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Romero A. Adult patient for ambulatory surgery: are there any limits? American Society of Anesthesiologists. 2014;78.
- Rosero EB, Joshi GP. Nationwide use and outcomes of ambulatory surgery in morbidly obese patients in the United States. *J Clin Anesth.* 2014;26:191-198.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. *Anesthesiology.* 2014;120:268-286.
- Carr DB, Bradshaw YS. Time to flip the pain curriculum. *Anesthesiology.* 2014;120:12-14.
- Khalid U, Ather S, Bavishi C, Chan W, Loehr LR, Wruck LM, et al. Pre-morbid body mass index and mortality after incident heart failure: the ARIC Study. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:2743-2749.
- Gawande A. Overkill. *The New Yorker.* 2015;42-53.
- Dickerson DM. Pain management in the ambulatory setting. American Society of Anesthesiologists. 2015;79.
- Dabu-Bondoc S, Shelley KH. Management of comorbidities in ambulatory anesthesia: a review. *Ambulatory Anesthesia.* 2015;2015:39-51.