

La anestesia en el paciente ambulatorio

Gral. Brig. MC Rolando A. Villarreal Guzmán*

En los últimos 20 años se ha incrementado en forma importante los procedimientos quirúrgicos en pacientes catalogados como externos, ambulatorios o de corta estancia, en virtud de que por medio de esta nueva tendencia administrativa se reducen los costos económicos y tiempo de hospitalización de los pacientes; se logra que los enfermos se reincorporen más rápidamente a sus actividades cotidianas y al núcleo familiar; se abaten los riesgos de propagar infecciones cruzadas; se obtiene mayor disponibilidad de camas y rentabilidad de los servicios intrahospitalarios en la comunidad; etc.¹

Criterios de selección de pacientes. Los factores principales que deben ser considerados al seleccionar al paciente ambulatorio son: estado físico del enfermo, actividad de los familiares, tipo de procedimiento quirúrgico que se ejecutará y habilidad del personal para afrontar cualquier complica-

ción esperada o inesperada. Para lo cual deberá contarse con un Hospital de apoyo.¹

Por lo tanto, serán calificados como pacientes ambulatorios los individuos calificados con riesgo I y II según la American Society of Anesthesiologists. Si tiene estado físico III, (eventualmente IV) serán aceptados si la enfermedad sistémica que padece es estable desde el punto de vista médico y, si el anestesiólogo valora preoperatoriamente la aceptabilidad del enfermo para cirugía ambulatoria.²

Además serán tomados en cuenta otros factores como son: que el procedimiento quirúrgico sea menor, no sangrante, no se prolongue más de dos horas y no requiera cuidados especiales postoperatorios, lógicamente deberá contarse con la colaboración de los familiares.³

Pacientes considerados no idóneos para cirugía ambulatoria.

1) Enfermos con riesgo anestésico III o IV según la American Society of Anesthesiologists, médicamente inestables.²

* Jefe del Departamento de Anestesiología. Hospital Central Militar. México, D.F.

- 2) Que se encuentran bajo tratamiento crónico con medicamentos potencializadores de los fármacos anestésicos.⁴
- 3) Posibilidades de que el paciente transcurra con inmovilización prolongada, excepto los ortopédicos.⁴
- 4) Posibilidades de que requieran transfusión sanguínea.⁴
- 5) Prematuros de menos de 45 semanas de edad postconcepcional, por su inmadurez neurológica y riesgo de hipoventilación alveolar e hipotermia.⁴
- 6) Lactante con síndrome de sufrimiento respiratorio grave, displasia broncopulmonar o antecedentes familiares de muerte súbita en lactantes.^{2,4}
- 7) Individuos susceptibles de hipertermia maligna.²
- 8) Pacientes con actividad convulsiva no controlada.²
- 9) Individuos con obesidad mórbida o enfermedad sistémica concomitante.²
- 10) Abuso agudo de sustancias psicotrópicas.²
- 11) Personas no cooperadoras o que no dispongan de un adulto responsable que le acompañen.²
- 12) Niños con probabilidades de ayuno prolongado.⁴
- 13) Procedimientos quirúrgicos con duración mayor de dos horas.²

14) Posibilidades de que el paciente evolucione en el postoperatorio inmediato con dolor, náusea y vómito difíciles de controlar porque son motivos para aumentar el tiempo necesario para la recuperación y son las razones más importantes de hospitalización inesperada.²

Requisitos que deben cubrir los pacientes para considerarlos ambulatorios. El cirujano programa al enfermo y al mismo tiempo es responsable del interrogatorio y el examen físico para integrar el expediente clínico de acuerdo con los requerimientos de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, sin embargo es preferible que el anestesiólogo efectúe alguna investigación preoperatoria ya sea por medio de la revisión del expediente clínico, entrevista telefónica o interrogatorio y exploración físico-funcional directos. Los pacientes con clase I y II de la ASA pueden ser entrevistados por el anestesiólogo el día de la intervención quirúrgica con un mínimo riesgo de que se suspenda o se retrase la operación si se encuentran anomalías fisiológicas.²

Las normas mínimas para la administración de anestesia durante procedimientos ambulatorios y/o de corta estancia postoperatoria según la Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana⁴ dicta que el paciente deberá dar consentimiento por escrito donde asegure el conocimiento de las características generales del evento anestésico, así como las complicaciones potenciales y además, dicho documento deberá contar con la historia clínica y descripción del estado físico completos con resultados de exámenes de laboratorio y cuya fecha de emisión no exceda de un mes.

Los pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos compatibles con deambulación temprana podrán prescindir de exámenes de laboratorio, siempre y cuando se trate de un paciente sano o de un varón menor de 40 años ya que las mujeres sanas menores de 40 años de edad deberán presentar como mínimo nivel de hemoglobina.⁴

En tanto que los pacientes con ASA II o III requerirán perfil hemático: biometría hemática completa, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, plaquetas, grupo sanguíneo y Rh, tiempo de sangrado, química sanguínea (glucosa, urea y creatinina).

Dependiendo del estado físico y padecimiento concomitante deberá efectuársele electrocardiograma, telerradiografía de tórax y pruebas funcionales respiratorias.

En caso de urgencia se indicará hemoglobina y hematocrito; tiempo de sangrado, de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina; así como grupo sanguíneo y Rh.

Se considera que la validez de los exámenes es de 90 días como máximo, siempre y cuando no exista un evento que pudiera modificarlo.

Epstein⁵ reporta la necesidad de proporcionar instrucciones escritas al paciente y/o a sus familiares y deberán ser firmadas por los mismos y por un testigo antes de que se administre la medicación preanestésica.

A) Antes de la cirugía: no tomar líquidos ni alimentos después de la medianoche y notificar al cirujano cualquier cambio en su estado general.

B) Después de la cirugía: disponer de una persona adulta que lo traslade a su domicilio particular, o lo acompañe al abordar un vehículo público; no debe ingerir bebidas alcohólicas o medicamentos depresores; no conducir automóvil u operar máquinas complejas durante 24 horas y no tomar decisiones importantes hasta después de una recuperación completa.

Tratamiento anestésico. Generalmente la elección del manejo anestésico ya sea mediante anestesia general balanceada con o sin intubación traqueal o con anestesia de conducción, con o sin sedación transoperatoria es menos conflictiva que la selección de los pacientes, y será inferida por el médico anestesiólogo, de acuerdo con el conocimiento integral previo del paciente quirúrgico.⁶ Será recomendable utilizar medicamentos con periodo de latencia y vida media biológica de corta duración y es indispensable contar con el equipo de monitoreo necesario para la vigilancia continua transoperatoria similar a la que se utilizan con el paciente hospitalizado y que cubra los Estándares Mínimos de Calidad para la práctica de la Anestesiología.⁷

El traslado a la Unidad de Cuidados Postanestésicos se hará cuando el paciente registre una valoración de Aldrete satisfactoria e irá acompañado por el anestesiólogo y el cirujano responsables del caso clínico, donde continuará con igual vigilancia que la que se procuró en la sala de operaciones. Es mandatorio el tratamiento profiláctico y/o definitivo de las complicaciones más comunes que se observan en el postoperatorio inmediato como son el dolor, la náusea, el vómito, el escalofrío, la hipotermia, retención urinaria e hipoventilación alveolar.^{2,8}

Criterios de egreso.² En un principio el paciente permanecerá acostado y posteriormente se le estimula para que se siente y deambule.

Cuando los pacientes estén despiertos, orientados y puedan caminar, es posible ofrecerles líquidos por vía oral y alentarlos para que deambulen hacia el baño e intentar la micción, si todo esto se logra con facilidad y los enfermos no tienen dolor, náusea, vómito excesivos, se considerará que pueden darse de alta de la unidad de corta estancia y marcharse con un acompañante, previamente es necesario revisar los vendajes y dar instrucciones escritas en presencia de la persona responsable.

Se le informará también acerca de los efectos colaterales que suelen presentarse para mitigar la angustia vinculada con los mismos. Se le proporcionarán los números telefónicos a los cuales comunicarse después del egreso.

Un médico anestesiólogo o sustituto nombrado para el efecto será el responsable de darlo de alta, y se continuará con un proceso de seguimiento escrito o telefónico para reatualimentar el programa del manejo del paciente ambulatorio.

Tipos de centros hospitalarios. A las instalaciones para cirugía ambulatoria se les conoce como unidades de 23 horas, en virtud de que a estas horas suspenden todas sus actividades. Suelen estar integradas al hospital de apoyo, utilizando los mismos recursos materiales y humanos, como sucede en nuestra institución, o bien, estar adyacentes a las instituciones hospitalarias pero funcionando en forma independiente, finalmente un tercer tipo, cuya construcción está localizada en un perímetro de 15 kilómetros alrededor del Nosocomio siendo costoso su equipamiento y difíciles de obtener los permisos legales correspondientes.⁹

Los pacientes ambulatorios en sistemas integrados al hospital tienen el riesgo de ser considerados como de menor im-

portancia en vista de que generan menos ingresos, y por ser individuos prácticamente sanos condicionan atención menos personalizada, por lo tanto pueden inducir mayor incidencia de demandas médico-legales, posibilidad de cancelarse o diferir el acto operatorio ante un procedimiento quirúrgico de urgencia, razones que obligan a una planeación administrativa funcional para no interferir con la calidad de servicio que nos merece como ser humano, el paciente externo.

Referencias

1. Hannallah RS. Anestesia para pacientes pediátricos ambulatorios. *Actualidades en Anestesia* 1993;5:23-32.
2. Parnass SM. Problemas terapéuticos en la Unidad de Cuidado Posanestésico de Cirugía Ambulatoria. *Clin Anesthesiol NA* 1990;2:375-394.
3. Goiz AM. Manejo anestésico para niños en cirugía ambulatoria. Sociedad Mexicana de Anestesiología. *Memorias del XX Curso Anual de Actualización en Anestesiología*. México, 1994:11.
4. Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana. Normas mínimas de calidad de la FSARM para la práctica de Anestesiología en México. *Anestesia en México* 1994;6:248-253.
5. Epstein BS. Anestesia ambulatoria. *Actualidades en anestesia* (1a. Época) 1991;10:11-17.
6. Villarreal GRA y Alvarado MM. Conocimiento y preparación preoperatoria del paciente quirúrgico. *Rev Sanid Milit Mex* 1990;44:211-215.
7. Villarreal GRA y Duarte REI. Anestesia en el paciente de alto riesgo para cirugía electiva oftalmológica. Comunicación de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 1992;46:195-197.
8. Carranza CJA. Ventana analgésica y antiemética posoperatoria. *Rev Sanid Milit Mex* 1995;49:115-119.
9. Marron PM, Cañas HMaG, Ríos BBR y Araujo NM. Conceptos fundamentales sobre anestesia en cirugía ambulatoria. Sociedad Mexicana de Anestesiología. *Memorias del XXI Curso Anual de Actualización en Anestesiología*. México, 1995:110-116.