

ANESTESIA EN CIRUGÍA AMBULATORIA

Matilde Zaballos

Profesor Asociado, UCM

Departamento de Anestesia,

H.Universitario Gregorio Marañón, Madrid



Objetivos docentes

- Definición y criterios inclusión en CMA
- Evaluación y tests preoperatorios en CMA
- Control de la VA en CMA
- Técnicas anestésicas en CMA
- Gestión del dolor en CMA
- Control de NVPO
- Recuperación y criterios de alta

CONCEPTO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

- Realización de procesos quirúrgicos, con cualquier tipo de anestesia, que precisan cuidados PO poco intensivos y que no requieren ingreso hospitalario.
- Corta estancia: unidades de recuperación prolongada (23 horas, *extended recovery units*)
- Objetivo numero uno en el logro de mejoras con alto impacto: "10 High Impact Changes"
- Disminuye la ruptura del acto quirúrgico/ vida habitual del paciente (muy relevante en poblaciones vulnerables)

Premisas

- Unidad autosuficiente
 - Sala de admisión
 - Sala de Recuperación y Sala de adaptación al medio
 - Quirófanos específicos
- Servicios de apoyo
- Recursos humanos
- Anestesia de calidad

Criterios de selección

- Quirúrgicos
- Sociales
- Criterios sobre el propio paciente

Selección procedimientos quirúrgicos

Clasificación de la intensidad quirúrgica

Nivel I	Procedimientos realizados con A. Local que no precisan cuidados PO
Nivel II	Procedimientos mayores que requieren cuidados PO, pero no de intensidad suficiente para ingreso hospitalario
Nivel III	Procedimientos que requieren cuidados PO prolongados en un entorno hospitalario
Nivel IV	Procedimientos que requieren cuidados especializados en Reanimación

Criterios sociales

- Acompañante ?
- Transporte al domicilio
- Barreras arquitectónicas
- Teléfono
- Distancia al hospital

**Minusválidos psíquicos
Indigentes
Inmigrantes**

*¿Cómo seleccionar
al paciente?*

Day surgery: how far can we go and are there still any limits?

Nusrath Qadir and Ian Smith

Current Opinion in Anaesthesiology 2007, 20:503–507

- Límites quirúrgicos (invasividad, pérdida de sg, dolor PO, duración y alteración fisiopatológica)
- Límites médicos:
 - Obesidad (IMC 30-40 kg.m²/50?)
 - Anciano
 - Comorbilidad
- Evaluar la interacción paciente /procedimiento



Considerations in Treating Obese Patients in Office-Based Anesthesia

Jeffrey W LEE

Minerva Anestesiologica 2018 Jun 26

- IMC 30-40 Kg/m² sin ↑ de ingresos no previstos
- IMC > 40/50 Kg/m² individualizar
- Evaluar comorbilidad más que valores absolutos de IMC
- SAOS ↑ Complicaciones
- STOP-BANG > 3
- SAMBA, ↑ Complicaciones IMC > 40 Kg/m²
- Recursos de la unidad y experiencia

Best perioperative practice in management of ambulatory patients with obstructive sleep apnea

Curr Opin Anesthesiol 2018, 31:700–706

Mahesh Nagappa^a, Yamini Subramani^a, and Frances Chung^{b,c}

STOP BANG	Sí	No
¿Ronquidos? ¿Ronca alto (lo suficientemente alto para oírse a través de las puertas cerradas o para que su pareja le dé codazos por roncar por la noche)?		
¿Cansado/a? ¿Se siente a menudo cansado/a, fatigado/a o somnoliento/a durante el día (como, por ejemplo, quedarse dormido/a mientras conduce)?		
¿Observado/a? ¿Alguien ha observado que usted dejara de respirar o que se ahogara/quedara sin aliento mientras duerme?		
¿Presión? ¿Padece o está recibiendo algún tratamiento para la hipertensión?		
¿El índice de masa corporal es superior a 35 kg/m ² ?		
¿Tiene más de 50 años?		
¿Cuál es la circunferencia de su cuello? (mídala alrededor de la nuez) Para hombres, ¿el cuello de la camisa mide 43 cm o más? Para mujeres, ¿el cuello de la camisa mide 41 cm o más?		
Sexo= ¿hombre?		

Recomendaciones SAOS

- Screening STOP-Bang siempre en CA
- STOP-Bangs > de 3
 - ↑ASA
 - ↑ complicaciones y estancia unidad
 - ↑ dificultad de ventilación e IOT,
 - ↑ riesgo de depresión respiratoria con opiáceos en las 24 h
- Garantizar recuperación BNM completo.
- Implementar anestesia regional
- Analgesia multimodal
- Garantizar vigilancia en PO





ELSEVIER



CrossMark

Surgery for Obesity and Related Diseases 13 (2017) 1095–1109

SURGERY FOR OBESITY
AND RELATED DISEASES

Original article

Perioperative management of obstructive sleep apnea in bariatric surgery: a consensus guideline

Table 3

Recommendations and statements concerning postoperative monitoring of OSA patients in bariatric surgery

Question	Recommendation	% consensus	Quality of evidence	Strength of recommendation
3.1	Continuous monitoring is recommended in patients with OSA in the early postoperative period until they are no longer at risk of respiratory depression	100	⊗⊗⊗□	Strong
3.2	Patients who are either male, aged > 50 or have a BMI > 60 kg/m ² and/or had open surgery are at higher risk of postoperative complications	100	⊗⊗⊗□	Statement
3.3	Routine admission of OSA patients to the ICU is not necessary	93	⊗⊗⊗□	Strong
3.7	Monitoring recommendations are independent from CPAP usage as CPAP compliance is not guaranteed; CPAP usage should go along with monitoring	93	⊗⊗⊗□	Strong
3.9	There is a role for prolonged stay in the PACU to identify high risk patients and to determine subsequent appropriate management	93	⊗□□□	Statement
3.12	Absence of a suitable home caregiver is an absolute contraindication to outpatient surgery in morbidly obese OSA patients	100	⊗□□□	Strong
3.13	There is no absolute AHI cutoff that would be a contraindication to outpatient surgery in OSA patients compliant with CPAP, without severe co-morbidities and not requiring opioids or sedatives	79	⊗□□□	Weak
3.14	Postoperative care should not be different for different bariatric procedures	100	⊗□□□	Strong
3.15	The minimum required monitoring is a pulse oximeter, but there may be a role for additional monitoring, especially in patients receiving postoperative narcotics	100	⊗⊗□□	Strong

- Cirugías: Hernias, CL, cirugía sobre tendones, músculos, articulaciones, STC, catarata, mama, RTU....
- CMA → Menor deterioro cognitivo [OR:2.8 ingreso] (inf. nosocomiales, eventos respiratorios).
- Interacción de agentes anestésicos y medicación
- Complicaciones: 4% en Q, 6% en URPA y 7,9% adaptación al medio (+relación con cirugía q edad)
- Incidencia menor de dolor y de NVPO vs. jóvenes

Paciente ASA III-IV

Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery

G. L. Ansell* and J. E. Montgomery

British Journal of Anaesthesia 92 (1): 71–4 (2004)

Table 1 Patient characteristics to compare cases and controls

		ASA III	ASA I and II
Age (mean (range))		66.3 (2–98)	65.4 (2–96)
Sex	Male	524 (58%)	520 (58%)
	Female	372 (42%)	376 (42%)
Anaesthetic Type	Local	389 (43.4%)	387 (43.2%)
	General	507 (56.6%)	509 (56.8%)

Local: Sedación más AL o BNP

Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery

G. L. Ansell* and J. E. Montgomery

Table 2 Unplanned admission rates after day case surgery in ASA III patients compared with ASA I and II

	ASA III	ASA I and II	<i>P</i> value
No. of admissions	26 (2.9%)	17 (1.89%)	<i>P</i> =0.16
Reason for admission			
Observation or investigations	5	1	
Pain	2	3	
Bleeding	2	2	
Vomiting	1	0	
Dizziness	1	1	
Numbness	0	1	
Drowsiness	1	1	
Hypotension	1	0	
Unable to mobilize	3	3	
Surgical reasons	7	4	
Social circumstances	3	1	

Valoración Preoperatoria

- Recabar información del estado psíquico-físico del paciente.
- Valorar el riesgo anestésico-quirúrgico.
- Trazar un plan anestésico-analgésico y de cuidados perioperatorios.
- Encuesta telefónica.
- Cuestionario auto-cumplimentado.



Pruebas preoperatorios

Elimination of Preoperative Testing in Ambulatory Surgery

Frances Chung, FRCPC (Anesth Analg 2009;108:467-75)

- 1,061 patients
- Randomized in two groups:
 - preoperative testing or without testing
- Major cardiac and respiratory disease excluded
- Outcomes:
 - Perioperative adverse events
 - Severe adverse events 7-30 days,
 - Readmission, visits to physician or death within 30 days.
 - Other outcomes: operating room delays/cancellations, delayed discharge, unanticipated admission and readmission

Elimination of Preoperative Testing in Ambulatory Surgery

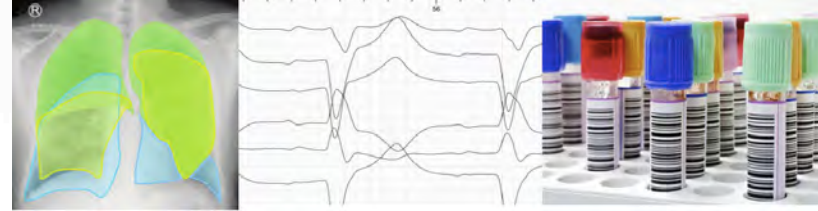
Frances Chung, FRCPC (Anesth Analg 2009;108:467-75)

Table 2. Intraoperative and Postoperative Adverse Events Within 30 Days

	No testing (<i>n</i> = 499) <i>n</i> (%)	Testing (<i>n</i> = 527) <i>n</i> (%)	Relative risk (95% CI) ^a
Intraoperative event	7 (14.0)	7 (13.3)	1.0 (0.4–3.0)
Postoperative event ^b	16 (32.1)	21 (39.8)	0.8 (0.4–1.5)
Unanticipated admission	7 (14.0)	12 (22.8)	0.6 (0.2–1.6)
Others			1.0 (0.4–2.6)
Hospital revisits (≤7 d) event			0.4 (0.2–0.9)
Readmission			
Other visits			0.4 (0.2–0.9)
Hospital revisits (8–30 d) ^c event			0.7 (0.3–1.6)
Readmission			0.7 (0.1–4.2)
Other visits			0.8 (0.3–1.7)

Sin diferencias en las complicaciones postoperatorias

Pruebas preoperatorias en CMA.....



- Test de rutina: se solicita sin una indicación clínica específica.
- ¿Por qué los médicos solicitan test preoperatorios?
 - Tradición,
 - Políticas institucionales
 - Creencia de que otros médicos quieren que el test se haga
 - Supuesta protección médico-legal
 - Miedo a suspensión de la cirugía
 - Falta de conocimiento de las evidencias y guías

Recomendaciones de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria[☆]

Tabla 5 Resumen de los test indicados en pacientes adultos para cirugía ambulatoria en pacientes ASA I y II, en intervenciones quirúrgicas de bajo riesgo

Test	Indicado	Guías	Excepciones
------	----------	-------	-------------

ECG Hemoglobina			
--------------------	--	--	--

Conclusión de los estudios:

Healthy people need fewer preoperative tests for elective surgery, says NICE

Ingrid Torjesen

perioperatorio

Radiología de tórax	No	-	-
Prueba de embarazo	En función de la historia clínica	Dependientes del hospital	-

Clinician Lists

Complete lists of recommendations by society can be found by clicking the society name or via individual recommendation pages.

Your search returned 5 results

Society	Recommendation
American Society of Anesthesiologists	Don't obtain baseline laboratory studies in patients without significant systemic disease (ASA I or II) undergoing low-risk surgery – specifically complete blood count, basic or comprehensive metabolic panel, coagulation studies when blood loss (or fluid shifts) is/are expected to be minimal.

Search Recommendations

KEYWORD

SOCIETY

American Society of Anesthesiologists



TOPIC AREA

- filter by -



Economic Impact of Clinical Variability in Preoperative Testing for Major Outpatient Surgery^{☆,☆☆}

CIR ESP. 2016;94(5):280-286



Christian Carlo Gil-Borrelli,^{a,*} Salomé Agustí,^b Rosa Pla,^a Alicia Díaz-Redondo,^a Matilde Zaballos^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

^b Servicio de Anes

Estimation of Economic Impact

Table 5 – Test

Tests

Chest radiograph
Electrocardiogram
Total

^a Data provided

The total excess cost in the sample studied was €7890.92. The number of patients of the sample in whom the protocol was not followed was 231, and the mean excess cost per patient due to non-compliance was €34.16 (95%CI: 33.06–35.26).

According to our calculations, the minimum annual excess cost due to non-compliance with the protocol was €69,163.91, while the maximum annual excess cost was €83,312.48.

Cost (B×C)

(€)

2009.28
5881.64
7890.92

Ayuno preoperatorio

...

Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

Ian Smith, Peter Kranke, Isabelle Murat, Andrew Smith, Geraldine O'Sullivan, Eldar Søreide, Claudia Spies and Bas in't Veld

Eur J Anaesthesiol 2011;28:556–569

1. Summary of recommendations

	Evidence	Recommendation
<i>Fasting in adults and children</i>		
Adults and children should be encouraged to drink clear fluids (including water, pulp-free juice and tea or coffee without milk) up to 2 h before elective surgery (including caesarean section)	1++	A
<i>All but one member of the guidelines group consider that tea or coffee with milk added (up to about one fifth of the total volume) are still clear fluids</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
Solid food should be prohibited for 6 h before elective surgery in adults and children	1+	A
Patients with obesity, gastro-oesophageal reflux and diabetes and pregnant women not in labour can safely follow all of the above guidelines	2–	D
<i>However, these factors may alter their overall anaesthetic management</i>		
Patients should not have their operation cancelled or delayed just because they are chewing gum, sucking a boiled sweet or smoking immediately prior to induction of anaesthesia	1–	B
<i>The above is based solely on effects on gastric emptying and nicotine intake (including smoking, nicotine gum and patches) should be discouraged before elective surgery</i>		<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Prokinetic and other pharmacological interventions</i>		
There is insufficient evidence of clinical benefit to recommend the routine use of antacids, metoclopramide or H₂-receptor antagonists before elective surgery in non-obstetric patients	1++	A

Técnica anestésica en CA

- Simple
- Segura
- Eficaz
- Adaptada a cada paciente en particular
- **Inexcusable implementación de la analgesia multimodal**
- Promover el uso de A. locales siempre que sea posible
- **Limitar el uso de opiáceos**

Comparison of Recovery Profile After Ambulatory Anesthesia with Propofol, Isoflurane, Sevoflurane and Desflurane: A Systematic Review

(Anesth Analg 2004;98:632–41)

Anil Gupta, MD, FRCA, PhD*†, Tracey Stierer, MD*, Rhonda Zuckerman, MD*, Neal S. ...*, Stephen D. Parker, MD*, and Lee A. Fleisher, MD*

Schraag et al. *BMC Anesthesiology* (2018) 18:162
<https://doi.org/10.1186/s12871-018-0632-3>

BMC Anesthesiology


50

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Propofol vs. inhalational agents to maintain general anaesthesia in ambulatory and inpatient surgery: a systematic review and meta-analysis



Stefan Schraag^{1*} , Lorenzo Pradelli², Abdül Jabbar Omar Alsaleh², Marco Bellone², Gianni Ghetti², Tje Lin Chung³, Martin Westphal^{3,4} and Sebastian Rehberg^{5,6}

Desflurane versus propofol in post-operative quality of recovery of patients undergoing day laparoscopic cholecystectomy. Prospective, comparative, non-inferiority study[☆]



Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2018;65(2):96–102

M. Zaballos^{a,b,*}, A. Reyes^a, J. Etulain^a, C. Monteserín^a, M. Rodríguez^c, E. Velasco^c

- Estudio de cohortes, CL ambulatoria, 61 pacientes
- Manejo multimodal intraoperatorio
- Dos grupos: Propofol vs. desflurano
- Calidad de recuperación QoR-15

Table 2 QoR 15 questionnaire.

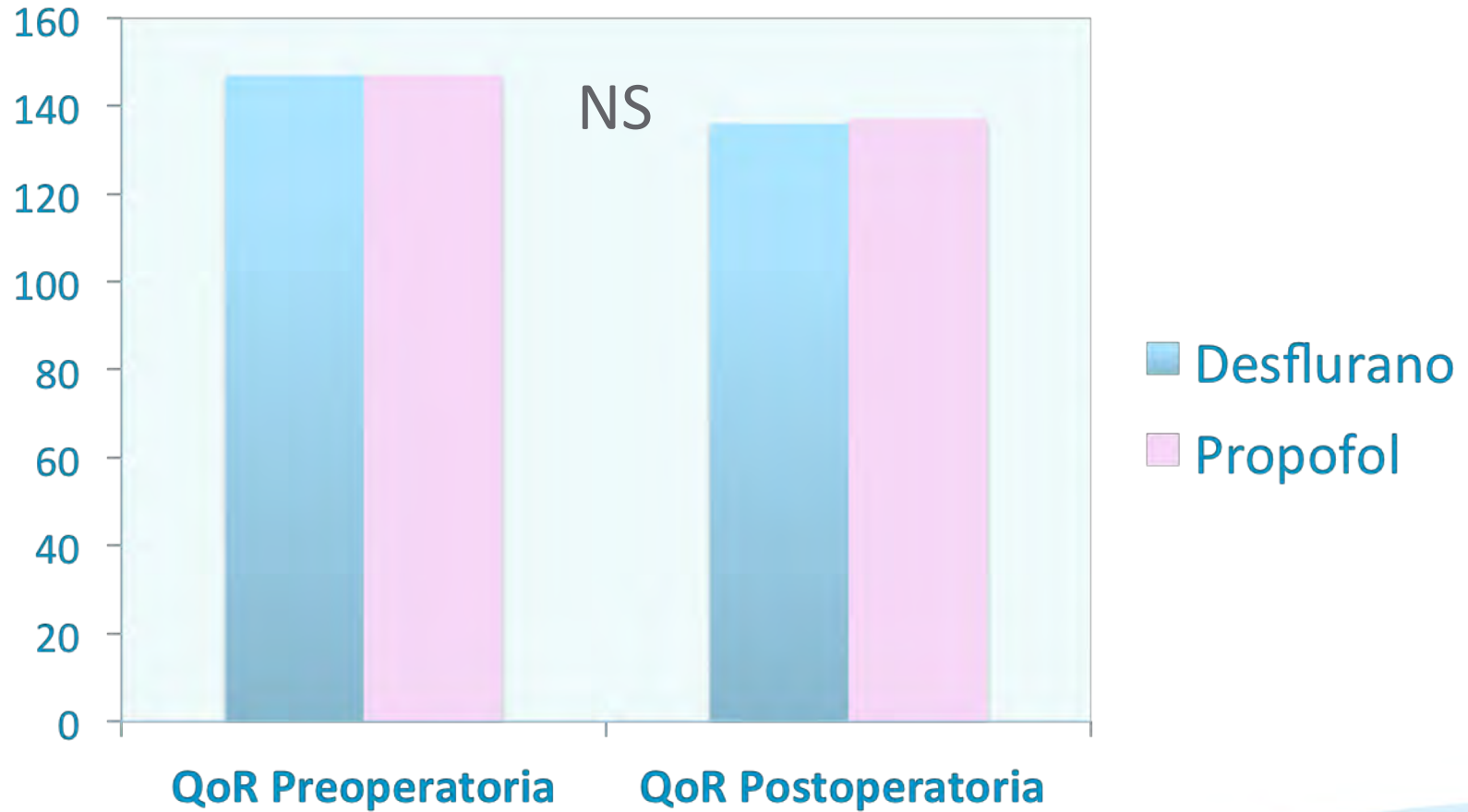
Part A. How have you been feeling in the last 24 h? (0–10, where 0 = none of the time [poor] and 10 = all of the time [excellent])

1. Able to breathe easily
2. Been able to enjoy food
3. Feeling rested
4. Have had a good sleep
5. Able to look after personal toilet and hygiene unaided
6. Able to communicate with family or friends
7. Getting support from hospital doctors and nurses
8. Able to return to work or usual home activities
9. Feeling comfortable and in control
10. Having a feeling of general well-being

Part B. Have you had any of the following in the last 24 h? (10–0, where 10 = none of the time [excellent] and 0 = all of the time [poor])

11. Moderate pain
12. Severe pain
13. Nausea or vomiting
14. Feeling worried or anxious
15. Feeling sad or depressed

Resultados: Calidad de recuperación 24 h



Opioides en CMA

- Inconvenientes:
 - NVPO
 - Prurito
 - Retención urinaria
 - Ileo
 - Retraso en despertar
- Alfentanilo
- Remifentanilo

International Survey on Current usage of
Opioid Free general Anaesthesia (OFA) and
Low Opioid general Anaesthesia (LOA)

MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN CMA



British Journal of Anaesthesia 115 (4): 497–9 (2015)

Advance Access publication 20 May 2015 · doi:10.1093/bja/aev156

Time to abandon the ‘vintage’ laryngeal mask airway and adopt second-generation supraglottic airway devices as first choice

T. M. Cook* and F. E. Kelly

Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Royal United Hospital, Combe Park, Bath BA1 3NG, UK

*Corresponding author. E-mail: timcook007@gmail.com

The LMA® Protector™ in anaesthetised, non-paralysed patients. A multicentre prospective observational study

Authors

Matilde Zaballos¹, Juan Zaballos², Servando López³, Ana-Isabel Fernández-Díez⁴, Aitana Lluch-Oltra⁵, Carlos Mexedo⁶, Ana López⁷ and the Study Collaborators*



Airway insertion characteristics

Success rate (%)	97.9 (0.99 to 0.95)
Manoeuvres to facilitate insertion, n(%)	156 (56)
Oropharyngeal leak pressure (cm H ₂ O)	31 (26 - 36)
Gastric tube insertion success rate, n(%)	256 (93)
Fiberoptic view (n=131)	
Only vocal cords	44 (34)
Vocal cords plus posterior epiglottis	42 (32)
Vocal cords plus anterior epiglottis	26 (20)
Vocal cords not seen	19 (14)



Anestesia regional

...

Anestesia regional: ventajas

Mayor recuperación funcional tras la cirugía

Analgesia superior y localizada en el área de la cirugía

↓ Necesidad de anestesia general y opioides

↓ NVPO, sedación y prurito

Permite “fast-tracking”

Integrada en el concepto de analgesia multimodal

Permite analgesia invasiva domiciliaria

↓ disfunción cognitiva

Mayor satisfacción y confort del paciente

Pro: Anestesia espinal

- Sencillez
- Fiabilidad
- Rapidez de instauración
- Evita retrasos en el intercambio de pacientes
- Condiciones anestésicas profundas
- Bloqueo motor intenso



**FACILITA
LA CIRUGÍA**

Con: Anestesia espinal

- Bloqueo prolongado y retraso en el alta domiciliaria
- Retención urinaria
- Síndrome radicular transitorio
- Cefalea postpunción
- Lesiones neurológicas

Anestesia espinal selectiva

- Dosis mínimas de A. local (bloquear exclusivamente las raíces nerviosas implicadas en un área específica).
- Dependiendo de la cirugía la anestesia espinal selectiva puede ser uni o bilateral.
- Manipulando la posición del paciente (sentado, prono, decúbito lateral) con respecto a la baricidad del anestésico local se puede influenciar la distribución del bloqueo.

Anestesia espinal selectiva

- Cada mg de bupivacaína prolonga el alta al domicilio en 21 min*
- Fallos: 0-6% expertos (estudios generales hasta 24%)
- La adicción de fentanilo 10 µg mejora el éxito técnica
- No superar 7 mg bupivacaína hiperbárica

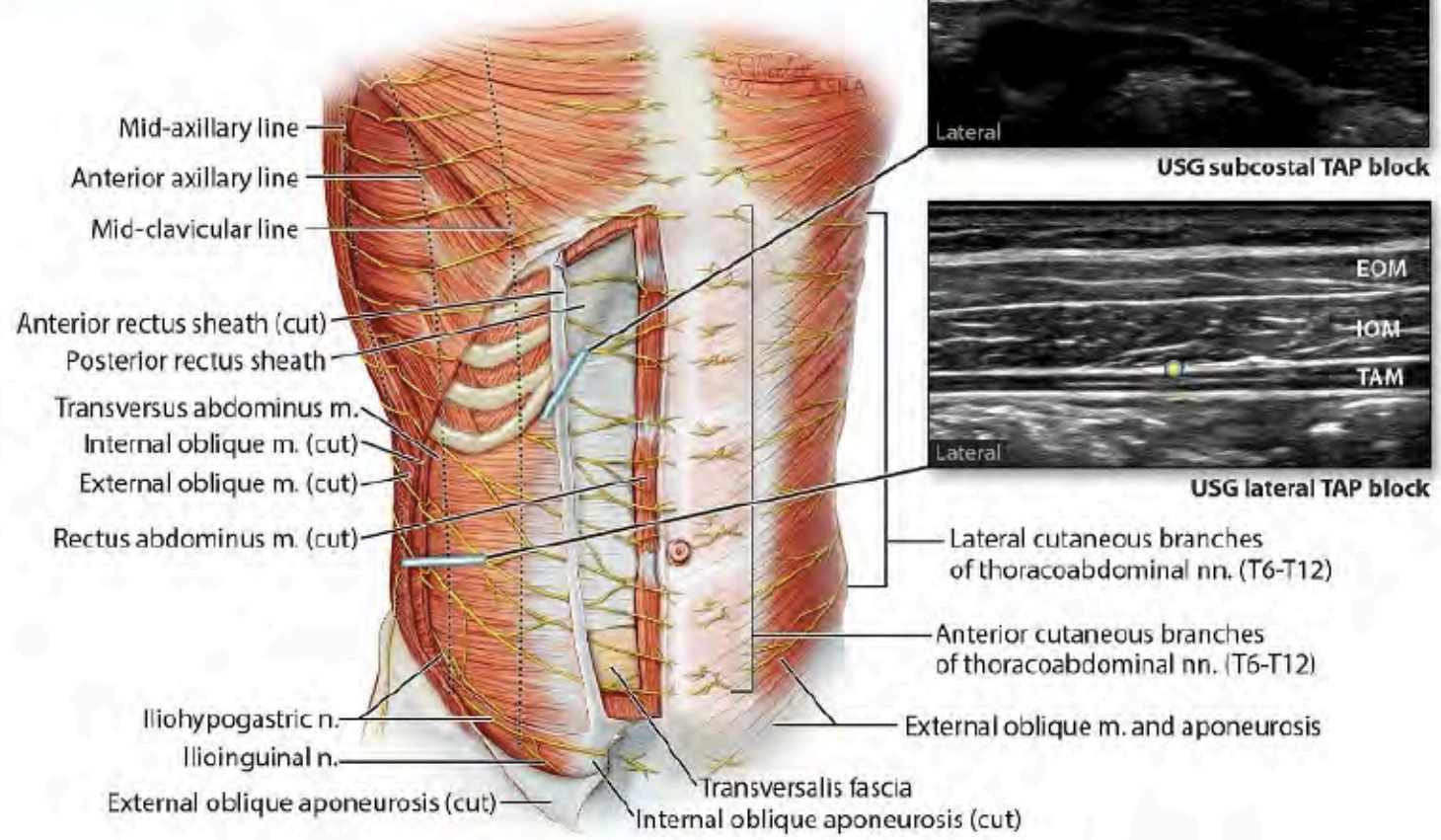
Short-acting spinal anesthesia in the ambulatory setting

Curr Opin Anesthesiol 2014, 27:000–000

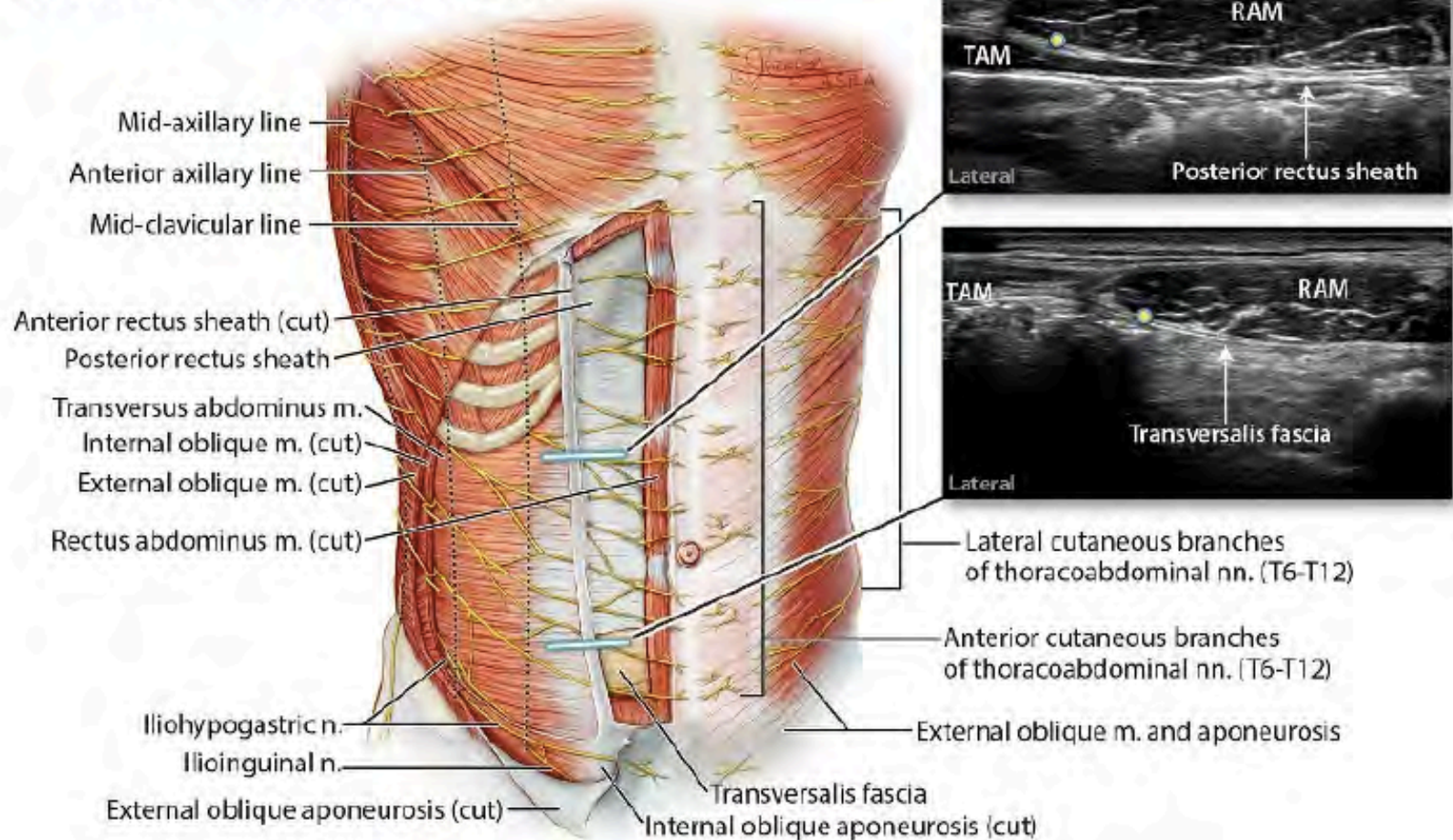
- 2-Cloroprocaína: duración ultracorta
- Prilocaína: duración intermedia
- Articaína: duración intermedia

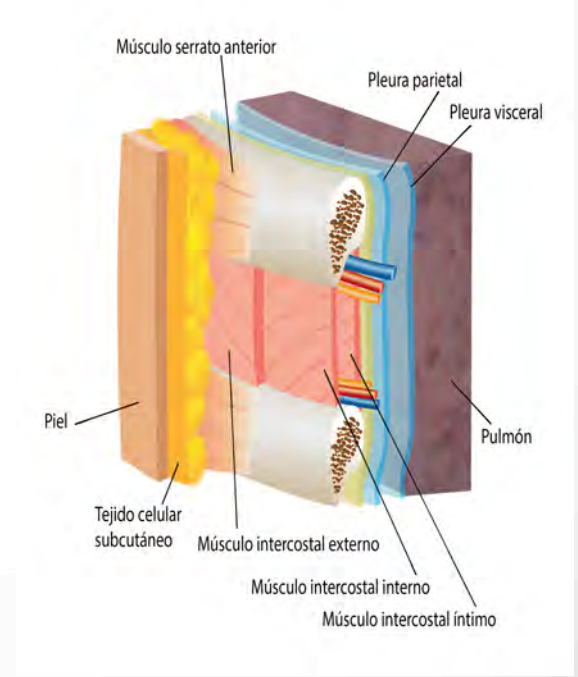
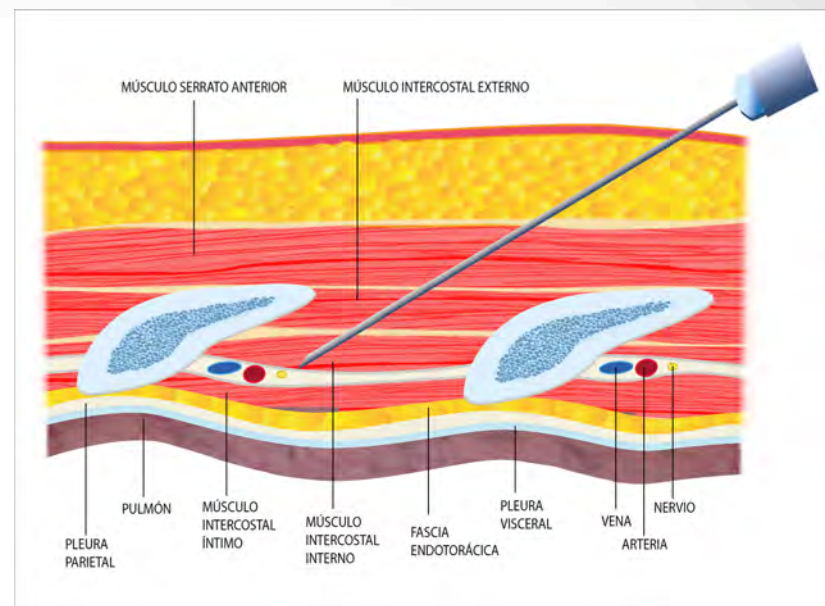
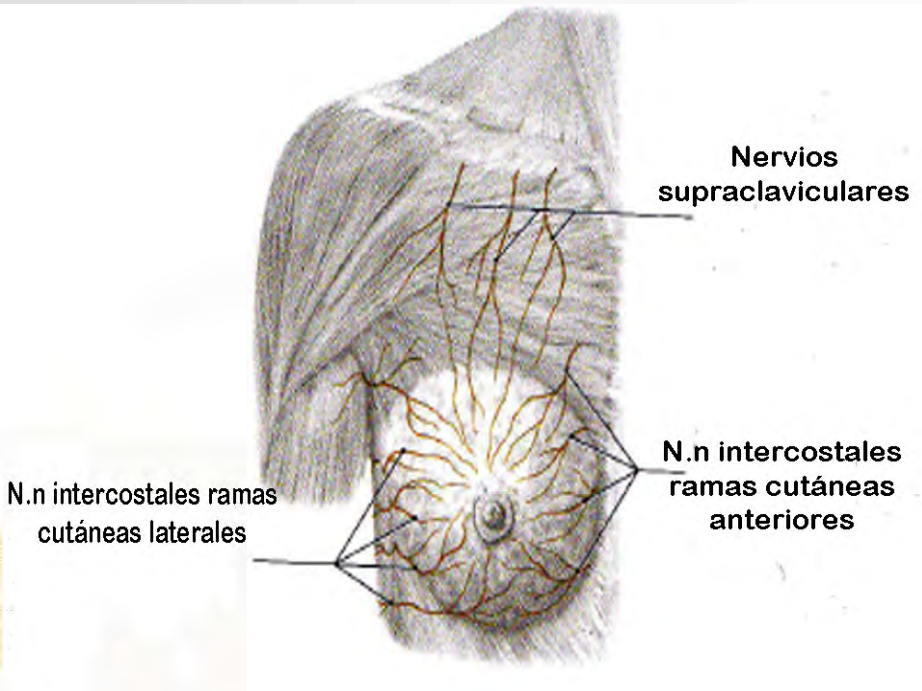
Chloroprocaine (mg)	Expected duration of effective surgical block (min)
30	40–60
40–45	45–75
60	60–90

Transversus Abdominis Plane Blocks



Rectus Sheath Blocks





Dolor postoperatorio

...

Control del DAP en cirugía ambulatoria

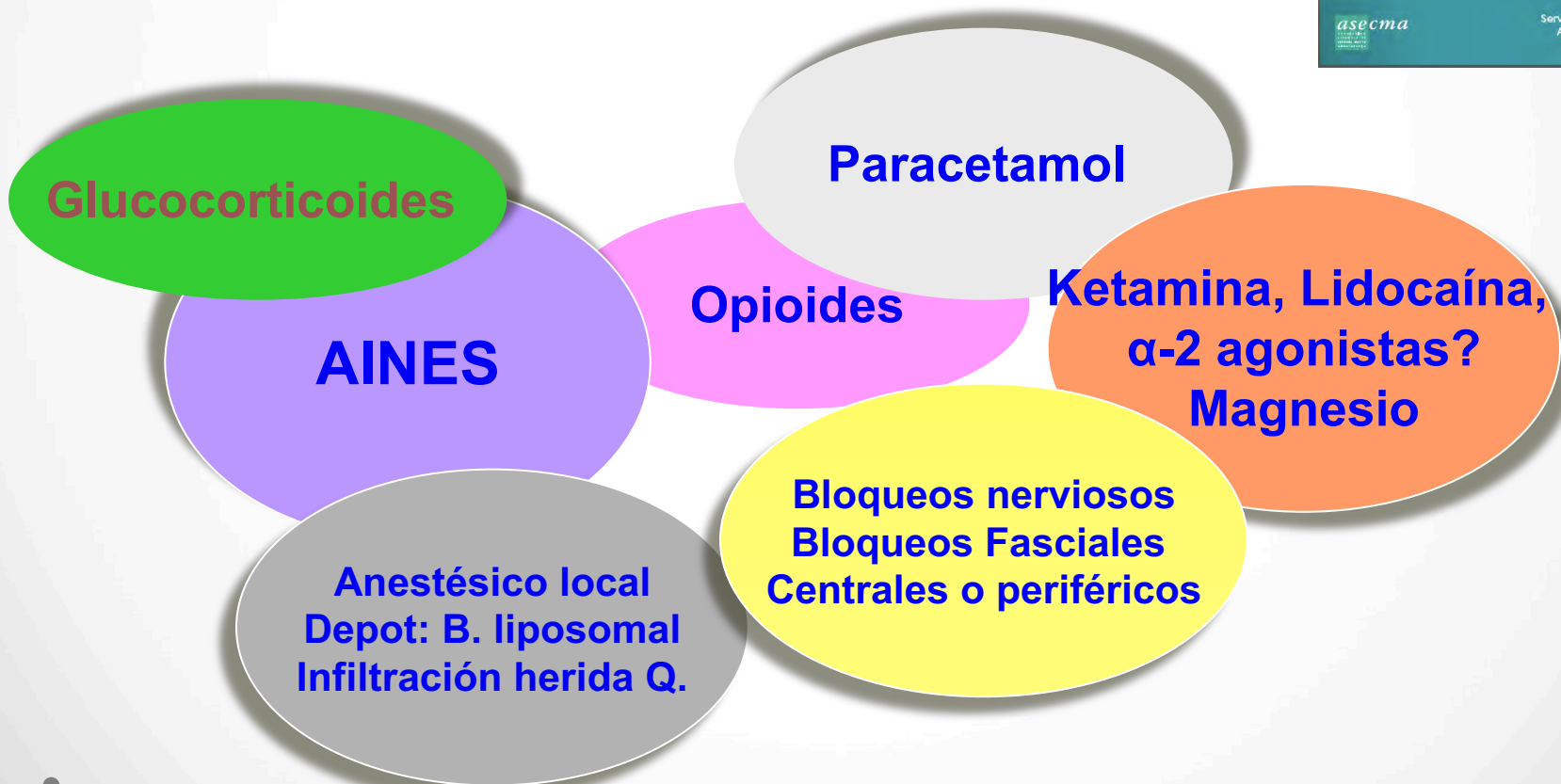
- El DAP es una de las complicaciones más frecuentes en CA.
- Elevada prevalencia tanto en adultos como en niños.
- Efectos deletéreos que afectan tanto al estado físico / emocional
- Incrementa la necesidad de personal sanitario, aumenta los costes y reduce la eficiencia del sistema.
- Es causa de demoras e ingresos hospitalarios no planificados.



Analgesia multimodal



- **Analgésico de elección**
- **Analgesia complementaria**
- **Analgesia de rescate**



Analgesia postoperatoria con infiltración de anestésico local en la herida quirúrgica

CIR MAY AMB
Vol. 13, N.º 2, pp. 60-66, 2008

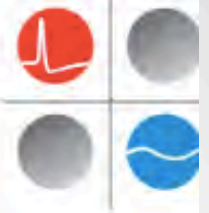
S. López Álvarez, M. Zaballos García¹, P. Diéguez García² y B. García Iglesias

El auge de esta modalidad analgésica es indiscutible, como se demuestra en diferentes estudios publicados en los últimos años (38-46). Las ventajas derivadas de su simplicidad, seguridad y bajo coste se suman a los efectos beneficiosos en la calidad de la analgesia y disminución de consumo de opiáceos, facilitando la movilización y la rehabilitación del paciente. El éxito ha sido debido al desarrollo de AL de larga duración, a las mejoras tecnológicas en el diseño de los catéteres, la comercialización de bombas elastoméricas con mayor seguridad y al progreso en las técnicas de analgesia regional controlada por el paciente.



prospect

procedure specific postoperative pain management



PROCEDURES:

- Abdominal Hysterectomy +
- C-Section +
- Colonic Resection +
- Haemorrhoid Surgery +
- Herniorraphy +
- Laparoscopic Cholecystectomy Update +
- Non-cosmetic Breast Surgery +
- Radical Prostatectomy +
- Thoracotomy +
- Total Hip Arthroplasty +
- Total Knee Arthroplasty +
- PROSPECT Methodology +
- Archive

Perineural Versus Intravenous Dexamethasone as an Adjuvant for Peripheral Nerve Blocks

A Systematic Review and Meta-Analysis

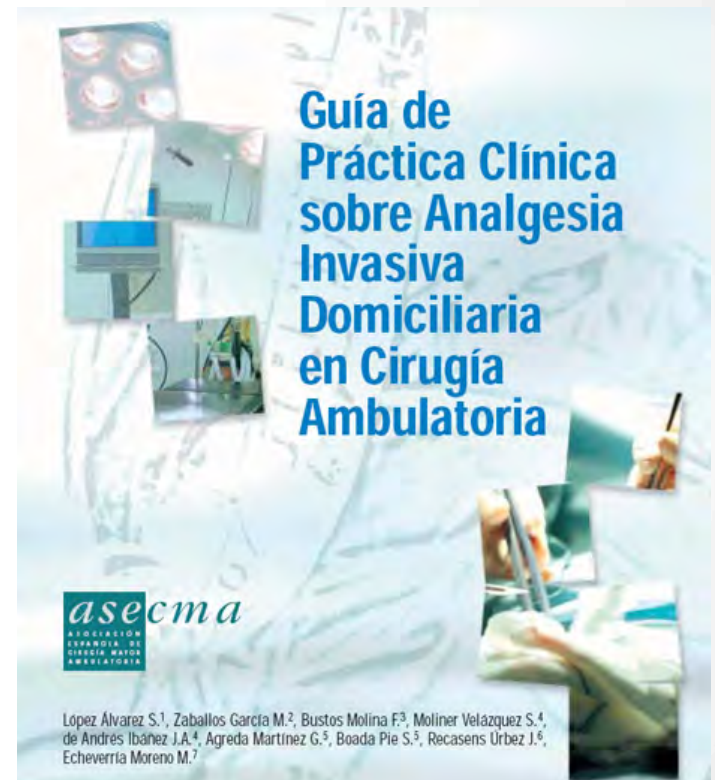
Matthew Alan Chong, MD, Nicolas Matthew Berbenetz, MD,† Cheng Lin, MD,* and Sudha Singh, MD**

Conclusions: Perineural dexamethasone prolongs the duration of analgesia across the RCTs included in our meta-analysis. The magnitude of effect of 3.77 hours raises the question as to whether perineural dexamethasone should be administered routinely over its IV counterpart—or reserved for selected patients where such prolongation would be clinically important.

(Reg Anesth Pain Med 2017;42: 319–326)

ANALGESIA INVASIVA DOMICILIARIA

- Mejor analgesia PO
- Calidad del sueño
- Mayor satisfacción
- ↓ consumo analgésicos/efectos adversos
- Corta experiencia



Novel analgesics in ambulatory surgical patients

Andrew Iskander and Tong J. Gan

Curr Opin Anesthesiol 2018, 31:685–692

KEY POINTS

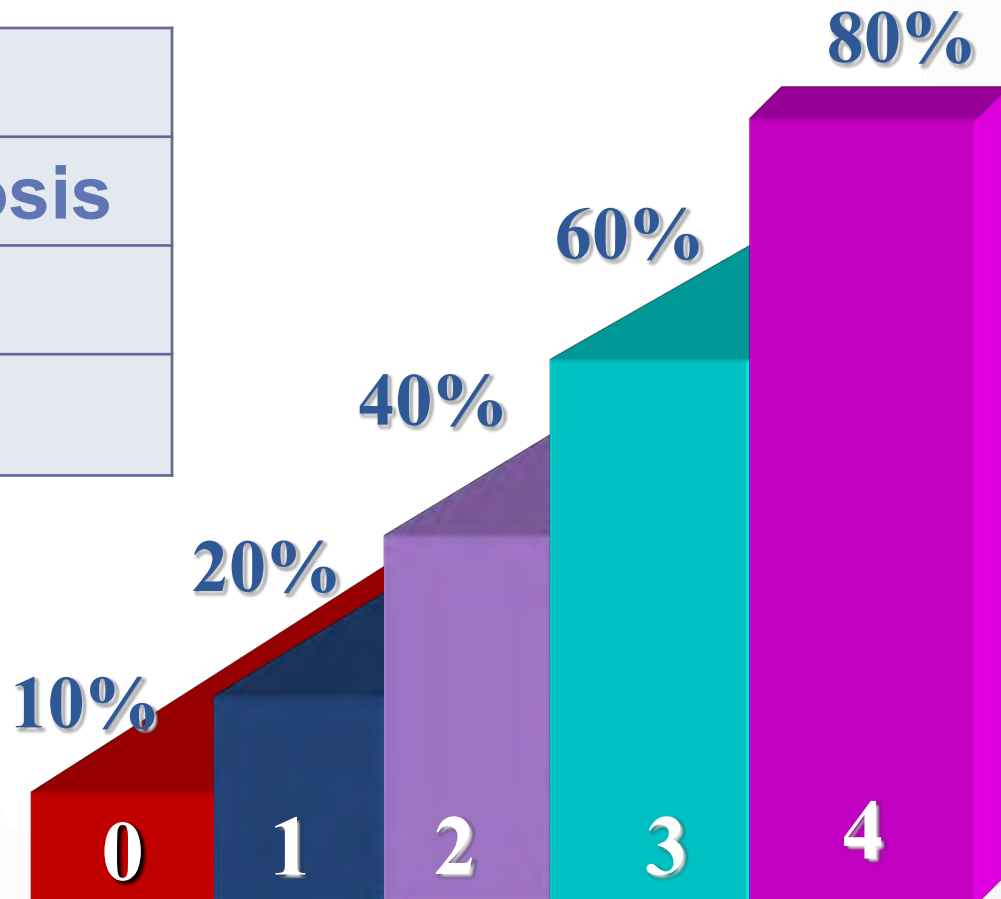
- Nanoparticle and depot delivery systems aim to control the release and thereby increase the specificity and duration of action of local anesthetics.
- Adding an NSAID to the local anesthetic may improve the efficacy of administered local anesthetic by creating a local tissue environment that is more favorable to the pharmacokinetic profile of local anesthetics.
- A new class of drugs, the μ -receptor agonist, norepinephrine reuptake inhibitor shows promise as drugs with a lower affinity for the μ -receptor which enables analgesic effects similar to more conventional opioids while reducing nausea and vomiting.
- K receptor agonists, including difelikefalin, target known mediators of pain transmission without the undesirable effects of μ -receptor-mediated nausea and vomiting.
- Novel routes of administration of conventional μ -receptor agonists including inhaled fentanyl and sufentanil microtablets allow for titration of desired analgesic effects without the need for intravenous access.

Náuseas y vómitos postoperatorios

...

Factores de riesgo de NVPO

Mujer
NVPO/Cinetosis
No fumador
Opioides PO



Apfel et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 1999;91:693–700

© Copyright 2014.

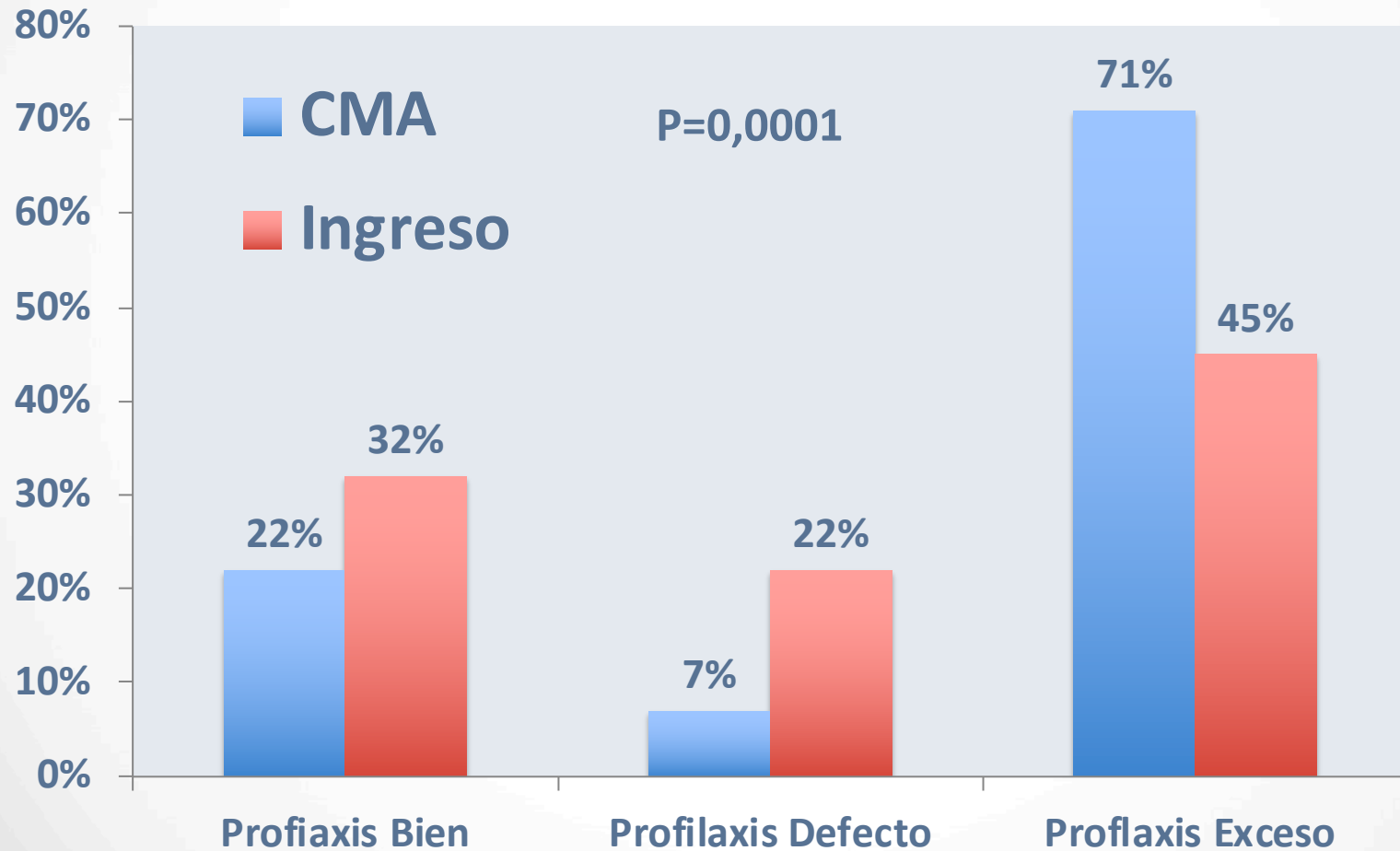
Matilde Zaballos, Servando López, Álvaro Elícegui, Pilar Benito, Filadelfo Bustos

Factores de riesgo de presentar náuseas y vómitos tras el alta de la unidad

FACTORES DE RIESGO	PUNTUACIÓN
Sexo femenino	1
Edad inferior a 50 años	1
Antecedentes de NVPO	1
Uso de opiáceos en la URPA	1
Náuseas en la URPA	1

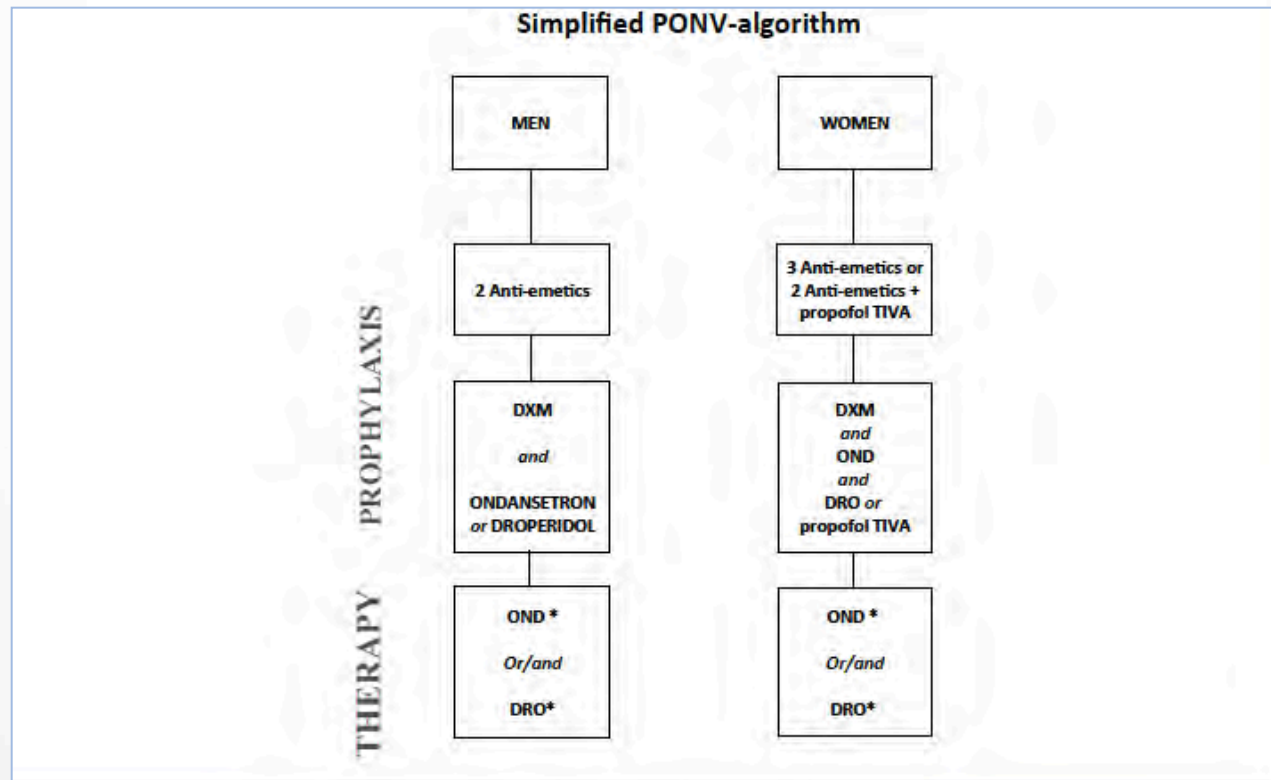
Profilaxis NVPO en HGUGM: CMA vs. ingreso

N=400 pacientes (200 CMA, 200 ingreso)



Simplified algorithm for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a before-and-after study

G. Dewinter¹, W. Staelens¹, E. Veef¹, A. Teunkens¹, M. Van de Velde^{1,2} and S. Rex^{1,2,*}



CRITERIOS DE RECUPERACIÓN Y ALTA EN CMA

TABLE II The modified Aldrete scoring system for determining when patients are ready for discharge from the postanesthesia care unit

<i>Discharge criteria from postanesthesia care unit</i>	<i>Score</i>
Activity: able to move voluntarily or on command	
Four extremities	2
Two extremities	1
Zero extremities	0
Respiration	
Able to deep breathe and cough freely	2
Dyspnea, shallow or limited breathing	1
Apneic	0
Circulation	
Blood pressure \pm 20 mm of preanesthetic level	2
Blood pressure \pm 20-50 mm preanesthesia level	1
Blood pressure \pm 50 mm of preanesthesia level	0
Consciousness	
Fully awake	2
Arousable on calling	1
Not responding	0
O ₂ saturation	
Able to maintain O ₂ saturation > 92% on room air	2
Needs O ₂ inhalation to maintain O ₂ saturation > 90%	1
O ₂ saturation < 90% even with O ₂ supplementation	0

A score \geq 9 was required for discharge. Reproduced with permission from: *Aldrete JA. J Clin Anesth 1995; 7: 89-91.*

TABLE III Revised postanesthetic discharge scoring system (PADS)

<i>Vital signs</i>	
Within 20% of preoperative baseline	2
20-40% of preoperative baseline	1
40% of preoperative baseline	0
<i>Activity level</i>	
steady gait, no dizziness, consistent with preop level	2
requires assistance	1
unable to ambulate / assess	0
<i>Nausea and vomiting</i>	
minimal: mild, no treatment needed	2
moderate: treatment effective	1
severe: treatment not effective	0
<i>Pain</i>	
VAS - 0-3 the patient has minimal or no pain prior to discharge	2
VAS - 4-6 the patient has moderate pain	1
VAS - 7-10 the patient has severe pain	0
<i>Surgical bleeding</i>	
minimal: does not require dressing change	2
moderate: required up to two dressing changes with no further bleeding	1
severe: required three or more dressing changes and continues bleed	0

VAS - visual analogue scale. Maximum score = 10; patients scoring \geq 9 are fit for discharge. From the Ambulatory Surgical Unit, University Health Network, University of Toronto.

Criterios de alta tras bloqueo nervioso periférico

	PUNTOS
Estabilidad hemodinámica	
Constantes vitales estables y congruentes con la edad y los valores preoperatorios	2
Constantes vitales (PA y FC) en un 20-40 % del valor preoperatorio	1
Constantes vitales (PA y FC) desviadas más de un 40 % del valor preoperatorio	0
Sangrado quirúrgico ^a	
Apósito seco. Sangrado por drenaje escaso, congruente con lo esperado	2
Apósito manchado de sangre que no aumenta. Sangrado por el drenaje inferior a 250 ml	1
La sangre que va aumentando en los apósitos. Sangrado por drenaje superior a 250 ml y mayor de lo esperado para dicho procedimiento	0
Deambulación ^b	
Ninguna limitación para caminar derivada de la cirugía o anestesia	2
Limitaciones para deambular como consecuencia de la cirugía o BNP (no de la sedación), pero es capaz de caminar con el apoyo de muletas.	1
Incapacidad para caminar como consecuencia de la anestesia	0
Información y educación	
Dar información precisa (oral y escrita) sobre los síntomas relacionados con el bloqueo, su duración y necesidades de cuidados hasta la restauración de la sensibilidad del miembro y asegurarse de la comprensión correcta de esta información.	2
Información oral precisa por parte del anestesiólogo y enfermera, aceptable comprensión por parte del paciente, pero información escrita deficiente	1
Ausencia de información y educación sobre BNP	0
Estado alerta. Grado de sedación	
Ausencia de alteraciones de la consciencia	2
Mínimas alteraciones de la consciencia, sin alteración de la realización de actividades	1
Incapacidad para realizar las actividades demandadas	0
Complicaciones durante la realización de la técnica anestésica y/o quirúrgica	
Ninguna complicación en la realización de la técnica anestésica/procedimiento quirúrgico	2
Complicación aceptable, sin previsión de secuelas. Puede retrasar el alta domiciliaria	1
Complicación anestésica o quirúrgica que comprometa el periodo postoperatorio	0

Necesidades actuales en cirugía ambulatoria

- Inclusión de procesos más invasivos
- Cirugías más dolorosas
- Procesos de c. urgente (apendicectomías, legrados, abscesos...)
- Mantener la calidad asistencial
- Mejorar el confort del paciente
- Acortar la experiencia perioperatoria
- Mantener la seguridad del paciente

C. TIROIDES



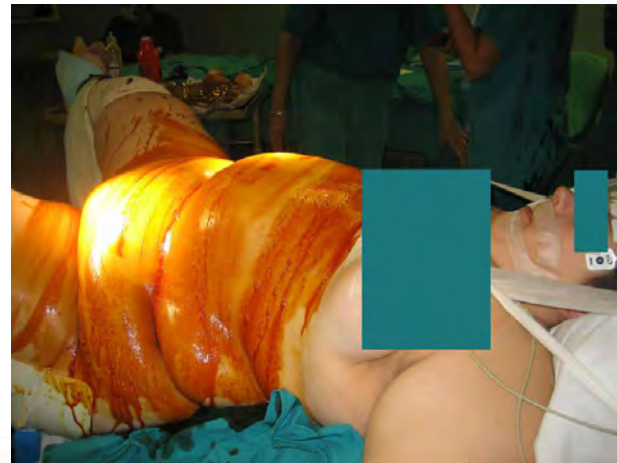
ACROMIOPLASTIA



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA



CIRUGIA BARIÁTRICA



CONCLUSIONES

- Crecimiento exponencial de la CA
- Garantizar seguridad del paciente
- Anestesia de calidad
- Control del dolor y NVPO
- Control de resultados
- Planificación y mejora

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

La unidad

Pacientes

Asistencia

Formación

Investigación

Profesionales

Sábado, 09 de junio de 2018

[Inicio](#) [Contacto](#)



1 2 3 4

Bienvenido a la página web de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Nuestro objetivo al desarrollar esta página es dar a conocer al ciudadano nuestra actividad asistencial. Le invitamos a que haga un recorrido virtual a través de nuestras instalaciones y del circuito que seguirá con nosotros. Este recorrido, una vez indicada la necesidad de su cirugía, comprenderá desde la valoración preoperatoria en la consulta de anestesia hasta el alta a su domicilio tras la intervención, y contribuirá a resolver sus dudas relacionadas con la intervención quirúrgica que va a afrontar.

Hemos preparado contenidos específicos para algunas de las cirugías más frecuentes. También encontrará recomendaciones sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio tras la intervención quirúrgica, y las preguntas habituales sobre procesos de cirugía mayor ambulatoria.

En su elaboración ha participado el equipo multidisciplinar de la unidad: anestesiólogos, cirujanos, enfermeras, auxiliares de enfermería, secretarías y auxiliares de obras y servicios. Creemos en la labor del equipo y pensamos que el éxito del proceso depende de todos, aunque cada uno tenga una participación diferente en tiempo y responsabilidad.

Nuestro compromiso con los pacientes y la calidad se han visto refrendados con la obtención de la certificación con norma UNE-ISO 9001:2008.



Profesionales de
la Unidad

Información práctica
para pacientes

Visita a la
unidad

Profilaxis NVPO HGUGM: eventos eméticos

N=400 pacientes (200 CMA, 200 ingreso)

