SaludMadrid

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Recuperación postoperatoria Criterios de alta domiciliaria

EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Dra. Matilde Zaballos

Profesor Asociado de CCSS Universidad Complutense de Madrid

Anestesiólogo Hospital Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS

Revisar los criterios óptimos en la recuperación postoperatoria de los pacientes intervenidos de forma ambulatoria.

FASES DE LA RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

Fase I	*E*l paciente recupera sus funciones fisiológicas básicas.
Fase II	*E*l paciente reanuda las actividades cotidianas de su vida y es capaz de volver a casa con seguridad
Fase III	El paciente recupera sus funciones iniciales y puede reanudar sus actividades normales

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA

El principal objetivo debe ser ***prevenir la aparición de complicaciones o eventos adversos como el dolor agudo postoperatorio las NVPO, la sedación o el temblor,*** pues los costes de su tratamiento puede exceder con mucho los de la prevención.

López L, Diéguez P, Recuperación postanestésica y criterios de alta. En López S. Anestesia ambulatoria . Inspira Network, CB. Madrid, 2014, p223-233

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA

- Idealmente el periodo de recuperación postanestésico debe ser ***rápido, seguro y con alto grado de satisfacción,*** siendo esencial aunar calidad asistencial y racionalización del gasto, ya que este periodo determina el *35 % de los costes totales* de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

- La recuperación postoperatoria es un proceso continuo y evolutivo, que dura varios días, desde el final de la intervención quirúrgica hasta la recuperación completa, cuando el paciente vuelve a su estado fisiológico preoperatorio, ya en su domicilio.

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA

- **El factor más determinante, sin duda, es la técnica anestésica.**

- Los anestesiólogos debemos asumir que nuestras intervenciones durante el proceso perioperatorio influyen en los resultados postquirúrgicos y en los tiempos de recuperación.

FASE I DE LA RECUPERACIÓN: URPA

- Los pacientes recuperan la consciencia y la estabilidad de sus funciones fisiológicas básicas, incluyendo el mantenimiento espontáneo de una vía aérea permeable y de unas funciones pulmonar y cardiovascular aceptables y estables.

- Esta fase se desarrolla característicamente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), sala adyacente a los quirófanos, y la monitorización de las constantes habituales es imprescindible, valorándose también el nivel de bloqueo si se ha realizado una anestesia regional.

FASE I DE LA RECUPERACIÓN: URPA

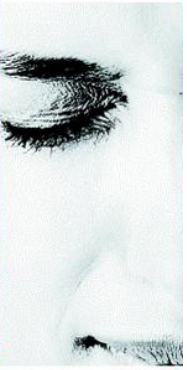
- El proceso de **recuperación rápida,** también conocido por el término inglés ***fast-track,*** determina un ***alta directa desde el quirófano a la sala de recuperación o adaptación al medio,*** evitando el paso por la URPA. Esto permite un alta domiciliaria más rápida, la eliminación de las estancias innecesarias y caras en la URPA.

- Es imprescindible una formación específica de la enfermería en este tipo de recuperación, puesto que aumenta su trabajo en la sala de readaptación al medio.

CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA AMBULATORIA

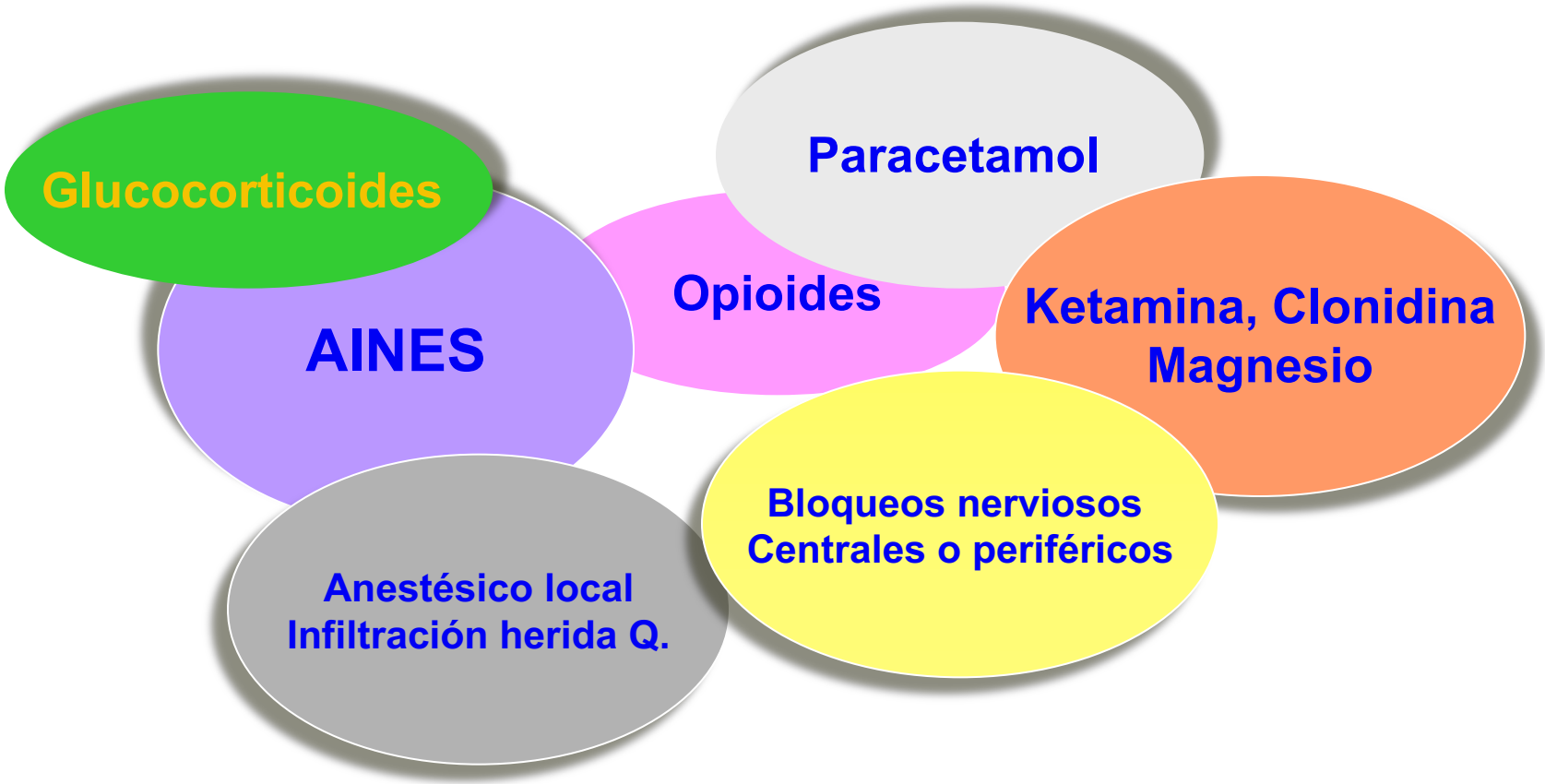
- El dolor agudo postoperatorio (DAP) es una de las complicaciones más frecuentes en CA.
- Tiene una elevada prevalencia tanto en adultos como en niños.
- Ocasiona efectos deletéreos que afectan tanto al estado físico / emocional
- Incrementa la necesidad de personal sanitario, aumenta los costes y reduce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

Grupo corporativo de ASECMA sobre analgesia. Manejo del dolor agudo postoperatorio en CMA. Cir May Amb 2006; 11. Sup 2:3-47



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 García[1], P. Diéguez García[2] 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.

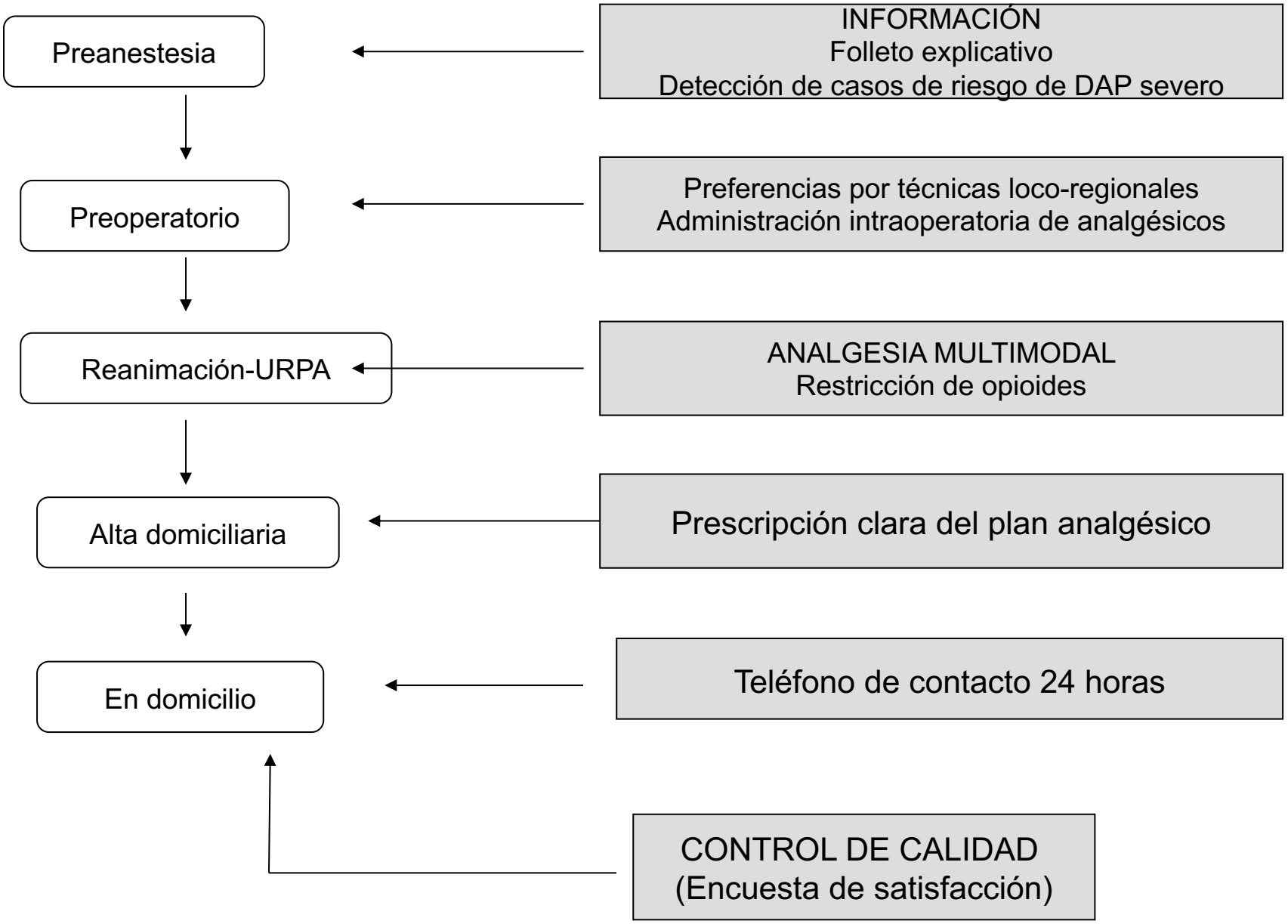
Comparativa con otros hospitales grupo 3

Año 2016

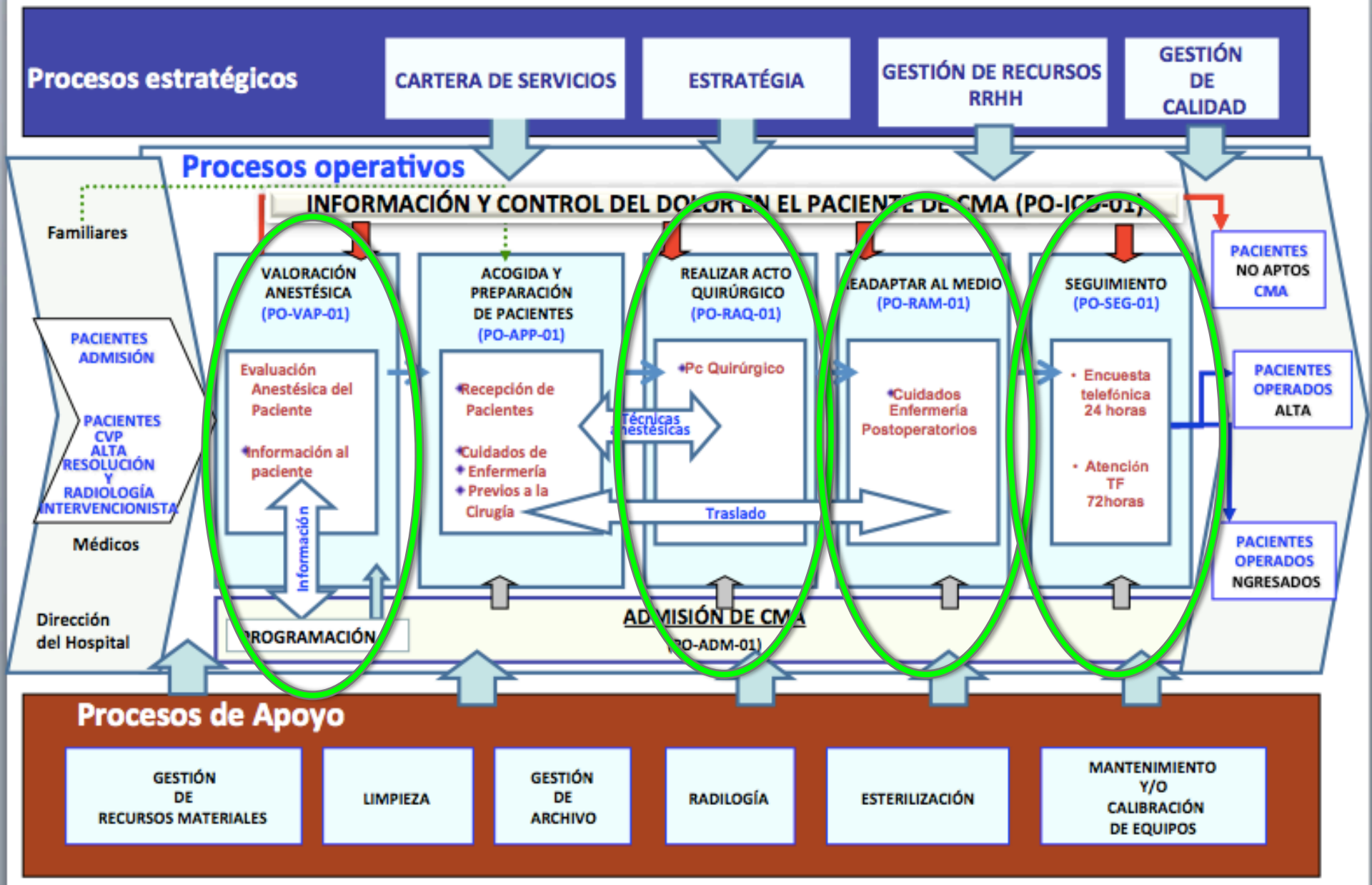
ÍTEM	TOTAL GRUPO 3	HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍA	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
Antelación con la que le comunicaron la fecha de intervención	84,0%	82,0%	76,4%	94,4%	83,5%
Información previa ofrecida sobre la intervención que le iban a realizar	88,7%	89,4%	85,7%	92,6%	88,1%
Explicaciones dadas sobre los pasos que debía seguir antes de ser intervenido	91,5%	92,4%	87,5%	96,3%	93,7%
Accesibilidad al hospital: Transporte público	75,8%	80,0%	66,0%	84,9%	86,9%
Accesibilidad al hospital para personas discapacitadas	79,7%	87,2%	71,7%	89,3%	78,2%
Tiempo de espera desde que el paciente llegó al hospital hasta que fue intervenido	80,2%	78,3%	77,5%	91,9%	78,3%
Conservación y limpieza de las instalaciones	89,9%	87,6%	92,9%	95,6%	91,8%
Respeto a la intimidad del paciente	90,5%	87,6%	88,8%	95,0%	91,9%
Información dada explicando en qué consiste, riesgos y beneficios de la intervención	83,5%	83,7%	77,7%	90,6%	87,5%
Información dada explicando en qué consiste la anestesia y sus riesgos	82,3%	83,5%	77,7%	87,3%	87,1%
Facilidad para hablar con profesionales después operación y plantear dudas y preguntas	81,8%	84,7%	74,8%	86,1%	82,9%
Trato y amabilidad de los médicos	95,2%	95,0%	90,6%	97,5%	95,7%
Competencia como profesional y conocimientos de los médicos	96,7%	96,9%	96,8%	99,4%	96,8%
Tiempo y dedicación de los médicos	92,3%	93,1%	86,2%	96,2%	93,2%
Satisfacción global con los médicos	94,7%	95,0%	93,7%	96,9%	95,6%
Trato y amabilidad de las enfermeras/os	95,4%	93,8%	95,6%	97,5%	97,5%
Competencia como profesional y conocimientos de los médicos	95,6%	94,4%	94,9%	98,0%	98,1%
Tiempo y dedicación de las enfermeras/os	93,5%	91,9%	92,5%	95,6%	93,1%
Satisfacción global con las enfermeras/os	94,3%	93,1%	95,0%	95,6%	96,9%
Satisfacción global con el resto del personal	94,1%	94,1%	94,6%	97,9%	92,7%
Satisfacción con el tratamiento para el dolor	84,5%	88,9%	88,3%	75,8%	82,8%
Explicaciones sobre lo que debe hacer en casa el paciente para cuidarse	90,5%	88,5%	88,8%	91,9%	92,5%
Información de dónde acudir en caso de urgencia	90,0%	92,2%	89,1%	93,5%	87,7%
Información sobre cuándo y dónde acudir para la revisión con el médico	93,6%	89,6%	97,5%	94,4%	90,6%
Satisfacción con la información recibida a la salida del hospital	91,4%	84,4%	94,4%	93,8%	93,2%
Satisfacción con el tiempo total de estancia en el Servicio de CA	85,0%	84,9%	81,0%	89,1%	87,9%
Satisfacción con la participación en las decisiones sobre su problema de salud	89,6%	88,2%	87,4%	92,7%	89,4%
Satisfacción global con la información recibida	89,7%	90,7%	88,2%	93,2%	90,1%
Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de CA	94,5%	91,9%	94,4%	96,3%	95,0%
Recomendación del Servicio de CA	97,6%	98,1%	98,1%	99,4%	98,1%

% respuestas favorables excluyendo Ns/Nc

Estrategia de manejo del dolor en CMA



MAPA DE PROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)



CONTROL DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA

INCIDENCIA DE NVPO EN CMA

Se estima que hasta **un 20-30%** de los pacientes quirúrgicos, pueden presentar esta complicación pudiendo llegar hasta el 80% en los grupos de más riesgo.

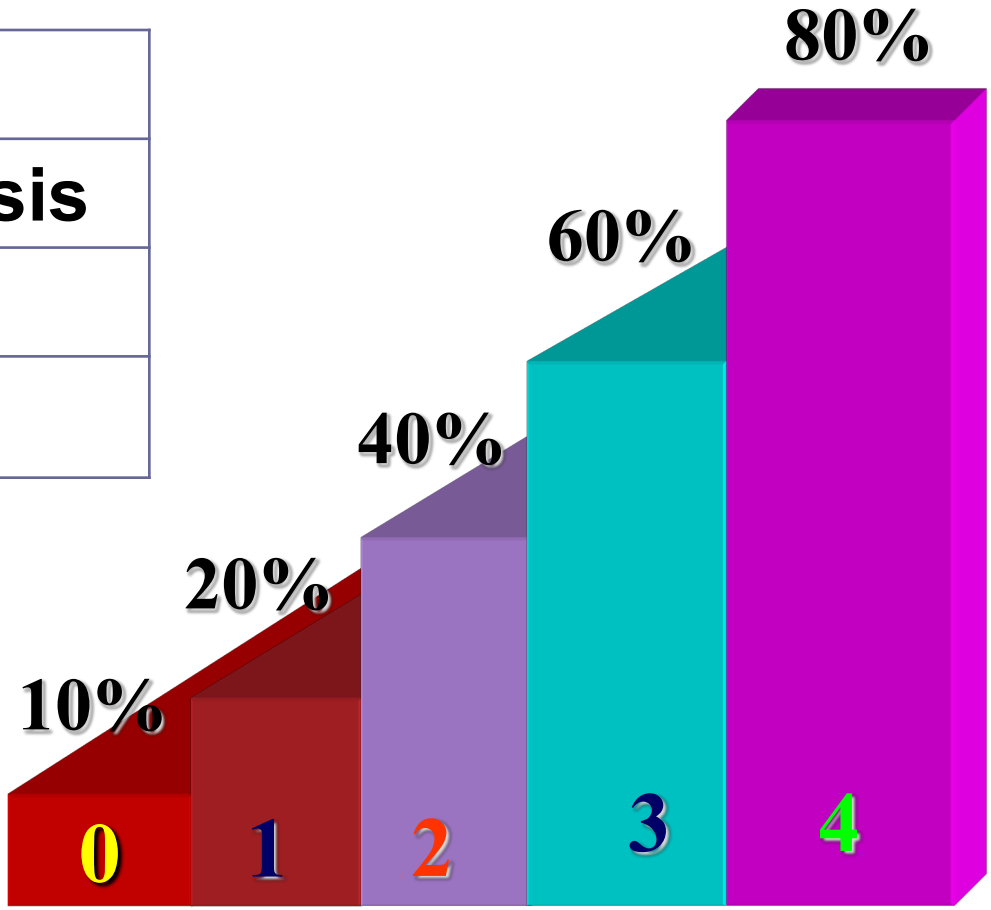
Diferentes revisiones, que han evaluado los síntomas postoperatorios en procedimientos ambulatorios tras el alta hospitalaria, han mostrado una incidencia de náuseas del 17% (0-35%) y de vómitos del 8% (0-16%), destacando que un **14% de los pacientes presentaron síntomas durante 3 ó más días de duración**.

INCIDENCIA DE NVPO EN CMA

El impacto que las NVPO tienen en el contexto de la cirugía ambulatoria se ve magnificado, ya que constituyen una causa de **retraso en el alta**, incrementan el número de **reingresos imprevistos**, y por lo tanto producen un **aumento del coste sanitario**.

Factores de riesgo de NVPO

Mujer
NVPO/Cinetosis
No fumador
Opioides PO

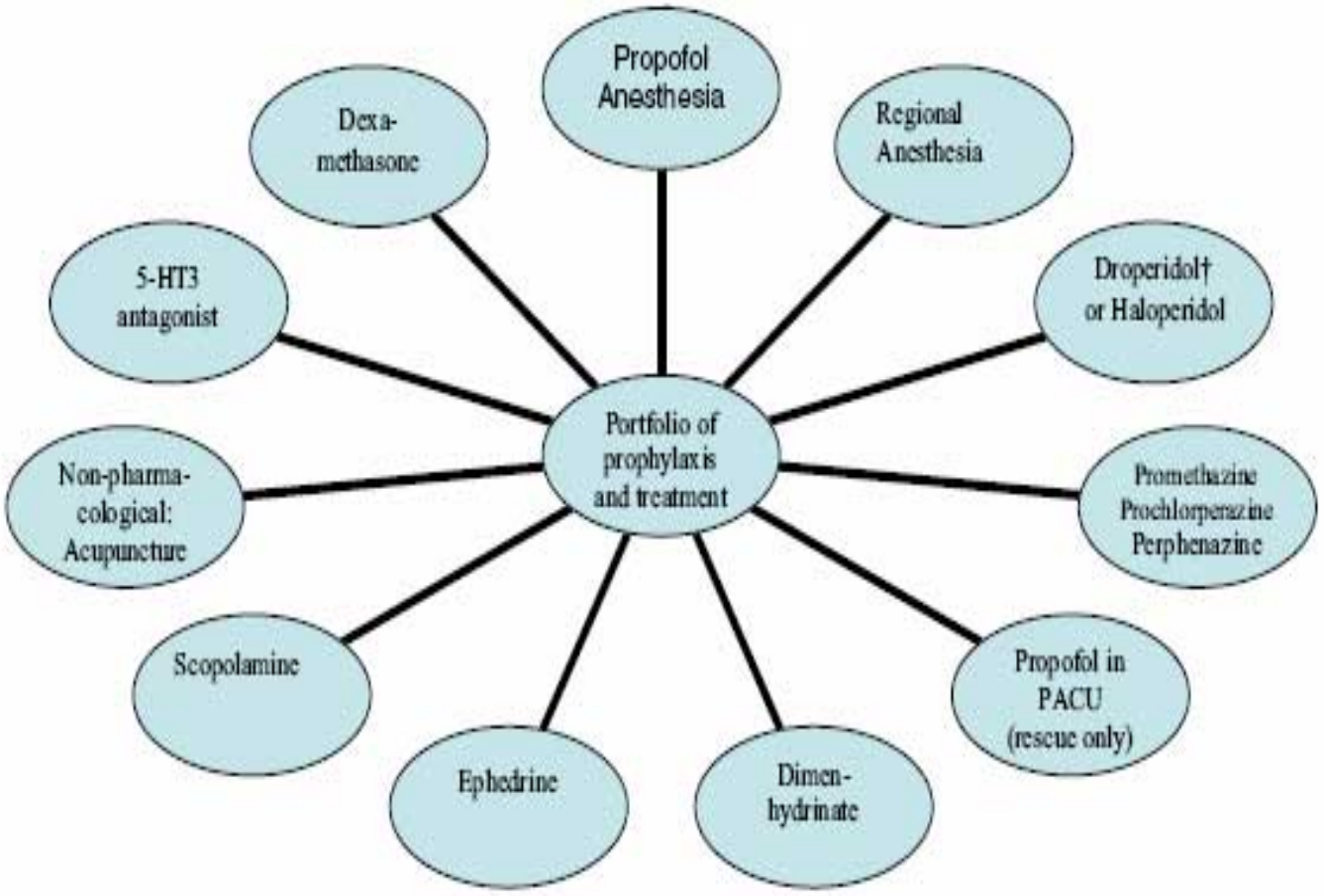


Apfel et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 1999;91:693–700

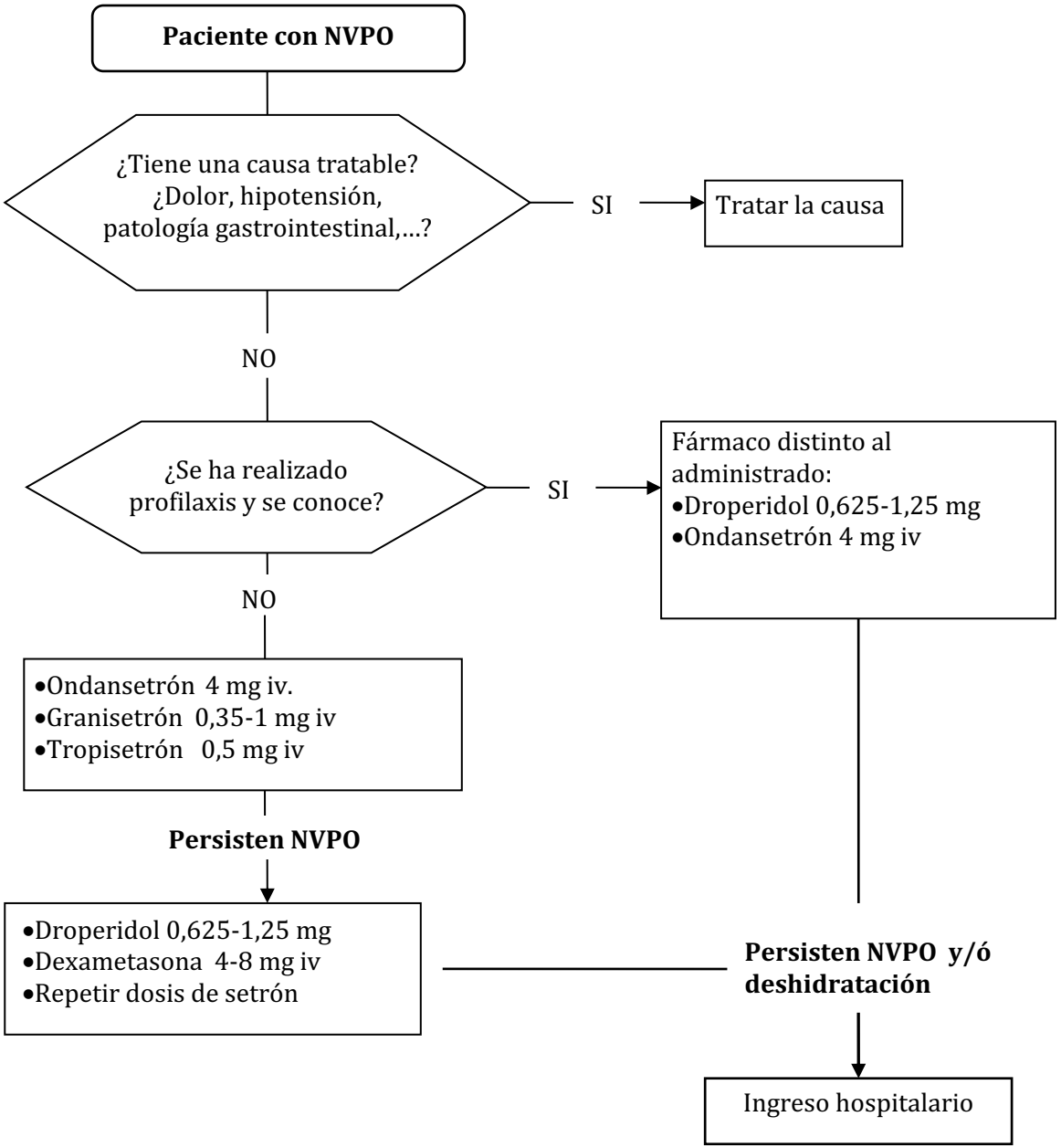
FACTORES DE RIESGO DE PRESENTAR NÁUSEAS Y VÓMITOS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

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

Medidas profilácticas para el manejo de NVPO



Algoritmo de manejo de las NVPO en la URPA



FASE II DE LA RECUPERACIÓN: SALA DE READAPTACIÓN AL MEDIO

- A los pacientes se les debe brindar un entorno propicio para la adaptación de nuevo a su entorno, así se debe facilitar la posibilidad de estar acompañado por familiares para su recuperación.

- A menudo, se busca la sedestación en sillón, se aportan líquidos claros, e incluso se les ofrece sólidos basados fundamentalmente en carbohidratos, sin grasas ni proteínas.

FASE II DE LA RECUPERACIÓN: SALA DE READAPTACIÓN AL MEDIO

- Deben evaluarse las ***constantes vitales básicas*** más ***ocasionalmente*** que en la URPA, y la enfermería debe evaluar la recuperación del paciente mediante los criterios de alta establecidos en el centro para esta fase.

- Los pacientes recuperan un grado mayor de capacidad mental y pueden atender a muchas de sus propias necesidades básicas.

FASE III DE LA RECUPERACIÓN: DOMICILIO

- El paciente recupera su estado y nivel de actividad anteriores a la intervención; el desarrollo de esta fase tiene lugar en el propio domicilio del paciente y su duración es variable, pudiendo ***requerir semanas.***

- Su variabilidad se basa fundamentalmente en el tipo de intervención quirúrgica realizada, la técnica anestésica empleada para la cirugía y los antecedentes personales del paciente.

FASE III DE LA RECUPERACIÓN: DOMICILIO

- Los pacientes deben ***seguir unas instrucciones ofrecidas*** previamente. Entre los consejos brindados al paciente se encuentran el ***no conducir vehículos ni realizar tareas importantes o tomar decisiones hasta pasadas unas 24 horas posteriores al alta.***

- Si los pacientes **tienen pautada medicación con opioides o benzodiacepinas** este periodo debe aumentar. El paciente debe estar acompañado durante un periodo de tiempo en el que requiera cuidados para ejercer las tareas de forma segura y autónoma. La tarea del equipo médico en esta fase de recuperación es crucial en algunos casos.

CRITERIOS GENERALES A CUMPLIR

- Un requerimiento universal para el alta de la Unidad es disponer de una ***persona responsable*** que acompañe al paciente a su domicilio y lo atienda durante las primeras 24 horas.
- Criterio que aparece recogido en la guía de anestesia ambulatoria de la American Society Anesthesia como "*los pacientes que reciban alguna forma de anestesia distinta de la anestesia local aislada deben ser atendidos por un adulto responsable como criterio necesario para que puedan recibir el alta*".

CRITERIOS GENERALES A CUMPLIR

- La guía del Ministerio de Sanidad y Consumo en sus "Estándares y Recomendaciones" del año 2008 habla igualmente de un "*adulto responsable*", ahora bien no se disponen de medios para comprobar si el paciente tiene un adulto responsable en su domicilio, independientemente de todas las matizaciones que se pueden realizar a dicha expresión.

CRITERIOS GENERALES A CUMPLIR

- El paciente debe disponer de ***teléfono de contacto*** (fijo/ móvil) para acceder a una asistencia telefónica (las 24 horas del día) y poder consultar dudas o problemas relacionados con el procedimiento quirúrgico, con la infusión continua de analgésicos o el manejo de drenajes.

- El paciente y acompañante deben recibir información por escrito y de forma oral, con recomendaciones acerca del seguimiento postoperatorio, ***actividades que debe evitar*** (conducir vehículos, etc.) e instrucciones acerca de las ***medidas a tomar en caso de complicaciones.***

Comparativa con otros hospitales grupo 3

Año 2016

ÍTEM	TOTAL GRUPO 3	HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍA	HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
Antelación con la que le comunicaron la fecha de intervención	84,0%	82,0%	76,4%	94,4%	83,5%
Información previa ofrecida sobre la intervención que le iban a realizar	88,7%	89,4%	85,7%	92,6%	88,1%
Explicaciones dadas sobre los pasos que debía seguir antes de ser intervenido	91,5%	92,4%	87,5%	96,3%	93,7%
Accesibilidad al hospital: Transporte público	75,8%	80,0%	66,0%	84,9%	86,9%
Accesibilidad al hospital para personas discapacitadas	79,7%	87,2%	71,7%	89,3%	78,2%
Tiempo de espera desde que el paciente llegó al hospital hasta que fue intervenido	80,2%	78,3%	77,5%	91,9%	78,3%
Conservación y limpieza de las instalaciones	89,9%	87,6%	92,9%	95,6%	91,8%
Respeto a la intimidad del paciente	90,5%	87,6%	88,8%	95,0%	91,9%
Información dada explicando en qué consiste, riesgos y beneficios de la intervención	83,5%	83,7%	77,7%	90,6%	87,5%
Información dada explicando en qué consiste la anestesia y sus riesgos	82,3%	83,5%	77,7%	87,3%	87,1%
Facilidad para hablar con profesionales después operación y plantear dudas y preguntas	81,8%	84,7%	74,8%	86,1%	82,9%
Trato y amabilidad de los médicos	95,2%	95,0%	90,6%	97,5%	95,7%
Competencia como profesional y conocimientos de los médicos	96,7%	96,9%	96,8%	99,4%	96,8%
Tiempo y dedicación de los médicos	92,3%	93,1%	86,2%	96,2%	93,2%
Satisfacción global con los médicos	94,7%	95,0%	93,7%	96,9%	95,6%
Trato y amabilidad de las enfermeras/os	95,4%	93,8%	95,6%	97,5%	97,5%
Competencia como profesional y conocimientos de los médicos	95,6%	94,4%	94,9%	98,0%	98,1%
Tiempo y dedicación de las enfermeras/os	93,5%	91,9%	92,5%	95,6%	93,1%
Satisfacción global con las enfermeras/os	94,3%	93,1%	95,0%	95,6%	96,9%
Satisfacción global con el resto del personal	94,1%	94,1%	94,6%	97,9%	92,7%
Satisfacción con el tratamiento para el dolor	84,5%	88,9%	88,3%	75,8%	82,8%
Explicaciones sobre lo que debe hacer en casa el paciente para cuidarse	90,5%	88,5%	88,8%	91,9%	92,5%
Información de dónde acudir en caso de urgencia	90,0%	92,2%	89,1%	93,5%	87,7%
Información sobre cuándo y dónde acudir para la revisión con el médico	93,6%	89,6%	97,5%	94,4%	90,6%
Satisfacción con la información recibida a la salida del hospital	91,4%	84,4%	94,4%	93,8%	93,2%
Satisfacción con el tiempo total de estancia en el Servicio de CA	85,0%	84,9%	81,0%	89,1%	87,9%
Satisfacción con la participación en las decisiones sobre su problema de salud	89,6%	88,2%	87,4%	92,7%	89,4%
Satisfacción global con la información recibida	89,7%	90,7%	88,2%	93,2%	90,1%
Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de CA	94,5%	91,9%	94,4%	96,3%	95,0%
Recomendación del Servicio de CA	97,6%	98,1%	98,1%	99,4%	98,1%

% respuestas favorables excluyendo Ns/Nc

CRITERIOS DE ALTA

- Tradicionalmente el periodo de recuperación tras un procedimiento quirúrgico ***se fijaban por tiempos mínimos de permanencia,*** no se establecían en base a unos criterios objetivos que el paciente va cumpliendo hasta poder ser dado de alta.

- La introducción de diferentes escalas de puntuación para el alta establece unos criterios que permite comparar los tiempos en función de las ***diferentes técnicas anestésicas, características de la Unidad y según los procedimientos.***

ESCALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA MODIFICADA (ALDRETE MODIFICADO)

Appendix 1
Aldrete Scoring System

Activity: Able to move voluntarily or on command	
4 extremities	2
2 extremities	1
0 extremities	0
Respiration	
Able to deep breathe and cough freely	2
Dyspnea, shallow or limited breathing	1
Apneic	0
Circulation	
BP ± 20 mm of preanesthesia level	2
BP ± 20 to 50 mm of preanesthesia level	1
BP ± 50 mm of preanesthesia level	0
Consciousness	
Fully awake	2
Arousable on calling	1
Not responding	0
Color	
Normal	2
Pale, dusky, blotchy	1
Cyanotic	0

BP = blood pressure.

Todas estas escalas están pensadas para el alta de la URPA I, mientras que los criterios que establece "*Modified Postanesthesia Discharge Scoring System"* (PADSS) desarrollada por Chung en 1997, se consideran más idóneos para el alta domiciliaria.

MODIFIED POSTANESTHESIA DISCHARGE SCORING SYSTEM (PADSS)

Constantes vitales	*Puntos*
Presión arterial y frecuencia del pulso en un 20 % del valor preoperatorio	2
Presión arterial y frecuencia del pulso en un 20-40 % del valor preoperatorio	1
Presión arterial y frecuencia del pulso en un > 40 % del valor preoperatorio	0
Nivel de actividad	
Marcha constante sin mareos	2
Requiere ayuda	1
Incapacidad para caminar	0
Náuseas y vómitos	
Mínimas, tratamiento adecuado con la medicación oral	2
Moderadas, tratamiento adecuado con la medicación i.m.	1
Intensas, sin respuesta al tratamiento repetido	0
Hemorragia quirúrgica	
Mínima	2
Moderada	1
Intensa	0
Dolor	2
Mínimo	1
Moderado	0
Severo o intenso	

Los pacientes con una puntuación de 9 se consideran idóneos para el alta a domicilio

ESCALA DE RECUPERACIÓN Y BNP

CRITERIOS DE ALTA TRAS BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO (18)

	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 pero no aumenta. Sangrado por el drenaje inferior a 200 ml	1
La sangre va aumentando en los apósitos. Sangrado por drenaje superior a 250 ml	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 la comprensión correcta de esta información	2
Información oral precisa por parte del anestesiólogo y enfermera, aceptable compresión por parte del paciente, pero información escrita deficiente	1
Ausencia de información y educación sobre BNP	0
ESTADO ALERTA. GRADO SEDACIÓN	
Ausencia de alteraciones de la conciencia	2
Mínimas alteraciones de la conciencia, sin alteración de la realización de actividades	1
Incapacidad para realizar las actividades demandadas	0

a. No solo es necesario valorar apósitos, sino también los drenajes. Actualmente pacientes con drenajes quirúrgicos son incluidos en programas de cirugía ambulatoria.
b. No es obligada la deambulación del paciente cuando se interviene de una extremidad inferior, pero sí que tenga capacidad de caminar ayudado de muletas.
Alta domiciliaria con puntuación de 9 sobre 10 y ningún criterio debe ser 0.

CONTROVERSIAS

Recommendations for Discharge Protocol. The routine requirement for urination before discharge should not be part of a discharge protocol and may only be necessary for selected patients.

The requirement of drinking clear fluids should not be part of a discharge protocol and may only be necessary for selected patients, determined on a case-by-case basis (*e.g.*, diabetic patients).

As part of a recovery room discharge protocol, all patients should be required to have a responsible individual accompany them home.

Patients should be observed until they are no longer at increased risk for cardiorespiratory depression. A mandatory minimum stay should not be required. Discharge criteria should be designed to minimize the risk of central nervous system or cardiorespiratory depression after discharge.

RETENCIÓN URINARIA

Alteración función del m. detrusor:

- Relacionado con potencia y la dosis de A.L.

Opiáceos ?

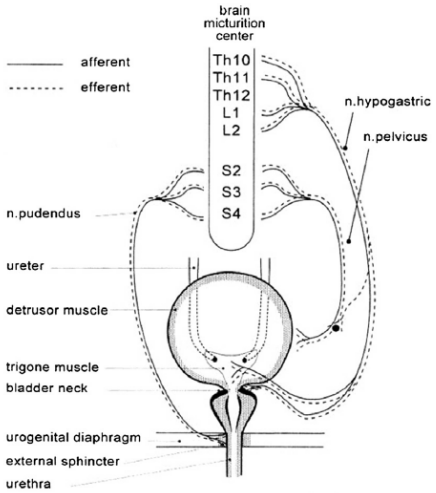
A.L. de corta duración disminuyen riesgo de RU

- 2-cloroprocaina
- Prilocaína: 8,3-23%
- Es necesario unificar criterios de RU (comparar e

Faltan estudios comparativos (AR vs. AG)

Limitar volumen líquidos (750-1000 ml)

Factores de riesgo: edad, varones, c. pélvica, c. hernia, c. prolongada y ant. de disfunción urológica



RETRASOS EN EL ALTA

- PRIMERA: CAUSAS ANESTÉSICAS
- SEGUNDA: LA ENFERMERA QUE ATIENDE AL PACIENTE

“HAY PERSONAL DE ENFERMERIA QUE POSEE GRAN CAPACIDAD PARA FACILITAR EL ALTA, MIENTRAS QUE EN OTROS CASOS LO RETRASAN DE MODO INJUSTIFICABLE”

OBJETIVO FINAL: CONFORT DEL PACIENTE