



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C.
COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

MÉXICO D.F. OCTUBRE DEL 2014



2014

CIRUGÍA CON PASIÓN,
TALENTO Y ESFUERZO.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

AUTORES

AUTORES	ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN	ÁREA LABORAL
Dr. Miguel Magdaleno García Coordinador de Guía	CIRUGÍA GENERAL	IMSS	UMAA 55 LEÓN / Hospital Ángeles León
Dr. José Tulio Puente de la Garza Supervisor de Guía	CIRUGÍA GENERAL	PARTICULAR	UMAA7 Monterrey
Dr. Luis Alberto Medina Martínez	CIRUGÍA GENERAL	IMSS	JPM IMSS Monterrey
Dr. Rafael Contreras Ruiz Velasco	CIRUGÍA GENERAL	IMSS	ABC DF





1.- CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujanos Generales y Médicos en interrelación o derivación de pacientes para el servicio de Cirugía Ambulatoria; profesionales de la salud que estén en relación con Unidades de Cirugía Ambulatoria o referencia a las mismas.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	No procede.
CATEGORÍA DE GPC	Guía clínica y terapéutica dirigida a segundo y primer nivel de atención médico-quirúrgica.
USUARIOS POTENCIALES	Personal de la Salud perteneciente a la AMCG en forma Inicial.
ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
POBLACIÓN BLANCO	Población que sea candidato de referencia para el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Resumen de los conceptos, patologías y procesos a llevar a cabo en la Cirugía Mayor Ambulatoria.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Se espera que con esta guía se unifiquen criterios para la atención en el Proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria y con esto mejorar los resultados a corto, mediano y largo plazo de estos pacientes, estandarización de procesos y reproducibilidad de los resultados, así como enseñanza a médicos en formación e integración en programas de especialidad de Cirugía General.





METODOLOGÍA	<p>Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencias. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistematizada de la literatura. Búsqueda de bases de datos electrónicas. Búsqueda de otras guías en centros de elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 27. Guías seleccionadas: No existe. Consensos de expertos. Validación de protocolos de búsqueda por el comité de enseñanza e investigación de la AMCG. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistematizada de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones. Emisión de evidencias y recomendaciones (ver anexos).</p>
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	<p>Validación de protocolos de búsqueda. Método de validación de la GPC: Validación por pares. Validación Interna: Comité de enseñanza e investigación de la AMCG.</p>
CONFLICTO DE INTERÉS	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de práctica clínica.</p>





2.- INTRODUCCIÓN

Se considera que la cirugía mayor ambulatoria es una rama de la cirugía, que se realiza en forma cotidiana a nivel mundial y en nuestros sistemas de salud, ya que puede abarcar un alto porcentaje de pacientes y enfermedades para su resolución quirúrgica y se tendrá que tener las bases para poder desarrollar estos procesos en toda la república en las diferentes instituciones con un protocolo y manejo estandarizado, teniendo en cuenta los desarrollos de algunas unidades y la experiencia internacional. También se deberá considerar la enseñanza a cirujanos generales y en formación de especialidad para su conocimiento.

Las diferentes patologías desarrolladas en las unidades de cirugía mayor ambulatoria dependiente e independiente de unidades hospitalarias, han sido posibles debido a los avances de la anestesia, control de dolor posoperatorio, la cirugía de mínima invasión así como los materiales protésicos.

La historia en estos procedimientos no es nueva; tiene referencias aisladas a finales de siglo XIX, considerando que sus orígenes son en Gran Bretaña en 1909, J.H. Nicoll informó la realización en niños de 8988 procedimientos quirúrgicos en régimen ambulatorio en el Royal Glasgow Hospital for Sick Children. En Estados Unidos se refiere en la década de los 60, con Cohen y Dilon (California, 1962) y Reed y Ford (Phoenix, 1969), fundándose en 1985 la SAMBA (Society Ambulatory Anesthesia). En el año 1995 se funda la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

En México se encuentran antecedentes de cirugía ambulatoria en los planes de planificación familiar en las instituciones, en el IMSS se encuentra referencia de 1976 en un folleto con referencias de cirugía ambulatoria y en el ISSSTE se encuentra en Centro de Cirugía Ambulatoria de la clínica 1^o. de Octubre, que está en funcionamiento desde Junio de 1985. Así progresivamente se han incrementado el número de unidades y sus procedimientos.

Los procedimientos se van incrementando y la estancia hospitalaria disminuyendo, sin que esto tenga relación con riesgo para nuestros pacientes por los desarrollos de la tecnología y para la optimización de los recursos hospitalarios siendo éste preferentemente asignado para los que requieren cuidados prolongados o vigilancia estrecha.





3.- ASPECTOS GENERALES

3.1 Justificación:

La finalidad de realizar esta GPC es dar una información general sobre los temas a desarrollar y los conceptos de la Cirugía Mayor Ambulatoria, así como sus justificaciones y los contextos legales, las patologías a resolver en las mismas y algunos de los protocolos realizados más frecuentemente en las diferentes unidades con la finalidad de tener una serie de manejos estandarizados en estas unidades.

Este tipo de atención se ha tenido que modificar para el manejo de los pacientes que no precisen o requieran de una hospitalización para cuidados y que los que requieran, se puedan realizar en su domicilio. Estos desarrollos han sido posibles por los avances de las técnicas quirúrgicas, anestésicas y medicamentos para control del dolor.

Dentro de algunas ventajas que caben resaltar en los procesos de cirugía mayor ambulatoria son: la rápida reintegración familiar y laboral, la disminución de infecciones intra hospitalarias, estandarización de procesos y aumento del número de procedimientos en cuanto a su tecnología y especialización, optimización de recursos hospitalarios, relación costo-beneficio favorable a los objetivos, disponibilidad de servicios de internamiento, mejores resultados, tratamiento especializado en las patologías a tratar, oportunidad, no hospitalización, iguales o mejores resultados que la hospitalización tradicional.

Todo esto amerita adecuación de los servicios de consulta externa, laboratorio, rayos X y administrativos gracias a los tiempos más oportunos.

3.2 Objetivos:

Objetivos generales.

1. Identificar los conceptos generales y las clasificaciones de la cirugía mayor ambulatoria.
2. Elaborar una guía de práctica clínica de cirugía mayor ambulatoria, con conceptos, clasificaciones, tipos de procedimientos a realizar y protocolos de manejo.
3. Tener una herramienta para médicos y personal afín para el desarrollo de los procedimientos ambulatorios.





Objetivos específicos.

- ✓ Lograr una estandarización de procesos en la CMA para diferentes unidades.
- ✓ Tener la reproducibilidad de los procedimientos en las diferentes unidades.
- ✓ Crear la necesidad e iniciar la educación de la CMA.
- ✓ Dejar bases para la continuación de protocolos y aumento de procesos ambulatorios en el país.

3. Definición y glosario.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Son todos los procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se realizan bajo anestesia local, loco regional, regional o general, con o sin sedación y que pueden ser egresados en menos de 12 horas, están en cama no censable y no pasan la noche en el hospital.

- Cirugía de día, cirugía sin ingreso, cirugía ambulatoria. Es condición necesaria y excluyente, que el paciente no pase la noche en la institución luego del procedimiento quirúrgico.

CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA: Son todos los procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se realizan bajo anestesia local, loco regional, regional o general, con o sin sedación que pueden ser egresados en menos de 23 horas, están en cama censable y pueden pasar la noche en el hospital.

- Cirugía de 23hs, cirugía de internación breve, cirugía de corta estadía, incluye a todos los procedimientos que pasan la noche en el hospital y son dados de alta dentro de las 23 horas de finalizada la cirugía.

UCMA (unidad de cirugía mayor ambulatoria). Es una unidad médica la cual está establecida para realizar atención médica y quirúrgica de procedimientos ambulatorios menores y mayores.

URPA (unidad de recuperación posanestésica). Es el área de recuperación de los efectos residuales de la anestesia en el posoperatorio, en las dos fases: de despertar y readaptación al medio y está bajo supervisión del anesthesiólogo.





TIPOS DE UNIDADES AMBULATORIAS.

1. Unidades que se encuentran dentro de un hospital.
2. Unidades adjuntas y dependientes de un hospital.
3. Unidades satélites pero dependientes de un hospital.
4. Unidades independientes y autónomas.

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. Las evidencias y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que la originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base, se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales y consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle Modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra y posteriormente el nombre del primer autor y año de su publicación.





Clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación

Shekelle

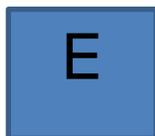
CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
Ia.- Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados.	A.- Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib.- Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
Ila.- Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B.- Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
Ilb.- Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte.	
III.- Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D.- Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I, II.

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines developing guidelines BMJ 1999; 318: 593-596.





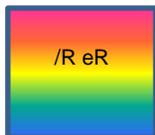
Tabla de referencia de símbolos utilizados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA





4.- PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUIA

Enumerar preguntas a desarrollar.

- 1.- ¿A quién va dirigido la GPC de cirugía mayor ambulatoria?
- 2.- ¿Cómo se clasifica y cuáles son los procedimientos a incluir en éste proceso de atención?
- 3.- ¿Cómo se realiza la selección del paciente?
- 4.- ¿Cuáles son los requisitos de la unidad para poder realizar procedimientos en CMA?
- 5.- ¿Cómo se realiza el proceso de atención ambulatoria?
- 6.- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de este proceso de atención?
- 7.- ¿Cuáles se consideran los puntos críticos a resolver en CMA?
- 8.- ¿Qué tipo de procedimientos podemos realizar en la UCMA?
- 9.- ¿Qué opciones de enseñanza y capacitación deben existir para éste proceso?





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	¿Cómo se clasifica la cirugía ambulatoria? Los procedimientos se clasifican en cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatoria, office based o cirugía de consultorio.	Jackson I, Day surgery manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D





<p style="text-align: center;">E</p>	<p>¿Qué es la cirugía mayor ambulatoria?</p> <p>Procedimientos de cirugía mayor que deben realizarse en salas de cirugía y que por no haber producido invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria inmediata; requieren únicamente de hospitalización en cama no censable y ser dados de alta en un lapso no mayor a 24 horas, a partir del ingreso a la unidad quirúrgica.</p> <p>Son procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos que se realizan bajo anestesia local, loco regional, regional o general con o sin sedación y que ameritan vigilancia de 12 horas o menos sin estancia hospitalaria, cama censable y no pasan la noche en el hospital.</p>	<p>NOM-205-SSA1-2002 IV / D</p> <p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV</p>
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------





E	<p>¿Qué es la cirugía menor ambulatoria? Son procedimientos que se realizan bajo anestesia local y que requieren un mínimo tiempo de recuperación, clasificación tipo I de Davis.</p>	<p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>
R	<p>¿Qué es la cirugía office based o de consultorio? Son procedimientos que se realizan bajo anestesia local y que no requieren tiempo de recuperación, clasificación tipo I de Davis y se realizan en urgencias o consultorio.</p>	<p>Jackson I, Day surgery manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>
E	<p>¿Qué pacientes son candidatos por edad? Se podrán considerar pacientes mayores de 2 años de edad, debido a que en menores se consideran riesgos de hipotermia, inmadurez hepática, siempre considerando la patología a intervenir.</p>	<p>Jackson I, Day surgery manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>





E

¿Cuáles son las contraindicaciones de la cirugía ambulatoria?

- Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria posoperatoria que pueden requerir ventilación mecánica en el posoperatorio.
- Coagulopatías.
- Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar, etc.
- Alcoholismo.
- Consumo habitual de cocaína, estupefacientes y otras drogas.
- Obesidad mórbida
- Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugías previas.

Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV
NOM-205-SSA1-2002 IV





R

¿Cuáles son los criterios de selección de los pacientes para cirugía mayor ambulatoria?

- Procedimientos de tipo II de Davis.
- Cirugía programada.
- Mínimo riesgo hemorrágico o dentro de lo mínimo previsible.
- Duración no superior a 90 minutos.
- No deben requerir inmovilización prolongada.
- Dolor posoperatorio leve o moderado controlable con fármacos disponibles en atención primaria.
- Se evitarán drenajes dentro de lo posible.
- Cabe señalar que cada vez se incrementan los tiempos debido a la anestesia local y la cirugía de mínima invasión.
- No antibiótico IV en casa.
- No necesidad de preparación compleja preoperatoria.
- Baja expectativa de complicaciones en posoperatorio.
- No territorio séptico activo.

NOM-205-SSA1-2002/ D

Jackson I, Day surgery Manual 2013. D





R

¿Cuáles son los criterios de exclusión de cirugía mayor ambulatoria?

- Hipertensos mal controlados pese al tratamiento.
- Diabéticos mal controlados de su glucemia o con complicaciones graves.
- Pacientes anticoagulados o con problemas de coagulación.
- Enfermedad con broncopatía crónica severa si precisa anestesia general.
- Pacientes con infarto de miocardio salvo en caso de buena evolución después de 6 meses del episodio agudo.
- Drogodependientes por probable entorno social inadecuado y riesgo de síndrome de abstinencia.
- Pacientes con antecedente de complicaciones anestésicas, incluida hipertermia maligna.
- Pacientes o acompañantes con imposibilidad de comprender instrucciones por problema lingüístico o mental.

Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV
Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D





R

¿Qué estudios preoperatorios son necesarios?

Estudios de laboratorio:

- Biometría hemática, glucemia, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
- En pacientes mayores de 60 años o con comorbilidades (enfermedades crónicas degenerativas) o menores de esa edad, ameritan valoración por medicina interna o cardiología para riesgo de Goldman o cardiológico. Algunas referencias dicen desde los 40 años.

Para su valoración cardiológica o de medicina interna requieren electrocardiograma, telerradiografía de tórax, urea, creatinina para complementar los estudios previos.

Con base en la disponibilidad de la unidad la valoración preanestésica puede ser hasta de 5 días previos.

Todos los estudios y valoraciones deben tener un máximo de 90 días.

NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología D

GPC de valoración perioperatoria de cirugía no cardíaca SSA 2010. D





	<p>¿Qué criterios de ASA (American Society Anesthesiology) son para CMA?</p> <p>Se pueden considerar pacientes con ASA 1 y ASA 2.</p> <p>Pacientes con ASA 3 controlados.</p>	<p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV</p>
	<p>¿Qué ventajas tiene la cirugía ambulatoria? Rápida reintegración laboral, social, regreso a domicilio el mismo día, costo hospitalario más bajo, optimización de recursos hospitalarios, menor índice de infección intrahospitalaria.</p>	<p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 D</p>
	<p>¿Es más barata la cirugía ambulatoria?</p> <p>Se ha demostrado que tiene un ahorro en el costo por la no hospitalización para las unidades médicas y responsables de seguros al valorar el costo total.</p>	<p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>





	<p>¿Cuál es la indicación por índice masa corporal?</p> <p>Índice de masa corporal (IMC). Es la relación que existe del peso en Kilogramos entre la talla en metros al cuadrado = P / T^2 (kg/ m² sc).</p> <p>Se consideran aptos los pacientes hasta un IMC de 35.</p> <p>Se puede considerar en algunas patologías específicas hasta 40 siempre y cuando exista una valoración conjunta de Cirujano con anesthesiólogo.</p> <p>Se deberá considera el incremento del IMC con base en la experiencia del grupo quirúrgico y la complejidad de la patología a tratar.</p>	<p>Jackson I, Day surgery manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>
	<p>¿La atención es más rápida?</p> <p>Por la optimización de recursos y la especialización de los servicios el tiempo de atención se disminuye y se logran tener camas libres en hospitalización tradicional.</p>	<p>Jackson I, Day surgery Manual 2013. IV Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D</p>



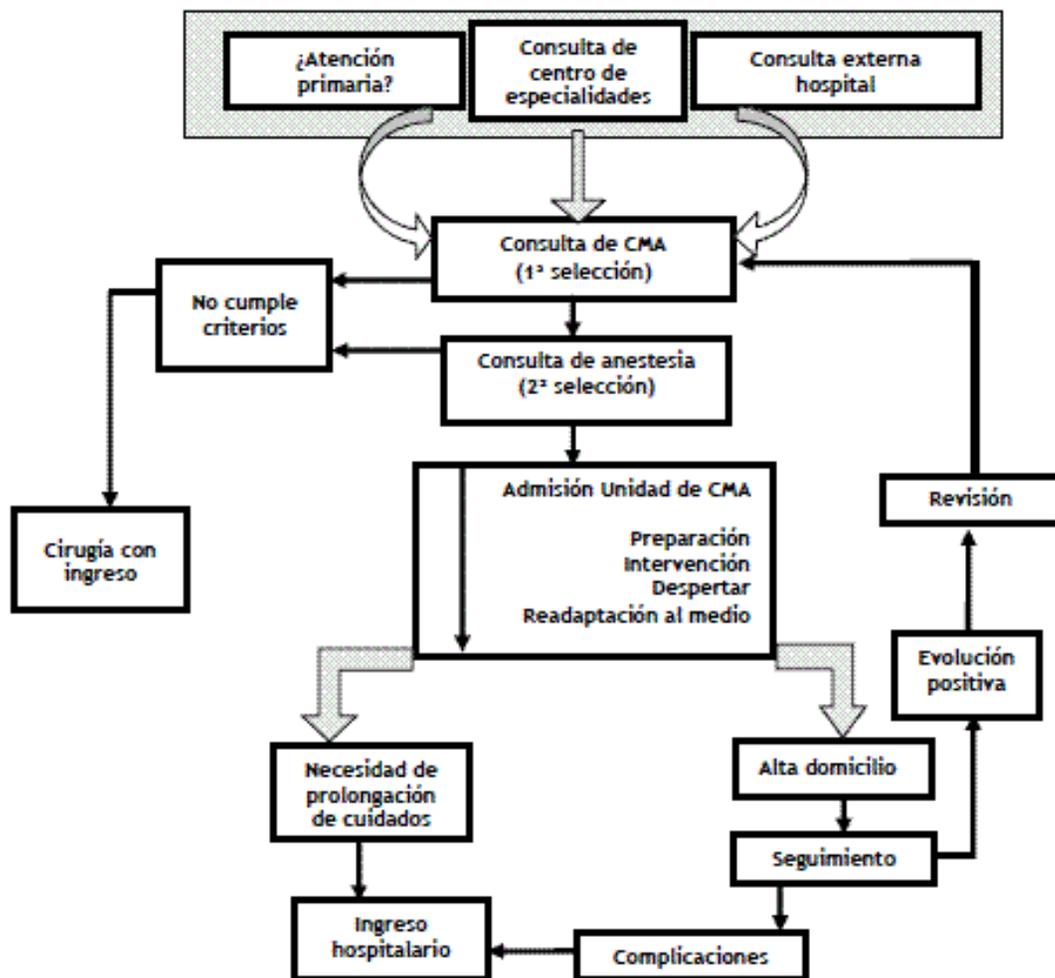


	<p>¿Cuáles procedimientos se pueden realizar en CMA?</p> <p>Dentro de los procedimientos a realizar en este tipo de unidades se consideran las hernias de la pared abdominal como epigástrica, umbilical incisional e inguinal, pediátricas y de adultos. Cirugía proctológica: hemorroides, fístulas, quiste pilonidal, fisuras anales. Cirugía de mínima invasión: Colectomía, y hernioplastias. Cirugía de mama. Biopsias. Tumores benignos de cuello y cirugía de tiroides. Cirugía vascular (colocación de catéter Mahurkar, permacath, fístula arteriovenosa, safenectomía, cirugía de várices con láser, escleroterapia, cirugía menor ambulatoria como lipomas, nevos, quistes, abscesos, etc.</p>	<p>Jackson I, Day surgery manual 2013. IV / D Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006 IV / D Terol García E, et. al. unidad de cirugía mayor ambulatoria España 2006 IV / D Ferrer VJV et al Guía de actuación en cirugía mayor ambulatoria España 2002</p> <p>D</p>
	<p>¿Qué opciones de enseñanza existen para este proceso?</p> <p>En países como España existen rotaciones dentro del programa de cirujano general en su especialidad por 6 meses en segundo año.</p> <p>En México existen como rotaciones opcionales, formales y otras no formales en las diferentes instituciones pero no dentro del programa de especialidad.</p>	<p>Docobo F, Molina D, Tallon L. et al. Objetivos de la rotación de los médicos residentes de cirugía en la unidad clínica de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb 2008 Vol 13 No 2 pp 78-82. D</p>



Diagramas de Flujo

Ejemplo del flujo de pacientes en una unidad de CMA desde su acceso hasta el alta.





Protocolo de envío de pacientes y sus requisitos.

ENVIOS DE PACIENTES





Pre operatorio.





Post operatorio.





Tablas y Cuadros de apoyo

Clasificación de ASA

Fue tomado de ASA (American Society of Anesthesiology) en 1962 y es el sistema que se utiliza en la actualidad.

Estado físico I. Paciente sano.

Estado físico II. Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.

Estado físico III. Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.

Estado físico IV. Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencia cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.

Estado físico V. Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.





Clasificación de Davis

- **Tipo I:** Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial.
- **Tipo II:** Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados posoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
- **Tipo III:** Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el posoperatorio.
- **Tipo IV:** Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el posoperatorio.





Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

Clasificación de alta de cirugía mayor ambulatoria por anestesiología de URPA (unidad de recuperación posanestésica)



2014

CIRUGÍA CON PASIÓN,
TALENTO Y ESFUERZO.



MODIFIED POSTANESTHESIA DISCHARGE SCORING SYSTEM (PADSS)

<i>Constantes vitales</i>	<i>Puntos</i>
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
<i>Nivel de actividad</i>	
Marcha constante sin mareos	2
Requiere ayuda	1
Incapacidad para caminar	0
<i>Náuseas y vómitos</i>	
Minimas, tratamiento adecuado con la medicación oral	2
Moderadas, tratamiento adecuado con la medicación intramuscular	1
Intensas, sin respuesta al tratamiento repetido	0
<i>Hemorragia quirúrgica</i>	
Minima	2
Moderada	1
Intensa	0
<i>Dolor</i>	
Minimo	2
Moderado	1
Severo o intenso	0

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





ESCALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA MODIFICADA (ALDRETE MODIFICADO)

Actividad	Puntos
Capacidad para mover las cuatro extremidades voluntariamente o a requerimiento	2
Capacidad para mover las dos extremidades voluntariamente o a requerimiento	1
Incapacidad para mover las extremidades voluntariamente o a requerimiento	0
Respiración	
Capacidad para inspirar aire profundamente y para toser libremente	2
Diseña, respiración limitada o taquipnea	1
Apnea o necesidad de ventilación mecánica	0
Circulación	
Presión arterial \pm 20 % del nivel preanestésico	2
Presión arterial \pm 20-49 % del nivel preanestésico	1
Presión arterial \pm 50 % del nivel preanestésico	0
Nivel de conciencia	
Plenamente consciente	2
Despierta a la llamada	1
Sin respuesta	0
Saturación de oxígeno	
Mantenimiento saturación de O ₂ > 92% con aire ambiente	2
Necesidad de administrar O ₂ para mantener la saturación > 90%	1
Saturación de O ₂ < 90% incluso con O ₂ suplementario	0
Apósito quirúrgico	
Seco y limpio	2
Un poco manchado de sangre pero no aumenta	1
La mancha de sangre va aumentando	0
Dolor	
Sin dolor	2
Dolor leve controlado con medicación oral	1
Dolor intenso con necesidad de medicación parenteral	0
Deambulación	
Capacidad para ponerse en pie y caminar erguido	2
Sensación de vértigo en la bipedestación	1
Mareos en decúbito supino	0
Ayuno o alimentación	
Capacidad para beber líquidos	2
Náuseas	1
Náuseas y vómitos	0
Micción	
El paciente ha realizado la micción	2
Incapacidad para realizar la micción, pero cómodo	1
Incapacidad de realizar la micción, pero incómodo	0

Alta domiciliaria cuando al menos alcance una puntuación de 18 puntos sobre 20.





BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez GJA. Relajantes musculares en CMA. Cir May Amb. 2008; 13 Supl1 : pag 16.
2. Amelio CG, Anestesia endovenosa en el servicio de cirugía ambulatoria. Revista mexicana de Anestesiología. Vol 29 Supl. 1 Abr-Jun 2006. pp S100-S105.
3. Aranzana GAF, Abad CS, Morales FE. Tratamiento laparoscópico en régimen de corta estancia de la hernia hiatal y erge. Cir May Amb 2008 ; 13 Supl1 : pag 38
4. Arribas AD, Bustos M. Manejo quirúrgico del paciente ambulatorio en atención primaria España 2006
5. Aymerich CH. Cirugía pediátrica en régimen ambulatorio. Cirugía mayor Ambulatoria. Vol 13. No 13, pp 104-109.2008.
6. Basons MJ, Larrañaga E, Marin J, et. Al. Guía de tratamiento del dolor en cirugía mayor ambulatoria. España 2001.
7. Bermúdez PI, San Millán AA. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria nuevos horizontes, Cirugía Mayor Ambulatoria. Vol 134 No 3 pp 101-103, 2008.
8. Caja costarricense del seguro social, gerencia administrativa dirección de compra de servicios de salud. Año 2000-2003.
9. Carrasco I, Flores B, Aguayo JL et. al Aportación de la Unidad de cirugía mayor ambulatorio en el servicio de cirugía general en un hospital de segundo nivel. Cirugia Mayor Ambulatoria ASECMA Vol 4, Numero 3. Sept 1999. 480-483
10. Davis JE, Surg Clin NortAM, 1987; 67:721.
11. Del Olmo RC. Bloqueos periféricos como y donde. Cir May Amb 2008 ; 13 Supl1 : pag 17-19
12. Dieguez GI, López AS. Criterios de alta tras bloqueo nervioso periférico en Cirugía Ambulatoria. Cir May Amb 2008 ; 13 Supl1 : pag 19-22
13. Docobo F, Molina D, Tallon L. et al. Objetivos de la rotación de los médicos residentes de cirugía en la Unidad clínica de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb 2008 Vol 13 No 2 pp 78-82.
14. FerrerVJV et al Guía de actuación en cirugía mayor ambulatoria España 2002





15. García MZ, López AS. Recomendaciones prácticas de uso de la mascarilla laríngea en Cirugía Ambulatoria. ASECMA. 207. España.
16. GPC DE valoración preoperatoria de cirugía no cardíaca SSA 2010.
17. Jackson I, Day surgery manual 2013
18. Moreno -Alatorre CR. Pasado y presente de la anestesiología pediátrica en cirugía ambulatoria. Rev Mex Anestesiología. Vol 32 Supl 1 Abr-Jun 2009. pp S48-S52.
19. NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología.
20. NOM-205-SSA1-2002 Norma Oficial para la Cirugía mayor Ambulatoria. Julio 2004.
21. Planell J. Anestesia en Cirugía Mayor Ambulatoria, Corporación Parc Tauli, Centre quirúrgic Ambulatorio Maig 2002.
22. Posada ASE, Landero BJC, Valenzuela CE. Et. Al. Reingeniería del proceso de atención quirúrgica bajo anestesia local en un hospital general resultados después de 5 años de operación. Hitos de ciencias económico administrativas Sept- Dic 2002. Año 8, No 22. pp123-128.
23. Soliva DR, Amaro AE, Muñoz HA, et. Al. Cirugía Mayor Ambulatoria: Opiniones de familiares y médicos de familia acerca de un programa municipal . Cir Gral Vol 26 No 4 2004. pp 311-320.
24. Terol GE, Palanca SI, et. Al Unidad de Cirugía mayor Ambulatoria España 2006
25. Terris JD, Snyder S, Cameiro-PlaD, et Al. American thyroid Association Statement on Outpatient Thyroidectomy, Thyroid Vol 23 No. 10 2013. pp 1193-1202.
26. Toftgaard C, The IAAS Survey on Ambulatory Surgery , Worl Wide Day Surgery Activity 2003. IAAS Denmark 2003.
27. Verma R, Wee MYK, Hartle A et. Al. AAGBI safety guideline pre-operative assesment and patient preparation: The role of the anaesthesist. London GB. 2010.

