

11202,
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



Anestesia en Pacientes de Corta Estancia

T E S I S

que presenta la Doctora

Mercedes Concepción Acevedo Guzmán

para obtener el Diploma de

ESPECIALIZACION EN ANESTESIA

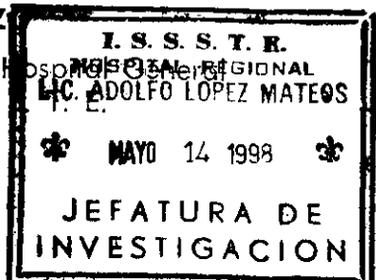
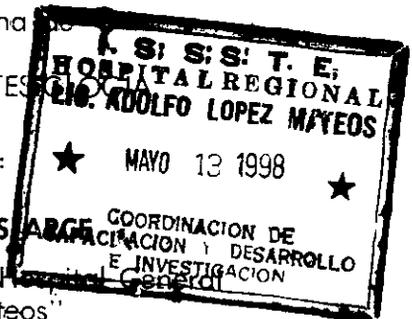
Directores de Tesis:

DR. FRANCISCO SALINAS ARBE

Jefe del Servicio de Anestesia del Hospital General
"Lic. Adolfo López Mateos"

DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO

Médico adscrito al Servicio de Anestesia del Hospital General
"Lic. Adolfo López Mateos" I. S. S.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998
265582



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES:

Sr. Francisco Aoevedo Laríos

Sra. Ma. Dolores Guzmán Cárdenas

A MIS HERMANOS:

Ma. Guadalupe

Francisco Xavier

Mireya Hortensia

Noemí Eugenia

Con agradecimiento a los Médicos del Servicio de Anestesiología del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos"

INTRODUCCION.

Dentro de los ideales de la anestesia está el encontrar anestésicos que sean lo menos perjudiciales para los pacientes ambulatorios o que sean sometidos a cirugía programada y que no requieran largo tiempo de hospitalización, siendo requisito necesario la pronta recuperación anestésica de tal manera que el paciente no esté encamado más que el tiempo necesario y pueda continuar sus actividades lo más pronto posible sin ningún efecto colateral.

Durante algún tiempo los pacientes sometidos y programados para operaciones quirúrgicas necesariamente eran hospitalizados antes y después de la cirugía hasta su total recuperación anestésica, por más de 24 horas; esto era debido al uso de agentes anestésicos cuyo efecto se prolongaba y por lo mismo los pacientes permanecían dentro de las unidades hospitalarias por varios días.

Actualmente, gracias a la anestesia moderna, existen productos que no sólo no son explosivos, sino que tienen gran margen de seguridad proporcionando pocos cambios hemodinámicos, aún cuando exista el riesgo anestésico; considerando que algunas de estas intervenciones en sí son sencillas y que por sí solas no exponen la vida del paciente, permitiendo con ello la pronta incorporación del paciente al seno familiar.

Es nuestra intención al realizar este trabajo encontrar la técnica o técnicas ideales que resulten beneficiosas para nuestros enfermos y que eviten la hospitalización prolongada; considerando que dentro de este grupo de paciente; la mayoría son menores de edad a los que se les debe evitar el trauma psíquico de la separación de los padres y

el de encontrarse en un medio extraño para ellos; por lo tanto, el retenerlos el menor tiempo posible internados, favorecerá el post-operatorio sin lesionar la sensibilidad de estos pequeños.

Siendo el objetivo principal de este trabajo de la mínima permanencia hospitalaria al lograr la rápida recuperación anestésica, también estamos resolviendo el problema tan común de las Instituciones de Seguridad Social, como es el de la falta de movilización de pacientes, con lo cual se disminuye el costo-día-cama, ya que la permanencia de los pacientes únicamente es de 6, 12 o 24 horas como máximo.

Por supuesto desde el punto de vista Institucional, esto dará lugar a la admisión de pacientes que requieran mayor atención dentro de las unidades hospitalarias.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL:

Este estudio se llevó a cabo en 50 pacientes que acudieron a los servicios de Cirugía y Gineco Obstetricia, del Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" del I. S. S. S. T. E., de ambos sexos, de diferentes edades, en los que se practicaron procedimientos de cirugía menor que ameritaron corta estancia y que tuvieron buen riesgo anestésico. (Valoración 10 - 14 escala Dr. Pizarro Suárez).

METODO:

I.—Todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía menor considerados como pacientes de corta estancia se incluyeron en este estudio.

II.—Fueron valorados para la intervención quirúrgica de acuerdo a la valoración anestésica del Dr. Pizarro Suárez, tomando en cuenta datos del estado general del paciente, tomados de la historia clínica, exámenes de laboratorio pre-operatorios, valoración de la función ventilatoria, cardiovascular, la edad y la dificultad de la intervención.

III.—La medicación preanestésica se aplicó 30 minutos antes, con atropina, atropina y Diazepam, escopolamina y diazepam y algunos no recibieron medicación preanestésica.

IV.—Fueron concentrados en la sala de recuperación gineco-

lógica o quirúrgica para su preparación (chequeo de signos vitales y canalización de vena).

V.—La inducción se realizó con Propanidid, Propanidid-Diazepam, Propanidid-Droperidol, Alfatesin o Halothano.

VI.—Cuando hubo necesidad de utilizar relajantes musculares para facilitar la intubación se usó Succinil colina o D-tubo curarina.

VII.—En el manejo trans-anestésico, se empleó Propanidid-Diazepam, Fentanest-Oxido Nitroso o Halogenados (Halothano o Enflurano), solos o combinados con Oxido Nitroso.

VIII.—Se hizo registro trans-anestésico de la Tensión Arterial, frecuencia cardíaca y control de la ventilación.

IX.—Se vigiló la recuperación post-anestésica a los 30, 60 y 90 minutos de acuerdo a la valoración post-anestésica de Aldrete y posteriormente a las 6, 12 o 24 horas.

RESULTADOS.

EDAD:

Las edades de estos pacientes variaron desde 1 año de edad hasta los 55, distribuidos de la siguiente forma:

CUADRO N° 1

Edad	N° de Casos	%
0 — 10 años	35	70
11 — 20 "	0	0
21 — 30 "	8	16
31 — 40 "	4	8
41 — 50 "	2	4
51 — — "	1	2
TOTAL	<u>50</u>	<u>100</u>

SEXO:

CUADRO N° 2

SEXO	N°	%
FEMENINO	24	48
MASCULINO	26	52
TOTAL	<u>50</u>	<u>100</u>

PESO

El peso de los pacientes fue muy variable, por supuesto de acuerdo a la edad.

CUADRO N° 3

Peso	N° de Casos	%
0 — 10 Kg.	1	2
11 — 20 "	32	64
21 — 30 "	2	4
31 — 40 "	0	0
41 — 50 "	2	4
51 — 60 "	6	12
61 — 70 "	4	8
71 — 80 "	2	4
81 — — "	1	2
TOTAL	50	100

VALORACION:

De los 50 casos, 41 de éstos fueron calificados con un índice de operabilidad de 14 y los otros 9 con un índice entre 10 y 11, dadas las condiciones especiales que presentan estos pacientes con problema ginecológico agudo o crónico de sangrado. De todas maneras pensamos que dichas calificaciones están dentro de los límites para calificar estos casos como pacientes de corta estancia.

MEDICACION PRE-ANESTESICA:

Teniendo en cuenta que los pacientes programados para cirugía reciben medicación pre-anestésica, 41 de los que nosotros manejamos la recibieron y 9 se anestesiaron sin recibirla. De estos 41

pacientes en 21 casos se ministró Atropina-Diazepam, 14 recibieron exclusivamente Atropina, 2 con Diazepam y 4 con Escopolamina. La Atropina y la Escopolamina se dosificaron a .1 mg. X cada 10 Kg. de peso y el Diazepam a .02 de mg. X Kg. de peso.

CUADRO N° 4

MEDICACION PRE-ANESTESICA

Medicamentos	N° de Casos	%
Atropina-Diazepam	21	42
Atropina	14	28
Diazepam	2	4
Escopolamina	4	8
Sin medicación	9	18
TOTAL	50	100

Esta medicación se indicó para administrarse por vía intramuscular, 30 minutos antes de la operación.

TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA

Los tipos de intervenciones quirúrgicas que se realizaron fueron las siguientes: 30 de dental; siendo básicamente del tipo de extracciones y obturaciones, 9 fueron legrados uterinos, 6 biopsias de mama y 5 circuncisiones.

CUADRO N° 5

Tipo de Intervención	N° de Casos	%
Dental	30	60
Legrado uterino	9	18
Biopsia de mama	6	12
Circuncisión	5	10
TOTAL	50	100

Nuestros pacientes fueron recibidos en la sala de recuperación para su preparación pre-quirúrgica, se checkaron los signos vitales, se les aplicó la mediación pre-anestésica cuando el caso lo permitió y se les canalizó una vena con punzocat y solución Glucosada al 5%. En estas condiciones 30 minutos después fueron trasladados al quirófano o en su defecto los pacientes de dental al consultorio de dicha especialidad.

La inducción de nuestros 50 pacientes fue diferente: Se indujeron únicamente con Propanidid 30 pacientes, con Propanidid-Diazepam a 15, con Propanidid-Droperidol a 1, con Alfatesina a 1 y con Halothano a 3.

CUADRO N° 6

Inducción	N° de Casos	%
Propanidid	30	60
Propanidid-Diazepam	15	30
Propanidid-Droperidol	1	2
Alfatesin	1	2
Halothano	3	6
TOTAL	50	100

En 41 pacientes hubo necesidad de usar relajantes musculares como auxiliares para la intubación y en 9 no, porque no fue necesaria la intubación endotraqueal; 40 recibieron succinil colina a dosis de 1 mg. \times Kg. de peso y 1 caso recibió D-tubo curarino (6mg) a dosis de .01 mg. \times Kg. de peso.

La intubación en 30 casos fue nasotraqueal y en 11 orotraqueal. La anestesia se mantuvo con agentes anestésicos inhalatorios y con endovenosos.

Con Halothano-Oxígeno mantuvimos la anestesia en 31 pa-

cientes, con Halothano-Oxido Nitroso-Oxígeno en 5 pacientes, con Enflurano-Oxígeno en 4, Fentanest-Oxido Nitroso-Oxígeno en 1 y Propanidid-Diazepam en 9 casos.

CUADRO N° 7

TIPO DE ANESTESIA

Agente Anestésico	N° de Casos	%
Halothano-Oxígeno	31	62
Halothano-Oxido Nitroso-Oxígeno	5	10
Enflurano-Oxígeno	4	8
Fentanest-Oxido Nitroso-Oxígeno	1	2
Propanidid-Diazepam	9	18
TOTAL	50	100

Durante el trans-anestésico, que fue de duración variable, se checó constantemente la Tensión Arterial y el Pulso, sin que haya habido modificaciones importantes.

La recuperación post-anestésica inmediata se llevó a cabo en las condiciones habituales sin incidentes ni accidentes; pasando posteriormente a la sala de recuperación donde se continuó checando los signos vitales, el sistema cardiovascular, respiratorio, nervioso y metabólico, sin encontrar alteración alguna, hasta su total recuperación, siendo esta valorada en la hoja de Aldrete y la de Royal Mc Bee 19710.

La recuperación total post-anestésica se efectuó en 3 horas como mínimo y en 12 como máximo.

Ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones.

CONCLUSIONES.

- I.—El tipo de medicación ministrada a los pacientes facilitó la recuperación al igual que los agentes inductores utilizados (Propanidid, Propanidid-Diazepam, etc.)
- II.—Consideramos a los halogenados, como los agentes anestésicos que facilitan la recuperación post-anestésica, así como algunos de los agentes endovenosos (Propanidid Alfatesin).
- III.—Con Propanidid, Propanidid-Diazepam y Halogenados, no hubo cambios hemodinámicos de importancia.
- IV.—No hubo necesidad de otros agentes anestésicos como auxiliares en el mantenimiento de la anestesia.
- V.—No hubo accidentes ni incidentes. La recuperación total fue entre 3, 6 y 12 horas posteriores a su intervención, siendo egresados a su domicilio.

DISCUSION.

El presente estudio trata de demostrar, que sí es factible el manejo de pacientes considerados de corta estancia en nuestro medio siempre y cuando se normen los requisitos necesarios y se elija el tipo de cirugía que se les efectuará, tomando en cuenta las condiciones y riesgo de los mismos, así como establecer responsabilidad en los familiares en cuanto a preparación mínima pre-anestésica y los cuidados posteriores a su egreso.

El uso de anestésicos de corta acción y no explosivos, nos dan un gran margen de seguridad amplio para nuestros pacientes; y hacen que la recuperación post-anestésica sea rápida; así en pocas horas es egresado y puede ser trasladado a su hogar, evitándole traumas psíquicos al encontrarse separado lo menos posible de su familia; así como exponerlo al contagio de infecciones cruzadas y el costo-cama-paciente, es reducida en beneficio de la Institución y del Hospital.

El Dr. Withe (2), estudió 100 pacientes ambulatorios que fueron sometidos a cirugía dental, usando como agente anestésico el Propanidid, la medicación que utilizó fue a base de atropina y escopolamina, 1 hora antes de la operación, no todos los pacientes fueron intubados por vía nasotraqueal ya que algunos presentaron patología nasal y se excluyó este tipo de intubación haciéndola orotraqueal.

En este trabajo consideramos útil hacer la inducción con agentes anestésicos variables como ya se mencionó (Propanidid, Propanidid-D:azepam, Alfatesin, Halothano), así mismo sucedió con dos ti-

pos diferentes de relajantes musculares, para facilitar la intubación como es la succinil colina y la D-tubo curarina, la finalidad es encontrar cuál o cuáles drogas facilitan la recuperación rápida y al parecer en este grupo de pacientes las ya mencionadas nos fueron útiles y podíamos aconsejar su uso cuando se traten pacientes que se desea permanezcan poco tiempo dentro del Hospital. De igual forma consideramos que en los pacientes manejados en el trans-anestésico con halogenados tuvimos resultados satisfactorios.

Otros autores como el Dr. Palma García (3), han recomendado al Propanidid para tratamiento de arritmias cardíacas con choque eléctrico sincronizado (Cardioversión), obteniendo anestesia útil a los 2 minutos y la recuperación a los 3 minutos; ellos han observado que los pacientes se recuperan en 4 horas después y pueden ser dados de alta. Por desgracia este tipo de pacientes que aún no siendo quirúrgicos requieren de anestesia no está incluido en nuestro estudio, pero consideramos que pueden ser pacientes de corta estancia, pues en muchas ocasiones sólo ingresan para la cardioversión.

En el mismo caso hemos considerado que de igual forma pueden ser manejados pacientes programados para hernioplastías sin complicaciones, trátase de niños o adultos, o bien de orquidopexias, resección de hallus valgus, reducción de fracturas, cambios de yeso y hemorroidectomías.

Estamos de acuerdo con el Dr. Zauder (4), en que del 20 al 40% de las operaciones programadas están clasificadas dentro de esta categoría y factiblemente pueden ser manejadas con esta técnica.

Quedamos satisfechos al igual que otros autores al realizar este trabajo porque logramos el objetivo: egresar a estos pacientes en el menor tiempo posible después de un manejo seguro y eficaz.

RESUMEN:

Se estudiaron 50 pacientes de ambos sexos, procedentes de la consulta externa, los cuales se catalogaron como pacientes de corta estancia, por ingresar directamente a la sala de recuperación y egresar de la misma a las 3, 6 y 12 horas después de efectuarse la intervención quirúrgica.

Como requisito todos los pacientes tuvieron un índice de operabilidad de 10 a 14, de acuerdo con la hoja de valoración pre-anestésica del Dr. Pizarro Suárez.

La medicación pre-anestésica se efectuó con Atropina, Atropina-Diazepam y Escopolamina-Diazepam 30 minutos antes de la intervención.

Las operaciones realizadas fueron de dental, legrados uterinos, biopsias de mama y circuncisiones.

La inducción se efectuó con diferentes medicamentos; Propánidid, Propanidid-Diazepam, Propanidid-Droperidol, Alfatesin y Halothano.

Usamos como relajantes musculares, la succinil colina y D-tubo curarina para facilitar la intubación endotraqueal.

Durante el trans-anestésico, usamos Halothano-Oxígeno Halothano-Oxido Nitroso-Oxígeno, Enflurano-Oxígeno, Fentanest-Oxido Nitroso-Oxígeno y Propanidid-Diazepam.

En el trans-anestésico y en la recuperación post-anestésica, se checkaron la Tensión Arterial y el Pulso, no encontrando alteraciones hemodinámicas de importancia.

Se concluye que la técnica empleada proporcionó resultados satisfactorios desde el punto de vista seguridad, ya que no se presentaron complicaciones de importancia y fue factible el manejo de estos pacientes sin que ocuparan Cama-Hospital.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RECOMENDACIONES A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES.

INGRESO:

- 1.—Se les recomienda que se presenten aseados.
- 2.—En ayuno total.
- 3.—Que ingresen una hora antes de su intervención.
- 4.—Que una persona adulta responsable los acompañe ya sea que se trate de niño o adulto.

EGRESO:

- 1.—Podrá tomar alimentos 3 horas después de la intervención.
- 2.—Que no maneje vehículos.
- 3.—Si presenta depresión nerviosa o respiratoria que inmediatamente lo trasladen al Hospital. (Somnolencia o dificultad para respirar).
- 4.—Si hay sangrado, traslado inmediato al Hospital.

RECOMENDACIONES A LOS MEDICOS CIRUJANOS.

- 1.—Hacer hincapié a los familiares o los pacientes en los 4 incisos de ingreso.
- 2.—Recordar que intervenciones como: Hernioplastías no complicadas Orquiopexias, Reducción de Fracturas, Cambios de yeso, Resección de Hallus Valgus, Hemorroidectomías, Biopsias de mama, legrados uterinos no complicados, circuncisiones, Extracciones y Obturaciones, son consideradas como Cirugía menor, por lo tanto, el paciente podrá ser dado de alta el mismo día.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.—Davenport. ANESTESIA PEDIATRICA. Salvat Editores, S. A. Edición original Barcelona 169-172. 1976.
- 2.—Goodman and Gillman. FARMACOLOGIA Ed. Interamericana, S. A. 1937.
- 3.—Howard L. Zauder M. D. Ph. D. AIR FORCE ANESTHESIOLOGY. Review Course 112. 1972.
- 4.—Palma García y Cols. REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. Vol. 31 (5) 373-379. 1968.
- 5.—Stanley A. Feldman. RELAJANTES MUSCULARES. Salvat Editores, S. A. Edición original Barcelona 27-38. 1975.
- 6.—T. Cecil Gray. J. F. Nunn. ANESTESIA GENERAL. Salvat Editores, S. A. Edición original. Barcelona. 64-77. 93-113. 445-500. 1974.
- 7.—White Murguía Juan Dr. REVISTA MEXICANA DE ANESTESIOLOGIA. 400-406. Nov.-Dic. 1968.