

11202



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



173

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS
DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS EN PACIENTES
PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO

PRESENTADO POR:
RAMÓN SALVADOR MARTÍNEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN ANESTESIOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MARIA MARÍCELA ANGUIANO GARCÍA

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

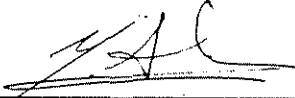
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS
DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS EN PACIENTES
PARA CIRUGÍA AMBULATORIA**

DR. RAMÓN SALVADOR MARTÍNEZ

Vo. Bo.


DRA. MARIA MARÍCELA ANGUIANO GARCÍA




**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Anestesiología**

Vo. Bo.

DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ



Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

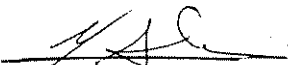
**TESIS CON
ORIGEN**

**CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS
DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS EN PACIENTES
PARA CIRUGÍA AMBULATORIA**

DR. RAMÓN SALVADOR MARTÍNEZ

Vo. Bo.

DRA. MARIA MARÍCELA ANGUIANO GARCÍA



**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Anestesiología
Hospital General Dr. Rubén Leñero**

**PARA LOS DOS GRANDES AMORES DE MI VIDA
A TI LILIA POR TODO ESTE TIEMPO
EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS**

**POR DARME LA MAYOR SATISFACCIÓN EN LA VIDA
"SER PADRE"**

**PARA MI HIJA
ANDRÉA POR VENIR A COMPLETAR
ESTA FELICIDAD**

**GRACIAS A MIS PADRES Y TÍOS
A MIS PROFESORES
A MIS SUEGROS
A DIOS**

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
ANEXOS	

RESUMEN

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS PARA PACIENTES PARA CIRUGÍA AMBULATORIA. Salvador M.R HG Ticoman. Secretaria de Salud del Distrito Federal. Anestesiología.

Se evaluó la utilidad real de los estudios de laboratorio y gabinete siguiendo el protocolo propuesto por Rozien. Se desarrollo un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, en el cual se analizaron 80 expedientes de pacientes postoperados entre el 1^o al 31 de Noviembre del año 2001, tomados del archivo clínico del HG Rubén Leñero, los criterios fueron, ambos sexos, edad entre 5 y 40 años, ASA I, II, con cirugía de duración aconsejable no superior a 180 minutos con cualquier tipo de manejo anestésico y de procedimiento quirúrgico, que sea de cirugía electiva. Se conformo 2 grupos de 40 cada uno escogidos aleatoriamente. Las variables del formato I fueron ASA, técnica anestésica, tiempo anestésico, tiempo quirúrgico, alta de recuperación, edad, sexo, hemoglobina, hematocrito, tiempos, glucemia, plaquetas, radiografía de tórax, electrocardiograma, y complicaciones, en el formato II sólo se registro ASA, edad, sexo, hemoglobina, hematocrito y complicaciones. Las complicaciones correspondieron a pacientes con edades entre 12 y 29 años de ambos sexos, predominando el masculino 2 a 1. La media del tiempo anestésico fue de 79 minutos, desviación estándar de 39. la media de la edad de 21.9 y desviación estándar de 9.5, hemoglobina con media de 13 y desviación estándar de 1.1, hematocrito con media de 45.4 y desviación estándar de 3.63. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, las complicaciones no se debieron a alteraciones en los resultados de laboratorios y/o gabinete ya que en todos los casos se encontró dentro de parámetros normales el número de exámenes solicitados no influyo en las complicaciones ni previno. Concluyéndose que el número de exámenes de laboratorio solicitados no modifica, previene o altera los resultados anestésicos o quirúrgicos esperados siempre y cuando se realice en pacientes sanos siguiendo el protocolo de estudio para selección de pacientes para cirugía ambulatoria, lo cual se ve reflejado en una mejor atención para el paciente además de reducir costos tanto para el paciente como para la institución.

Introducción.

En los últimos años se ha producido un gran aumento en la demanda y utilización de cirugía ambulatoria. Se estima que en la década de los noventa más de un 60% de toda la cirugía de los E.U.A se realizó en forma ambulatoria.¹

Los factores determinantes de su interés progresivo son:

- Beneficio económico para el paciente y el sistema de salud con una reducción de costos entre 40 y 80% .
- Menor ruptura del paciente y sus familiares con la vida cotidiana disminuyendo significativamente el estrés y las alteraciones emocionales del paciente, en especial del niño.
- Reducción del riesgo de adquisición de infecciones nosocomiales.
- Aportar tratamientos de alta calidad y excelente relación costo efectividad. El elemento definido de la calidad asistencial va a ser la satisfacción del paciente
- La diferencia fundamental entre la cirugía de ingreso y la llevada a cabo en régimen ambulatorio es que en esta última el paciente pasara el postoperatorio en su domicilio en lugar de hacerlo en el hospital bajo la supervisión del personal sanitario.^{1,2}

Este hecho hace plantear meticulosamente éste periodo y prever cualquier complicación que pueda suceder.

Se ha de tener en cuenta que cualquier complicación menor en el postoperatorio de una intervención quirúrgica puede significar el fracaso, ya que imposibilita el alta del paciente a su domicilio y provocará su reingreso.

Una unidad de cirugía ambulatoria bien organizada debe tener en cuenta una frecuencia de hospitalización no prevista menor de 1% este porcentaje puede aumentar si la proporción de pacientes de edad avanzada y ASA II, IV es alta.



La cirugía sin ingreso es uno de los adelantos médicos y sociales más importantes en los últimos 25 años. El papel de la anestesiología contemporánea es la puesta en marcha de nuevas unidades de cirugía sin ingreso.³

Los altos costos en medicamentos también afectan el cuidado a la salud ya que incrementan el riesgo de abandono de la terapéutica establecida. Dentro de la sala de quirófano el costo de la anestesia y por lo tanto de los gastos por el paciente puede variar dependiendo del tipo de anestésicos administrados ya sea para procedimientos de larga o de corta estancia en los cuales el cambio de técnica anestésica beneficiaría los costos para el paciente.⁴

En el caso de la cirugía ambulatoria el costo de anestesia por día requiere de una técnica anestésica que se asocie con una rápida recuperación y una baja incidencia de efectos postoperatorios contralaterales, por lo cual actualmente se utiliza con una gran frecuencia propofol como inductor y sevoflurano como halogenado para la anestesia general con mínimas repercusiones clínicas.⁵

El éxito de este tipo de intervenciones depende de:

- La selección y valoración del paciente y la preparación preoperatoria.
- La cooperación de cirujanos y anestesiólogos en la selección de pacientes y sus patologías.

En la selección deberemos tener en consideración diversos aspectos. Las características del paciente y la edad no constituyen un criterio de selección, en los ancianos la edad cronológica es mucho menos importante que la edad fisiológica y el estado funcional. Deberemos conocer los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados a los posibles problemas sociales y al envejecimiento.⁶

Se aconseja que no sean incluidos los pacientes pediátricos con historia de síndrome de diestrés respiratorio, prematuro o los menores de 46 a 56 semanas como el paciente es dado de alta a las pocas horas de la intervención, las curaciones postoperatorias dependen en gran parte del paciente, su cooperación y el entorno familiar.⁷

Se admiten todos los pacientes ASA I-II en los programas de cirugía ambulatoria, con más reserva se admiten los ASA III que deban estar estables médicamente al menos durante tres meses antes de la intervención. La obesidad con sobrepeso superior a 30% del peso teórico ideal se deberá excluir por su asociación con trastornos sistémicos, HTA, trombocitopenia, diabetes, enfermedad cardíaca, tendencia a la hipoxia, broncoespasmo y obstrucción de la vía aérea, así como dificultades para técnicas como punción venosa, ventilación o intubación.⁸

También deberán excluirse los farmacodependientes por su tendencia a complicaciones relacionadas con el síndrome de abstinencia, infecciones, edema pulmonar, tromboflebitis, etc; además de contar con un entorno social no adecuado.

Otros motivos de exclusión son: antecedentes de epilepsia, hipertermia maligna, tratamiento con IMAO y trastornos de la coagulación. Los diabéticos pueden ser aceptados pero precisan una colaboración estrecha entre el anestesiólogo y el endocrinólogo, para mantener en condiciones óptimas a los pacientes que se intervendrán a primera hora de la mañana.⁹

Selección de patologías: en función del tipo de intervención y duración de la misma, se deberán evitar:

- Los que presenten complicaciones postoperatorias frecuentes.
- Los que van acompañados de grandes pérdidas de sangre o líquidos.
- Los que requieren de inmovilización prolongada.
- Los que necesitan en el postoperatorio antibióticos o analgésicos por vía parenteral.
- Deberá valorarse individualmente los que requieren el uso de drenajes y curaciones frecuentes y continuas.

La duración de la intervención es un aspecto controvertido, diversos autores lo consideran como un factor de riesgo para predisponer a complicaciones perioperatorias, situación que se hace más evidente cuando la intervención dura más de dos horas. El tiempo ideal estimado es entre 90 y 120 minutos como máximo.

El objetivo fundamental de un estudio preoperatorio es valorar el estado de salud de la persona que va a ser sometida o intervenida con el fin de controlar y reducir los riesgos relacionados con la anestesia y la cirugía, así como establecer una adecuada selección de los pacientes y sus patologías susceptibles de incluirse en un paciente de cirugía ambulatoria.

Una valoración preoperatoria adecuada deberá incluir: revisión de la historia clínica, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias específicas, establecimiento del riesgo anestésico quirúrgico, ASA e información al paciente a fin de reducir su ansiedad.

La obtención del conocimiento informado así como la prescripción de la premedicación anestésica.^{10,11}

La base de la entrevista es la historia clínica y el examen físico, éstos son los mejores medios para detectar una enfermedad. La necesidad de una investigación preoperatoria (radiografía de tórax, EKG, glucemia, urea, creatinina, electrolitos séricos, pruebas de coagulación, etc) es cuestionable en el paciente sano asintomático, sin una historia clínica precisa o en quien el examen médico, no indique la necesidad de mayores investigaciones, tanto en adultos como en niños.

Idealmente una valoración quirúrgica deberá realizarse unos días antes del procedimiento quirúrgico, permitiendo al paciente conocer a los miembros del equipo, completar las pruebas de laboratorio necesarias o proporcionar tiempo suficiente para estabilizar cualquier patología previa (angina, arritmia, asma) con la valoración por otro especialista si fuera solicitado.

La valoración el mismo día de la intervención resulta menos aconsejable ya que aumenta el número de cancelaciones, una situación intermedia sería una entrevista telefónica o por cuestionario postal, antes del día de la cirugía determinando en el la necesidad de pruebas de laboratorio complementarias, para lo cual se han desarrollado cuestionarios específicos para adultos y para pacientes pediátricos.

A continuación se analizarán las pruebas que habitualmente se solicitan:

Se considera que una prueba preoperatoria es útil cuando el resultado anormal detectado puede condicionar un cambio en el manejo del paciente, debiendo ser lo suficientemente sensibles (positivos en la enfermedad) y específicos (negativos en la salud).

Rx de Tórax.

La radiografía de tórax continua siendo utilizada como rutina en la evaluación preoperatoria a pesar de su alto costo, el bajo rendimiento que reporta y el carácter acumulativo de las radiaciones.

La incidencia de hallazgos radiológicos no esperados en consecuencias terapéuticas es del 0.2% en pacientes menores de 40 años y la información aportada no influye en el manejo anestésico, la tasa de radiografía de tórax aumenta con la edad, con todo podríamos concluir la recomendación de solicitarla en mayores de 60 años, patología cardiopulmonar, neoplásicos, fumadores de más de 20 cigarrillos al día, pacientes ASA III y obesos con sobrepeso, y con índice de masa corporal mayor de 30% aunque estos últimos no deberían de ser aceptados en un programa de cirugía ambulatoria.^{11,12}

Electrocardiograma.

Las anomalías detectadas por electrocardiograma cuantitativamente más importantes y potencialmente capaces de alterar el plan anestésico son los hallazgos inesperados de infarto y las arritmias previamente no diagnosticadas, sólo detectables en un examen médico minucioso. El EKG preoperatorio debe ser practicado como norma, a los pacientes con sintomatología cardiaca.

En pacientes sintomáticos la incidencia de alteraciones significativas aumenta con la edad por lo que parece razonable utilizar la edad como limite para la selección de pacientes que necesitaran un EKG preoperatorio aconsejandolo por encima de los cuarenta años si no se dispone de un EKG normal de referencia.

Pruebas de Laboratorio.

En pacientes sanos asintomáticos no ha sido demostrada la utilidad de los resultados de pruebas de laboratorio sin indicación específica siendo la historia clínica y el examen físico la prueba más efectiva para detectar patologías.

Hemograma.

Debería determinarse en todas enfermedades quirúrgicas en edad fértil por pérdidas sanguíneas menstruales etc., y en todos los pacientes mayores de 60 años o con historia previa de enfermedad sistémica coagulopatía o anemia anterior así como en recién nacidos.

Estudios de Coagulación.

Se recomiendan estudios como TP o TPT o fibrinógeno cuando la anamnesis o la clínica sugieran trastornos de la coagulación.

Bioquímica.

En el paciente sano asintomático sólo el 0.1% de las anomalías no sospechadas por los datos bioquímicos son significativas, la mayoría corresponde a glucemia, urea, bun, creatinina, por lo cual se recomienda solicitar en ambos sexos a partir de los 40 años, el resto ácido úrico, colesterol etc., no aporta información significativa que pueda influir en la planificación peri operatoria ni en sus resultados.^{13,14}

Según esquema de Rozién:

	Hb	Hto	Leuc	E.S	Creat	Gluc	PFH	RX	EKG	Plaq	Tp	Tpt
Cirugía con Hemorragia	+	+									+	+
Cirugía sin Hemorragia	+	+										
Neonatos	+	+										
Menos de 40 a.	+											
41 a 59 años.	+							+	+			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Más de 60 a.	+	+					+	+	
Enfermedad									
Cardiovascular	+	+			+		+	+	
Enfermedad									
Pulmonar							+	+	+
Neoplasia	+	+	+	+				+	+
Radioterapia					+		+		
Enfermedad									
Hepática					+		+		
Enfermedad									
Renal	+	+			+	+			
Coagulopatías									+
Diabetes					+	+	+		
Tabaquismo	+	+						+	
Embarazo y									
Puerperio	+	+							+
Diuréticos					+	+			
Digoxina					+	+		+	
Esteroides					+		+		
Anticoagulantes									+
									+

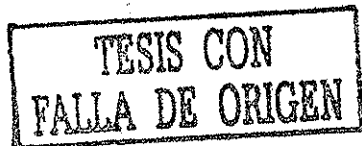
Tomado de Rozien et.al.¹⁵

MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, en el cual se analizaron 80 expedientes de pacientes postoperados, comprendidos entre el 1º de Noviembre y el 31 de Noviembre del año 2001 del archivo clínico del HG Rubén Leñero. Se eligieron al azar 1 de cada 3 expedientes los cuales cumplieran con los requisitos de, pacientes postoperados de ambos sexos con edad comprendida entre 5 y 40 años con riesgo anestésico ASA I-II , cirugía de duración aconsejable no superior a 180 minutos, con cualquier tipo de manejo anestésico y de procedimiento quirúrgico, con cirugía electiva, conformados en dos grupos de 40 cada uno escogidos aleatoriamente.

Se excluyeron aquellos expedientes con estado físico ASA III y IV, con cirugía de urgencia, con cirugía de tiempo mayor a 180 minutos, menores de 5 y mayores de 40 años.

El estudio se realizó en el HG Rubén Leñero de los expedientes de pacientes postoperados, tomados de la bitácora de quirófano del mes de Noviembre, se eligieron de manera aleatoria de acuerdo a la fórmula de proporciones para población finita, uno de cada tres, formando dos grupos de cuarenta cada uno, del primer grupo se extrajo únicamente ASA, técnica anestésica, el tiempo anestésico, quirúrgico y el alta de recuperación así como la edad, sexo, Hb, Hto, Tp, Tpt, glucemia, plaquetas, Rx, ECG, y complicaciones, del grupo dos sólo se tomo ASA, edad, sexo, Hb, Hto, y complicaciones según el esquema de Rozien. En los cuales se evaluó la utilidad de los estudios de laboratorio y gabinete.



RESULTADOS.

Se estudio a dos grupos conformados de cuarenta expedientes cada uno de ellos, asignados por un tipo de muestreo sistemático intencional aleatorio simple, los datos recabados se recolectaron en hojas las cuales contienen las diferentes variables en estudio denominadas formulario tipo 1 y 2, el formulario uno se sometió al estudio estadístico de media y desviación estándar el formulario dos sirvió como referencia para describir el comportamiento del primero.

Observándose que el número de laboratorios no muestra diferencia significativa entre los reportados por Aguilera LC. Y Martínez RA.¹

El número de complicaciones no se relacionaron con el número de laboratorios solicitados. Las complicaciones observadas en el formulario número 1 se encontraron en pacientes ASA II, y la complicación encontrada en el formulario 2 se presento en un paciente ASA I.

El mayor número de laboratorios recabados en el formulario 1 fue de hasta 8 mientras que en el formulario 2 sólo se registraron 2. En ninguno de los casos se encontró pruebas de laboratorio o de gabinete en rangos anormales. Todas se encontraron dentro de parámetros normales de acuerdo a edad y sexo.

En el grupo del formulario 1 se llevo acabo un cambio de técnica anestésica de local a endovenosa así como en el grupo del formulario dos de BPD a AGB.

Se grafico el tiempo anestésico del grupo 1 observándose 9 pacientes con tiempo mayor a 124 minutos, sólo uno con tiempo menor a 100 minutos, y el mayor número en menos de 80 minutos. Los pacientes con complicaciones se encontraron dentro del tiempo menor a 80 minutos.

Se grafico la edad siendo la menor 5 años y la mayor 41 años las complicaciones se encontraron en pacientes del sexo masculino de 12 y 29 años respectivamente, en el formato dos en una paciente femenino de 19 años de edad

en los tres casos los reportes de laboratorio fueron dentro de parámetros normales.

Se grafico la hemoglobina como rango mínimo 11 mg/dl y el máximo 16 mg/dl el mayor número de pacientes se encontró en el rango de 13 a 14 mg/dl con un total de 23, y el menor número con 6 en el rango de 15 a 16 mg/dl.

La cuarta figura corresponde a la cantidad de hematocrito donde el limite inferior fue 39 y el máximo 53 encontrándose el mayor número de pacientes dentro del rango de 48 a 50 con 12 y el menor número de 51 a 53 con 4.

El tiempo anestésico presento una media de 79 y una desviación estándar de 39, la edad presento una media de 21.92 años con una desviación estándar de 9.526, la hemoglobina una media de 13 mg/dl con una desviación estándar de 1.1, y el hematocrito una media de 45.4 con una desviación estándar de 3.63.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN.

El estudio realizado se llevó a cabo en 80 expedientes de pacientes postoperados por cirugía electiva, divididos en cuarenta respectivamente, asignados por medio de muestreo intencional aleatorio simple.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestra que los valores como edad, sexo, tiempo anestésico, hemoglobina, hematocrito, glicemia, Tp, Tpt; plaquetas, y complicaciones no presentan diferencias estadísticamente significativas con los reportados por Aguilera LC. Y Martínez RA.¹

Las complicaciones no se debieron a alteraciones en los resultados de laboratorio o de gabinete, no se presentaron en los extremos de la edad registrada sino en la media, y el número de exámenes de laboratorio no influyo para que se previnieran o no las complicaciones, el tiempo anestésico así como el tiempo quirúrgico y el alta de recuperación fue similar para ambos grupos por lo cual el número de laboratorios y de gabinete no es un parámetro para el pronto egreso del quirófano, pero si el ASA.

Por lo que en los procedimientos de cirugía electiva según lo estudiado pueden ser disminuidos los estudios de laboratorio y de gabinete siguiendo el esquema propuesto por Rozien y siempre y cuando cumplan con los parámetros de ASA I, II, mayores de 5 años y no mayores de 40 años, con cirugía con tiempo menor a 120 minutos.

Cabe señalar que en los últimos años se ha incrementado el número de demandas hacia el personal de la salud y quizás esta sería una justificación para solicitar un mayor número de exámenes de laboratorio y gabinete para ampararse de una posible complicación grave e inesperada, la cual en las condiciones anteriormente revisadas siguiendo los parámetros y el protocolo para pacientes sometidos a cirugía ambulatoria no se debe esperar.

Al reducir el número de exámenes de laboratorio y de gabinete se estará brindando una una mejor calidad de atención hacia el paciente además de reducir costos tanto para el paciente como para la institución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Aguilera LC. Martínez RA. *Anestesiología para la Cirugía Ambulatoria*. Estudio preoperatorio de los pacientes y criterios de selección. Madrid: Astra, 1998; 1:71-79.
- 2.-Martin JM. *Anestesiología para la Cirugía Ambulatoria*. Consideraciones quirúrgicas en cirugía mayor ambulatoria. Madrid: Astra, 1998; 1:59-70.
- 3.-Sánchez MV. Giner MC. Gallén JT. *Anestesiología para la Cirugía Ambulatoria*. Medicación preoperatoria para anestesia en cirugía ambulatoria. España: Astra, 1998;1:131-149.
- 4.-Crozier T. Kettler D. Cost effectiveness of general anaesthesia, inhalation vs i.v. *Br J Anaesth*. 1999;83:547-49.
- 5.-Smith I. Terhoeve P. Hennart D. A multicentre comparison of the costs of anaesthesia with sevoflurane or propofol. *Br J Anaesth*. 1999; 83:564-70
- 6.- Cañas HMG. Marrón PM. Romero MR. Manejo Anestésico del Paciente Geriátrico Ambulatorio, *PAC Anestesia 2*. México: Abbot. 2000;45-52.
- 7.-Arenas CM. Controversias en anestesia ambulatoria pediátrica *PAC Anestesia 2*. México: Abbot 2000;53-60.
- 8.-Smith RM. Preparing children for operation. In Smith RM *Anesthesia for infants and children*. St Louis: CV Mosby 1996;32:430-36.
- 9.-White PF. Preoperative evaluation and premedication of ambulatory surgery patients. *Br J Anaesth*. 1997;19:217-32.
- 10.-Desboroug JP. The estrés response to trauma and ambulatory surgery. *Br J Anaesth*. 2000;85:109-17.
- 11.-Zeev NK. Linda CM. Wang SM. Caramico LA. Parenteral presence during induction of anesthesia versus sedative premedication. *Anesthesiol*. 1998;89:1147-56.
- 12.-Eduardo Zinker E. Alvarez Vega JC. Costos en anestesia. *Farmacoeconomía. Rev. Mex. Anest* 1998;21:182-189.
- 13.-Sierra E. *Cirugía mayor ambulatoria y de estancia corta*. Expectativas realidad actual y posibilidades. *Med. Clin. Barcelona*:1997;109:92-94.

14.-Herrera GL. Cortés ID. Minian IZ. Optimización en anestesia de los exámenes de laboratorio preoperatorios por medio de la estrategia simplificada de Rozien. Rev. Mex Anest 2000;23:77-82.

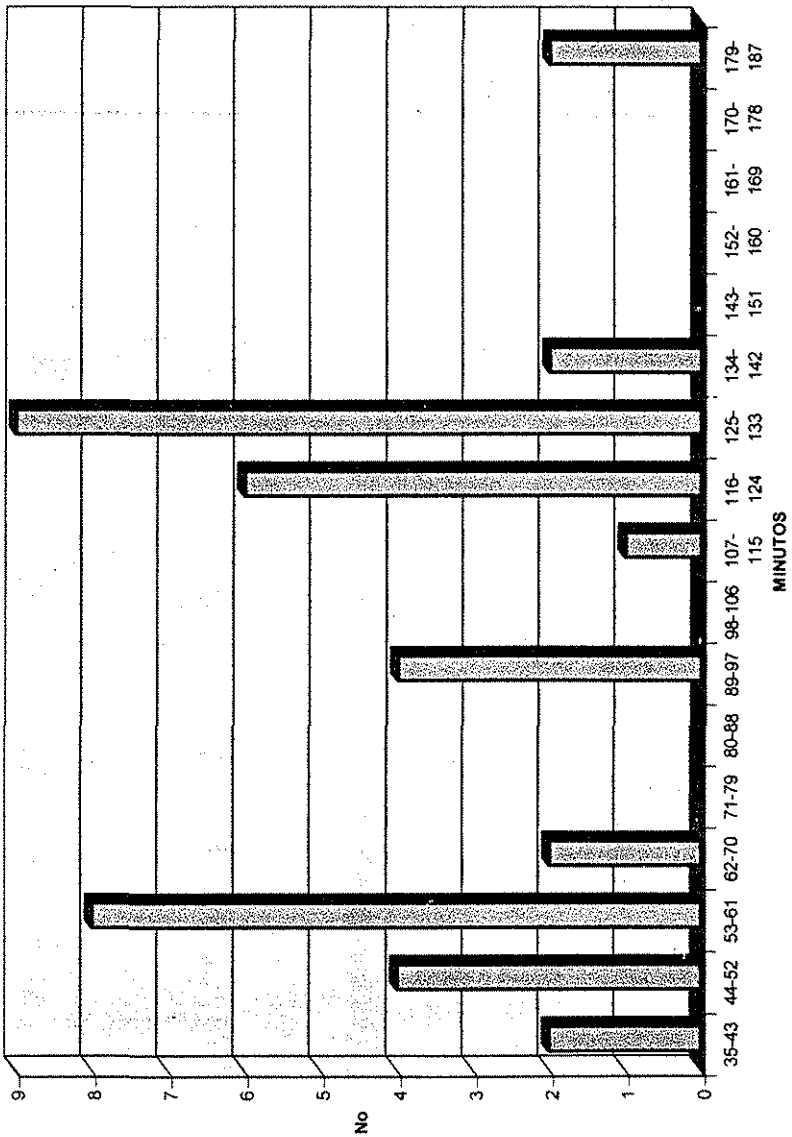
15.-Rozien M. Preoperative assesment : What is necessary to do? Chicago Illinois. ASA. 1994;123:1-7.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS PARA PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.

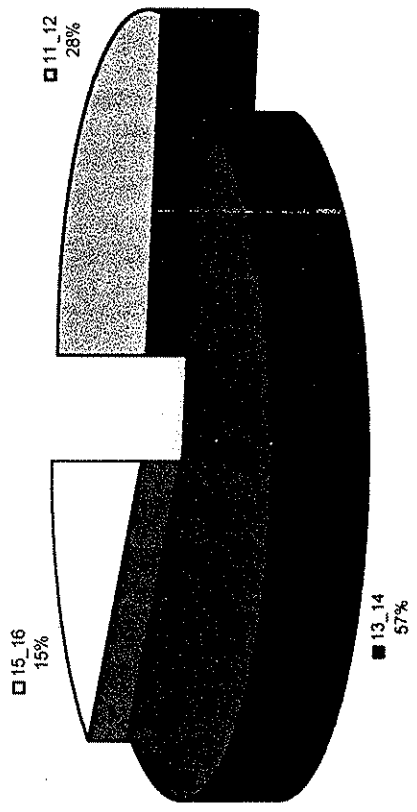


Fuente.- Archivo clínico del H.G. Rubén Leñero -

TIEMPO ANESTESICO.

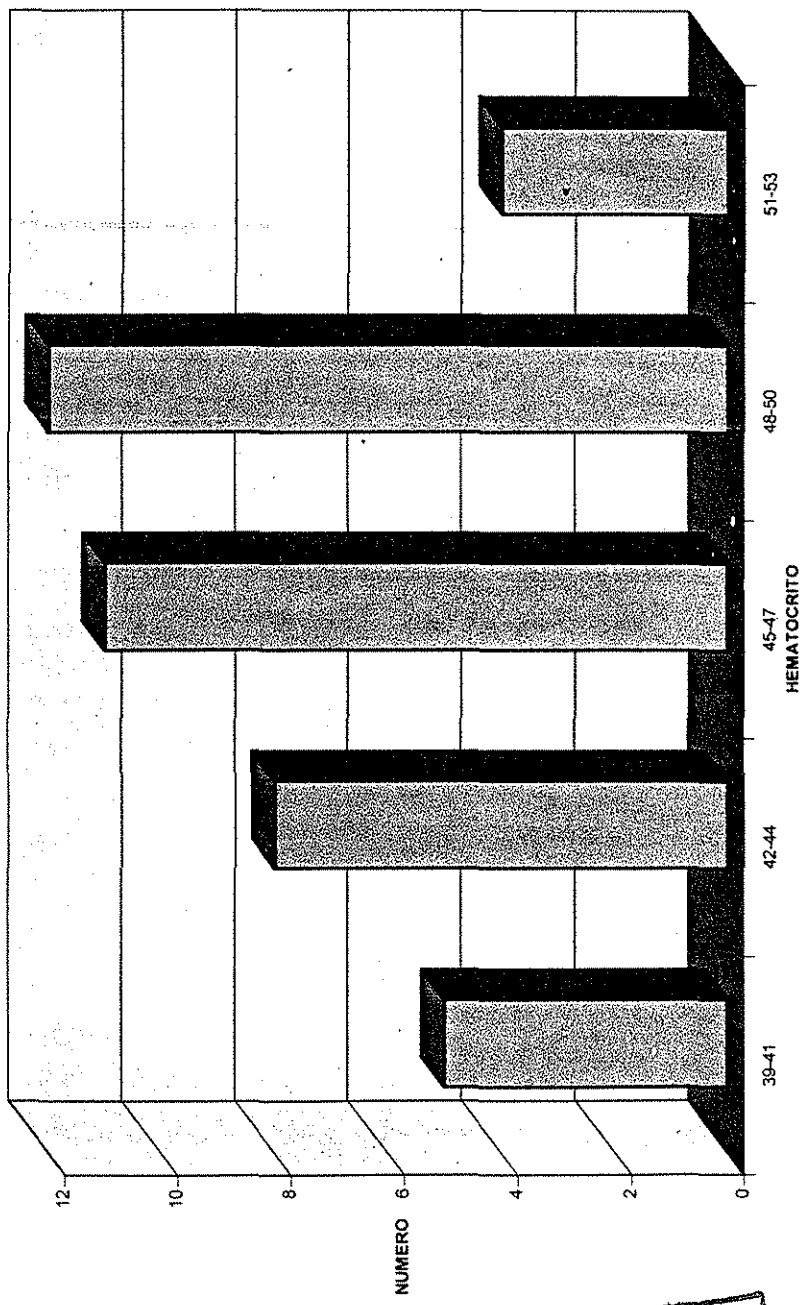
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS PARA PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.



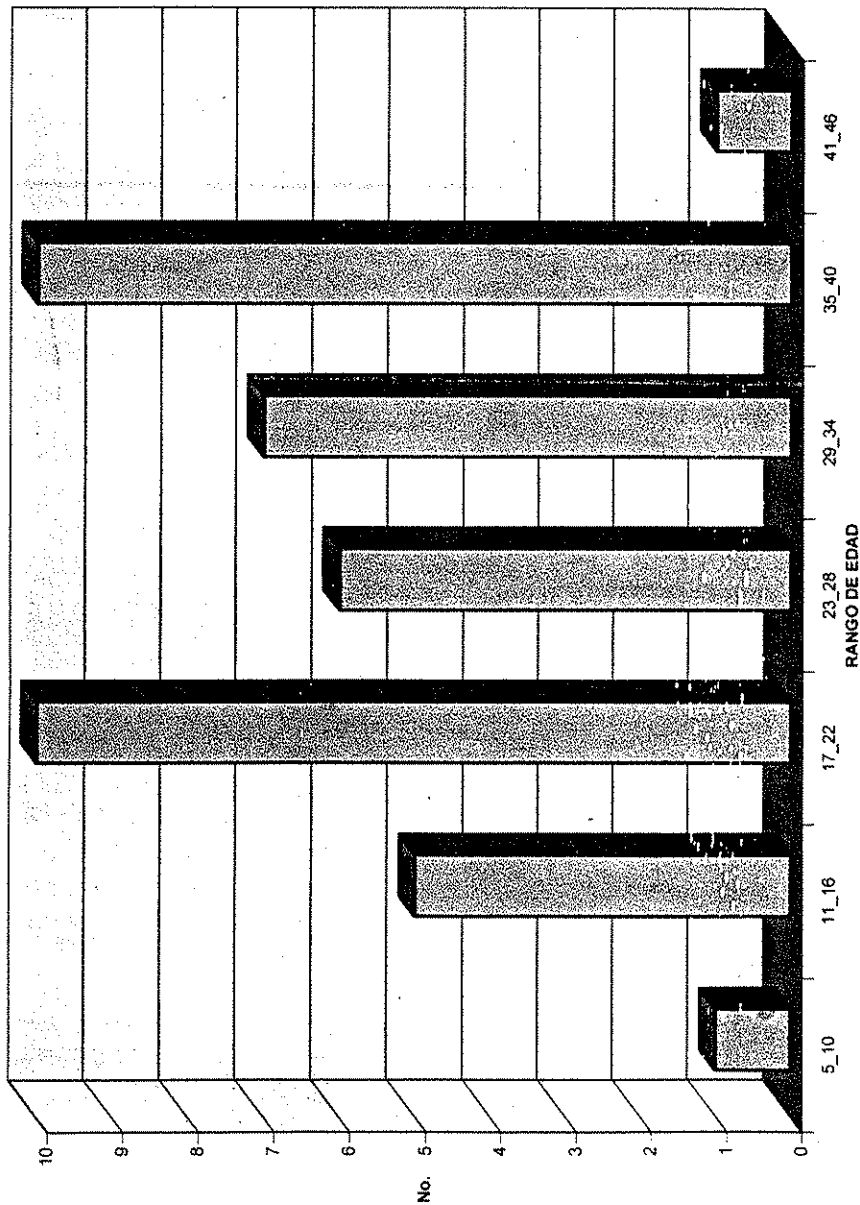
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN ANESTESICOS PARA
PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS PUNTOS Y CRITERIOS DE SELECCIÓN ANESTÉSICOS
PARA PACIENTES PARA CIRUGIA AMBULATORIA.



TESIS CON
DATOS DE ORIGEN

Fuente.-Archivo Clínico H G Rubén Leñero- 2001.