



Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

Criterios de puntuación del alta postanestésico

Recomendaciones

- Las evaluaciones del dolor, del estado de conciencia, de la presión arterial, de las náuseas y los vómitos, se deben hacer antes del alta a un paciente en la unidad de cuidados postanestésicos. **(Grado B)**
- La evaluación de otros signos vitales debe ser considerada antes del alta de un paciente en la unidad de cuidados postanestésicos. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* se basa en una revisión sistemática publicada en 2011 en la Biblioteca de Revisiones Sistemáticas del JBI. El informe completo² de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs (www.joannabriggs.org).

Antecedentes

El tiempo inmediatamente después de una anestesia general es un período crítico para la recuperación del paciente, requiere la observación intensiva para permitir la detección precoz de complicaciones de la cirugía. Desde su introducción en 1923, la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) es el lugar preferido para la recuperación inmediata del postoperatorio del paciente.³ La duración de la estancia de un paciente en la UCPA depende de varios factores, entre los que se encuentran el estado preoperatorio de salud, la cirugía, el tipo de anestesia y la estabilidad de los signos vitales. Tradicionalmente ha sido una práctica común para las políticas de alta de la UCPA estipular una duración mínima de la estancia, con la preparación de un paciente para el alta apoyándose en la valoración enfermería de normalidad y estabilidad de los parámetros fisiológicos.

El estado del paciente puede deteriorarse rápidamente. Se han realizado grandes esfuerzos para desarrollar herramientas que ayudan a la identificación del deterioro de los signos vitales. La utilización de este tipo de herramientas se asocia con una reducción de eventos adversos en los pacientes ingresados.⁴ Desde la aparición de las unidades de procedimiento quirúrgico ha habido una tendencia creciente hacia el uso de sistemas de puntuación normalizados y objetivos para facilitar la toma de decisiones y medir la disposición del paciente para el alta de la UCPA.

Las directrices para la evaluación postanestésica a menudo se centran en el papel del anestesista; sin embargo, el papel central de las enfermeras en la gestión de los pacientes en el entorno UCPA, ha llevado a los anestesistas a delegar a menudo la responsabilidad de la evaluación para el alta a la enfermera de la UCPA.⁵ Basar la práctica de las enfermeras en la evidencia, es fundamental para una atención óptima y eficaz. Hasta las enfermeras más experimentadas pueden enfrentarse a un dilema sobre el momento óptimo para la transferencia o el alta de los pacientes.⁵

Grados de recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006.¹

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Objetivos

El objetivo de este Best Practice Information Sheet es presentar la mejor evidencia disponible sobre los elementos esenciales dirigidos a una evaluación eficaz y factible de los pacientes después de la anestesia y la cirugía. Todo ello garantizando la seguridad del paciente a través de la oportuna y apropiada alta de la unidad de cuidados postanestésicos.

Foco de interés

Se incluyeron estudios que evaluaron las variables adecuadas para la evaluación de la idoneidad del paciente para el alta de la UCPA. Los estudios podían ser seleccionados si evaluaban los criterios de alta predeterminados (individuales o agrupados en una herramienta para el alta); por ejemplo, la medida de los signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial), la saturación de oxígeno capilar, el nivel de conciencia, la pérdida de sangre, el dolor, y otras herramientas existentes para el alta.

Calidad de la investigación

Se incluyeron un total de ocho estudios en la revisión. Los estudios representan la perspectiva internacional del alta médica de la UCPA, con cuatro grupos en los Estados Unidos (EE.UU.), dos realizados en Canadá, uno en Dinamarca y uno en Gales. De los ocho estudios incluidos, sólo uno era un ensayo controlado aleatorizado (ECA). Se investigó el uso de una herramienta de alta con el fin de determinar la elegibilidad para saltarse la UCPA. Cuatro eran estudios observacionales descriptivos, de moderado a alto riesgo de sesgo, que investigan el uso de diversas herramientas de evaluación del alta de la UCPA. Estos cuatro estudios se llevaron a cabo usando muestras de conveniencia de pacientes de la UCPA. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron en general no validados, los factores de confusión fueron mal dirigidos, y el análisis a menudo era limitado. Dos estudios observacionales adicionales y un análisis de los registros retrospectivos investigaron la recuperación de los pacientes en la UCPA y proporcionaron datos útiles para el desarrollo de una herramienta de evaluación de la UCPA.

Resultados

Herramientas utilizadas para evaluar la preparación del alta de la UCPA

Un total de cinco estudios investigaron el uso de herramientas específicas para evaluar la preparación de los pacientes para el alta de la UCPA. Cada herramienta contiene una combinación predeterminada de variables de evaluación.

Un ECA no ciego llevado a cabo en 2004 en un centro de cirugía ambulatoria de Canadá investigó el tiempo y ahorro de costes en la utilización de un sistema de puntuación de vía rápida usada en el alta de los pacientes directamente desde el quirófano a una unidad de cirugía, evitando así el ingreso en la UCPA.

Pacientes ambulatorios programados para laparoscopia ginecológica, histeroscopia o artroscopia, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, clasificados en los niveles I y II del sistema de clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiologistas (ASA, por sus siglas en inglés) y sin antecedentes de enfermedad significativa o abuso de sustancias, fueron asignados al azar para un grupo de vía rápida ($n = 110$) o un grupo de recuperación de rutina ($n = 97$). Las medidas de resultado para el ensayo fueron las horas de enfermería, los costes económicos, el tiempo transcurrido hasta el alta, el postoperatorio y, en casa, las náuseas, el dolor, y la satisfacción del paciente. Los pacientes de ambos grupos fueron evaluados al despertar del quirófano usando la herramienta de puntuación de vía rápida.

La herramienta de vía rápida incluyó la evaluación del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno y la estabilidad respiratoria, y el alta de la UCPA incluyó la evaluación de la hemorragia quirúrgica. Los pacientes en el grupo de vía rápida que cumplían con los criterios de la vía rápida en el transcurso de 10 minutos fueron dados de alta de la unidad de cirugía ambulatoria. El grupo de recuperación de rutina fue dado de alta de la UCPA, independientemente de que cumplieran o no los criterios de la vía rápida. Los resultados de este estudio sugieren que el uso de la herramienta de puntuación del alta en el quirófano para el grupo de vía rápida fue tan eficaz como la herramienta de evaluación del alta de la UCPA en la identificación de la idoneidad para el alta.

Un estudio descriptivo realizado en un hospital universitario canadiense trató de validar una lista de comprobación de criterios para el alta postanestésico objetivo, el sistema de puntuación del alta postanestésico (PADSS, por sus siglas en inglés), con el fin de sustituir a la herramienta de criterios de alta que se utiliza en una unidad de cirugía ambulatoria.

El estudio incluyó a 247 pacientes: 151 fueron sometidos a un procedimiento corto de dilatación y raspado (D & C, por sus siglas en inglés) (tiempo de anestesia media 20 ± 7 minutos) y el resto se sometió a procedimientos quirúrgicos ambulatorios menores incluyendo artroscopia y laparoscopia (tiempo de anestesia media 62 ± 26 minutos). Este estudio no mostró diferencias significativas en el tiempo para cumplir con los criterios de alta después de la evaluación con una lista de control del alta objetiva en comparación con una herramienta subjetiva no validada.

Un estudio observacional realizado en un gran hospital universitario de tercer nivel en EE.UU. comparó el alta de los pacientes adultos, después de una anestesia general, de la UCPA mediante la práctica de descarga tradicional [TDG, por sus siglas en inglés] o una herramienta de criterios de alta [DCG, por sus siglas en inglés]. Los pacientes que recibieron anestesia espinal o epidural o que estaban programados para un mismo día de alta fueron excluidos del estudio. La lista de comprobación de criterios de alta incluyó resultados definidos para la actividad, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, el pulso, la saturación de oxígeno, el estado de conciencia/mental, el dolor, la diuresis, las náuseas, los vómitos, y los resultados de laboratorio. Este estudio informó de una reducción significativa del 24% ($p = 0,00$) en el tiempo de permanencia en la UCPA, cuando el personal de enfermería implementó la lista de comprobación de los criterios de alta. El ochenta por ciento de los pacientes dados de alta con el método tradicional se retrasaron en la UCPA después de conocer los criterios de alta en comparación con el 42% del grupo de DCG ($p = 0,00$). Un estudio observacional de 2010 investigó el retraso en el alta de la UCPA en los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de mama en Dinamarca. Los pacientes del estudio se sometieron a una mastectomía o cirugía conservadora de la mama, en combinación con cualquiera de disección del ganglio linfático centinela o disección de los ganglios linfáticos axilares.

Se tomó como herramienta de evaluación para el alta en la UCPA la de la Sociedad Danesa de Anestesiología y Medicina de Cuidados Intensivos (DASAIM), que incluye la evaluación de las náuseas y vómitos postanestésicos, el dolor, los niveles de sedación, la saturación de oxígeno, y los signos vitales. Durante un período de tres meses, el instrumento fue administrado cada 15 minutos a 116 pacientes consecutivos ingresados en la UCPA. Las edades de los pacientes oscilaron desde los 33 hasta los 86 años. En la muestra, el 19% de los pacientes no cumplieron los criterios de alta de saturación de oxígeno del DASAIM y fueron dados de alta por los anestesistas. Los investigadores propusieron que, como casi el 20% de los pacientes no lograron alcanzar los criterios de la DASAIM para el nivel de saturación de oxígeno antes de su alta de la UCPA, este requisito debe ser reconsiderado en listas de control de altas posteriores.

Un estudio observacional realizado en la UCPA de un hospital de tercer nivel de EE.UU. comparó los resultados de alta en una muestra de conveniencia de 340 pacientes postquirúrgicos. Los participantes involucrados en el estudio fueron clasificados en las categorías II y III del ASA, tenían una edad media de 51 años, la duración media de la anestesia fue de 118 ± 83 minutos y el tiempo de anestesia media de 181 ± 96 minutos. La medida de resultado primaria fue la duración de la estancia en la UCPA. También se examinaron los factores predictivos de retraso en el alta incluyendo tipo de anestesia, tipo de cirugía y comorbilidad.

Fueron excluidos del estudio los pacientes de cirugía torácica, neurocirugía, oftalmología o cirugía otorrinolaringológica; si estaban recibiendo cuidados anestésicos monitorizados, si fueron admitidos a la UCPA en un fin de semana, o cuando el investigador ya estaba realizando la evaluación de otros seis pacientes. Los hallazgos del estudio sugieren que la aplicación de una evaluación formal de idoneidad para el alta puede reducir la duración de la estancia en la UCPA.

Preparación para el alta de la UCPA

Un total de tres estudios se dirigió a la relevancia de las variables específicas para determinar la preparación para el alta

de la UCPA. Un estudio observacional realizado en Reino Unido que implicó a 33 pacientes que habían sido sometidos a cirugía ortopédica, investigó la recuperación del paciente después de la cirugía. La herramienta de evaluación incluyó 17 variables clasificadas por el paciente en una escala Likert de 10 puntos. Las variables fueron diseñadas para evaluar el estado mental, los factores educativos, el rendimiento cognitivo, la movilidad, la ingesta oral y el dolor. Las calificaciones de los pacientes recogieron las náuseas y los vómitos, el apetito, la sed, el estado de alerta, el dolor, la coordinación, los mareos, el dolor de cabeza, los niveles de energía, la temperatura, la sensación de bienestar, los niveles de interés, la claridad y la velocidad de pensamiento, la excitabilidad, la preocupación, y la felicidad. La evaluación se realizó antes de la cirugía para fijar valores de referencia, y después de la operación a intervalos de 30 minutos durante 2 horas con una evaluación final realizada después del alta hospitalaria. Los criterios esenciales que debían cumplir son el estado mental (alerta y respuesta), la movilidad (movilidad coherente con el nivel pre-operatorio y el tipo de cirugía, ausencia de vértigo), el dolor (analgesia proporcionada), la ingesta oral (retener líquidos por vía oral), la provisión de información, y soporte social. Los criterios deseables fueron que el paciente hubiera miccionado, el dolor fuera mínimo, estuviera lúcido y sin dolor de cabeza, y comiendo y bebiendo sin náuseas o vómitos antes de su alta. Un estudio observacional realizado en una sala de endoscopia en EE.UU. investigó el uso de las pruebas psicomotrices en la UCPA, para evaluar la recuperación de la sedación. Se incluyeron en el estudio treinta y un participantes adultos ($n = 31$) sometidos a endoscopia bajo sedación con analgesia que tenían un estado funcional normal al inicio del estudio, sin deterioro cardiopulmonar o neurológico, y no fueran ciegos. La edad media del grupo de la muestra fue de 43 años, con co-morbilidades informadas como ansiedad, depresión, diabetes, hipotiroidismo y accidente cerebro vascular. La media del tiempo del procedimiento fue de 10 minutos (máximo 30 minutos) y la media de

duración desde la última dosis de la medicación antes de la admisión a la UCPA fue de 16 minutos. Se administraron a los pacientes cuatro pruebas validadas psicomotoras; la prueba de Destreza Manual (una tarea programada para evaluar las habilidades de motricidad fina), la prueba de cancelación de la carta (LCT, por sus siglas en inglés; para evaluar la concentración y la percepción), la prueba de elección múltiple del tiempo de reacción (evalúa el tiempo de reacción complejo) y la prueba de seguimiento crítico (evalúa la coordinación psicomotriz compleja usando un programa de ordenador). La LCT resultó ser una prueba simple de administrar que podría añadirse a una evaluación de la preparación para el alta después de la sedación con la posibilidad de aumentar la seguridad del paciente. Sin embargo, no se propuso nivel adecuado de recuperación psicomotriz para guiar el uso de la prueba.

Un estudio observacional establecido en Gales se centró en la incidencia de la retención urinaria postoperatoria (POUR, por sus siglas en inglés), que se define como un volumen de la vejiga de al menos 500 ml y la incapacidad de orinar durante al menos 30 minutos, en la UCPA. En el estudio participaron 112 adultos que recibieron cirugía con anestesia espinal en una UCPA militar de EE.UU. Los pacientes eran predominantemente varones, con una edad media de 47 años, el tiempo medio de anestesia de 121 minutos y la media de los fluidos intraoperatorios de 1143 ml. Durante la recuperación en la UCPA, el 44% de los participantes experimentaron POUR. El único factor de predicción para el POUR era un volumen de la vejiga de al menos 500 ml en la admisión a la UCPA. Los autores sugirieron que el POUR era un suceso adverso que ocurre con frecuencia en los pacientes sometidos a anestesia espinal que debe abordarse antes del alta de la UCPA con el fin de promover el bienestar del paciente.

Agradecimientos

Este Best Practice information sheet ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs.

Además, este Best Practice information sheet ha sido revisado por expertos de Centros Colaboradores del Internacional Joanna Briggs

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Phillips N.M., Haesler E., Street M., Kent, B. Post-anaesthetic discharge scoring criteria: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 2011; 9(41):1679-1713.
3. Truong L, Moran J & Blum P, Post anaesthesia care unit discharge: a clinical scoring system versus traditional time-based criteria. *Anaesth Intensive Care*, 2004. 32 (1): p. 33-42.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. (Clinical guideline no. 50). 2007, London (UK): NICE.
5. Swatton S, A discharge protocol for the postanaesthetic recovery unit. *British Journal of Perioperative Nursing*, 2004. 14(2): p. 74-80.
6. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.

Traductor: Álvaro García Moreno

Revisores: Domingo Ángel Fernández Gutierrez y David López-Zorraquino



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia posible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico⁶



“ Los procedimientos descritos en el Best Practice sólo deben ser utilizados por personas que tienen la experiencia adecuada en el ámbito al que se refiere el procedimiento. La aplicabilidad de cualquier información debe ser establecida antes de confiar en él. Si bien se ha tenido cuidado para asegurarse de que esta edición de Best Practice resume la investigación disponible y el consenso de expertos, cualquier pérdida, daño, coste, gasto o responsabilidad sufrida o incurrida como resultado de la confianza en estos procedimientos (tanto si se producen en un contrato, negligencia o en cualquier otro caso) están excluidos, en la medida permitida por la ley ” .