
 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 1 de 27

## PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS

### 1.OBJETIVOS

Evitar las complicaciones postquirúrgicas con el fin de disminuir el riesgo de muerte.  
 Mantener la función respiratoria adecuada para prevenir la depresión respiratoria  
 Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todo paciente que fue intervenido quirúrgicamente en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

### 3. RESPONSABLES

- ✓ Anestesiólogo
- ✓ Médico especialista
- ✓ Personal de Enfermería
- ✓ Médicos generales
- ✓ Instrumentador quirúrgico

### 4.DEFINICIONES



**Dehiscencia de la herida:** se considera la dehiscencia cuando los puntos ha desgarrado el tejido. Una de las consecuencias más frecuente que condiciona una dehiscencia es porque se tensiona demasiado los puntos comprometiendo la circulación en esta zona.

**Infeción:** Las infecciones de herida operatoria suceden en el lapso del 3 y 10 entre del postoperatorio, la sintomatología más frecuente es la fiebre, dolor en la herida, edema y eritema.

**Infecciones en Cirugía:** Las infecciones quirúrgicas son todas aquellas que se desarrollan o se producen por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico.

### 5.GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO

- Las complicaciones son más usuales en cirugías que se presentan de urgencia, en especial aquellas que son causadas por traumas, heridas abiertas contaminadas que las cirugías programadas, también pueden ser a causa por antecedentes secundarios de enfermedades de base, secundarias al procedimiento o a otros factores

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 2 de 27

Según su etiología puede estar relacionada a:



- ✓ Secundario a la enfermedad primaria
- ✓ Secundaria a la intervención quirúrgica
- ✓ Secundarias a otros factores no relacionados
- ✓ De la herida (dehiscencia, hematoma, seroma, infección, entre otros)
- ✓ Termorregulación (fiebre postoperatoria, hipertermia maligna e hipotermia)
- ✓ Respiratorias (atelectasia, neumonía, edema pulmonar, embolia, entre otros)
- ✓ Cardiacas (hipertensión, isquemia, choque cardiogénico, arritmia, entre otros)
- ✓ Renales de las vías urinarias (retención urinaria, insuficiencia renal aguda)
- ✓ Metabólicas (insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo, hipertiroidismo)
- ✓ Gastrointestinales (íleo, obstrucción, fístulas, colitis, náuseas, vómitos)
- ✓ Hepatobiliares (insuficiencia de vías biliares, insuficiencia hepática aguda)
- ✓ Neurológicas (delirio, demencia, psicosis, trastornos convulsivos, ataques isquémicos transitorios)
- ✓ Oídos, nariz y garganta.

• **FACTORES DE RIESGOS O FACTORES CONTRIBUTIVOS:**

- ✓ Edad
- ✓ Obesidad
- ✓ Antecedentes médicos
- ✓ Nutrición
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Enfermedades crónicas
- ✓ Preparación del paciente quirúrgico
- ✓ Uso de fármacos que producen depresión del sistema nervioso central
- ✓ Aspiración
- ✓ Aumento de secreciones
- ✓ Inducción anestésica
- ✓ Stress quirúrgico
- ✓ Infecciones o sepsis
- ✓ Coagulopatía

• **PREVENCIÓN.**

- ✓ Corregir patologías cardiacas
- ✓ Valoración pre anestésicas
- ✓ Tratamiento de infecciones anteriores a la cirugía
- ✓ Suspensión de anticoagulantes
- ✓ Preparación adecuada del paciente quirúrgico
- ✓ Reservas sanguíneas

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 3 de 27



- ✓ Preparación de área quirúrgica
- ✓ Permeabilidad de catéter y venoclisis

- **CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN**

- **DIAGNÓSTICO/MANIFESTACIONES CLÍNICAS**



Evaluación y monitoreo del paciente

- **Función respiratoria.** La evaluación periódica y monitorización de la permeabilidad de la vía aérea, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (SpO2) para disminución de desenlaces adversos debe realizarse durante la recuperación de la anestesia.
- **Función cardiovascular.** Los expertos consideran que el monitoreo de la presión arterial, el pulso y el electrocardiograma detecta complicaciones, reducen desenlaces adversos y deben ser realizados durante la recuperación de la anestesia (evidencia insuficiente). La reunión de expertos de la ASA (16) considera que el monitoreo electrocardiográfico en la unidad de recuperación postoperatoria puede ser innecesario en ciertas categorías de pacientes o procedimientos anestésicos.
- **Función neuromuscular.** La guía del 2013 de la ASA considera que la evaluación de la función neuromuscular reduce desenlaces adversos y debe ser realizada en la recuperación post anestésica. La evaluación neuromuscular inicia con un examen físico y ocasionalmente puede incluir la monitorización del bloqueo neuromuscular 24 Controles posquirúrgicos Estado mental. En opinión de los expertos, cada institución debe contar con

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
<p>Código: PR-CRG-10-01 V.01</p>		<p>Página 4 de 27</p>

una escala que permita la evaluación del estado mental en la unidad de cuidado posoperatorio. Esto permitiría disminuir las complicaciones post anestésicas (evidencia insuficiente).

- **Temperatura.** Los expertos están de acuerdo en que la evaluación de la temperatura del paciente está relacionada con la disminución de complicaciones postoperatorias y debe realizarse durante la recuperación pos anestésica (evidencia insuficiente). El paciente idealmente debe ser llevado a la normotermia teniendo en cuenta los cambios en la autorregulación de la temperatura secundarios a la anestesia y la cirugía.
- **Dolor.** Los expertos consideran que la valoración y monitoreo del dolor durante la recuperación disminuye algunos eventos adversos postoperatorios (evidencia insuficiente). Este manejo puede iniciarse en la cirugía y ser parte del manejo anestésico elegido para el paciente. Puede ser seguido y evaluado en el periodo posoperatorio.
- **Náuseas y vómito.** La opinión de expertos es ambigua sobre la efectividad de la evaluación de las náuseas y vómito en la unidad de cuidado pos anestésico para disminuir efectos adversos; sin embargo, indican que esta debería ser realizada en la recuperación de la anestesia.
- **Fluidos.** Los expertos están de acuerdo con los beneficios de la monitorización del estado de hidratación y del manejo de fluidos en la unidad de cuidado postoperatorio. Esto disminuye los efectos adversos y mejora el bienestar del paciente y la satisfacción (evidencia insuficiente).
- **Gasto urinario y micción.** La evaluación del gasto urinario detecta la retención urinaria (evidencia B3-B) pero la evidencia es ambigua para detectar otras complicaciones. 25 controles posquirúrgicos En opinión de los expertos, la evaluación del gasto urinario detecta complicaciones y reduce efectos adversos. Esta evaluación puede no ser rutinaria, dependiendo de cada caso. Hay evidencia insuficiente y opiniones ambiguas de los expertos sobre la monitorización de la micción para la detección de eventos adversos, aunque consideran que puede ser evaluada durante la recuperación.
- **Drenaje y sangrado.** Los expertos están de acuerdo en que la evaluación de sangrado y drenaje detecta complicaciones, reduce los efectos adversos y puede ser una rutina en el cuidado de los pacientes posoperatorios (evidencia insuficiente)

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 5 de 27

● **MANEJO/TRATAMIENTO**

Tanto los pacientes sometidos a una anestesia general, como los sometidos a anestesia regional deben ser controlados en Recuperación. Este control debe comenzar por el transporte a la misma.

✓ El anesthesiólogo con el o la auxiliar de enfermería, Transporta el paciente en camilla, de su quirófano con barandas arriba, debe entregarlo a la enfermera y la auxiliar de enfermería recuperadora, anunciando:



- Estado preoperatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
- Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
- Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
- Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
- Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
- Revisión del expediente clínico.

✓ Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de Guedel, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito.

Fundamento: Con esta medida se favorece a la función respiratoria y se evita que la lengua caiga hacia atrás, ocluyendo las vías respiratorias.

✓ Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en oro faringe o nasofaringe.



✓ Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. o según esté indicado.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 6 de 27

- ✓ Fundamento: Al administrar el oxígeno húmedo se favorece la fluidificación de secreciones y facilita su aspiración
- ✓ Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado.  
Fundamento: Con esta posición se favorece a una adecuada ventilación pulmonar.
- ✓ Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente.  
Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).
- ✓ Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.
- ✓ Recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor o manta térmica al paciente.
- ✓ Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenajes, sondas, etc.)
- ✓ Mantener en ayuno al paciente.
- ✓ Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la venopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.
- ✓ Vigilar la diuresis horaria.
- ✓ Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
- ✓ Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.
- ✓ Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
- ✓ Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.

## INDICACIONES

- La evaluación periódica de la vía aérea, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, el pulso, la frecuencia cardiaca y la presión arterial deben realizarse durante la recuperación anestésica.
- La monitorización mediante electrocardiografía debe estar disponible en las unidades de cuidado postoperatorio para los pacientes que la requieran.
- La evaluación de la función neuromuscular se debe realizar, durante la recuperación post anestésica, a aquellos pacientes que recibieron bloqueo neuromuscular con agentes no despolarizantes o que tienen condiciones médicas relacionadas con disfunción neuromuscular.
- El estado de hidratación debe ser evaluado de acuerdo al paciente, en especial para aquellos procedimientos con una significativa pérdida de sangre o fluidos y que requieren un manejo adicional de fluidos.
- El gasto urinario y la micción deben ser evaluados en determinados procedimientos y

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
<p>Código: PR-CRG-10-01 V.01</p>		<p>Página 7 de 27</p>



pacientes. • El estado mental, la temperatura corporal, el dolor, la náusea, el vómito, el drenaje y el sangrado pueden ser evaluados, durante la recuperación, en la unidad de cuidado posoperatorio.

- Controles posquirúrgicos Manejo farmacológico en la unidad de cuidado postoperatorio Náuseas y vómito.

Los medicamentos evaluados fueron los antihistamínicos, antieméticos 5-HT3, tranquilizantes y neurolépticos, metoclopramida y dexametasona.

Antieméticos: Los medicamentos específicos son: **ONDANSETRÓN** (reduce el vómito y rescates antieméticos)

- La profilaxis con antieméticos de las náuseas y el vómito asociado con la anestesia mejora la satisfacción y el bienestar del paciente, reduciendo los tiempos de salida de la unidad de cuidado posoperatorio.
- La profilaxis y tratamiento de las náuseas y el vómito asociado con la anestesia mejora con ondansetrón, droperidol o dexametasona, que también disminuyen el rescate antiemético.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 V.01		Página 8 de 27



- Se considera como medicamento de primera línea al ondansetrón, de acuerdo con las indicaciones de la revisión sistemática de 2013.

La Guía 2002 de la ASA (16), indicaba que la **NALOXONA**, reducía el tiempo para la emergencia y recuperación de la respiración espontánea (evidencia A3-B). Los expertos no están de acuerdo con el uso rutinario de naloxona para reducir los eventos adversos o mejorar la comodidad o satisfacción de los pacientes.

Reversión de los agentes relajantes neuromusculares. La Guía 2002 de la ASA (16), indicaba que el uso de **NEOSTIGMINA**, es efectivo para antagonizar el efecto residual de los relajantes musculares (evidencia A1-B), aunque demostraba un aumento de los episodios de emesis postoperatoria (evidencia A1-H).

- El **FLUMAZENIL (LANEXAT)**, no debería ser administrado rutinariamente, pero podría ser administrado cuando exista depresión respiratoria y sedación en pacientes a quienes se les puede atribuir el uso de benzodicepinas como causa. Posterior al uso del antagonismo de los controles posquirúrgicos farmacológico, los pacientes deben ser observados por largo tiempo para asegurar que la depresión respiratoria no recurra.
- No se recomiendan los antagonistas opioides (naloxona) para su uso rutinario. Sin embargo, pueden ser administrados cuando se presenta depresión respiratoria de causa atribuible al uso de opioides. Después del antagonismo farmacológico el paciente debe ser observado por un largo periodo para evitar la recurrencia en la depresión respiratoria. El antagonismo agudo de los opioides puede desencadenar dolor, hipertensión, taquicardia y edema pulmonar.
- Los antagonistas específicos deben ser administrados para revertir el bloqueo neuromuscular residual cuando esté indicado.
- El flumazenil, la naloxona o los antagonistas del bloqueo neuromuscular deben estar disponibles para ser administrados en caso de ser necesarios.
- Tratamiento en la unidad de cuidado posoperatorio Administración de oxígeno suplementario. Un ensayo clínico controlado aleatorizado controlado, demostró que la administración de oxígeno suplementario durante el transporte y en la unidad de recuperación postoperatoria reduce la incidencia de hipoxemia
- Temperatura. La guía de la ASA del 2002 (16) incluía evidencia de que el calentamiento activo del paciente está asociado con la normalización de su temperatura (evidencia A2-B). Existe evidencia de que el uso de dispositivos de



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p>	
Código: PR-CRG-10-01 v.01		Página 9 de 27

El calentamiento por aire a presión normaliza la temperatura del paciente. Este último hallazgo se corrobora en un reciente ECC y no se evidencia disminución de los escalofríos (evidencia A3-E) (78).

- Uso de agentes farmacológicos para la reducción del escalofrío posoperatorio. En la Guía 2002 de la ASA (16) se describe que la **MEPERIDINA** es efectiva para el manejo del escalofrío posoperatorio comparada con otros agonistas opioides y contra placebo (evidencia A1-B). Un nuevo ECC (79) encontró que la meperidina disminuyó el escalofrío cuando se compara con fármacos (evidencia A3-B). Se han demostrado los efectos del uso profiláctico de la **DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX)**, para el control de los escalofríos, en especial en niños (evidencia B3) y el secundario a anestesia regional (evidencia A3)(80-82). Sin embargo, ha sido más útil su uso profiláctico durante el periodo intraoperatorio.

- La administración de oxígeno suplementario durante el traslado y el cuidado anestésico postoperatorio debe ser realizada en los pacientes con riesgo de hipoxemia.

- La normotermia debería ser uno de los objetivos durante el cuidado postoperatorio de los pacientes. **USO DE MANTAS TÉRMICAS EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN.**

- Salida o alta de los pacientes de la unidad de cuidado posoperatorio Requisito que el paciente presente orina espontánea antes de la salida.

- No se considera un requisito indispensable para el egreso de los pacientes, que el paciente tome líquidos claros antes de la salida. Puede alargar la estancia del paciente en la unidad de cuidado postanestésico. No se considera imperativo que el paciente tome líquidos claros antes de la salida. En la Guía 2002 de la ASA se consideró una evidencia A2-E. Los expertos no consideran que mejore la comodidad o la satisfacción del paciente (16).

- Debe ser obligatorio, de acuerdo con las opiniones de los expertos. La evidencia científica es insuficiente. Necesidad de un tiempo mínimo de estadía en la unidad de cuidado postanestésico. La evidencia es insuficiente y los expertos no consideran que se requiera un mínimo de estadía. Esta debe ser determinada por cada caso específico.

- Los requisitos de orinar o tomar líquidos antes de la salida podrían ser obligatorios en pacientes específicos.



- Como parte de los protocolos de salida de cada institución, todos los pacientes con egreso hospitalario deben tener un acompañante responsable al momento de la salida.

- Un tiempo mínimo en la unidad de cuidado postoperatorio no se recomienda de manera rutinaria. Este tiempo de estancia debe ser establecido para cada paciente.

- Considerar la disponibilidad de vía permeable, drenajes y catéteres de ser necesario.

- Verificar los registros completos.

- Debe valorarse, mediante una escala de criterios para egreso tipo Aldrete, a cada

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b>		
	<b>Código: PR-CRG-10-01 v.01</b>	<b>Página 10 de 27</b>	

uno de los pacientes antes de salir de la unidad de cuidado posoperatorio. Información para trabajar con los pacientes En el caso de egreso de la unidad de cuidado posoperatorio a casa deben entregarse por escrito las recomendaciones relacionadas con la cirugía, los signos de alarma y los eventos adversos inesperados.

### **Criterios de alta de Recuperación**

El alta debe ser dada por el anesthesiologo responsable de sus pacientes en la sala de recuperación. En general los pacientes deberían cumplir una serie de criterios, que como norma pueden resumirse en los siguientes

- Preparar el alta del paciente.
- En resumen, para ser dado de alta el paciente de la sala de recuperación post anestésica, se deben considerar los siguientes criterios:
- Que respire con facilidad y que en la auscultación haya ventilación pulmonar



Calificación mediante escala de Bromage para evaluación del bloqueo motor después de anestesia regional central.

- 3. Completo: incapaz de movilizar pies y rodillas
- 2. Casi completo: solo capaz de mover pies
- 1. Parcial: capaz de mover rodillas
- 0. Nulo: flexión completa de rodillas y pies.

## **6.DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

<b>No</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PUNTO DE CONTROL</b>	<b>TIEMPO DE EJECUCIÓN</b>
1	Educación al paciente del cuidado de la herida al egreso	Médico y enfermería	Control médico con especialista	30 minutos
2	Signos de complicaciones ✓ Calor ✓ Dolor ✓ Eritema ✓ Dehiscencia de la sutura ✓ Sangrados	Médico y enfermería	NA	5 minutos

<b>3</b>	Paciente que ingresa al servicio de urgencias quien presenta signos de infección, es valorado por el personal médico general quien define conducta a seguir.	Médico y enfermería	NA	5 minutos
<b>4</b>	Paciente en observación quien se le solicita valoración por especialista para definir tratamiento ambulatorio, hospitalario	Médico Especialista	NA	20 minutos
<b>5</b>	Si el paciente requiere manejo hospitalario se inicia tratamiento para antibioticoterapia.	Médico Especialista	NA	20 minutos

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b>		
	<b>Código: PR-CRG-10-01 v.01</b>	<b>Página 12 de 27</b>	

## 7.DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento
N/A	Externo	Manual de práctica Clínica Basada en evidencia científica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)- Centro de Desarrollo Tecnológico, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)- The Cochrane colaboración-Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá Facultad de Medicina. Documentos basados en metodología
N/A	Externo	Sociedad Americana de Anestesiólogos: Estándares para el monitoreo anestésico básico. En: Estándares ASA. Pautas y Declaraciones. Washington: ASA, 1993.
N/A	Externo	Estándares de anestesia para el monitoreo intraoperatorio básico. En: Negligencia médica: uso de las pautas de práctica de Maine para reducir costos. Washington: Oficina General de Contabilidad de los Estados Unidos, 1994.
N/A	Externo	Bhavani SK, Moseley H, Kumar AY, Delph Y. Capnometría y anestesia. Can J Anesthesia 1992; 39: 617-632.
N/A	Externo	Braham´s D. Equipos de monitoreo y fallas anestésicas. Lancet 1989; 8.629: 111-112.
N/A	Externo	Cass NM, Crosiby ^ Holland RB. Estándares mínimos de seguimiento. Cuidados Intensivos de Anestesia 1988; 16: 110-113.
N/A	Externo	Eichbonn JH, Cooper JB, Cullen DJ, Maer WR, Phillip JH, Seeman RG. Estándares para el monitoreo



		del paciente durante la anestesia en la Escuela de Medicina de Harvard. JAMA 1986; 256: 1.017-1.020.
N/A	Externo	Herrera A, Pajuelo A, Urueta MP, Gutiérrez-García J, Ontanilla A, Morano MJ. Análisis Comparativo de los criterios de vigilancia y monitorización en anestesia, resucitación y terapia del dolor. Rev. Esp. Anestesiología Reanimación 1992; 39: 159-165.
N/A	Externo	Eichborn JH. Prevención de accidentes de anestesia intraoperatoria y lesiones graves relacionadas mediante el monitoreo de seguridad. Anestesiología 1989; 70: 572-577.
N/A	Externo	Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Color. Criterios de vigilancia y monitorización en anestesiología, reanimación y terapia del dolor. En: Libro Blanco. Madrid: SEDAR, 1993.
N/A	Externo	Tinker JH, Dull D, Kaplan RA, Ward RJ, Cheney FW. Papel de los dispositivos de monitorización en la prevención de percances anestésicos: un reclamo cerrado
N/A	Externo	Smith A, Alderson P. Pautas en anestesia: ¿apoyo o restricción? H. J. Anaesth 2012; 109 (1): 1-4.
N/A	Externo	Mahajan RP. La lista de verificación quirúrgica de la OMS. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2011; 25 (2): 161-8.
N/A	Externo	Michaels RK, MA Makary, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Logro del Foro Nacional de la Calidad. "Nunca Eventos": prevención de sitio incorrecto, procedimiento incorrecto y



		operaciones incorrectas del paciente. Ann Surg 2007; 245 (4): 526–32.
N/A	Externo	Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. ACUERDO II: avance en el desarrollo de guías, informes y evaluación en el cuidado de la salud. CMAJ 2010; 182 (18): E839–42.
N/A	Externo	Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello, PA, y otros. Pautas del grado: 15. Ir. De la evidencia a la recomendación, determinantes de la dirección y fortaleza de una recomendación. J Clin Epidemiol 2013; 66 (7): 726–35.
N/A	Externo	Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. Pautas de GRADO: 3. Calificación de la calidad de la evidencia. J Clin Epidemiol 2011; 64 (4): 401–6.
N/A	Externo	Tarjeta R, Sawyer M, Degnan B, Harder K, Kemper J, Marshall M, et al. Protocolo perioperatorio. Inst Clin Syst Improv 2014;
N/A	Externo	Sánchez Pedraza R, Jaramillo González LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de los consensos formales. Rev Colomb Psiquiatr 2009; 38 (4): 777-85.
N/A	Externo	Muckler VC, Vacchiano CA, Sanders EG, Wilson JP, Champagne MT. Recurso enfocado a la entrevista de anestesia para mejorar la eficiencia y la calidad. J Perianesth Nurs 2012; 27 (6): 376–84
N/A	Externo	Glance LG, Lustik SJ, Hannan EL,



		Osler TM, Mukamel DB, Qian F, et al. El modelo de probabilidad de mortalidad quirúrgica: derivación y validación de una regla de predicción de riesgo simple para cirugía no cardíaca. Ann Surg 2012; 255 (4): 696–702
N/A	Externo	Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk C a., Cook EF, et al. Derivación y validación prospectiva de un índice simple para la predicción del riesgo cardíaco de cirugía mayor no cardíaca. Circulation 1999; 100 (10): 1043–9
N/A	Externo	Myers J, Do D, Herbert W, Ribisl P, Froelicher VF. Un nomograma para predecir la capacidad de ejercicio a partir de un cuestionario de actividad específica y datos clínicos. Am J. Cardiol 1994; 73 (8): 591–6.
N/A	Externo	Myers J, Bader D, Madhavan R, Froelicher V. Validación de un cuestionario de actividad específica para estimar la tolerancia al ejercicio en pacientes remitidos para pruebas de ejercicio. Am Heart J 2001; 142 (6): 1041–6.
N/A	Externo	Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, y otros. Un breve cuestionario autoadministrado para determinar la capacidad funcional (el índice de estado de actividad de Duke). Am J Cardiol 1989; 64 (10): 651-4.
N/A	Externo	Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, De Hert S, et al. Directrices de la ESC / ESA 2014 sobre cirugía no cardíaca:



		evaluación y manejo cardiovascular: el Grupo de trabajo conjunto sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de anestesia. Eur J. Anaesthesiol 2014
N/A	Externo	Smetana GW, Macpherson DS. El caso contra las pruebas de laboratorio preoperatorias de rutina. Med Clin North Am 2003; 87 (1): 7–40.
N/A	Externo	Michota FA, Frost SD. La evaluación preoperatoria: utilice el historial y las pruebas físicas en lugar de las pruebas de rutina. Cleve Clin J. Med 2004; 71 (1): 63–70
N/A	Externo	Hepner DL. El papel de las pruebas en la evaluación preoperatoria. Cleve Clin J Med 2009; 76 Suppl 4: S22–7
N/A	Externo	Proczko M a, Stepaniak PS, de Quelerij M, van der Lely FH, Smulders JF, Kaska L, et al. STOP-Bang y el efecto en el resultado del paciente y la duración de la estancia hospitalaria cuando los pacientes no usan presión positiva continua en las vías respiratorias. J Anesth 2014;
N/A	Externo	Fenger-Eriksen C, Münster A-M, Grove, EL. Nuevos anticoagulantes orales: indicaciones clínicas, seguimiento y tratamiento de las complicaciones hemorrágicas agudas. Acta Anaesthesiol Scand 2014; 58 (6): 651–9.
N/A	Externo	González Naranjo LA, Ramírez Gómez LA. Manejo perioperatorio de la terapia antirreumática. Iatreia 2011; 24 (3): 308–19.





N/A	Externo	Polachek A, Caspi D, Elkayam O. El uso perioperatorio de agentes biológicos en pacientes con artritis reumatoide. Autoimmun Rev 2012; 12 (2): 164–8.
N/A	Externo	Pannucci CJ, Laird S, Dimick JB, Campbell DA, Henke PK. Un modelo de riesgo validado para predecir eventos de TEV de 90 días en pacientes posquirúrgicos. Chest 2014; 145 (3): 567–73
N/A	Externo	Apfelbaum JL, Caplan RA, Connis RT, Epstein BS, Nickinovich DG, Warner MA. Guías de práctica para el ayuno preoperatorio y el uso de agentes farmacológicos para reducir el riesgo de aspiración pulmonar: aplicación a pacientes sanos sometidos a procedimientos electivos: un informe actualizado de la American Society of Anesthesiologists Com. Anesthesiology 2011; 114 (3): 495–511.
N/A	Externo	Rincón-Valenzuela DA. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención de la aspiración pulmonar en pacientes que requieren el manejo de la vía aérea. Rev Colomb Anesthesiol 2011; 39 (2): 277–8.
N/A	Externo	Brady M, Kinn S, Stuart P. El ayuno preoperatorio para adultos para prevenir complicaciones perioperatorias. Base de datos Cochrane.
N/A	Externo	<a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-98872016000600010">https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-98872016000600010</a>
N/A	Externo	<a href="https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39%20Conarpe/Jueves/de_carli_complicaciones.pdf">https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39%20Conarpe/Jueves/de_carli_complicaciones.pdf</a>

## 8.HISTORIA DE MODIFICACIONES

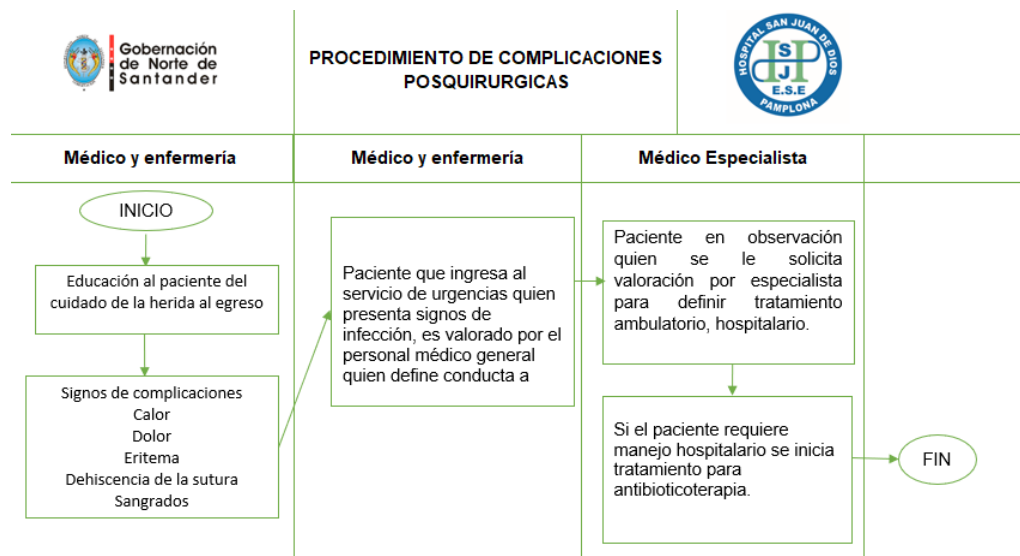
Versión	Naturaleza de cambio	Fecha cambio de	Aprobación de cambio
01	Creación del documento	Marzo 2022	Calidad
02	Actualización del documento	Octubre 2022	Calidad

## 9.ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS

Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición

## 10.Anexos.

### 10.1. DIAGRAMA DE FLUJO



## ESCALA DE ALDRETE

<b>TABLA I ESCALA DE ALDRETE.</b>		
<b>Modificada por el autor, J. Antonio Aldrete M/D., MS. Destin, Florida. 1994</b>		
Capaz de mover 4 extremidades voluntariamente o a solicitud	2	<b>Actividad</b>
Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o a solicitud	1	
Incapaz de mover extremidades voluntariamente o a solicitud	0	
Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2	<b>Respiración</b>
Disnea o limitación de la respiración	1	
Apnea	0	
T.A. $\pm$ 20% del nivel preanestésico	2	<b>Circulación</b>
T.A. $\pm$ (20 - 49)% del nivel preanestésico	1	
T.A. $\pm$ 50% del nivel preanestésico	0	
Completamente despierto	2	<b>Conciencia</b>
Despierta al llamado	1	
No responde	0	
Capaz de mantener saturación de O <sub>2</sub> >92% respirando aire ambiente	2	<b>Saturación de O<sub>2</sub></b>
Necesita inhalar O <sub>2</sub> para mantener saturación de O <sub>2</sub> >90 %	1	
Saturación de O <sub>2</sub> <90% aún con O <sub>2</sub> suplementario	0	



**TABLA II**

**Puntaje modificado de recuperación postanestésica (par: postanesthetic recovery) para pacientes ambulatorios**

Es capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	2	
Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1	<b>Actividad</b>
Es capaz de respirar profundamente y de toser	2	
Disnea que limita la respiración o taquipnea	1	
Apnea o ventilación mecánica	0	<b>Respiración</b>
Tensión arterial $\pm$ 20% del nivel preanestésico	2	
Tensión arterial $\pm$ 20% a 49% del nivel preanestésico	1	
Tensión arterial $\pm$ 50% del nivel preanestésico	0	<b>Circulación</b>
Paciente totalmente despierto	2	
El paciente se despierta al llamado	1	
El paciente no responde	0	<b>Conciencia</b>
Capaz de mantener la saturación de O <sub>2</sub> > 92% en aire	2	
Necesita O <sub>2</sub> para mantener la saturación de O <sub>2</sub> > 90%	1	
Saturación de O <sub>2</sub> < 90% aun recibiendo O <sub>2</sub> suplementario	0	<b>Saturación O<sub>2</sub></b>
El apósito está seco y sin secreción	2	
Mojado, pero sin aumento de la secreción	1	
Área marcada de secreción	0	<b>Apósito</b>
Sin dolor	2	
Dolor moderado que puede manejarse con analgésicos orales	1	
Dolor severo que requiere fármacos parenterales	0	<b>Dolor</b>
Capaz de levantarse y caminar en línea recta	2	

Presenta vértigo al levantarse*	1	<b>Deambulaci3n</b>
Mareo al levantarse	0	
El paciente es capaz de ingerir l3quidos	2	<b>Ingesti3n por v.o</b>
Paciente con n3useas	1	
N3usea y v3mito	0	
Eliminaci3n urinaria normal	2	<b>Eliminaci3n urinaria</b>
Incapaz de eliminar, pero se muestra confortable	1	
Incapaz de eliminar y molesto por ello	0	
* Puede sustituirse por el test de ROMBERG.		

<b>TABLA III</b> <b>GUIAS SEGURAS PARA DAR DE ALTA DESPUES DE LA CIRUGIA AMBULATORIA.</b>	
Los signos vitales del paciente deben haber estado estables por lo menos una hora	
<b>EL PACIENTE DEBE ESTAR:</b>	<b>EL PACIENTE NO PUEDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado en espacio, tiempo y lugar.</li> <li>• Capaz de aceptar oralmente los l3quidos suministrados*.</li> <li>• Capaz de evacuar*.</li> <li>• Capaz de vestirse por s3 mismo.</li> <li>• Capaz de caminar sin asistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• M3nima nausea o vomito.</li> <li>• Dolor excesivo.</li> <li>• Sangrado.</li> </ul>
El paciente debe ser dado de alta tanto por el anestesiol3gico y el cirujano o sus residentes.	
Instrucciones escritas para el periodo post- operatorio en casa incluyendo un sitio y persona para ser contactada	



**TABLA IV**

**PARA PACIENTES CON RECUPERACION POST-ANESTESICA MODIFICADA EN ANESTESIA AMBULATORIA**

Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes	2	<b>Actividad</b>
Capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes	1	
Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes	0	
Capaz de respirar profundamente o toser libremente	2	<b>Respiración</b>
Apnea, respiración limitada o taquipnea	1	
Apneico o con respirador artificial	0	
TA+ - 20% del nivel preanestésico	2	<b>Circulación</b>
TA+ - 20 - 49% del nivel preanestésico	1	
TA+ - 50% del nivel preanestésico	0	
Despierto	2	<b>Conciencia</b>
Despierta al llamado	1	
No es capaz de responder	0	
Capaz de mantener saturación de O2 > 92% en aire ambiente	2	<b>Saturación de O2</b>
Necesita suplencia de O2 para mantener saturación de O2 > 90%	1	
Saturación de O2 < 90% incluso con suplemento de O2	0	
Se viste solo	2	





Se viste con ayuda	1	<b>Capacidad para vestirse</b>
Es incapaz de vestirse	0	
Sin dolor	2	<b>Dolor</b>
Dolor manejado bajo medicación oral	1	
Dolor agudo que requiere medicación parenteral	0	
Capaz de levantarse y caminar derecho*	2	<b>Deambulaci3n</b>
V3rtigo al estar de pie	1	
Mareo al ponerse de pie	0	
Capaz de ingerir l3quidos	2	<b>Ayuno - Alimentaci3n</b>
Presenta nauseas	1	
N3usea y V3mito	0	
Ha evacuado	2	<b>Evacuaci3n de Orina</b>
Incapaz de evacuar, pero confortable	1	
Incapaz de evacuar e inconfortable	0	
* Puede ser reemplazado por el test de Romberg.		
La persona debe tener un adulto responsable que lo acompa3e y permanezca con 3l en la casa.		
* Estas variables son recomendadas como criterios para dar de alta, pero su papel definitivo est3 por establecerse. Reproducido con permiso de Kortilla <u>K16</u> .		



**SCALA ALDRETE AMBULATORIO**

CATEGORÍA	ITEMS	PUNTOS
ACTIVIDAD	Es capaz de mover las 4 extremidades Voluntariamente o bajo orden verbal	2
	Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1
	No es capaz de mover las extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	0
RESPIRACIÓN	Es capaz de respirar profundamente y de toser	2
	Disnea que limita la respiración o taquipnea	1
	Apnea o ventilación mecánica	0
CIRCULACIÓN	Tensión arterial $\pm$ 20% del nivel preanestésico	2
	Tensión arterial $\pm$ 20% a 49% del nivel preanestésico	1
	Tensión arterial $\pm$ 50% del nivel preanestésico	0
CONCIENCIA	Paciente totalmente despierto	2
	El paciente se despierta al llamado	1
	El paciente no responde	0
SATURACIÓN DE OXÍGENO	Capaz de mantener la saturación de O <sub>2</sub> > 92% en aire.	2
	Necesita O <sub>2</sub> para mantener la saturación de O <sub>2</sub> > 90%	1
	Saturación de O <sub>2</sub> < 90% aun recibiendo O <sub>2</sub> suplementario	0
	El apósito está seco y sin secreción	2





 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b>		
	<b>Código: PR-CRG-10-01 v.01</b>	<b>Página 25 de 27</b>	

APÓSITO	Mojado, pero sin aumento de la secreción	1
	Área marcada de secreción	0
DOLOR	Sin DOLOR	2
	Dolor moderado que puede manejarse con analgésicos orales	1
	Dolor severo que requiere fármacos parenterales	0
DEAMBULACIÓN	Capaz de levantarse y caminar en línea recta	2
	Presenta vértigo al levantarse	1
	Mareo al levantarse	0
INGESTIÓN POR VÍA ORAL	El paciente es capaz de ingerir	2
	Paciente con náuseas	1
	líquidos Náusea y vómito	0
ELIMINACIÓN URINARIA	Eliminación urinaria normal	2
	Incapaz de eliminar, pero se muestra confortable	1
	Incapaz de eliminar y molesto por ello	0

**ESCALA ALDRETE PACIENTE UCIS (paciente que requiere manejo en UCI)**

CATEGORÍA	ITEMS	PUNTOS
ACTIVIDAD MOTORA	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
RESPIRACIÓN	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
CIRCULACIÓN	Presión arterial = 20% del nivel pre anestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor pre anestésico	0
CONCIENCIA	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
COLOR	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	<b>ADMISIÓN</b>	<b>5´</b>	<b>15´</b>	<b>30´</b>	<b>45´</b>	<b>60´</b>	<b>.....</b>	<b>ALTA</b>
<b>Puntuación</b>								

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS</b></p> <p>Código: PR-CRG-10-01 v.01      Página 27 de 27</p>	
--	---	---

● **RECOMENDACIONES**

- 10.0. Si se presenta alguna complicación anestésica durante la fase intraquirúrgica o en la recuperación anestésica, el anestesiólogo a cargo del acto anestésico, debe informar al paciente o a su representante el tipo de complicación y su manejo.
- 10.1. Si se presenta una complicación quirúrgica debe ser informada por el cirujano responsable del acto quirúrgico.
- 10.2. Es altamente deseable que el equipo quirúrgico, anestesiólogo y cirujano informen sobre el resultado quirúrgico al paciente o su acompañante en la institución.
- 10.3. Requisito que el paciente cuente con un acompañante responsable antes de la salida a casa. Se considera que la necesidad de tener un acompañante responsable al momento de la salida del paciente ambulatorio disminuye el riesgo de complicaciones e incrementa la satisfacción y el bienestar del paciente.