

ANESTEZIA ÎN CHIRURGIA DE O ZI

Claudiu Zdrehuș

283

Un pacient care este programat pentru chirurgie de o zi este acela care se internează pentru investigații sau intervenție chirurgicală și care nu va rămâne peste noapte în spital. Pentru investigații sau intervenții chirurgicale pacientul poate avea nevoie de anestezie generală, anestezie regională sau locală, analgo-sedare sau combinații ale acestora.

În ultimele decade, a apărut o extindere rapidă a intervențiilor în chirurgia de o zi. Astfel, numărul pacienților care pleacă acasă în aceeași zi a crescut de la mai puțin de 10% la aproximativ 70% în Statele Unite și aproximativ 65% în Marea Britanie. Intervențiile selectate pentru chirurgia de o zi sunt acelea care durează mai puțin de 60 de minute și care nu au risc major hemoragic sau care nu produc durere postoperatorie excesivă (Tabelul 1). Intervenții tot mai complexe sunt efectuate în chirurgia de o zi, inclusiv colecistectomia laparoscopică și amigdalectomia.

Tabel 1. Intervenții pentru chirurgia de o zi

-
- Ginecologie
 - Chiuretaj uterin
 - Diagnostic laparoscopic
 - Colposcopie, histeroscopie
 - Chirurgie plastică
 - Boala Dupuytren
 - Decompresii de nervi
 - Leziuni tegumentare
 - Oftalmologie
 - Strabism
 - Cataractă
 - Examinare în anestezie generală
 - Intervenții pe canal lacrimal

- ORL
 - Adenoidectomii, amigdalectomii
 - Miringotomie
 - Extrageri de corpi străini
 - Polipectomii
 - Rezeccii submucoase
- Urologie
 - Cistoscopie
 - Circumcizie
 - Vasectomie
 - Rezeccii transuretrale de tumori vezicale
- Ortopedie
 - Artroscopii
 - Extragere de material
- Chirurgie generală
 - Noduli mamari
 - Hernii
 - Cura varicelor
 - Endoscopie digestivă
 - Colectectomie laparoscopică
 - Hemoroidectomie
 - Fisuri anale
- Chirurgie pediatrică
 - Circumcizii
 - Orhidopexii
 - Extracții dentare

Pentru a avea un pacient care poate pleca acasă după o intervenție chirurgicală, în condiții de confort și de lipsă a durerii, este nevoie de o selecție riguroasă, de un anestezist și chirurg cu experiență. Studiile la scară largă au demonstrat că chirurgia de o zi reprezintă o practică sigură, eficientă, cu un raport cost/beneficiu excelent. Avantajele includ scăderea riscului de infecții nozocomiale, a trombozei venoase profunde, adaptarea mai rapidă la viața socială și resurse spitalicești minime.

Selectarea pacienților

Selectarea pacienților pentru chirurgia de o zi are importanță majoră, în special pentru a putea utiliza cât mai bine resursele disponibile la nivel de spital. Selectarea pacienților trebuie să ia în considerare două aspecte principale: în primul rând starea de sănătate și apoi condițiile sociale ale pacienților. În mod normal pacienții selectați sunt cu ASA I și II sau cel mult ASA III, dar cu boala asociată într-un stadiu compensat. Studiile recente au arătat că

pacienții cu un indice de masă corporală (IMC) mai mare de 35 kg/m² nu au incidență mai mare a internărilor neplanificate sau a complicațiilor postoperatorii. Chang și colaboratorii într-un studiu prospectiv din 1999 cu peste 17 000 de pacienți, a găsit că obezitatea este unul dintre cei 5 factori de risc pentru apariția de evenimente nedorite în chirurgia de o zi. Obezitatea, fumatul și astmul bronșic au constituit factori predispozanți pentru apariția unor complicații respiratorii postoperatorii, în timp ce hipertensiunea arterială a predispus la apariția de complicații cardio-vasculare, iar boala de reflux la apariția complicațiilor legate de intubație. Fișa pentru vizita preanestezică cuprinde un set de întrebări și informații care asigură o evaluare exactă a pacientului (Tabelul 2).

Tabel 2. Model fișă preanestezică

-
- Vârsta
 - Data intervenției
 - Medicația
 - o Medicația curentă, ultima doză
 - o Medicație în antecedente (steroidi, chimioterapie)
 - Alergii
 - Antecedente ale consumului de tutun, alcool, droguri
 - Antecedentele anestezice (inclusiv problemele apărute)
 - Antecedentele chirurgicale sau internările anterioare
 - Antecedentele heredo-colaterale, existența unor probleme anestezice
 - Situația socială
 - Nașterea și dezvoltarea postnatală (pediatrie)
 - Antecedentele obstetricale, ultima menstruație
 - Boli asociate diagnosticate: evaluare, tratament, gradul de compensare
 - Examenul obiectiv general
 - Toleranța la efort
 - Antecedente sau afecțiuni ale căilor aeriene: intubație dificilă, afecțiuni cronice ale căilor aeriene, artroză temporo-mandibulară, stridor, dantura
 - Preferințele sau așteptările pacientului privind anestezia
-

Pacienții vârstnici prezintă mai frecvent co-morbidități și se evaluează în funcție de acestea. În special pacienții vârstnici se evaluează din punctul de vedere al condițiilor lor sociale pentru a se evita pe cât posibil internarea de lungă durată și apariția fenomenelor de confuzie postoperatorie. Nu există o limită superioară în ceea ce privește vârsta pentru chirurgia de o zi, dacă afecțiunile asociate sunt stabilizate și există condiții adecvate de îngrijire la domiciliu. Pacientul vârstnic este recomandat să locuiască la o distanță de

spital de cel mult o oră de mers cu mașina, iar în noaptea următoare și pentru primele 24 de ore după intervenția chirurgicală să beneficieze de escorta unui adult. În tabelul 3 sunt prezentate câteva din recomandările pentru selectarea pacienților în vederea anesteziei în chirurgia de o zi.

Tabel 3. Recomandări de selectare a pacienților pentru chirurgia de o zi

Pacienți acceptați

Pacienți ASA I, II și compensați ASA III

Vârsta: >52 săptămâni postconceptual

Greutatea: IMC \leq 35 acceptabil

IMC>35 consult anestezic

Pacient în general sănătos (poate urca două etaje pe scări)

Pacienți excluși

Boli cardiovasculare

- IMA, AVC în ultimele 6 luni
- hipertensiune arterială: TAD > 110 mmHg
- angină pectorală instabilă
- aritmii
- insuficiență cardiacă
- toleranță scăzută la efort
- boală valvulară simptomatică

Boli respiratorii

- infecții acute respiratorii
- astma cu tratament cu beta2 agoniști sau cortizon
- ARDS la naștere care a necesitat suport ventilator
- diaplazie bronho-pulmonară
- pacienți mai mici de 1 an cu antecedente familiare de moarte subită infantilă

Boli metabolice

- alcoolism, morfinomani
- diabet insulino-dependent
- insuficiență renală
- boală hepatică
- risc de hipertermie malignă
- obezitate morbidă

Boli hematologice

- siclemia
- coagulopatii

Boli neurologice

- scleroza multiplă
- epilepsia cu mai mult de 3 crize pe an

Boli osteo-musculare

- artroză severă a articulației temporo-mandibulare sau coloanei cervicale
- spondilită anchilopoetică
- miopatii, distrofii musculare, miastenia gravis
- anatomie particulară a căilor aeriene care predispune la intubație dificilă

Medicație cronică

- steroizi
- inhibitori MAO
- anticoagulante
- antiaritmice
- insulină

Selectarea pacienților pentru chirurgia de o zi se face ambulator, cu anamneză amănunțită, cu măsurarea tensiunii arteriale, a pulsului, examen de urină și alte investigații paraclinice ca ECG, hemoleucograma, teste pentru siclemie (unde este cazul). Aceste investigații efectuate în ambulator scurtează timpul de ședere al pacienților în spital. Este nevoie să se completeze și un chestionar standardizat care să cuprindă problemele de sănătate și anestezie (Tabelul 4). Consultul preanestezic ambulator cuprinde și informarea și educarea pacienților în vederea anesteziei, reducându-se astfel incidența contramandărilor intervențiilor sau efectuarea unor investigații complementare în ziua intervenției chirurgicale. Copii programați pentru chirurgia de o zi trebuie să fie sănătoși sau în mod normal ASA I și II. Sugarii născuți prematur care nu au împlinit 52 de săptămâni postconceptuale, nu sunt admiși pentru chirurgia de o zi, având în vedere riscul de apnee postoperatorie, și în mod special sugarii care au avut nevoie de suport ventilator în antecedente. Părinții trebuie să fie capabili să îndeplinească indicațiile preoperatorii ale copilului și să poată îngriji copilul postoperator. Este nevoie ca părintele să fie de acord cu tratamentul în sistem de zi și să fie disponibil pentru a însoți copilul în ziua intervenției. Se iau în considerare condițiile de la domiciliul copilului și cele legate de transport. După anestezie generală, utilizarea mijloacelor de transport în comun nu este indicată.

Tabel 4. Model de chestionar preanestezic

- Ce fel de intervenție chirurgicală urmează să aveți ?
- Vă simțiți bolnav ?
- Aveți o boală diagnosticată (hipertensiune arterială, diabet) ?
- Ați simțit că vă este greu să respirați la urcarea pe scări a unui etaj ?
- Tușiți ?
- Aveți wheezing ?
- Ați avut vreodată bronșită, pneumonie sau atacuri astmatice ?

- Aveți simptome de apnee de somn sau sforăiți ?
- Purtați proteză dentară, ochelari sau lentile de contact ?
- Ați avut dureri precordiale la urcatul scărilor sau în timpul unei alte forme de efort ?
- Vi se umflă picioarele sau gleznele ?
- Cam ce efort fizic depuneți în mod normal ?
- Ați simțit că respirați greu la activități normale ?
- Aveți probleme cu tensiunea arterială ?
- Aveți afecțiuni neurologice, convulsii, cefalee severă sau pierderi de memorie ?
- Ați avut icter sau probleme hepatice ?
- Aveți reflux esofagian, hernie hiatală sau gastrită ?
- Ați avut probleme renale ?
- Aveți probleme cu tiroida sau glandele suprarenale ?
- Sângerăți ușor sau aveți probleme cu coagularea sângelui ?
- Ați avut transfuzii în antecedente, acceptați transfuzia dacă este necesară ?
- Consumați tutun sau alcool ?
- Folișiți alte medicamente sau substanțe chimice în afara celor prescrise ?
- Ați luat medicație în ultimele 3 luni ?
- Ați avut intervenții chirurgicale ?
- Știți să aveți alergii ?
- Ați avut dumneavoastră sau rude apropiate probleme la anestezie ?
- Ați putea fi însărcinată ?

După selectarea pacienților pentru chirurgia de o zi, acestora li se explică în detaliu datele legate de managementul de rutină, care se impune în cazul afecțiunii sale și este nevoie să semneze fișa de informare și consimțământ. Orice investigație radiologică sau morfopatologică este indicat să fie programată și să se efectueze înainte de internarea pacientului.

Pacientului i se înmânează instrucțiuni scrise, având în detaliu data și ora pentru internare, instrucțiuni legate de postul preanestezic, legate de medicația utilizată de pacient (de exemplu medicația antihipertensivă se administrează așa cum a fost prescrisă, cu 2 ore înainte de intervenție, dar antidiabeticele orale nu se administrează în dimineața intervenției chirurgicale). Instrucțiunile trebuie scrise clar și într-un limbaj adecvat, iar pacientul este sfătuit să nu mănânce nimic după miezul nopții înainte de dimineața internării. Indicația de a nu mânca după miezul nopții se referă la alimentele solide, lichidele clare se admit cu trei ore înainte de intervenția chirurgicală. S-a studiat efectul administrării a 150 ml de lichid clar cu 2 ore înainte de anestezia generală pentru operația cezariană și s-a constatat că această cantitate de lichid băută înainte de intervenție nu crește incidența regurgitării sau a vomei, iar setea preoperatorie a avut o incidență mai mică. Pacienții fumători sunt sfătuiți să nu mai fumeze cu 4-6 săptămâni înainte

de intervenția chirurgicală. De asemenea pacienții sunt rugați să aducă cu ei medicația pe care o folosesc în mod obișnuit.

Organizarea unei secții de chirurgie de o zi

Modele de secții

Există trei modele de secții de chirurgie de o zi:

- secție în cadrul spitalului, dar cu personal, paturi și bloc operator proprii;
- secție cu paturi separate, dar care utilizează blocul operator comun;
- spital separat de zi.

Este indicat ca secția cu paturi să fie situată foarte aproape de blocul operator, pentru a reduce timpul de transfer la pat, mai ales atunci când intervențiile sunt scurte. Un alt avantaj ar fi acela că părinții pot acompania copilul în sala de anestezie dacă se dorește acest lucru. Este de preferat ca secția de chirurgie de o zi să fie situată lângă o parcare la care este ușor de ajuns, pentru a preveni întârzierile nedorite.

Anestezia

Anestezia generală, locală sau regională se pot administra pacienților în chirurgia de o zi, fiind eficiente și sigure. Alegerea tehnicii anestezice se face în funcție de necesitățile chirurgicale, considerentele anestezice, starea pacientului și preferințele sale.

Premedicația

Majoritatea anesteziștilor nu indică premedicație de rutină, aceasta nefiind de obicei necesară. Dacă se dorește se pot administra ca și premedicație benzodiazepine, antiemetice, antiacide, analgetice.

Benzodiazepinele

Se consideră că premedicația sedativă poate prelungi timpul de trezire și întârzie externarea pacienților. Totuși într-un studiu dublu-orb unde s-a folosit temazepam în premedicație, anxioliza a fost eficientă la grupul de pacienți care a primit 10 sau 20 mg temazepam. Nu a existat nici o diferență între timpii de trezire și toți pacienții au putut fi externați la 3 ore de la anestezia generală. Administrarea orală de midazolam s-a constatat că prelungeste recuperarea imediată și de durată, în comparație cu temazepamul.

Antiemeticele

La pacienții care au risc de grețuri și vărsături postoperatorii (PONV), antiemeticele trebuie administrate preoperator oral sau perioperator pe cale in-

travenoasă sau intrarectală. Pacienții care prezintă risc de grețuri și vărsături postoperatorii sunt aceia care prezintă două sau mai multe din următoarele: sex feminin, antecedente de rău de mișcare sau PONV, nefumător și utilizarea de opioide postoperator.

Antiacidele

Dacă pacientul are boală de reflux se administrează antagoniști H2 în premedicație la pacienții programați pentru chirurgia de o zi.

Analgeticele

Se pot administra antiinflamatorii nonsteroidiene sau paracetamol oral preoperator dacă pacienții refuză administrarea intrarectală perioperatorie. Se pot utiliza oral și inhibitorii de COX2, având efecte secundare mai reduse. Aplicarea percutană cu 20 minute înainte de puncția venoasă de ametocaină (tetracaină) reduce durerea, fiind utilă mai ales la copii și adulții cu fobie la ace.

Anestezia generală

Alegerea anesteziilor pentru inducție și menținere depinde de particularitățile pacientului și de preferințele anesteziștilor. Toate anesteziile folosite în inducție trebuie să asigure o inducție lină, o trezire rapidă fără fenomene reziduale și să permită o mobilizare independentă precoce a bolnavului.

Propofolul este utilizat cel mai frecvent azi ca și principal agent de inducție în anestezia pentru chirurgia de o zi. Unul dintre principalele sale avantaje este ușurința și rapiditatea cu care pacientul se trezește. După propofol, pacienții au o trezire lucidă și cu incidență scăzută a grețurilor și vărsăturilor postoperatorii. Anesteziile inhalatorii utilizate pentru inducție sunt halotanul și sevofluranul, deși halotanul este foarte puțin utilizat azi. Sevofluranul are avantajul că nu este iritant pentru căile aeriene, asigură o inducție rapidă la copii și adulți, cu efecte adverse cardiovasculare minime și trezire rapidă. Totuși sevofluranul determină mai multe grețuri și vărsături postoperatorii decât propofolul.

Pentru menținerea anesteziei, ambele anesteziile volatile, sevofluranul și desfluranul, sunt considerate ideale pentru anestezia în chirurgia de o zi, cu un profil de recuperare postanestezică favorabil. Totuși ambele volatile au fost asociate cu delir datorat trezirii rapide, frecvent mai ales la copii. Mai mult decât atât este faptul că desfluranul este mai puțin adecvat pentru respirația spontană, fiind mai iritant pentru căile aeriene decât sevofluranul sau izofluranul. Asocierea protoxidului de azot pentru menținerea anesteziei

s-a arătat că crește rical grețurilor și vărsăturilor postoperatorii, totuși utilizarea sa are avantajul că scade cantitatea de volatilă utilizată și reduce riscul de trezire intraanestezică. Administrarea de propofol în sistem TCI cu sau fără asocierea unui opioid cu acțiune scurtă ca și remifentanilul sunt tehnici care au un risc minim al grețurilor și vărsăturilor postoperatorii, asigură o trezire rapidă și recuperare scurtă, dar trebuie pus în balanță raportul cost-beneficiu.

O cale aeriană liberă este dezideratul unei anestezii sigure. Masca laringiană este utilizată pe scară largă, evitându-se intubația traheală și extubarea, ceea ce permite o mai rapidă rulare a cazurilor. Se utilizează masca laringiană de unii anesteziști și la cazurile în care, în mod tradițional, se impunea intubația traheală, cum sunt amigdalectomia sau intervențiile abdominale laparoscopice. Masca laringiană ProSeal asigură o mai bună etanșeizare decât masca laringiană clasică și permite aspirarea conținutului gastric dacă este necesar. Pacienții cu risc de regurgitare au indicație în continuare de intubație traheală în inducție rapidă, dar aceasta nu contraindică intervențiile chirurgicale în sistem de zi.

Alegerea relaxantului muscular depinde de durata intervenției chirurgicale. Succinilcolina determină dureri musculare, mai ales la pacienții care se mobilizează și nu este ideal pentru intervențiile chirurgicale de o zi. Dintre relaxantele musculare non-depolarizante disponibile în acest moment atracurium și vecuronium au o durată de acțiune relativ scurtă dacă sunt utilizate în doză adecvată și pot fi rapid antagonizante după 15 – 30 minute. Mivacurium are o durată de acțiune și mai scurtă fiind degradat rapid prin hidroliză de colinesteraza plasmatică, dar trebuie luat în considerare că, la fel ca la utilizarea succinilcolinei, un număr mic de pacienți pot prezenta paralizie musculară prelungită datorată unui deficit de colinesterază plasmatică. Rocuronium are un rol important pentru că debutul acțiunii sale este rapid, asigurând condițiile de intubație în 60 – 90 secunde la o doză de 0.6 mg/kg și o durată de acțiune de 35 – 45 minute. Cisatracuriumul, izomerul S al atracuriumului, are o durată ușor mai lungă decât al atracuriumului dar are avantajul că nu produce eliberare de histamină.

Anestezia regională

Anestezia subarahnoidiană a fost utilizată în anestezia pentru chirurgia de o zi, dar efectele secundare cum sunt: cefaleea postpuncție durală și blocul motor rezidual pot întârzia externarea pacienților. Utilizarea unor ace foarte subțiri spinale, a redus incidența cefaleei postpuncție durală la sub 1% la pacienți cu vârste peste 40 de ani. Anestezicele locale cu acțiune scurtă pot să crească frecvența utilizării anesteziei subarahnoidiene în chirurgia

de o zi. Prilocaina, mepivacaina și petidina au fost utilizate pentru acest tip de anestezie inclusiv în Statele Unite. Noul preparat de 2cloroprocaină pare să asigure durată anestezică și timp de externare acceptabile, cu un potențial redus de apariție a sindromului neurologic tranzitor. Doza mică de bupivacaină (3 ml 0,17%) a fost utilizată cu succes pentru intervenții ca artroscopia de genunchi cu timp de externare de 190 minute. Adăugarea de 10 μ g fentanyl crește durata blocului senzorial fără să afecteze timpul de externare.

Blocurile anestezice locale sunt o alegere excelentă pentru pacienți în chirurgia de o zi datorită unei incidențe scăzute a grețurilor și vărsăturilor postoperatorii și pentru că asigură o bună analgezie postoperatorie. Cura herniei inghinale se poate efectua cu bloc de nerv ilio-inghinal și infiltrație locală. Pentru intervențiile la nivelul mâinii și antebrațului, blocul de plex brahial prin abord axilar sau medio-humeral este de preferat abordului supraclavicular, minimalizând riscul de producere al pneumotoracelui, care poate să se manifeste clinic după externarea pacientului. Anestezia regională intravenoasă este o altă alternativă pentru intervențiile pe mână.

Anestezia caudală este utilizată pentru a reduce durerea la pacienții pediatrici la care se efectuează circumcizie, herniorafie, hipospadias sau orhidopexie, utilizând 0,25% bupivacaină, aceasta asigurând o analgezie postoperatorie excelentă. Chiar dacă blocul caudal este realizat pentru scopuri analgetice se impune atenție deosebită la apariția blocului motor. Nu există nici un avantaj în a utiliza concentrații mai mari de 0,25% bupivacaină. Blocul penian și anestezia topică cu cremă cu anestezic local sunt de asemenea eficiente pentru a asigura o analgezie adecvată pentru circumcizie.

Anestezicele locale administrate intraarticular sunt utile după artroscopia de genunchi sau umăr. Blocul de nerv femural pare să ofere o analgezie superioară pacienților după intervenția de sutură a ligamentului încucșat anterior și combinat cu blocul de nerv sciatic reduce rata reinternărilor în chirurgia complexă a genunchiului. Tehnica anestezică regională cu cateter, cum este anestezia continuă de plex brahial prin abord interscalenic, utilizând o pompa de infuzie, permite ca analgezia postoperatorie să poată fi continuată la domiciliu.

Îngrijirea postoperatorie

Recuperarea după anestezie este un parametru foarte important în anestezia pentru chirurgia de o zi. Aria de trezire trebuie dotată cu același tip de echipament de monitorizare și facilități de resuscitare ca și în cazul oricărei camere de trezire pentru pacienții internați. Responsabilitatea pentru evaluarea pacientului în ceea ce privește îndeplinirea condițiilor pentru externare

este a anesteziștului implicat. Cu toate acestea chiar și o asistentă cu experiență poate fi utilă în detectarea problemelor potențiale ale unui pacient în chirurgia de o zi.

Controlul analgeziei postoperatorii trebuie început pre sau intraoperator prin suplimentarea anesteziei intravenoase sau inhalatorii cu combinația de antiinflamatorii nonsteroidiene, paracetamol (în special la copii), analgetice opioide cu acțiune scurtă și blocuri loco-regionale intraoperatorii. În acest fel, asigurând o analgezie adecvată, trezirea pacientului este mai confortabilă și timpul de externare este mai scurt. Cele mai frecvent utilizate opioide pentru analgezia intraoperatorie sunt fentanylul și alfentanilul, acestea având o durată scurtă de acțiune și altfel se pot utiliza în chirurgia de o zi. Asigurarea unei analgezii post-operatorii adecvate este responsabilitatea anesteziștului. Utilizarea antiinflamatoriilor nonsteroidiene, diclofenac și ketorolac, este utilă pentru asigurarea analgeziei postoperatorii în chirurgia de o zi. Inhibitorii COX₂ în administrarea intravenoasă sau orală, au efecte secundare gastrointestinale mai limitate decât antiinflamatoarele nonsteroidiene și efecte antiplachetare minime. Paracetamolul administrat intravenos asigură o bună analgezie, fără efecte secundare. Analgezia multimodală reduce substanțial consumul de analgetice opioide postoperator.

Factorii care contribuie la apariția grețurilor și vărsăturilor postoperatorii includ: antecedente de grețuri și vărsături postoperatorii, sexul (femeile sunt mai susceptibile), utilizarea de analgetice opioide cu acțiune lungă cum sunt morfina, alegerea tehnicii anestezice, tipul de intervenție chirurgicală, durerea, mișcările sau schimbarea de poziție bruște, răul de mișcare, hipotensiunea, obezitatea, ziua ciclului menstrual și nivelurile ridicate de estrogen. Relația dintre durere și frecvența apariției grețurilor și vărsăturilor postoperatorii este pe deplin demonstrată. Există totuși controverse în ceea ce privește utilizarea analgeticelor opioide pentru analgezia în chirurgia de o zi pentru că acestea pot crește incidența grețurilor și vărsăturilor postoperatorii.

Sunt mai multe studii care au arătat că o anestezie în care s-au utilizat analgetice opioide și protoxid de azot are o incidență mai mare a grețurilor și vărsăturilor postoperatorii în comparație cu o anestezie inhalatorie cu anestezice volatile. În contrast, există studii care au demonstrat că o tehnică anestezică la care s-a suplimentat analgeticul opioid a avut ca rezultat timpi de externare mai mici. Grețurile și vărsăturile postoperatorii pot fi tratate prin administrarea pe cale intravenoasă de anatagoniști de 5-HT, dexametazonă sau ciclizină și proclorpromazină intramuscular. De asemenea importante pentru prevenirea grețurilor și vărsăturilor postoperatorii sunt analgezia și hidratarea adecvate.

În general, externarea pacientului nu se face până când acesta este capabil să șadă nesrijinit, să meargă în linie dreaptă și să stea drept fără a se balansa. În mod obișnuit pacienții trebuie să fie capabili să mănânce și să bea lichide, aceasta demonstrând și absența grețurilor. O persoană responsabilă trebuie să fie prezentă pentru a escorta pacientul acasă și amândouă trebuie să li se dea instrucțiuni verbale și scrise la externare, iar pacientului o cantitate suficientă de analgetice orale pentru 3 zile. Pacientul trebuie sfătuit să se abțină de la activități ca șofatul, utilizarea unor mașini sau aparate și consumul de alcool timp de 24 de ore. Urmărirea la domiciliu se face de către medicul generalist și prin intermediul telefonului (Tabelul 5).

Tabel 5. Criterii de externare

-
- Funcții vitale stabile pentru cel puțin 1 oră
 - Orientat temporo-spațial
 - Control adecvat al durerii
 - Grețuri, vărsături și amețeli minime
 - Hidratare adecvată orală
 - Drenajul plăgii minim, pierderi sanguine mici
 - Micțiuni posibile
 - Însoțitor prezent și responsabil
 - Externarea autorizată de un membru desemnat al personalului medical
 - Instrucțiuni verbale și scrise pentru pacient
 - Medicație analgetică pentru 3 zile
-

BIBLIOGRAFIE

1. Pregler J, Kapur P. The development of ambulatory anesthesia and future challenges. *Anesthesiology* 2003; 21: 207-228.
2. Jarrett PEM. Day case surgery. *Eur J of Anaesthesiology* 2001; 18: 32-35.
3. White P. Ambulatory anesthesia advances into new millennium. *Anesthesia and Analgesia* 2000; 90: 1234-1235.
4. Langton JA, Gale TCE. Day-case anaesthesia. În: *Textbook of Anaesthesia*. AR Aitkenhead, G Smith, D Rowbotham (ed), Churchill-Livingstone, Philadelphia 2007, p. 533-539.
5. Chung F, Mezei G, Tong D. Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. *Br J of Anaesthesia* 1999; 83: 262-270.
6. Lichtor JL. Anesthesia for ambulatory surgery. În: Barash PG, Cullen FB, Stoelting RK (ed), Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia 2006, p. 1229-1245.
7. White PF, Freire AR. Ambulatory Outpatient Anesthesia. În: *Miller's Anesthesia Sixth Ed*. RD Miller (ed), Churchill-Livingstone, Philadelphia 2005, p. 2589-2636.
8. Wu CL, Barenholt SM, Pronovost PJ. SNVStematis review and analysis of postdischarge SNVStematis after outpatient surgery. *Anesthesiology* 2002; 96: 994-1003.
9. Chauvin M. State of the art pain treatment following ambulatory surgery. *Eur J of Anaesthesiology* 2003; 20: 3-6.
10. Jarrett PEM, Staniszewski A. Day surgery development and practice. *International Association for Ambulatory (IAAS)* 2006; 21-34.

11. De Lathouewer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the world in 1996-1997 and trends? *Ambulatory Surgery* 2000; 8: 191-210.
12. McGrath, et al. Survey of 5703 patients. *Canadian Journal of Anesthesia* 2004; 51: 886-891.
13. Twersky RS, et al. Hemodynamics and emergency profile of remifentanyl versus fentanyl prospectively compared in a large population of surgical patients. *J of Clinical Anesthesia* 2001; 13: 407-416.
14. Raeder J. *Techniques in Regional Anaesthesia and Pain Management* 2000; 4:10-12.
15. Luis EC, Gallo T, Gonzales NJ, Rivera MF, Peng PW. Effectiveness of combined haloperidol and dexamethasone versus dexamethasone only for postoperative nausea and vomiting in high-risk day surgery patients: a randomized blinded trial. *Eu J of Anaesthesiology* 2010; 27: 192-195.

