



Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Todo lo que debo saber en CMA Aspectos clave en la seguridad del paciente

Matilde Zaballos García

*Anestesia, HGUGM. Sección de Cirugía Ambulatoria
Profesor Asociado CCSS UCM Madrid*

- ¿Sabes si hay diferencia en los resultados en CMA en relación a los diferentes anestésicos generales utilizados?

Inductores

- Sevoflurano
- Desflurano
- Propofol

Comparison of Recovery Profile After Ambulatory Anesthesia with Propofol, Isoflurane, Sevoflurane and Desflurane: A Systematic Review

(Anesth Analg 2004;98:632-41)

- Criterios de inclusión:
 - Ensayos clínicos aleatorizados
 - Valoración de parámetros de recuperación precoz e intermedia
 - Efectos secundarios
 - Complicaciones
- Excluye estudios con inducción inhalatoria
- Finalmente se incluyeron 58 estudios (periodo de 10 años)

Comparison of Recovery Profile After Ambulatory Anesthesia with Propofol, Isoflurane, Sevoflurane and Desflurane: A Systematic Review

(Anesth Analg 2004;98:632-41)

- Parámetros de recuperación precoz (apertura ocular, obedecer órdenes) más favorables para Sevoflurano y Desflurano vs. Propofol/Isoflurano (< 5 min)
- Parámetros de recuperación intermedia (tiempo de alta domiciliaria) sin diferencias entre agentes anestésicos
- Eventos eméticos y necesidad de antieméticos a favor de propofol

A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis.

Kumar G¹, Stendall C, Mistry R, Gurusamy K, Walker D.

⊕ Author information

Abstract

With the popularity of ambulatory surgery ever increasing, we carried out a systematic review and meta-analysis to determine whether the type of anaesthesia used had any bearing on patient outcomes. Total intravenous propofol anaesthesia was compared with two of the newer inhalational agents, sevoflurane and desflurane. In total, 18 trials were identified; only trials where nitrous oxide was administered to, or omitted from, both groups were included. A total of 1621 patients were randomly assigned to either propofol (685 patients) or inhalational anaesthesia (936 patients). If surgical causes of unplanned admissions were excluded, there was no difference in unplanned admission to hospital between propofol and inhalational anaesthesia (1.0% vs 2.9%, respectively; $p = 0.13$). The incidence of postoperative nausea and vomiting was lower with propofol than with inhalational agents (13.8% vs 29.2%, respectively; $p < 0.001$). However, no difference was noted in post-discharge nausea and vomiting (23.9% vs 20.8%, respectively; $p = 0.26$). Length of hospital stay was shorter with propofol, but the difference was only 14 min on average. The use of propofol was also more expensive, with a mean (95% CI) difference of £6.72 (£5.13-£8.31 (€8.16 (€6.23-€10.09); \$11.29 (\$8.62-\$13.96))) per patient-anaesthetic episode ($p < 0.001$). Therefore, based on the published evidence to date, maintenance of anaesthesia using propofol appeared to have no bearing on the incidence of unplanned admission to hospital and was more expensive, but was associated with a decreased incidence of early postoperative nausea and vomiting compared with sevoflurane or desflurane in patients undergoing ambulatory surgery.

Este meta-análisis reciente vuelve a mostrar que no existen diferencias fundamentales entre propofol, sevoflurano y desflurano en los parámetros de recuperación del paciente y el alta al domicilio con la excepción de las NVPO que son menores en el grupo de propofol.

- ¿Conoces el grupo de trabajo PROSPECT (Procedure specific postoperative pain management)?



Todo lo que debo saber en CMA....



PROCEDURES:

- Abdominal Hysterectomy +
- C-Section +
- Colonic Resection +
- Haemorrhoid Surgery +
- Herniorraphy +
- Laparoscopic Cholecystectomy +
- Update
- Non-cosmetic Breast Surgery +
- Radical Prostatectomy +
- Thoracotomy +
- Total Hip Arthroplasty +
- Total Knee Arthroplasty +
- PROSPECT Methodology +
- Archive



PROSPECT recommendations for postoperative pain management following herniorrhaphy



Overall PROSPECT Recommendations

Recommended	
Pre-/intra-operative	<ul style="list-style-type: none"> Local anaesthesia ± sedation OR general anaesthesia in combination with local anaesthetic techniques (inguinal nerve block/field block/infiltration) Long-acting local anaesthetics in preference to short-acting local anaesthetics Open or laparoscopic surgery, depending on factors other than postoperative pain Mesh techniques in preference to non-mesh techniques
Postoperative 0–6 hours (including the post anaesthetic care unit [PACU])	<p>For postoperative analgesia in addition to that provided by intra-operative local anaesthetics:</p> <ul style="list-style-type: none"> Base medication: conventional NSAIDs or COX-2-selective inhibitors (use weak opioids when conventional NSAIDs/COX-2-selective inhibitors are contraindicated), combined with paracetamol Add weak opioid when VAS >30 <50* Add strong opioid when VAS ≥50*
Postoperative Beyond 6 h	<ul style="list-style-type: none"> Continue base medication: conventional NSAIDs or COX-2-selective inhibitors (use weak opioids when conventional NSAIDs/COX-2-selective inhibitors are contraindicated), combined with paracetamol Add weak opioid when VAS >30 <50* Add strong opioid when VAS ≥50*

PROSPECT recommendations for postoperative pain management following herniorrhaphy

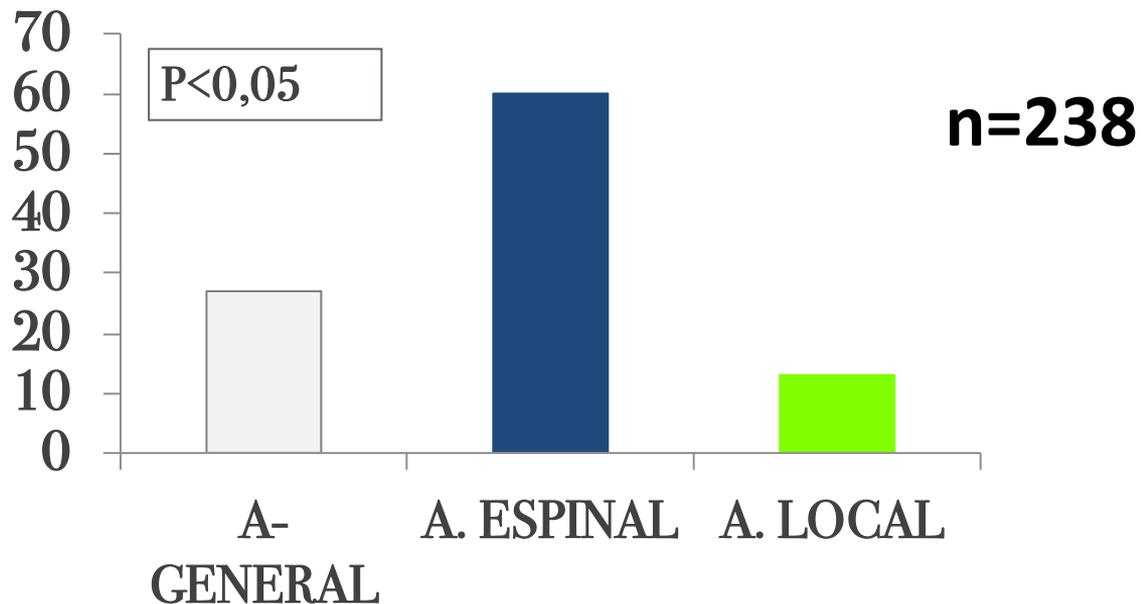
Not recommended

- Spinal anaesthesia
- Epidural anaesthesia
- Systemic clonidine, corticosteroid, gabapentin/pregabalin or ketamine
- Epinephrine as part of a local anaesthetic solution
- Intra-operative wound instillation with local anaesthetic
- Paravertebral nerve block
- Postoperative single/repeat wound injection, or postoperative continuous wound infusion, with local anaesthetic
- Wound infiltration using conventional NSAIDs, clonidine or strong opioids
- Topical conventional NSAIDs
- Nerve section, cryoanalgesia techniques or TENS

Estudio epidemiológico multicéntrico de las técnicas anestésicas en la cirugía de la hernia inguinal en España

M. Zaballos ^{a,*}, S. López-Álvarez ^b, J. Zaballos-Bustingorri ^c, F. Rebollo-Laserna ^d,
J. C. de la Pinta-García ^e y E. Monzó-Abad ^f

GREETA: Grupo de trabajo de estudios epidemiológicos de las técnicas anestésicas en España

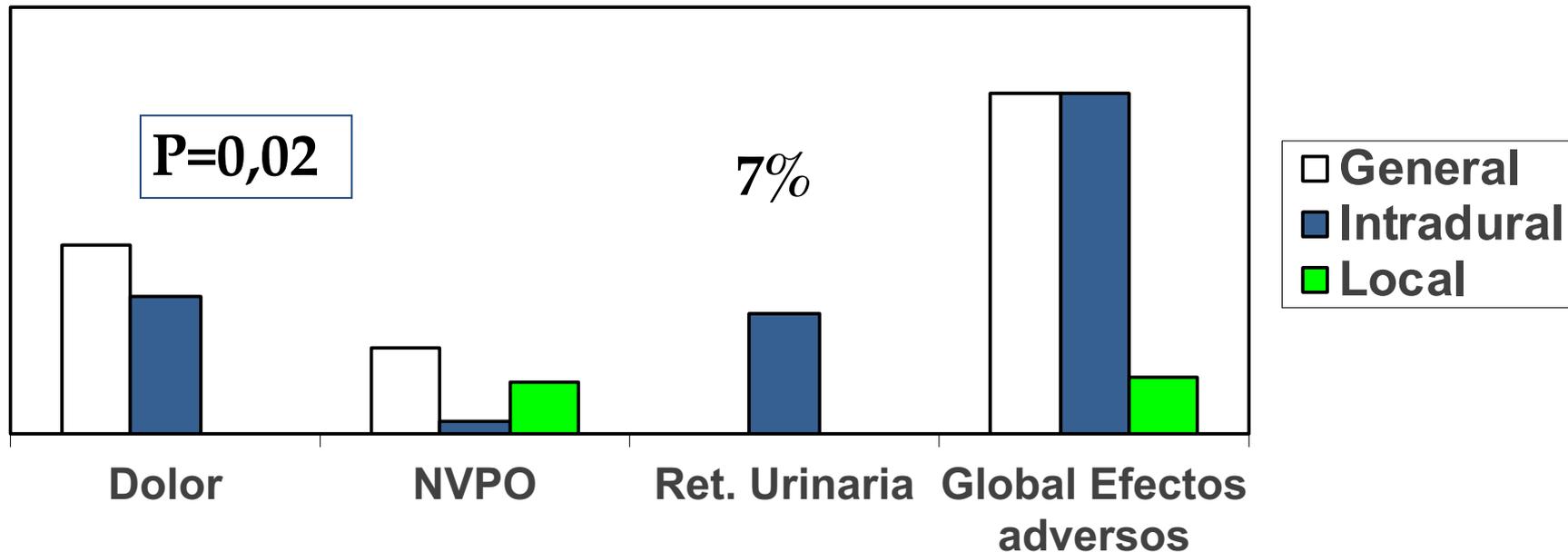


Estudio epidemiológico multicéntrico de las técnicas anestésicas en la cirugía de la hernia inguinal en España

M. Zaballos ^{a,*}, S. López-Álvarez ^b, J. Zaballos-Bustingorri ^c, F. Rebollo-Laserna ^d,
J. C. de la Pinta-García ^e y E. Monzó-Abad ^f

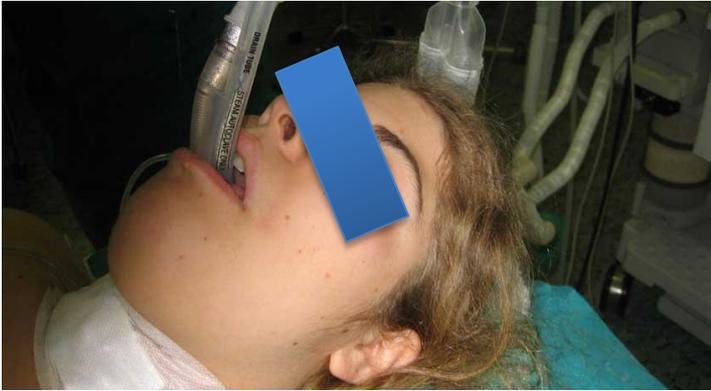
GREETA: Grupo de trabajo de estudios epidemiológicos de las técnicas anestésicas en España

Efectos adversos



- ¿Es la cirugía ambulatoria segura?

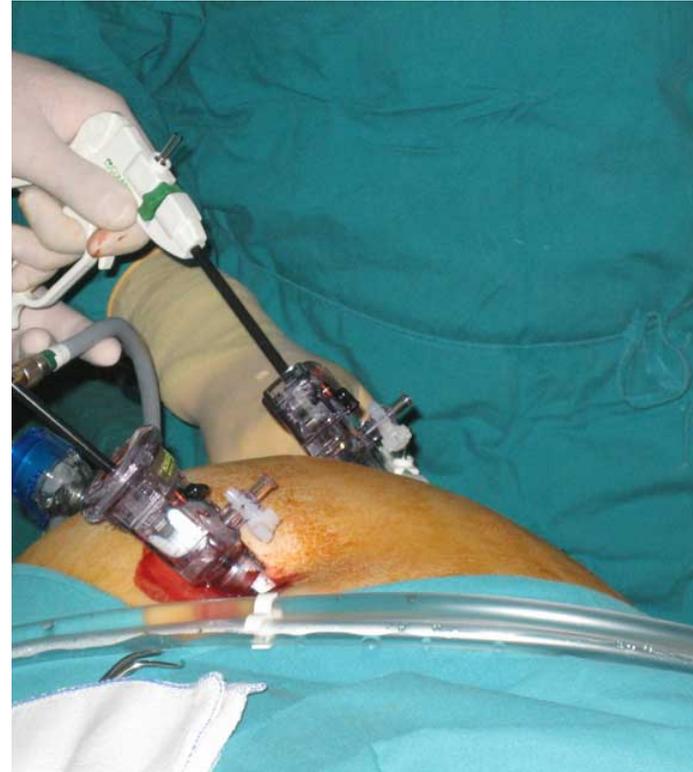
C. TIROIDES



ACROMIOPLASTIA



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA



Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures

Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331

- 57.709 cirugías
- Edad media 44 años (0-100 a.); ASA I-III
- Estudian la morbilidad y las visitas al hospital en los 30 días tras la cirugía (1,21%)
- Causas más frecuentes de consulta:
 - Infección (0,44%)
 - Hemorragia/hematomas (0,50%)
 - Eventos tromboembólicos (0,030%)

Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures

Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331

- 16 pacientes reingresaron
 - Edema pulmonar.
 - Úlcera de estómago
 - 5 pacientes con sospecha de artritis séptica
 - 9 sospecha de trombosis venosa profunda sin confirmar el diagnóstico

Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures

Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331

Resumen de los 10 procedimientos con mayor número de visitas y proporción respecto al total de cirugías

Amigdalectomía (11,4%)

Interrupción voluntaria de embarazo (3,13%)

Colecistectomía (2,26%)

Sinus pilonidal (1,92%)

Cirugía de mama (1,86%)

Cirugía de hernia inguinal (1,23%)

Cirugía anal (1,02%)

Cirugía de pie y tobillo (0,84%)

Cirugía en la rodilla (0,78%)

Cistoscopia (0,74)

Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures

Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56: 323–331

- 24 pacientes fallecieron (etiología variada)
- Ninguna muerte fue relacionada con la cirugía
- Considerando la edad y sexo de los pacientes, la mortalidad esperada para la población evaluada era de \approx 40 pacientes (sin someterse a cirugía)

Incidentes Críticos registrados en CMA en España

- 7.300 incidentes quirúrgicos (años 2009-2016)
- 1.013 incidentes en cirugía ambulatoria (14%)
 - Suspensión de la cirugía: 3,6%
 - Morbilidad menor: 10,7%
 - Morbilidad Mayor: 0,2%
 - Sin daño: 81%
 - 14% no se aplicaron prácticas seguras

HGUGM: 829 incidentes (años 2009-2016) (11% en CMA)

Tipo de Incidente

- 35% falta de aplicación de prácticas seguras
- 7% suspensión de la cirugía
- 6% morbilidad menor
- 1% morbilidad intermedia
- 86% sin daño

Medidas

- ❖ 92,% toma de conciencia
- ❖ 3% Cambio sin coste
- ❖ 2% cambio con coste

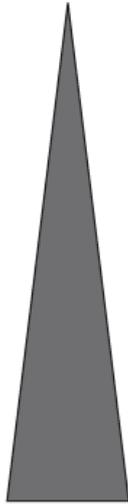
- Y el manejo de la vía aérea en CMA, ¿Crees que un paciente con vía aérea difícil puede realizarse en CMA?

Todo lo que debo saber en CMA....



Instrumentación de la VA y grado de invasividad

Invasiveness



Level of airway instrumentation

A = Facemask

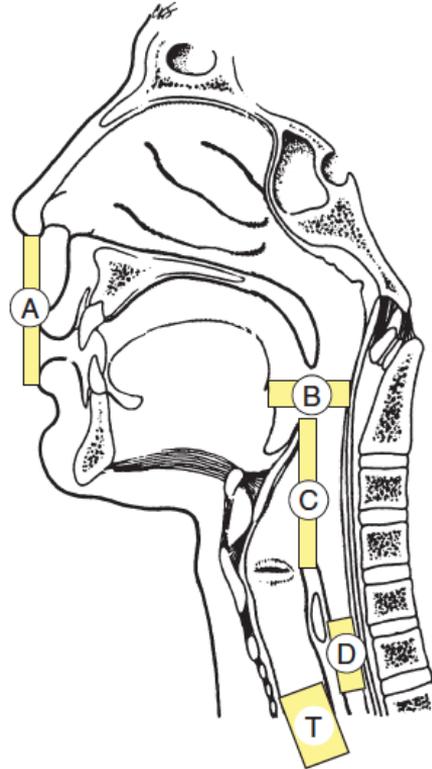
B = Laryngopharyngeal airways

C = Supraglottic airways

B + D = Oesophageal blockers

Extraglottic airways

T = Tracheal tube





Cirugía de tiroides



Septorrinoplastia

**La idea que surge actualmente
es que los DSG de segunda
generación deben ser los
dispositivos de primera elección
en la práctica diaria.**

Previsión de dificultad de inserción de DSG

- **Acrónimo RODS:**
 - **R:** restricción de la apertura bucal
 - **O:** obstrucción de la vía aérea
 - **D:** disrupción o distorsión de la VA
 - **“Stiff lung”:** rigidez pulmonar.

Changing practice in airway management: are we there yet?

Orlando Hung MD FRCPC,* Michael Murphy MD FRCPC†

CAN J ANESTH 2004 / 51: 10 / pp 963–968

Cirugía en la que NO es necesaria la intubación

Evaluar facilidad de ventilación con mascarilla facial

FÁCIL
VA normal

DUDOSA
VA mas o menos normal
Ej. Radioterapia previa

DIFÍCIL
Ej. Limitada apertura boca, anomalías anatómicas

Inducción rutinaria

Inducción con ventilación espontánea

VA permeable

Obstrucción que empeora durante la Inducción

Inserción DSG

Intubación paciente despierto

Despertar al paciente



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



CLINICAL INFORMATION

Awake insertion of a Laryngeal Mask Airway-Proseal™ as alternative to awake fiberoptic intubation in management of anticipated difficult airway in ambulatory surgery

Matilde Zaballos^{a,*}, María Dolores Ginel^a, Maite Portas^a, María Barrio^a, Ana María López^b

DSG actuales que adicionalmente permiten la intubación



Ambu AuraGain



ML- Protector

Third generation supraglottic airway devices: an undefined concept and misused term. Time for an updated classification of supraglottic airway devices

T. M. Cook

Bath, UK

British Journal of Anaesthesia, 115 (4): 633–642 (2015)

- La relajación muscular residual ¿Crees que es relevante en CMA o inexistente?

Postoperative Residual Paralysis in Outpatients Versus Inpatients

Guy Cammu, MD, PhD*, Jan De Witte, MD*, Jan De Veylder, RN*, Geert Byttebier, MSct, Dirk Vandeput, MD*, Luc Foubert, MD, PhD*, Geert Vandembroucke, MD*, and Thierry Deloof, MD*

- Incluyeron 640 pacientes: 320 ingreso y 320 C. ambulatoria
- Precisaban BNM para IOT
- Excluyeron patologías como:
 - Enf renal y hepática
 - Metabólica
 - Enf neuromuscular

Bloqueo neuromuscular residual ¿es un problema en CMA?

- Registro en quirófano:
 - Monitorización de BNM
 - Reversión de bloqueo
 - Uso de criterios clínicos antes de extubación (criterios clínicos habituales)

- Registro en URPA:
 - **A la llegada del paciente**
 - T^a timpánica
 - TOF por acelerometría (n. cubital)
 - **A los 5 minutos:**
 - Test clínicos (capacidad de hablar, sonreír, tragar)
 - Debilidad m. generalizada
 - Apretón de mano 5 s
 - Levantar la cabeza, pierna 5 s
 - Test del depresor lingual

Bloqueo neuromuscular residual ¿es un problema en CMA?

Table 1. Patients (%) With Train-of-Four (TOF) <90% - Frequency Distribution of Neuromuscular Blocking Drug (NMBD) Given at Induction of Anesthesia, Frequency Distribution of the Intraoperative Variables Examined Before Tracheal Extubation, and Distribution of a Tympanic Temperature <36°C at Arrival in the Postanesthetic Care Unit (PACU)

	Outpatients	Outpatients with TOF <90%	Inpatients	Inpatients with TOF <90%
NMBD				
Atracurium	23% (75/320)	51% (38/75)	36% (114/320)	43% (49/114)
Cisatracurium	2% (6/320)	33% (2/6)	2% (8/320)	62% (5/8)
Mivacurium	50% (160/320)	23% (37/160)	15% (48/320)	35% (17/48)
Rocuronium	22% (71/320)	39% (28/71)	44% (141/320)	48% (67/141)
Succinylcholine	2% (6/320)	17% (1/6)	1% (2/320)	50% (1/2)
Missing data	1% (2/320)	50% (1/2)	2% (7/320)	29% (2/7)

Incidencia de bloqueo neuromuscular residual TOF <90%:

- Cirugía mayor ambulatoria: 38%
 - 14% TOF < 70%
 - 24% TOF 70-90%
- Pacientes con ingreso: 47%

Bloqueo neuromuscular residual ¿es un problema en CMA?

- Criterios utilizados antes de la extubación:
 - Clínicos: 49%
 - Reversión con fármacos: 26%
 - Monitorización BNM: 12%
 - Combinación de lo previos: 11%



**Postoperative Residual Paralysis in Outpatients
Versus Inpatients**

(Anesth Analg 2006;102:426–9)

Riesgos de relajación muscular residual en CMA

- Con RNM como cisatracurio y rocuronio la reversión con anticolinesterásicos a partir de un TOF de 2 respuestas requiere 15 min.
- A los 30 min algunos pacientes tienen un TOF < 0,90.

Riesgos de la relajación muscular residual en CMA

- La práctica clínica es la extubación 5-10 minutos tras la administración de los anticolinesterásicos.
- La presión asistencial en la CMA hace que se acorten los tiempos desde la administración de los anticolinesterásicos y la extubación, aumentando el riesgo de bloqueo residual.
- Además existe un riesgo añadido, y es que la práctica clínica muestra la no reversión del bloqueo

Patrón de reversión de BNM. Estudio observacional en el HUGM: CMA vs. pacientes ingresados

- Estudio observacional
- 374 pacientes divididos dos grupos (CMA=185 e ingreso = 189)
- Pacientes sometidos a anestesia general (se analizó la reversión de relajación muscular)
- 273 pacientes se realizó IOT (73%)
 - 49% en CMA
 - 96% ingresados ($p < 0,0001$)

Utilización de reversión del BNM: CMA vs. Ingresados

- Neostigmina: 20% en CMA vs. 9% ingresados
- Sugammadex: 9% en CMA vs. 16% ingresados
- Ambos: 1,1% en CMA vs. 0,5% ingresados
- No reversión: 70% en CMA vs. 74% ingresados

P= 0,04

- ¿Qué sabemos de las técnicas de anestesia espinal en CMA?

Ventajas a. Espinal en CMA

- Sencillez
- Fiabilidad
- Rapidez de instauración
- Evita retrasos en el intercambio de pacientes
- Condiciones anestésicas profundas
- Bloqueo motor intenso

FACILITA LA CIRUGÍA

**Neuraxial Anesthesia for
Outpatients**

Anesthesiology Clin 32 (2014) 357–369

Inconvenientes de la A. Espinal en CMA

- Bloqueo prolongado y retraso en el alta domiciliaria
- Retención urinaria
- Síndrome radicular transitorio
- Cefalea postpunción
- Lesiones neurológicas

**Neuraxial Anesthesia for
Outpatients**

Anesthesiology Clin 32 (2014) 357–369

Table 2
Effects of central neuraxial block versus general anesthesia on ambulatory surgical patients

Outcome	n	Number of Trials	Central Neuraxial Block^a (Mean)	General Anesthesia^a (Mean)	OR or WMD^b (95% Confidence Interval)	P Value
Anesthesia induction time (min)	384	7	17.8	7.8	8.1 (4.1–12.1)	.0001
PACU time (min)	476	10	56.1	51.9	0.42 (–7.1 to –7.9)	.91
VAS in PACU (mm)	563	7	12.7	24.4	–9 (–15.5 to –2.6)	.006
Nausea	637	12	5%	14.7%	0.40 (0.15–1.06)	.06
Phase 1 bypass	218	4	30.8%	13.5%	5.4 (0.6–53.6)	.15
Need for postoperative analgesics	716	11	31%	56%	0.32 (0.18–0.57)	.0001
Time until discharge from ASU (min)	839	14	190	153	34.6 (13–56.1)	.002
Excellent patient satisfaction	709	11	81%	78%	1.5 (0.8–23.1)	.45

Fifteen randomized controlled trials with 1003 patients were included for meta-analyses.

Liu SS et al . A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Anesth Analg* 2005; 101:1634–1642.

- ¿Qué es una anestesia espinal selectiva?

Anestesia espinal selectiva:

- Dosis mínimas de A. local (bloquear exclusivamente las raíces nerviosas implicadas en un área específica).
- Dependiendo de la cirugía la anestesia espinal puede ser uni o bilateral.
- Manipulando la posición del paciente (sentado, prono, decúbito lateral) con respecto a la baricidad del anestésico local se puede influenciar la distribución del bloqueo.

Anestesia espinal selectiva:

- Cada mg de bupivacaína prolonga el alta al domicilio en 21 min*
- Fallos: 0-6% expertos (estudios generales hasta 24%)
- La adicción de fentanilo 10 μ g mejora el éxito técnica
- No superar 7 mg bupivacaína hiperbárica

* Liu SS et al. Dose-response characteristics of spinal bupivacaine in volunteers. Clinical implications for ambulatory anesthesia. *Anesthesiology* 1996; 85:729-736.

Retención urinaria

Neuraxial Anesthesia for Outpatients

Elizabeth A. Alley, MD*, Michael F. Mulory, MD

Anesthesiology Clin 32 (2014) 357–369

Table 1. *Algorithm*

High-risk patient

If not voided in 60 minutes (or uncomfortable trying)

Evaluate with ultrasound

If volume >600 mL, perform decompressive catheterization

Either discharge (with voiding instructions) or observe again until voided

If volume <600, allow additional 60 minutes

Reassess, catheterize if volume >600 mL

Observe until voided or catheterized

Low-risk patient

Consider discharge if very low risk, or assess bladder with bladder ultrasound

If volume <400 mL, discharge

If voiding considered necessary, follow above high-risk protocol

If volume <600 mL, allow more time to void

If volume >600 mL, catheterize and discharge

- ¿Y qué anestésico local utilizamos en la anestesia espinal en CMA?

Síndrome neurológico transitorio

- Lidocaína (55-80%)
- Mepivacaína (30%)
- Bupivacaína (13%)
- Poco frecuente con prilocaína, **2-cloroprocaína** y articaína

Transient neurologic symptoms (TNS) following spinal anaesthesia with lidocaine versus other local anaesthetics (Review)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2009,



Short-acting spinal anesthesia in the ambulatory setting

Curr Opin Anesthesiol 2014, 27:000–000

- 2-Cloroprocaína: duración ultracorta
- Prilocaína: duración intermedia
- Articaína: duración intermedia

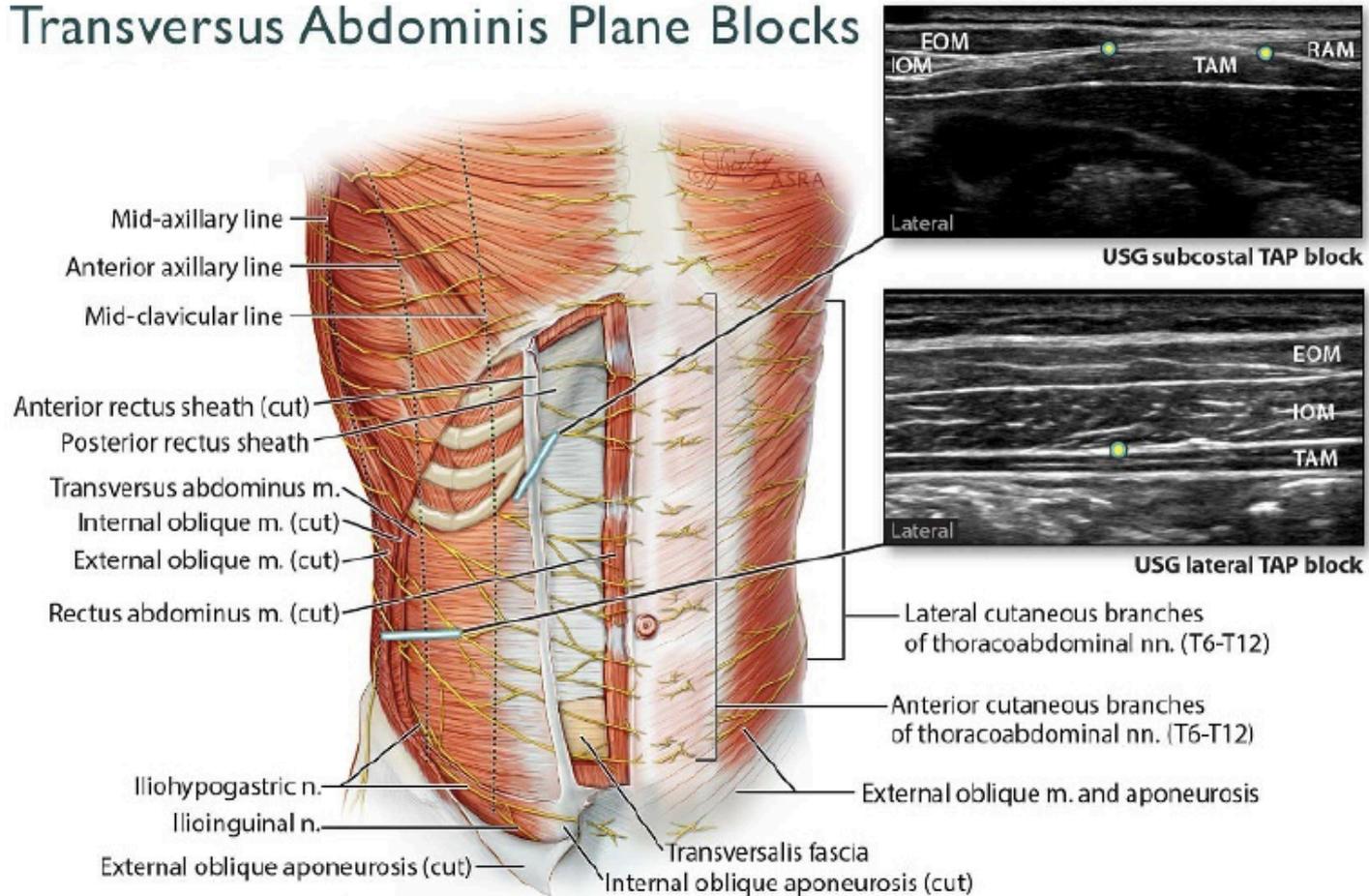
Chloroprocaine (mg)	Expected duration of effective surgical block (min)
30	40–60
40–45	45–75
60	60–90

- ¿Qué aplicaciones tienen los nuevos bloqueos de espacios fasciales en CMA?

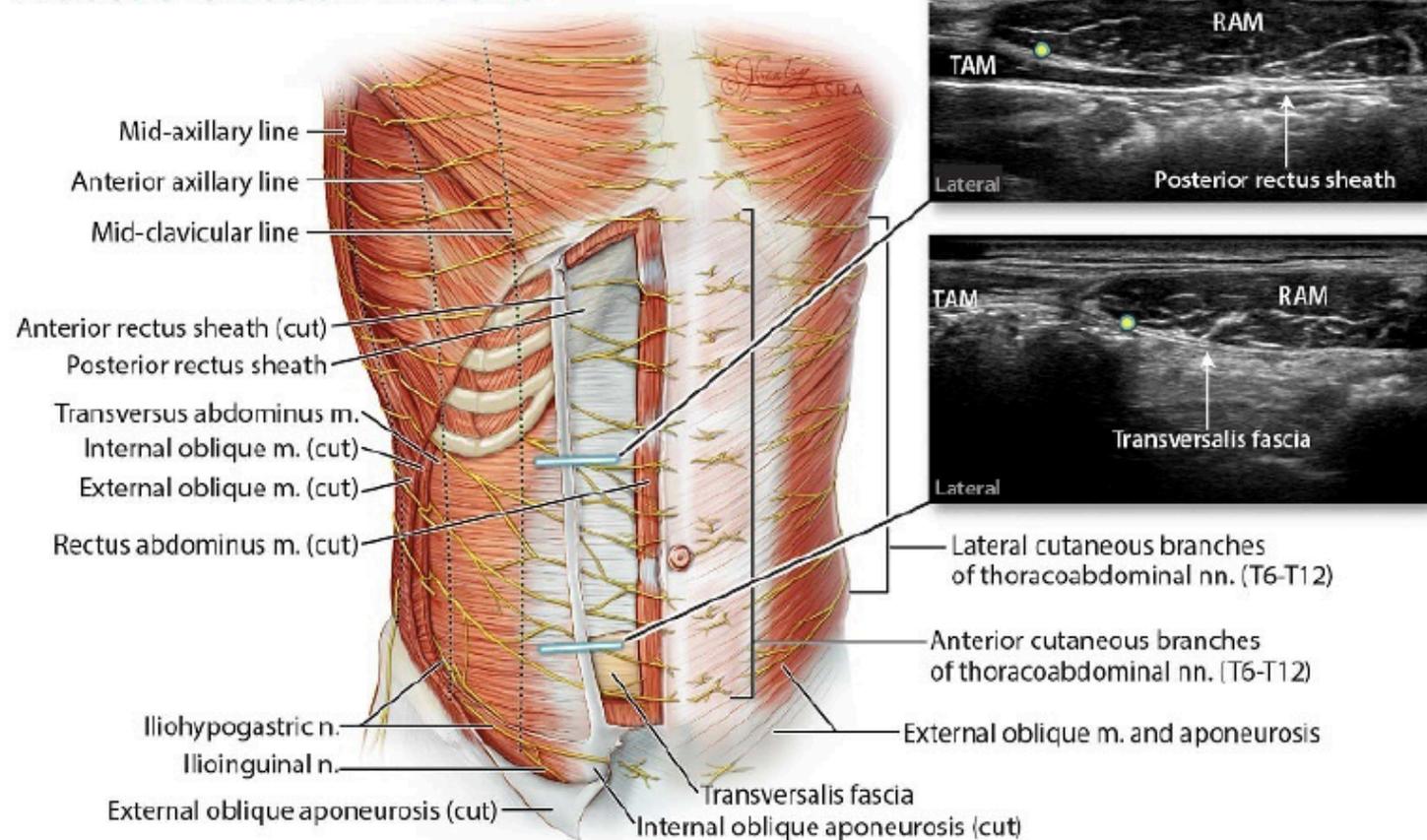
Essentials of Our Current Understanding: Abdominal Wall Blocks

(Reg Anesth Pain Med 2017;42: 133–183)

Transversus Abdominis Plane Blocks

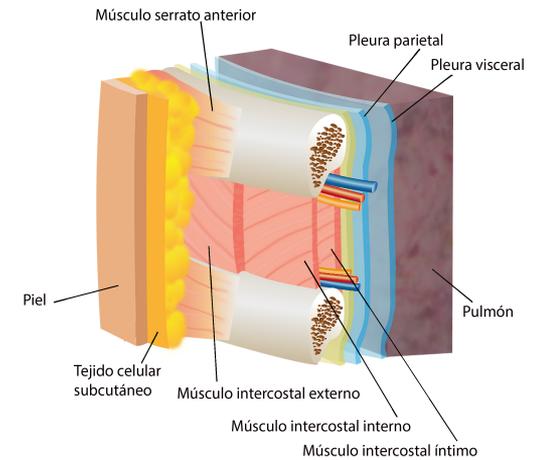
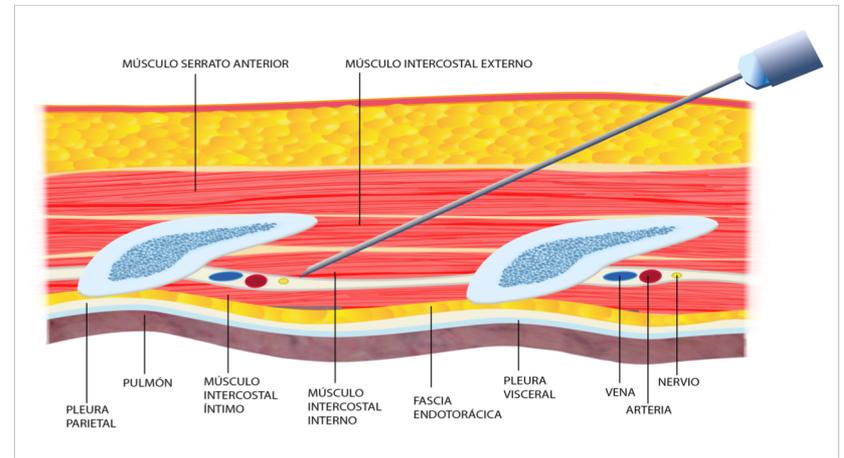
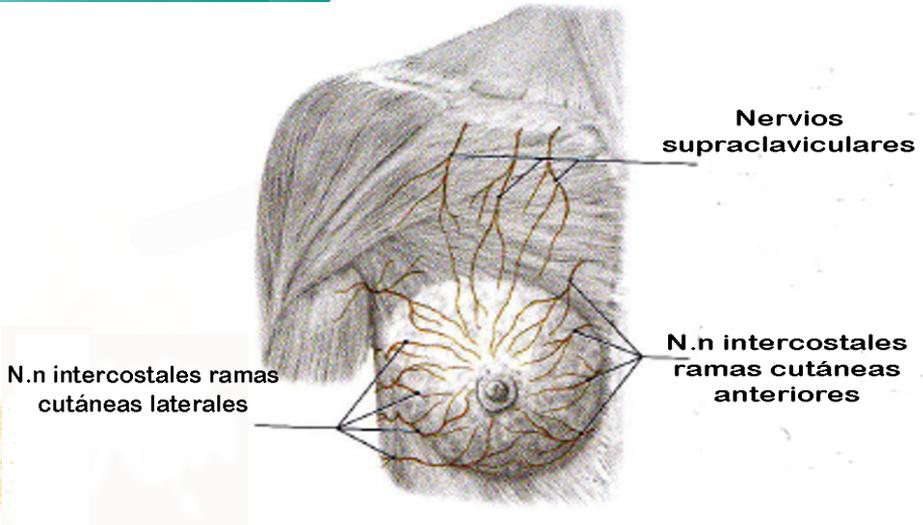


Rectus Sheath Blocks

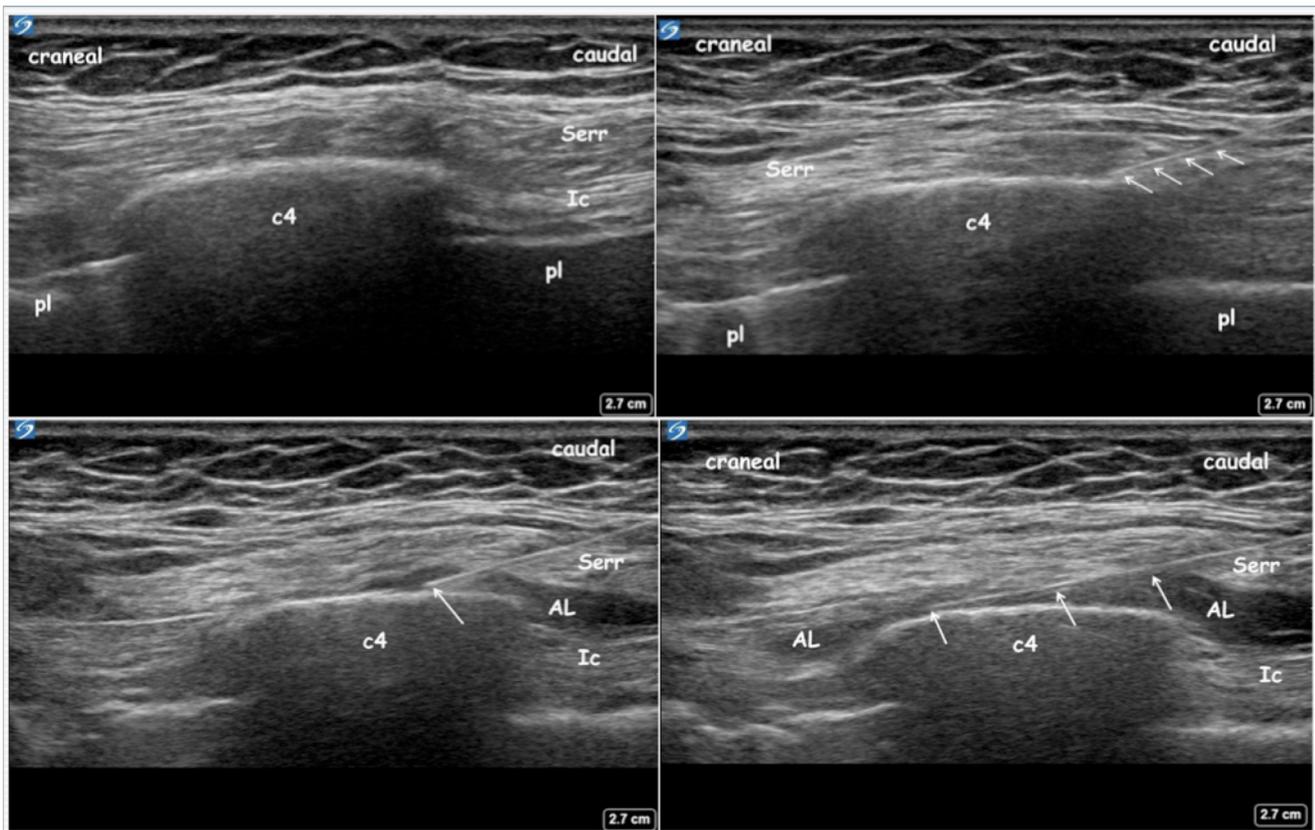


Práctica anestésica

- Hernia inguinal
- Hernia umbilical
- Eventración
- Colectomía laparoscópica?



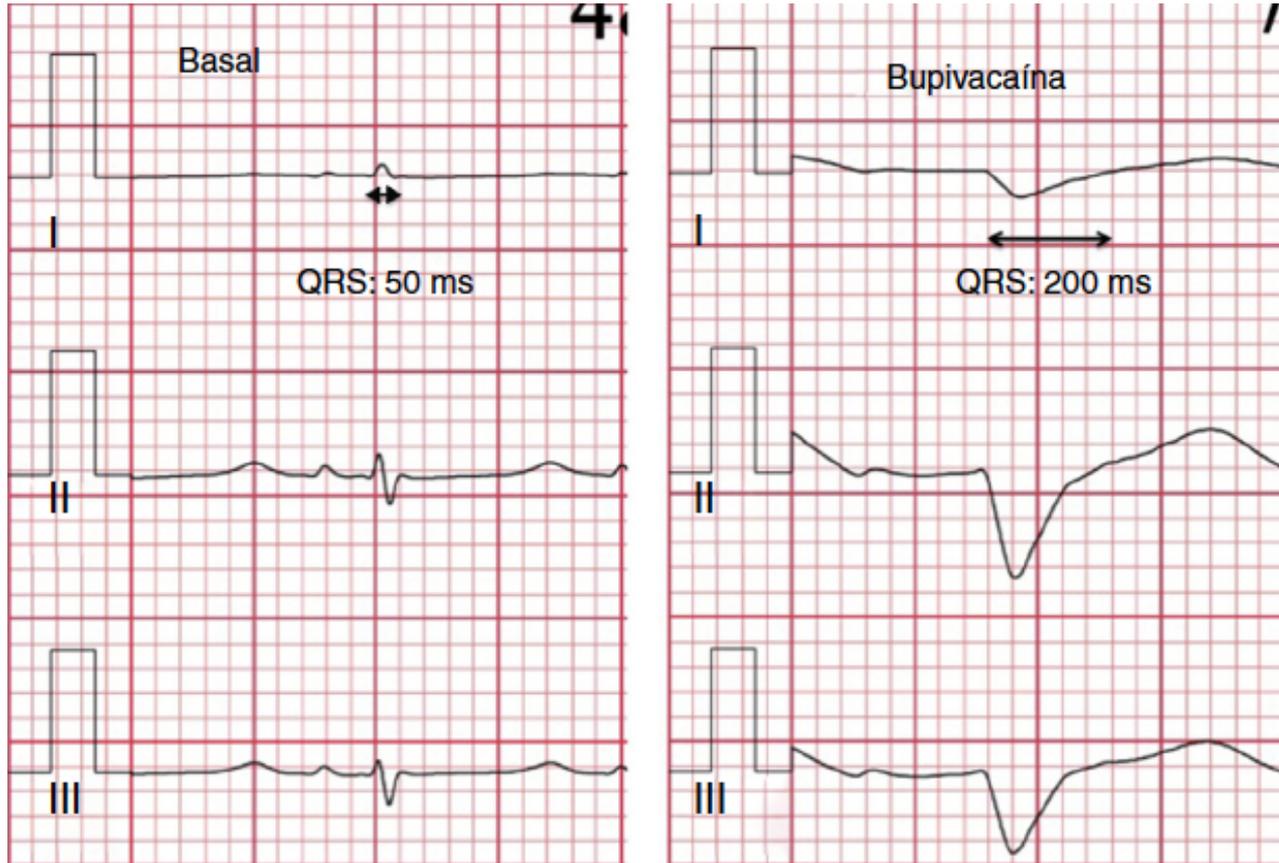
BRILMA (serrato intercostal externo)



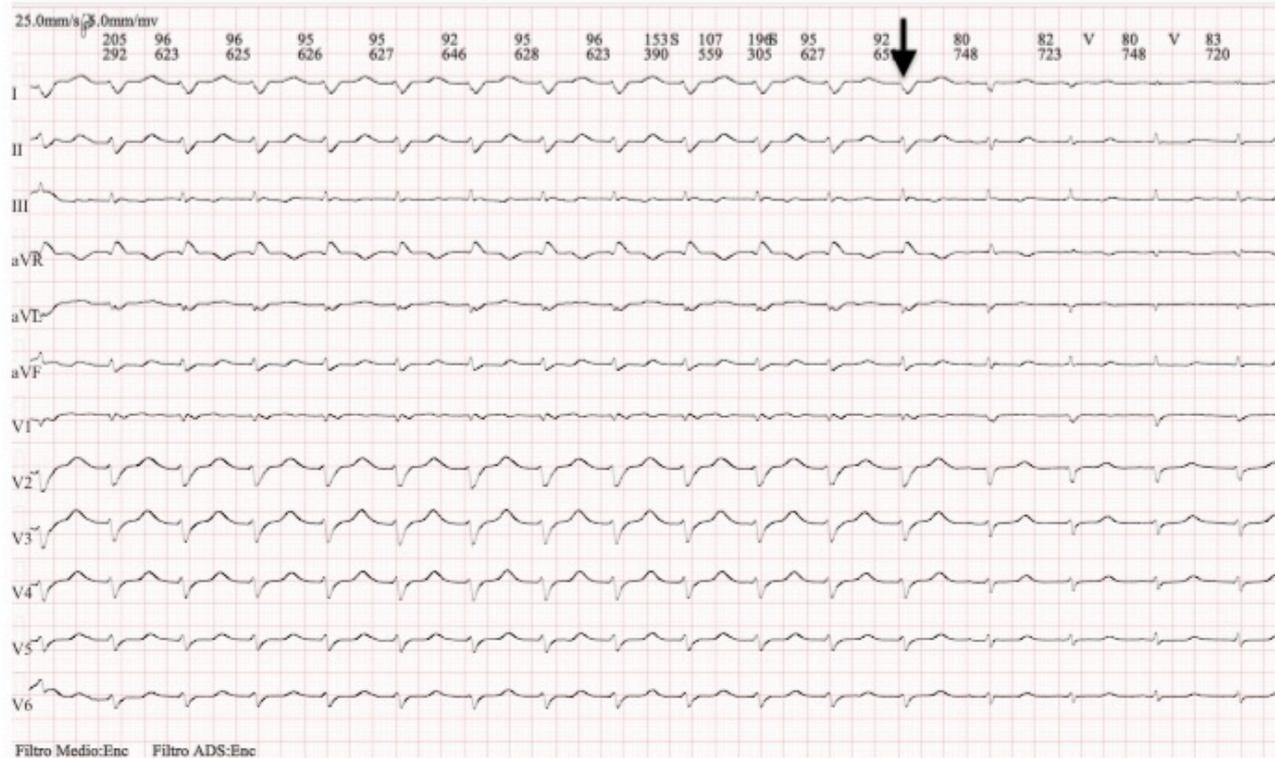
Implicaciones clínicas

PEC 1 (pectoral mayor/menor)	Cirugía del pectoral mayor (expansores, marcapasos, reservorios...)
PEC 2 (pectoral menor y serrato)	Linfadenectomía axilar, biopsia de ganglio centinela, cirugía reconstructiva de mama
BRILMA (serrato e intercostal externo)	Cirugía no reconstructiva de mama
Serrato anterior (dorsal ancho y serrato y debajo serrato)	Reconstrucción con dorsal ancho Cirugía no reconstructiva de mama
BCRA	Cirugía en los cuadrantes internos de la mama Fractura esternal Analgesia postesternotomía

Toxicidad por anestésicos locales



Estrechamiento del QRS con la administración de intralipid



Tratamiento de la intoxicación grave por anestésicos locales

1. Pedir ayuda
2. Manejo inicial <ul style="list-style-type: none">• Ventilación O2 100%• Control de las convulsiones: <u>diazepam</u>, evitar propofol en paciente inestable <u>hemodinámicamente</u>.• Considerar bypass cardiopulmonar (Contactar con servicio de c. cardiovascular)
3. Manejo de las Arritmias: <ul style="list-style-type: none">• La RCP básica y avanzada requiere ajuste de medicación y tratamiento prolongado• Evitar: vasopresina, antagonistas del calcio, betabloqueantes, y anestésicos locales• Reducir la administración de adrenalina a una dosis inferior a 1 µg. kg
4. AL DETECTAR SIGNOS DE TOXICIDAD GRAVE, AUN SIN LA APARICIÓN DE PARADA CARDIOPULMONAR, INICIAR INFUSIÓN DE INTRALIPID (IL) AL 20% <ul style="list-style-type: none">• Bolo IV de IL 20% de 1,5 ml/kg en un minuto.• Comenzar infusión de IL 20% a un ritmo de 0,25 ml/kg/min• Repetir bolo una o dos veces si no se ha restaurado una adecuada circulación• Aumentar la infusión al doble (0,5 ml/kg/mi) si no se recupera una adecuada circulación• Continuar la infusión al menos 10 minutos una vez restaurada una adecuada circulación (máximo 10 <u>ml/kg</u>)

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

La unidad

Pacientes

Asistencia

Formación

Investigación

Profesionales

Lunes, 16 de octubre de 2017

Inicio

Contacto



Formación de residentes

1

2

3

4

Bienvenido a la página web de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Nuestro objetivo al desarrollar esta página es dar a conocer al ciudadano nuestra actividad asistencial. Le invitamos a que haga un recorrido virtual a través de nuestras instalaciones y del circuito que seguirá con nosotros. Este recorrido, una vez indicada la necesidad de su cirugía, comprenderá desde la valoración preoperatoria en la consulta de anestesia hasta el alta a su domicilio tras la intervención, y contribuirá a resolver sus dudas relacionadas con la intervención quirúrgica que va a afrontar.

Hemos preparado contenidos específicos para algunas de las cirugías más frecuentes. También encontrará recomendaciones sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio tras la intervención quirúrgica, y las preguntas habituales sobre procesos de cirugía mayor ambulatoria.



Profesionales de
la Unidad

Información práctica
para pacientes



Muchas gracias