



Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Desflurano en Cirugía Mayor Ambulatoria

Matilde Zaballos

Profesor asociado, Universidad Complutense de Madrid
Servicio de Anestesia Hospital Universitario gregorio UGM



Cirugía Mayor Ambulatoria

- Realización de procesos quirúrgicos, con **cualquier tipo de anestesia**, que no precisan cuidados intensivos/no requieren ingreso H.
- Objetivo numero uno en el logro de mejoras con alto impacto: **“10 High Impact Changes”**
- Disminuye la ruptura del acto quirúrgico/ vida habitual del paciente (muy relevante en poblaciones vulnerables)
- **Promueve el trabajo multidisciplinar y en equipo** con una comunicación efectiva y eficiente, compartiendo y respetando el papel y la responsabilidad de cada miembro del equipo implicado.

Ventajas clínicas de la Cirugía Mayor Ambulatoria

La CMA se adapta mejor a los requerimientos del paciente, incluyendo adultos, ancianos y niños

Reduce listas de espera

Disminuye el riesgo de cancelaciones

Preferencia de los pacientes

El paciente está menos tiempo en el hospital

Cuidados mejor adaptados a las necesidades del paciente

Reduce los riesgos de infección adquirida en el hospital

Resultados al menos tan óptimos como los obtenidos en los pacientes con ingreso

Selección de procedimientos quirúrgicos

Clasificación de la intensidad quirúrgica

Nivel I	Procedimientos realizados con A. Local que no precisan cuidados PO
Nivel II	Procedimientos mayores que requieren cuidados PO, pero no de la intensidad suficiente para ingreso hospitalario
Nivel III	Procedimientos que requieren cuidados PO prolongados en un entorno hospitalario
Nivel IV	Procedimientos que requieren cuidados especializados en Reanimación

Thyroid surgery



Acromioplasty



Laparoscopic Cholecystectomy



Gastric Banding



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 procedures
- Mean age 44 y (0-100 y.); ASA I-III
- Rate of return hospital visits within 30 days of the surgery: 1,21%
- 24 patients died(any cause)
 - **17 no related to day surgery**
 - **3 likely related to day surgery**
 - **2 possibly**
- Compared to an expected 40 deaths without surgery if matched for age and sex.

Anestesia en Cirugía Ambulatoria

- Simple
- Segura
- Eficaz
- Adaptada a cada paciente en particular
- **Inexcusable implementación de la analgesia multimodal**
- Promover el uso de a. locales siempre que sea posible
- Limitar el uso de opiáceos

Desflurano

- El desflurano pertenece a la familia de los metiletiléteres halogenados que se administran por inhalación y producen una pérdida de la conciencia y de la sensación de dolor, supresión de la actividad motora voluntaria, reducción de los reflejos autónomos, de la respiración y del sistema cardiovascular.
- La intensidad de su efecto está relacionada con la dosis y es reversible.

Desflurane: A clinical update of a third-generation
inhaled anaesthetic

Desflurano

- Baja solubilidad o coeficiente de partición sangre- gas de 0,42 (Inferior a la del óxido nitroso)
- Presenta la más baja solubilidad en tejidos:
- Efecto rápido/pronta recuperación (Fast-Track)
- Permite realizar variaciones rápidas del plano anestésico
- **¿Fármaco ideal para su uso en cirugía ambulatoria?**

Table 1

Partition coefficients of inhaled anaesthetic agents in blood and tissues.²

Type of Tissue	Halothane	Isoflurane	Desflurane	Sevoflurane
Blood	2.4	1.4	0.45	0.65
Brain	3.4	2.1	0.6	1.1
Muscle	3.8	2.1	0.6	1.1
Fat	137	71	15	41

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

(Anesth Analg 2004;98:632–41)

Anil Gupta, MD, FRCA, PhD*†, Tracey Stierer, MD*, Rhonda Zuckerman, MD*, Neal Sakima, MD*, Stephen D. Parker, MD*, and Lee A. Fleisher, MD*

- 58 estudios
- Parámetros de recuperación precoz (apertura ocular, obedecer órdenes) más favorables para Desflurano y Sevoflurano 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

G. Kumar,^{1,2} C. Stendall,¹ R. Mistry,² K. Gurusamy³ and D. Walker⁴

Anaesthesia 2014, 69, 1138-1150

- 18 estudios: 1621 pacientes, >16 años
- Mantenimiento Propofol vs. sevoflurano/ desflurano
- Obj. Primario: ingresos no previstos
- Efectos adversos
 - NVPO
 - Dolor
 - Estancia en la unidad
 - Coste
 - Calidad de recuperación

Resultados

- **Ingresos no previstos:** sin diferencias propofol vs. inhalatoria (OR 1% vs. 2,9%, p=0,13)
- **NVPO**
 - En URPA: Propofol 11% vs. desflurane 33% , p=0,0001
 - En Domicilio: sin diferencias propofol vs. Desflurane: 15,8 vs. 15%
- **Dolor postoperatorio:** sin diferencias
- **Alta domiciliaria:** Favorable a propofol vs. Sevoflurano/sin diferencias propofol vs. Desflurane: (15 min)
- **Costes:** ↑propofol vs. Inhalatoria
- **Limitación:** estudios antiguos (1990)

© Copyright 2014.

Matilde Zaballos, Servando López, Álvaro Elícegui, Pilar Benito, Filadelfo Bustos

Factores de riesgo de presentar náuseas y vómitos tras el alta de la unidad

FACTORES DE RIESGO	PUNTUACIÓN
Sexo femenino	1
Edad inferior a 50 años	1
Antecedentes de NVPO	1
Uso de opiáceos en la URPA	1
Náuseas en la URPA	1

MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN CMA Y DESFLURANO



The effect of sevoflurane versus desflurane on the incidence of upper respiratory morbidity in patients undergoing general anesthesia with a Laryngeal Mask Airway: a meta-analysis of randomized controlled trials[☆]

Journal of Clinical Anesthesia (2013) 25, 452–458

Gildasio S. de Oliveira Jr. MD, MSCI (Assistant Professor)^{a,*},

Walter Girao (Visiting Medical Student)^a,

Paul C. Fitzgerald MS (Research Associate)^a,

Robert J. McCarthy DPharm (Research Professor)^a

- Estudios q evaluaban incidencia de efectos adversos en V.A.S. con LMA Desflurano vs. sevoflurano
- 651 pacientes:
 - Tos global sin diferencias (\uparrow desflurano en inducción y educación)
 - Incidencia de Laringoespasmo: sin diferencias
 - Incidencia de Apnea (“breath holding”) \uparrow desflurano vs. sevoflurano
- Conclusión: no diferencias relevantes entre ambos agentes

Airway reactions and emergence times in general laryngeal mask airway anaesthesia

A meta-analysis

Eur J Anaesthesiol 2015; 32:106–116

Ana Stevanovic, Rolf Rossaint, Harald G. Fritz, Gebhard Froeba, Joern Heine,
Friedrich K. Puehringer, Peter H. Tonner and Mark Coburn

- Efectos adversos VA/Parámetros de recuperación en la combinación LMA + (desflurano, propofol, sevoflurano e isoflurano)
- Resultados:
 - Sin diferencias en la incidencia de tos global, y al despertar
 - Sin diferencias en la incidencia de laringoespasmo
 - Tiempo apertura ojos, respuesta a una pregunta y fecha nacimiento ↓ desflurano
 - Tiempo retirada de LMA < desflurano
- Variabilidad en coadyuvantes (MDZ, lidocaína, opiáceos)
- Dudas en el modo de ventilación/velocidad ↑ [desflurano]

Emergence times and airway reactions during general anaesthesia with remifentanil and a laryngeal mask airway

Eur J Anaesthetol 2018; 35:588–597

A multicentre randomised controlled trial

Ana Kowark, Rolf Rossaint, Friedrich Pühringer, András P. Keszei, Harald Fritz,
Gebhard Fröba, Christopher Rex, Hansjörg Haas, Volker Otto and Mark Coburn,
and the Study Collaborators*

- Estudian 352 pts ASA I-III, aleatorizados 3 grupos:
 - Desflurano, sevoflurano y propofol
- Remifentanilo: 0,5 µg/kg/min y LMA
- Objetivo primario: tiempo en referir fecha de nacimiento
- Objetivos secundarios: parámetros de recuperación (retirada de LMA, apertura ojos, respuesta a órdenes, nombre, complicaciones VAS)
- Calidad en recuperación 40 min y 24 h del PO
- Dolor, NVPO

RESULTADOS

Table 3 Emergence variables

	Desflurane, n = 118 ^a	Sevoflurane, n = 114 ^a	Propofol, n = 120 ^a	ANOVA ^b	Sevoflurane vs. desflurane ^c	Propofol vs. desflurane ^c
Time to state the date of birth	8.1 ± 3.6; 7.1 [6.0 to 10.0]	10.1 ± 4.0; 10.0 [7.1 to 12.5]	9.8 ± 5.1; 8.7 [6.6 to 12.6]	<0.01	1.9 (0.8 to 3.0) P < 0.01	1.5 (0.4 to 2.6) P < 0.01
Time to remove the laryngeal mask	6.9 ± 3.3; 6.1 [4.7 to 8.7]	8.7 ± 3.9; 8.9 [5.6 to 11]	8.2 ± 4.1; 7.3 [5.5 to 10]	<0.01	1.8 (0.8 to 2.7) P < 0.01	1.1 (0.2 to 2.1) P < 0.04
Time to open the eyes on command	6.8 ± 3.5; 6.0 [4.4 to 8.3]	8.6 ± 4.1; 8.8 [5.2 to 11]	8.0 ± 4.4; 7.0 [5.2 to 9.9]	<0.01	1.9 (0.9 to 2.9) P < 0.01	1.1 (0.1 to 2.1) P < 0.06
Time to respond to the command (press hand)	7.54 ± 3.6; 6.7 [5.3 to 9.0]	9.6 ± 4.1; 9.7 [6.3 to 12.3]	9.10 ± 4.9; 7.7 [5.8 to 11.3]	<0.01	2.0 (1.0 to 3.1) P < 0.01	1.4 (0.3 to 2.5) P < 0.02
Time to state the full name on command	8.0 ± 3.6; 7.1 [5.7 to 9.7]	9.9 ± 4.0; 9.8 [6.9 to 12.5]	9.70 ± 5.1; 8.6 [6.3 to 12.9]	<0.01	1.9 (0.8 to 3.0) P < 0.01	1.5 (0.4 to 2.6) P < 0.01

Data are mean ± SD, median [IQR], difference of means (95% CI). ANOVA, analysis of variance; CI, confidence interval; IQR, interquartile range; n, number of patients. ^a Missing data for desflurane (n = 4), sevoflurane (n = 3) and propofol (n = 2) patients. ^b Two-way ANOVA with independent variables intervention group and study site. ^c Based on Dunnett's test.

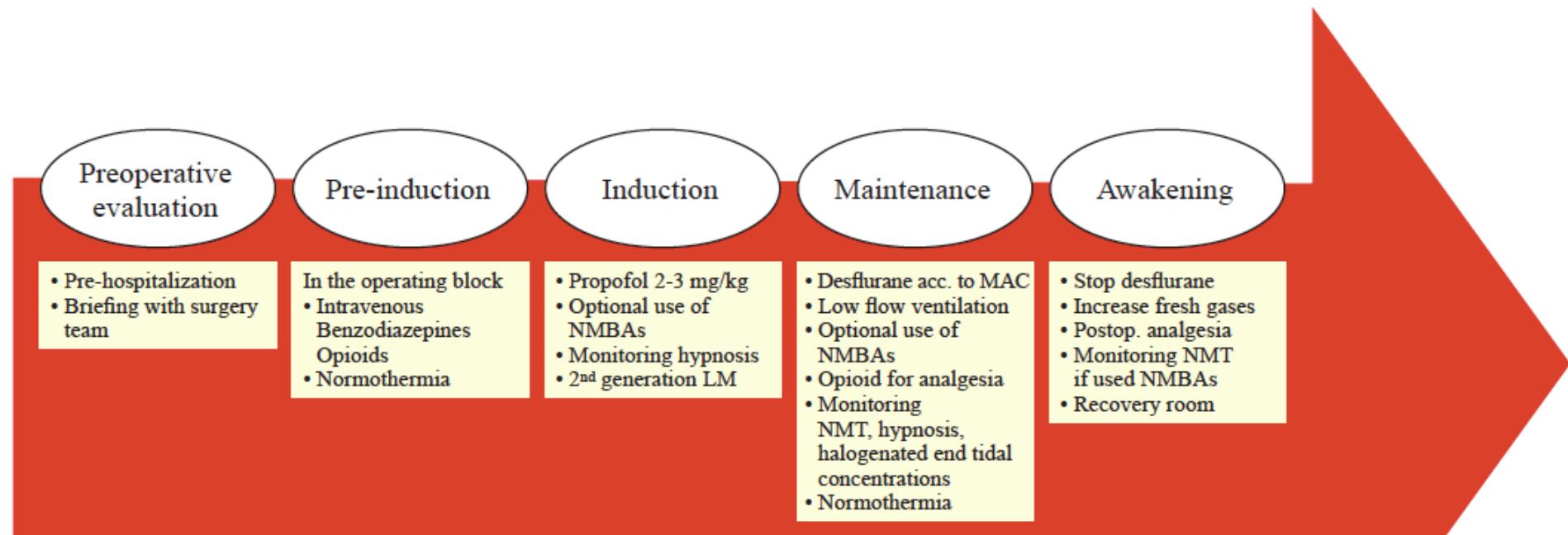
TIEMPOS DE RECUPERACIÓN MAS CORTOS GRUPO DESFLURANO

SIN DIFERENCIAS EN EFECTOS ADVERSOS EN V.A.S.,
DOLOR, CALIDAD DE RECUPERACIÓN 40 MIN Y 24H
NI NVPO

Safety aspects of desflurane anesthesia and laryngeal mask airway

Minerva Anestesiologica 2017 November;83(11):1199-206
DOI: 10.23736/S0375-9393.17.11930-9

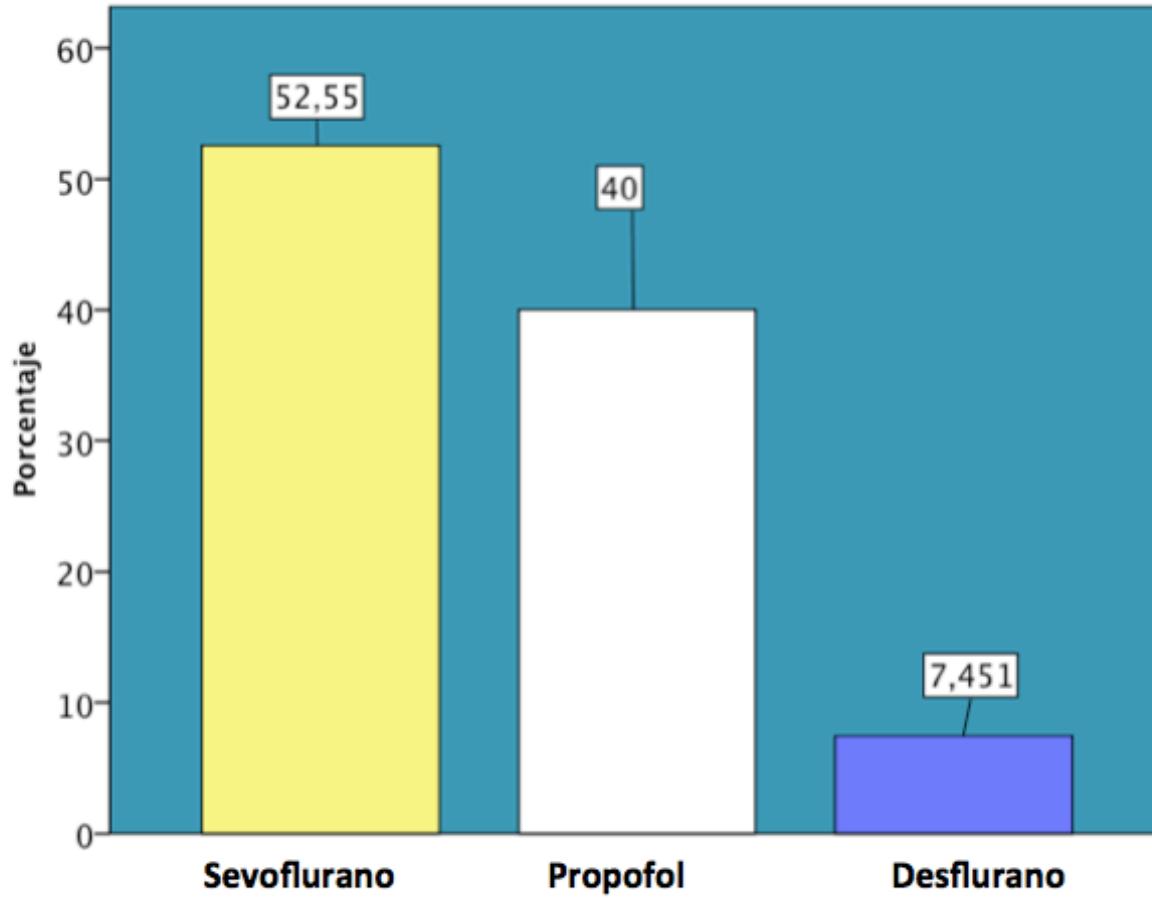
Marco ROSSI¹*, Antonio CORCIONE², Clelia ESPOSITO²,
Massimo MICAGLIO³, Roberta MONZANI⁴, Carlo ORI⁵



The LMA® Protector™ Cuff Pilot™ in anaesthetised, non-paralysed patients. A multicentre prospective observational study

Authors

Matilde Zaballos¹, Juan Zaballos², Servando López³, Ana-Isabel Fernández-Díez⁴, Aitana Lluch-Oltra⁵, Carlos Mexedo⁶, Ana López⁷ and the Study Collaborators*



Editorial

Sugammadex, airway obstruction, and drifting across the ethical divide: a personal account



Maniobra de Bailey

Anaesthetic technique



Propofol induction; remifentanil TCI (3 ng.ml^{-1} minimal effect site concentration at end of case); desflurane maintenance of anaesthesia (0.7 MAC minimal end-tidal concentration); rocuronium/vecuronium for neuromuscular blockade

Exchange according to DAS extubation guidelines

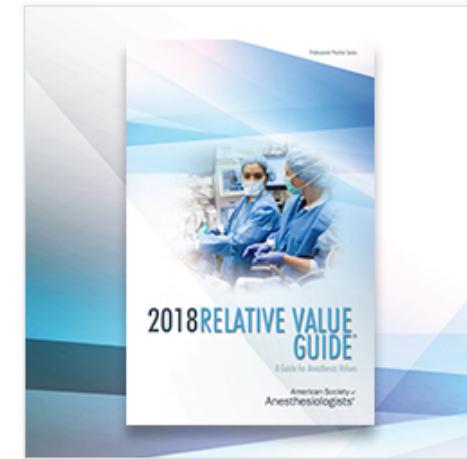
Suction airway under direct vision; place LMA Unique® and inflate cuff; deflate tracheal tube cuff and withdraw tube; attach breathing system to LMA Unique and ventilate using anaesthetic circuit, then Mapleson-C system
Give sugammadex 200 mg or neostigmine 2.5 mg

Day surgery: how far can we go and are there still any limits?

Nusrath Qadir and Ian Smith

Current Opinion in Anaesthesiology 2007, 20:503–507

- Límites quirúrgicos (invasividad, pérdida de sg, dolor PO, duración y alteración fisiopatológica)
- Límites médicos:
 - Obesidad (IMC 30–40 kg.m²/50?)
 - Anciano
 - Comorbilidad
- Evaluar la interacción paciente /procedimiento
- ¿Desflurano favorece el logro de retos en CMA?



Considerations in Treating Obese Patients in Office-Based Anesthesia

Jeffrey W LEE

Minerva Anestesiologica 2018 Jun 26

- IMC 30–40 Kg/m² sin ↑ de ingresos no previstos
- IMC > 40/50 Kg/m² individualizar
- Evaluar comorbilidad más que valores absolutos de IMC
- SAOS ↑ Complicaciones
- STOP-BANG > 3
- SAMBA, ↑ Complicaciones IMC > 40 Kg/m²
- Recursos de la unidad y experiencia
- Desflurano y obesidad: perfil muy favorable

STOP BANG

STOP BANG	Sí	No
¿Ronquidos? ¿Ronca alto (lo suficientemente alto para oírse a través de las puertas cerradas o para que su pareja le dé codazos por roncar por la noche)?		
¿Cansado/a? ¿Se siente a menudo cansado/a, fatigado/a o somnoliento/a durante el día (como, por ejemplo, quedarse dormido/a mientras conduce)?		
¿Observado/a? ¿Alguien ha observado que usted dejara de respirar o que se ahogara/quedara sin aliento mientras duerme?		
¿Presión? ¿Padece o está recibiendo algún tratamiento para la hipertensión?		
¿El índice de masa corporal es superior a 35 kg/m ² ?		
¿Tiene más de 50 años?		
¿Cuál es la circunferencia de su cuello? (mídala alrededor de la nuez) Para hombres, ¿el cuello de la camisa mide 43 cm o más? Para mujeres, ¿el cuello de la camisa mide 41 cm o más?		
Sexo= ¿hombre?		

Comparison of the Recovery Profile between Desflurane and Sevoflurane in Patients Undergoing Bariatric Surgery-a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.

Singh PM¹, Borle A², McGavin J³, Trikha A², Sinha A³.

 Author information

Can J Anaesth. 2015 Aug;62(8):907-17. doi: 10.1007/s12630-015-0405-0. Epub 2015 May 22.

Postoperative recovery after anesthesia in morbidly obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Liu FL¹, Cherng YG, Chen SY, Su YH, Huang SY, Lo PH, Lee YY, Tam KW.

J Clin Anesth. 2017 Jun;39:17-22. doi: 10.1016/j.jclinane.2017.03.015. Epub 2017 Mar 14.

The effect of desflurane versus propofol anesthesia on postoperative delirium in elderly obese patients undergoing total knee replacement: A randomized, controlled, double-blinded clinical trial.

Tanaka P¹, Goodman S², Sommer BR³, Maloney W², Huddleston J², Lemmens HJ⁴.

Carecemos de estudios que hayan evaluado el impacto de la técnica anestésica (desflurano vs. sevoflurano vs. propofol) en el IAH postoperatorio

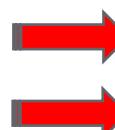
Original article

Perioperative management of obstructive sleep apnea in bariatric surgery: a consensus guideline

Table 3

Recommendations and statements concerning postoperative monitoring of OSA patients in bariatric surgery

Question	Recommendation	% consensus	Quality of evidence	Strength of recommendation
3.1	Continuous monitoring is recommended in patients with OSA in the early postoperative period until they are no longer at risk of respiratory depression	100	☒☒☒□	Strong
3.2	Patients who are either male, aged > 50 or have a BMI > 60 kg/m ² and/or had open surgery are at higher risk of postoperative complications	100	☒☒☒□	Statement
3.3	Routine admission of OSA patients to the ICU is not necessary	93	☒☒☒□	Strong
3.7	Monitoring recommendations are independent from CPAP usage as CPAP compliance is not guaranteed; CPAP usage should go along with monitoring	93	☒☒☒□	Strong
3.9	There is a role for prolonged stay in the PACU to identify high risk patients and to determine subsequent appropriate management	93	☒□□□	Statement
3.12	Absence of a suitable home caregiver is an absolute contraindication to outpatient surgery in morbidly obese OSA patients	100	☒□□□	Strong
3.13	There is no absolute AHI cutoff that would be a contraindication to outpatient surgery in OSA patients compliant with CPAP, without severe co-morbidities and not requiring opioids or sedatives	79	☒□□□	Weak
3.14	Postoperative care should not be different for different bariatric procedures	100	☒□□□	Strong
3.15	The minimum required monitoring is a pulse oximeter, but there may be a role for additional monitoring, especially in patients receiving postoperative narcotics	100	☒☒□□	Strong





CrossMark

ELSEVIER

Surgery for Obesity and Related Diseases 13 (2017) 1095–1109

SURGERY FOR OBESITY
AND RELATED DISEASES

Original article

Perioperative management of obstructive sleep apnea in bariatric surgery:
a consensus guideline

Table 4

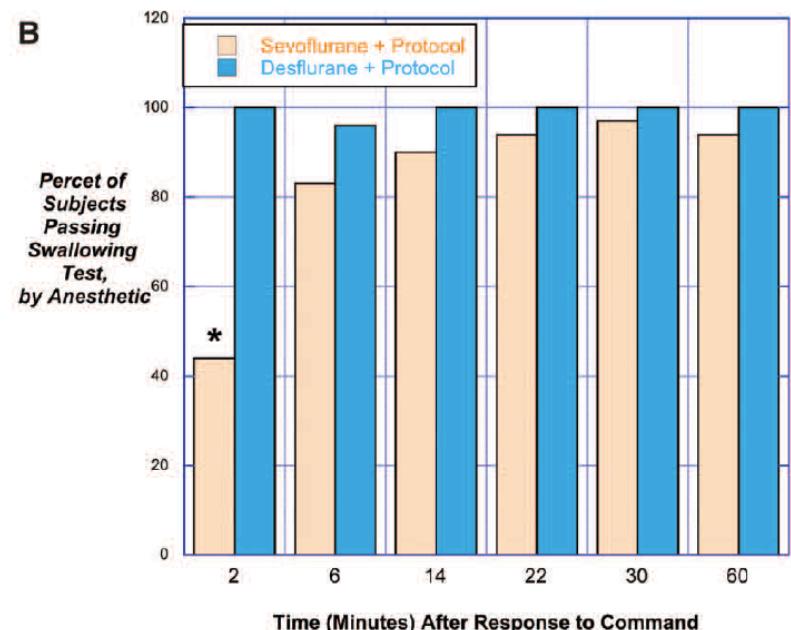
Recommendations and statements concerning anesthetic care of OSA patients in bariatric surgery

Question	Recommendation	% consensus	Quality of evidence	Strength of recommendation
 At the end of the surgical procedure, patients should be as fully awake as possible, without sedative effects, opioids, and neuromuscular weakness	94			Strong
 The patient should only be extubated when close to fully awake, i.e., opening their eyes and coughing well, with neuromuscular blockade fully reversed and muscle function restored	94			Strong

International Survey on Current usage of
Opioid Free general Anaesthesia (OFA) and
Low Opioid general Anaesthesia (LOA)

Recuperación de los reflejos protectores de vía aérea

- Favorables para desflurano vs. sevoflurano en pacientes con IMC normal. Vía aérea con LMA (McKay et al 2005)
- Favorables para desflurano vs. sevoflurano en pacientes con Obesidad. Vía aérea con LMA (McKay et al 2009)
- Favorables para desflurano vs. sevoflurano y relajación muscular + IOT. Reversión neostigmina (McKay et al 2016)



(Anesth Analg 2016;122:393–401)

Lucia Aurini^a and Paul F. White^{b,}*

Curr Opin Anesthesiol 2014, 27:563–575

- Cirugías: Hernias, CL, cirugía sobre tendones, músculos, articulaciones, STC, catarata, mama, RTU....
- CMA → Menor deterioro cognitivo (3.5 vs. 9.8% c. menor vs. 25.8%, c mayor)*, inf. nosocomiales, eventos respiratorios.
- Interacción de agentes anestésicos y medicación
- Complicaciones: 4% en Q, 6% en URPA y 7,9% adaptación al medio (+relación con cirugía q edad)
- Incidencia menor de dolor y de NVPO vs. jóvenes

* Canet et al., Acta Anaesthesiol Scand 2003

Fast-Track Eligibility of Geriatric Patients Undergoing Short Urologic Surgery Procedures

(Anesth Analg 2002;94:560-4)

Brian Fredman, MB BCh*, Offer Sheffer, MD*, Edna Zohar, MD*, Irena Paruta, MD*, Santiago Richter, MD†, Robert Jedeikin, BSc, MB ChB, FFA(SA)*, and Paul F. White, PhD, MD, FANZCA‡

- 90 pacientes ASA I–III cirugía urológica
- Aleatorizados: propofol, isoflurano desflurano (óxido nitroso)
- Tiempo score Fast—Track de 14 puntos

Table 3. Postoperative Recovery Times and Need for Nursing Interventions in the Postanesthesia Care Unit (PACU)

Variable	Propofol	Isoflurane	Desflurane
Extubation time (min)	8.7 ± 3.8	7.9 ± 3.6	6.1 ± 3.1
Emergence time (min)	10.0 ± 3.8	9.4 ± 3.2	7.1 ± 3.0
Command time (min)	10.5 ± 3.9	10 ± 3.2	7.7 ± 3
Orientation time (min)	11.2 ± 3.8	10.9 ± 3.5	8.7 ± 3.2
Fast-track eligible on PACU arrival (%)	44*	43*	73
Fast-track score of 14 (min)	33 ± 25*	44 ± 36*	22 ± 23
Therapeutic interventions (n)	9	21*	7
Supplemental oxygen (n)	3	4	2
Postoperative opioid analgesic (n)	5	12*	4
Antiemetic (n)	1	5	1

Recovery of elderly patients from two or more hours of desflurane or sevoflurane anaesthesia[†]

J. E. Heavner^{1,2*}, A. D. Kaye^{1,3}, B.-K. Lin¹ and T. King¹

¹Department of Anesthesiology, ²Department of Physiology and ³Department of Pharmacology, Texas Tech University Health Sciences Center, Lubbock, Texas, USA

*Corresponding author. E-mail: james.heavner@ttmc.ttuhscl.edu

Background. The solubility of desflurane compared with sevoflurane suggests more rapid recovery from desflurane anaesthesia. This could be important after prolonged anaesthesia and fast recovery may be advantageous in the elderly where slow recovery of mental function is a concern. We compared emergence from desflurane vs sevoflurane in elderly patients undergoing two or more hours of anaesthesia.

Methods. Fifty ASA physical status I, II, or III patients, 65 yr of age or older, undergoing anaesthesia expected to last two or more hours were randomly assigned to receive desflurane/nitrous oxide or sevoflurane/nitrous oxide anaesthesia. Patients were given 1–2 µg kg⁻¹ fentanyl i.v. and anaesthesia was induced with propofol 1.5–2.5 mg kg⁻¹ i.v. and maintained with either desflurane 2–6% or sevoflurane 0.6–1.75% with nitrous oxide 65% in oxygen. Inspired anaesthetic concentrations were adjusted to obtain adequate surgical anaesthesia and to maintain mean arterial pressure within 20% of baseline values. Early and intermediate recovery times were recorded. Digit-Symbol Substitution Test (DSST) scores and Visual Analog Scale (VAS) scores for pain and nausea were recorded before pre-medication and every 15 min in the Post Anaesthesia Care Unit (PACU) until patients were discharged.

Results. Early recovery times are given as median, quartiles. The times to extubation (5 (4–9); 9 (5–13) min), eye opening (5 (3–5); 11 (8–16) min), squeezing fingers on command (7 (4–9); 12 (8–17) min); and orientation (7 (5–9); 16 (10–21) min) were significantly less ($P<0.05$) for desflurane than for sevoflurane. Intermediate recovery, as measured by the DSST and time to ready for discharge from the PACU (56 (35–81); 71 (61–81) min) was similar in the two groups.

Conclusions. Early but not intermediate recovery times of elderly patients undergoing a wide range of surgical procedures requiring two or more hours of anaesthesia is significantly ($P\leq 0.05$) faster after desflurane.

Desflurane versus propofol in post-operative quality of recovery of patients undergoing day laparoscopic cholecystectomy. Prospective, comparative, non-inferiority study[☆]



Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018;65(2):96-102

M. Zaballos^{a,b,*}, A. Reyes^a, J. Etulain^a, C. Monteserín^a, M. Rodríguez^c, E. Velasco^c

- Estudio de cohortes, CL ambulatoria, 61 pacientes
- Manejo multimodal intraoperatorio
- Dos grupos: Propofol vs. desflurano
- Calidad de recuperación QoR-15

Table 2 QoR 15 questionnaire.

Part A. How have you been feeling in the last 24 h? (0-10, where 0 = none of the time [poor] and 10 = all of the time [excellent])

1. Able to breathe easily
2. Been able to enjoy food
3. Feeling rested
4. Have had a good sleep
5. Able to look after personal toilet and hygiene unaided
6. Able to communicate with family or friends
7. Getting support from hospital doctors and nurses
8. Able to return to work or usual home activities
9. Feeling comfortable and in control
10. Having a feeling of general well-being

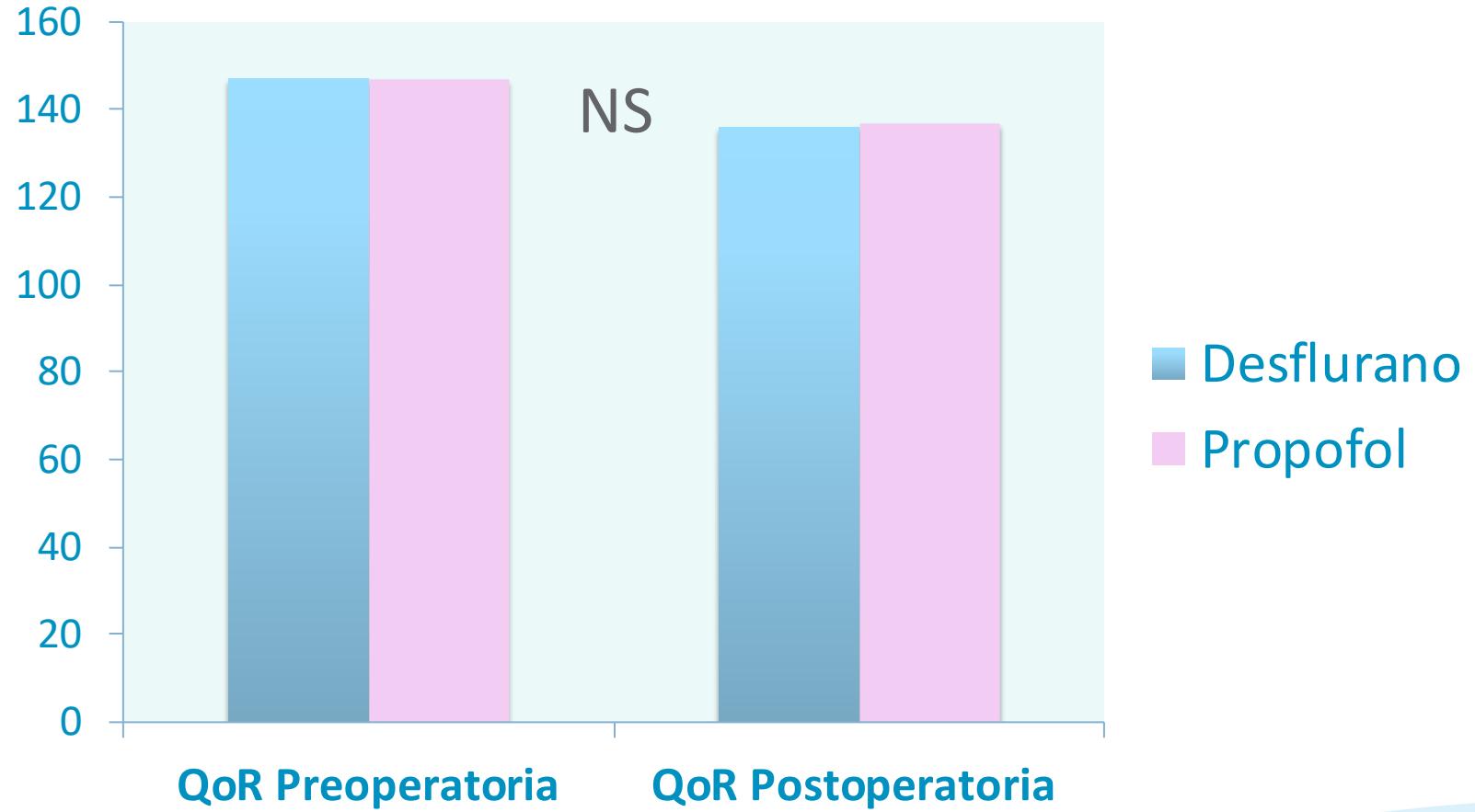
Part B. Have you had any of the following in the last 24 h? (10-0, where 10 = none of the time [excellent] and 0 = all of the time [poor])

11. Moderate pain
12. Severe pain
13. Nausea or vomiting
14. Feeling worried or anxious
15. Feeling sad or depressed

Resultados:

- Sin diferencias en parámetros basales
- Duración cirugía superior en grupo propofol
- Fentanilo dosis ↑ en grupo desflurano
- Tiempos de despertar ↓ en grupo desflurano
- URPA: sin diferencias en tiempos de alta
- NVPO ↑ en grupo desflurano (13 vs. 3%), NS

Resultados: Calidad de recuperación 24 h



Desflurano en CMA: aspectos clave



Conclusiones

- El desflurano ofrece ventajas incuestionables en CMA
- Facilita la recuperación rápida de forma predecible
- Acelera la recuperación de reflejos protectores de VA
- Los datos actuales corroboran su seguridad asociado a DSG
- Ventajas en poblaciones cada vez más prevalentes en CMA
 - Obesidad
 - Anciano
- El desflurano debe considerarse como parte integral en un concepto de “Manejo Anestésico Multimodal en CMA”

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

La unidad

Pacientes

Asistencia

Formación

Investigación

Profesionales

Sábado, 14 de marzo de 2015

[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.

En su elaboración ha participado el equipo multidisciplinar de la unidad: anestesiólogos, cirujanos, enfermeras, auxiliares de enfermería, secretarias y auxiliares de obras y servicios. Creemos en la labor del equipo y pensamos que el éxito del proceso depende de todos, aunque cada uno tenga una participación diferente en tiempo y responsabilidad.



Profesionales de la Unidad

Información práctica para pacientes