



GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA SOLICITUD DE PRUEBAS PREANESTÉSICAS RUTINARIAS

OBJETIVO

Racionalizar la solicitud de pruebas preanestésicas, obteniendo el máximo beneficio para mejorar los desenlaces o evitar/minimizar las complicaciones perioperatorias para los pacientes que requieren anestesia para cirugía. Todo esto en el contexto de mantener una relación costo-beneficio racional.

POBLACIÓN

A. OBJETO

Médicos anesthesiólogos, cirujanos y médicos de urgencias que admiten pacientes quirúrgicos.

B. USUARIA

Pacientes que sean sometidos a procedimientos que requieran anestesia en las Clínicas Colsánitas.

PATOLOGÍA

A. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

Tamizaje de rutina en población quirúrgica. Es mandatoria la evaluación preanestésica en todo paciente. En ella el médico anesthesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes, con esta información se debe decidir aplicar las recomendaciones de esta guía.

B. ETIOLOGÍA

No aplica.

C. SIGNOS Y SÍNTOMAS

No aplica.

D. INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos, conceptos de otros especialistas, ASA y otros scores pertinentes. Si se considera necesario, se pedirán nuevos exámenes o conceptos especializados.

Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado.

La mayoría de las pruebas preanestésicas rutinarias carecen de impacto clínico que beneficie a los pacientes. (RECOMENDACIÓN B) Según la evidencia contemporánea, la solicitud de pruebas debe circunscribirse a situaciones muy puntuales (EVIDENCIA nivel II) cuando su resultado indique intervenciones en beneficio del paciente.

Tabla 1 (1)

Protocolo sugerido de laboratorios preanestésicos

2015

(modificado Revista Colombiana de Anestesiología Vol 35:301-12; 2007 ¹)

Indicaciones de las pruebas en pacientes asintomáticos o con Historia Clínica médica (HC) negativa

Asintomáticos o HC negativa	Cirugía menor		CH si hay riesgo transfusion
	Cirugía mayor	Paciente < 50 años	Ninguno
	Cirugía mayor	Paciente > 50 años	ECG, CH, BUN/creatinemia, glucosa, RxT, Albúmina

Indicaciones actuales [2009] de exámenes en pacientes sintomáticos o con Historia Clínica positiva

Ecocardiografía	Soplos nuevos Evaluación de la función ventricular solo en aquellos pacientes cuya clase funcionales desconocida y además se someten a una cirugía mayor o a algunas intermedia
Pruebas no-invasivas de stress (Ejercicio, eco-stress, o por medicina nuclear)	Según las guías de la AHA/ACC (1996 & 2002, 2008, 2014 ²) Pro- BNP ³ Ultima versión
Radiografía de tórax (RxT)	Solo si hay síntomas, o patología respiratoria activa
Glicemia	Diabetes o uso de esteroides
Hemoglobina glicosilada	En diabéticos que sean programados para una cirugía mayor, que sea diferible si está elevada, para poder mejorar el control de la glicemia y reducir riesgo de infección.
BUN/Creatinemia	Diabetes, e HC renal (+)
Uroanálisis	Solo si sintomático o reemplazos articulares?
PT/PTT y plaquetas	Solo si sintomático o HC (+)
Hematocrito	Solo si se espera sangrado o si hay anemia sintomática
Albúmina	En pacientes que se sometan a cirugías mayores, cruentas

HC: Historia Clínica, AHA/ACC: American Heart Association/American College of Cardiology

Cirugía mayor se define como un procedimiento que es probable que requiera manejo en Cuidado intensivo postoperatorio, excepto los pacientes neuroquirúrgicos, quienes requieren UCI para vigilancia del estado neurológico.

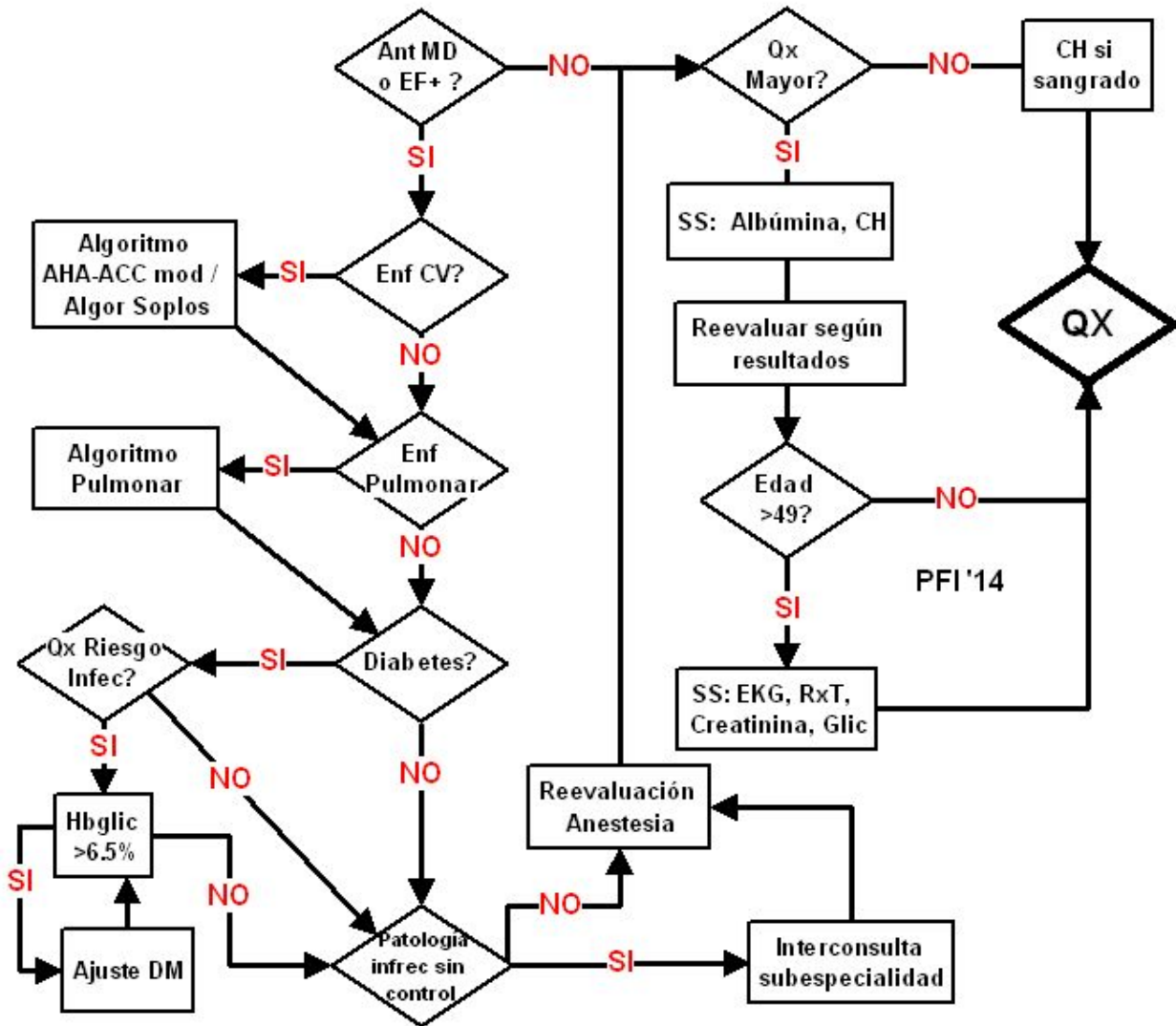


E. TRATAMIENTO

El uso de prueba de laboratorios preanestésicas todo ha sido una tradición sin soporte científico de hace más de 50 años. A pesar de ser una práctica universal, la investigación estructurada con alto nivel de evidencia es muy escasa. Usando la mejor evidencia disponible se plantean estas recomendaciones.

La concepción actual del uso de los laboratorios es que estos deben ser dirigidos, por lo que en esencia solo deben ser solicitados cuando impacten sobre la conducta médica. La tradición de ordenar laboratorios de tamizaje en esta área está completamente desvirtuada. Este protocolo se basa principalmente sobre una actualización del documento acerca de pruebas preanestésicas publicado en la Revista Colombiana de Anestesiología ¹ y cuyas recomendaciones han sido adoptadas en el documento de Normas Mínimas ⁴ para el ejercicio de la anestesiología, que el Comité de Seguridad de la Sociedad Colombiana Anestesiología y Reanimación (SCARE) ha publicado recientemente y que rigen para todo el territorio colombiano. No ha habido cambios relevantes en los últimos 6 años de su publicación que ameriten modificaciones. Al contrario, la innovadora propuesta empíricamente generada por el departamento de Anestesiología de Clínicas Colsánitas en el 2007, del rol de usar la hemoglobina glicosilada superior a 6.5% como causal de posponer los procedimientos propuestos ha sido soportado por investigaciones clínicas publicadas desde el 2010. ⁵

ALGORITMO GENERAL PERIOPERATORIO CLINICAS COLSANITAS



Convenciones: Ant MD: Antecedentes médicos; EF +: Examen físico positivo; QX mayor: Cirugía mayor; AHA/ACC: American Heart Association / American College of Cardiology; Enf CV: Enfermedad cardiovascular; Enf pulmonar: Enfermedad pulmonar; EKG: Electrocardiograma; RxT: Radiografía de tórax; Cr / BUN: Creatinemia / BUN; Glic: Glicemia, Hto: hematocrito; Qx riesgo infec: Cirugía alto riesgo infección (prótesis articulares, mallas, injertos vasculares); Hbglic: Hemoglobina glicosilada; Ajuste DM: Ajuste diabetes mellitus; Patología infrec sin control: Patología infrecuente sin control.

F. EVENTOS ADVERSOS Y SU MANEJO

TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCIÓN INMEDIATA	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES INMEDIATAS	RESPONSABLE
Cancelación de cirugía por falta de exámenes pertinentes y/o evaluación insuficiente	Informar al cirujano y al anestesiólogo	Informar como evento adverso y hacer análisis del mismo	Anestesiólogo Programa de eventos adversos

G. CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TERAPIAS Y NUTRICIÓN

No aplica.

H. FORMULACIÓN EXPLICITA DE RECOMENDACIONES

- a. Obtener consentimiento informado para el acto anestésico.
- b. Educar al paciente y familia sobre la importancia de realizarse los exámenes preoperatorios ordenados y llevarlos el día de la cirugía.
- c. Revisar y consignar en la historia clínica los exámenes de laboratorio requeridos para el acto anestésico y manejo perioperatorio.

I. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO Y RECOMENDACIONES

No aplica.

INDICADORES O PUNTOS CLAVE PARA MEDIR LA ADHERENCIA PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS

Número de pacientes a quienes se les realizan los exámenes pertinentes de acuerdo a la Guías / Número total de pacientes intervenidos.

Se hace seguimiento anual de su adherencia.

COSTOS Y BENEFICIOS DE LA GUÍA

En nuestro proceso de seguimiento de las guías médicas, consideramos el costo- beneficio de su implementación sustentada en el comportamiento del costo promedio de la patología, el cual se evalúa mensualmente en comité interinstitucional con auditoría médica. Los desfases que puedan observarse en su comportamiento se analizan y se detallan de acuerdo con el rubro que genere un mayor impacto. La base sobre la que se trabajamos se encuentra en el Anexo que hace parte integral de cada guía en el cual encontramos el costo de cada patología.

BENEFICIOS

1. Disminuir exámenes preoperatorios innecesarios.
2. Agilizar las valoraciones prequirúrgicas y disminuir las interconsultas innecesarias de los pacientes antes del acto anestésico

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ibarra P: ¿Cuales laboratorios preanestésicos se necesitan en pacientes asintomáticos? Actualización del Protocolo del Departamento de Anestesiología de la Clínica Reina Sofía. Rev Col Anestesiol 2007; 35: 301-312 (Available online at: <http://www.anestesianet.com/crs/ProtocoloLabs2007.pdf>)
2. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, Davila-Roman VG, Gerhard-Herman MD, Holly TA, Kane GC, Marine JE, Nelson MT, Spencer CC, Thompson A, Ting HH, Uretsky BF, Wijeyesundera DN: 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 130: 2215-45
3. Biccard BM, Naidoo P, de Vasconcellos K: What is the best pre-operative risk stratification tool for major adverse cardiac events following elective vascular surgery? A prospective observational cohort study evaluating pre-operative myocardial ischaemia monitoring and biomarker analysis. Anaesthesia 2012; 67: 389-95
4. Ibarra P, Robledo B, Galindo M, Niño C, Rincón D: Normas mínimas 2009 para el ejercicio de la anestesiología en Colombia. Comité de Seguridad Rev Col Anestesiol 2009; 37: 235-253
5. Jamsen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, Moilanen T: Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. European journal of internal medicine 2010; 21: 196-201

ELABORADO POR

Pedro Ibarra, MD, MSc

Trauma Anestesia & Cuidado Critico Clínica Reina Sofía

APROBADO POR

Álvaro Sarmiento, MD

Jefe de Departamento de Anestesia Clínica Reina Sofía

FIN DE GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

CONTROL ACTUALIZACIONES

VERSIÓN QUE SE MODIFICA	TEMA MODIFICADO	BREVE DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	COMUNICACIÓN		
			FECHA	SOLICITADA POR	APROBADA POR
Version del 2010					