



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

VALORACIÓN PREOPERATORIA: FUNCIÓN ANESTÉSICA

*Diana Morales Castro**

RESUMEN:

La valoración preoperatoria en nuestro país se ha convertido en la obtención de un visto bueno para una cirugía. La preparación de un paciente para cirugía requiere la comprensión del estado del paciente, la cirugía y los riesgos y alteraciones fisiológicas de cada técnica anestésica. Los pacientes sin valoración preoperatoria por un anestesiólogo tienen hasta siete veces mayor mortalidad, es por lo tanto pertinente que la valoración preoperatoria sea realizada por especialistas en esta área con conocimiento sobre las metas de la optimización perioperatoria de las comorbilidades y la disminución del riesgo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE:

Valoración preoperatoria, anestesia, cirugía, riesgo quirúrgico

ABSTRACT:

In our country the pre-surgery evaluation has become limited to an approval to perform it. Preparing a patient for surgery requires the understanding of its medical condition, surgery's risks, and the physiological alterations of each anesthetic procedure. Patients without a pre-surgery evaluation by an anesthesiologist have seven times higher risk of death; it is pertinent that this evaluation be performed by specialists with knowledge on the perioperative optimization goals, on comorbidities, and decrease of the surgical risks.

KEY WORDS:

Preoperative assessment, anesthesia, surgery, surgery risk

* *Especialista en Anestesiología y Recuperación, Hospital de Trauma, Instituto Nacional de Seguros
Estudiante de la Maestría en Medicina Perioperatoria, University College of London
Correo electrónico: dmc2307@hotmail.com*

Recibido para publicación 10/03/16

Aceptado 15/07/16



Introducción

La valoración preoperatoria en nuestro país se ha convertido en la obtención de un visto bueno para una cirugía, siendo este un abordaje inapropiado para los procedimientos anestésicos y quirúrgicos. Hemos descuidado el área de la medicina perioperatoria aún cuando el anestesiólogo es la persona con mayor responsabilidad hacia el paciente en este campo.¹

El anestesiólogo moderno debe asumir el rol de especialista en medicina perioperatoria, este tiene las habilidades para establecer el riesgo y optimizar la condición de los pacientes, para guiar a estos en su decisión de proceder con el acto quirúrgico y la anestesia. El anestesiólogo es en la actualidad también un proveedor primario de tratamientos médicos. Por estos motivos el anestesiólogo debe asumir un rol central en la organización de los servicios preoperatorios que consisten en mucho más que preparar a los pacientes para la anestesia.

Anaesthetists should assume a central role in the organisation of pre-operative services that encompass much more than preparing the delivery of anaesthesia.¹

En los últimos tiempos la medicina preventiva ha demostrado ser más barata y efectiva, ¿Por qué no deberíamos entonces aplicarla en el ambiente perioperatorio donde un mal manejo puede llevar a consecuencias desastrosas? El riesgo quirúrgico es la suma de múltiples factores, muchos de los cuales pueden ser modificados u optimizados. Las mejoras en el manejo de los pacientes quirúrgicos aumentan la calidad de la atención, disminuyen las complicaciones, aumentan la eficiencia y disminuyen los costos de los servicios quirúrgicos, así como mejoran la percepción del paciente de la experiencia quirúrgica.^{2,3,4}

Valoración Preoperatoria

La valoración preanestésica es definida por la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA por sus siglas en inglés) como el proceso de valoración clínica que precede al acto anestésico para procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. El término perioperatorio se refiere al cuidado en torno a las cirugías y los procedimientos.⁵

La anestesia no es el único factor influyente en los resultados de nuestros pacientes, la cirugía es un evento traumático que desencadena una respuesta inflamatoria que puede resultar en múltiples resultados adversos y complicaciones. Peor aún, el encamamiento, el ayuno prolongado y el estrés asociado al ambiente quirúrgico pueden contribuir a alterar la fisiología normal del organismo y empeorar la respuesta del mismo al insulto quirúrgico.⁶

Un paciente con una complicación posoperatoria posee una mortalidad 3,4 veces mayor, una sola complicación disminuye la expectativa de vida en un 69%.^{7,8,9} De acuerdo al Programa para el Mejoramiento de la Calidad Quirúrgica del Colegio Americano de Cirujanos (ACS NSQIP por sus siglas en inglés) un programa de mejoramiento quirúrgico salva anualmente de 12 a 36 vidas, previene de 250 a 500 complicaciones y reduce los costos de salud en millones de dólares.^{10,11}

Los pacientes de alto riesgo anestésico representan tan solo el 10% de los pacientes quirúrgicos, sin embargo contabilizan el 80% de las muertes perioperatorias y se considera que solo el 50% de ellos reciben el cuidado apropiado. Los beneficios de los servicios perioperatorios incluyen: aumento del volumen quirúrgico, disminución de la estancia hospitalaria (de 0,2 a 1,3 días), menor índice de cancelaciones (de un 1 a un 8%) y disminución de los costos hospitalarios (de un 8 a un 18%).^{1,6}

La preparación de un paciente para cirugía requiere la comprensión del estado del paciente, la cirugía, así como los riesgos y alteraciones fisiológicas de cada técnica anestésica.¹ Los pacientes sin valoración preoperatoria por un anestesiólogo tienen hasta siete veces mayor mortalidad que aquellos que son valorados por el servicio de anestesia



al ser admitidos.^{2,3} Muchas veces nos enfocamos en el riesgo cardiaco, sin embargo es solo uno de los componentes de riesgo de morbi-mortalidad de nuestros pacientes.

Los objetivos de la valoración preoperatoria son:

1. Identificar las comorbilidades y optimizarlas.
2. Identificar el riesgo quirúrgico y minimizarlo.
3. Reducir la mortalidad y las complicaciones perioperatorias.
4. Elaborar un plan anestésico y analgésico adecuado.
5. Identificar los pacientes que requieren cuidado crítico o un manejo especial, ya sea pre, trans o posoperatorio.
6. Explicar a los pacientes y a los familiares los riesgos de los procedimientos anestésicos, así como aclarar las dudas que puedan presentar y aliviar la ansiedad.
7. Obtener el consentimiento informado.
8. Comprometer a los pacientes en medidas preventivas como la reducción de peso, cese del fumado y su rol en el éxito del proceso quirúrgico.

La estratificación del riesgo quirúrgico es más compleja que la breve valoración a la que la hemos restringido en nuestro sistema médico, el riesgo de un paciente no depende únicamente de las patologías crónicas concomitantes y su compensación. La valoración preoperatoria es más importante de lo que hemos querido ver, debe tomar en cuenta otros factores como la urgencia de la cirugía y el tipo de cirugía e incluir el plan anestésico que tome en cuenta la técnica anestésica y la necesidad de trombo profilaxis, profilaxis antibiótica, el periodo recomendado de ayuno, profilaxis antiemética, prevención de la hipotermia, la fluidoterapia adecuada, un plan analgésico adecuado y la terapia física posoperatoria.^{12,13,14,15}

Los programas de recuperación mejorada (conocidos como Enhanced recovery programmes o Fast Track Surgery en inglés) deben implementarse desde la valoración preoperatoria, debido a que estos han demostrado ser costo efectivos y disminuir el riesgo de complicaciones médicas y la estancia hospitalaria, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes. El anestesiólogo es la persona ideal para establecer un plan anestésico con base en la evidencia científica del beneficio de cada uno de los componentes de estos programas.^{16,17,18}

La optimización de comorbilidades para los procedimientos anestésicos posee metas terapéuticas diferentes que las del manejo primario de los pacientes, esto debido a que la anestesiología se enfoca en la posibilidad de complicaciones inmediatas debido a la patología subyacente y a la interacción de los factores quirúrgicos con esta. En el modelo de atención centrado en el paciente el anestesiólogo debe interconsultar con los servicios necesarios de acuerdo a cada caso en particular, con el fin de mejorar la condición del paciente y obtener un manejo coordinado con las especialidades involucradas.^{11,17}

Los exámenes de laboratorio rutinarios no son recomendados, los exámenes innecesarios resultan en un aumento de los costos sin algún beneficio para los pacientes, las pruebas guiadas exclusivamente por la edad del paciente deben quedar en el olvido. Las pruebas requeridas deben ser solicitadas de acuerdo a la individualización del caso y las características del paciente.⁵

Se ha demostrado que el juicio clínico resulta en inconsistencias y disparidad en cuanto a la estimación del riesgo quirúrgico, mientras los modelos de predicción siempre dan el mismo resultado, por tal motivo se considera que deben ser utilizados para la estratificación del riesgo. Existen dos tipos de herramientas para la estimación de riesgo las escalas de riesgo como la escala de ASA o el índice cardiaco revisado de Lee que no proporcionan un riesgo individualizado y los modelos de predicción del riesgo que predicen la probabilidad individual como son la escala P-POSUM y la calculadora de riesgo quirúrgico, ambos tipos de instrumentos son útiles en la predicción del riesgo de nuestros pacientes, así como son adecuados para guiar el plana anestésico y la obtención del consentimiento informado.^{19,20,21}



Desde el año 2004, White estableció la necesidad de un consentimiento anestésico separado del quirúrgico, debido a que el acto anestésico en sí conlleva sus propios riesgos. Los procedimientos anestésicos se utilizan en la actualidad incluso independientes al acto quirúrgico como procedimientos diagnósticos y tratamientos. Por lo tanto, el consentimiento anestésico debe ser obtenido por el responsable de realizar el procedimiento y proveer el cuidado necesario, esta es una responsabilidad legal del anesthesiologist.^{22,23,24} El consentimiento debe proveer información sobre la naturaleza y el propósito de la intervención médica, los riesgos y los beneficios esperados y las técnicas alternativas si las hubiera, así mismo, debe establecer claramente las consecuencias de rechazar el tratamiento. Los pacientes deben obtener información suficiente para tomar una decisión de acuerdo a sus creencias y necesidades.^{25,26}

En Costa Rica, a pesar de un gasto por persona por año de \$1369, el 100% de nuestros pacientes quirúrgicos están siendo valorados por especialistas de otras áreas distintas a la anestesiología, esto aumenta el riesgo de complicaciones innecesariamente, debe concientizarse sobre el problema para que se instaure la valoración preoperatoria por el especialista adecuado y en el momento adecuado.²⁷

Conclusiones

La valoración preoperatoria debe instaurarse adecuadamente en nuestro país, es pertinente que esta sea realizada por un médico especialista en anestesiología y recuperación, de ser necesario este debe guiar las interconsultas o el manejo conjunto con otros especialistas, con la finalidad de alcanzar las metas de optimización de comorbilidades. En el resto del mundo la medicina perioperatoria se ha vuelto parte del currículum de los anesthesiologists and Costa Rica no debe ser la excepción, esta breve reseña pretende ser un llamado hacia la concientización de la importancia este campo que hemos ido dejando de lado.

Conflicto de intereses: el autor no posee ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. (2010). Pre-operative Assessment and Patient Preparation. *The Role of the Anaesthetist*.
2. Schweitzer, M., Fahy, B., Leib, M., Rosenquist, R. & the Committee on Future Models of Anesthesia Practice. (2013). The Perioperative Surgical Home: From Concept to Reality. *Anesthesiology*, 77(6), 58-59.
3. Cohen, J., Newman, P. & Weinstein, M. (2008). Does preventive care save money? Health economics and the Presidential candidates. *N Engl J Med*, 358, 661-663.
4. Kain, Z., Vakharia, S., Garson, L., Engwall, S., Schwarzkopf, R., Gupta, R. & Cenneson, M. (2014). The Perioperative Surgical Home as a Future Perioperative Practice Model. *Anesth Analg*, 118(5), 1126-1130.
5. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. (2012). Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*, 116 (3), 1-17.
6. National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death & Findlay G. P. (2011). Knowing the Risk A review of the perioperative care of surgical patients. *NCEPOD*.
7. ESA-ESICM Joint Task Force. (2015). Standards for definitions and use of outcome measures for clinical effectiveness research in perioperative medicine: European Perioperative Clinical Outcome (EPCO) definitions. *EUR J anaesthesiol*, 32, 88-105.



8. Silber, J., Rosenbaum, P., Trudeau, M., Chen, W., Zang, X., Mosher, R. & Shoshan, E. (2005). Changes in prognosis after the first posoperative complication. *Med care*, 43, 122-31.
9. Shukri, H., Henderson, W., De Palma, R., Mosca, C., Healey, N., Kumbhani, D. & the Participants in the VA National Surgical Quality Improvement Program. (2005). Determinants of long term survival after major surgery and the adverse effect of posoperative complications. *Ann Surg*, 242, 326-343.
10. Silber, J., Rosenbaum, P., Trudeau, M., Chen, W., Zang, X., Mosher, R. & Shoshan, E. (2005). Changes in prognosis after the first posoperative complication. *Med care*, 43, 122-31.
11. Lee, A., Kerridge, R., Tong, P., Hung, C. & Gin, T. (2011). Perioperative Systems as a Quality Model of Perioperative Medicine and Surgical Care. *Health Pol*, 102, 214-222.
12. National Confidential Enquiry into Patient Outcome of Death. (2014). Classification of intervention.
13. Melnyk, M., Casey, R., Black, P. & Koupparis, A. (2011). Enhanced recovery after surgery protocols: Time to change practice? *CUAJ*, 5(4), 342-348.
14. NHS Improving Quality in collaboration with NHS England. (2013). Enhanced Recovery Care Pathway: A better journey for patients seven days a week and better deal for the NHS.
15. Department of Health NHS (2011). Enhanced Recovery Partnership Programme.
16. Center for Medical Tecnology Policy. (2014). Multi-stakeholder Agenda to Advance Enhanced Recovery for U.S. *Surgical Patients*.
17. Kash, B., Cline, K., Menser, T. & Yichen, Z. (2014). Perioperative Surgical Home (PSH) A Comprehensive Literature Review for the American Society of Anesthesiologists. ASA .
18. Espinoza, G. (2010). Navegando hacia un Modelo de Fast Track Surgery. *Rev Chil Cir* 62(3), 219-220.
19. Adams, S. & Levenson, S. (2012). Research Methods & Reporting: Clinical Prediction Rules. *BMJ*, 344, 8312.
20. Moonesinghe, R., Myhten, M., Das, P., Rowan, K. & Grocott, M. (2013). Risk stratification tools for predicting morbidity and mortality in adult patients undergoing major surgery. *Anesthesiology*, 19, 959-981.
21. Chand, M., Armstrong, T., Britton, G. (2007). Nash, G. How and why do we measure surgical risk. *J R Soc Med*, 100, 508-512.
22. White, S. (2004). Consent for Anesthesia. *J Med Ethics*, 30, 286-290.
23. Moore, R. (2011). PRO: It is Past Time for a Separate Anesthesia Informed Consent Document. *ASAS Article*, 75(7).
24. O'Leary, C. (2006). Informed Consent for Anesthesia: Has the time come for a separate written consent document? *ASA Newslette,r*, 70(7), 11-12.
25. Kalantri, S. (2003). Informed Consent and the Anaesthesiologist. *Indian J. Anaesth*, 47(2), 94-96.
26. Joseph, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1361-1367.



27. Dirección de Vigilancia de la Salud Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. San José, CR: MS.