

GUIA PRÀCTICA DEL FUNCIONAMENT, ESTRUCTURA I PERSONAL DE LA CONSULTA D'AVALUACIÓ PREOPERATÒRIA.

Grup de Protocols i Guies
Secció d'Avaluació Preoperatòria (S.A.P.)
Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Teràpia del Dolor

Autors: Dra. Carmen Martín Pardo, Dra. Dolors Pelegrí Isanta

Coordinador del grup: Dr. A. Montero Matamala
Vicepresident de la SAP: Dr. J. Castaño Santa
President de la SAP: Dr. Carles Hervàs Puyal

Octubre 2005

1. INTRODUCCIÓ

Actualment és àmpliament acceptat que a tot pacient que ha de ser anestesiats se l'hi ha de realitzar una avaluació preoperatòria ^(1-16, 36). S'han proposat diferents models sobre com i qui ha de fer aquesta valoració ^(6, 10, 15-18), però en el nostre entorn es considera que la proposta del pla anestèsic i el consentiment informat, no poden delegar-se a cap altre professional que no sigui un anestesiològ. No hi ha suficients estudis que demostrin que disminueixi la morbi-mortalitat perioperatòria, però el col·lectiu d'anestesiòlegs consideren la visita preanestèsica un pas imprescindible per una bona pràctica ⁽¹⁹⁾.

A Catalunya, la majoria d'hospitals públics disposen de consulta preoperatòria específica, a on es visiten la majoria dels pacients, però encara hi ha un nombre important de pacients que es visiten tardiament per l'anestesiòleg, a l'ingrés o el mateix dia de la intervenció ⁽²⁰⁾. Segons l'enquesta d'activitat anestèsica realitzada per la SCARTD al any 2003 (ANESCAT), en un 60% dels pacients amb una intervenció programada es realitza la avaluació preoperatòria a CE, de forma ambulatoria, però encara hi ha un 25% que es realitza en el pre-quiròfan ⁽³⁸⁾.

Segons el "Task Force" de la ASA, no hi ha literatura científica suficient i rigorosa que permeti donar unes recomanacions de forma inequívoca de com s'ha d'efectuar una visita preanestèsica ⁽²¹⁾. Aquí donarem una visió de la qüestió, tenint en compte que encara hi ha reptes i aspectes a resoldre.

2. FUNCIONAMENT

A tot pacient que hagi de ser sotmès a un procediment anestèsic o analgèsia del part se l'hi ha de fer la avaluació preanestèsica i fer signar el consentiment informat ⁽²²⁾.

Encara que als EEUU consideren que els pacients sense patologia o patologia lleu i cirurgia poc complexa es podria fer la valoració preanestèsica a l'ingrés o al prequiròfan ⁽²¹⁾, estalviant recursos, hi ha referències que aconsellen la valoració preanestèsica a nivell ambulatori i amb antelació ^(23, 34), i estudis que demostren que l'estada hospitalària és menor, la qualitat de la història anestèsica és millor, el grau de satisfacció i informació rebut pel pacient és superior i el nivell d'ansietat és menor, en contraposició a si el pacient és valorat a l'ingrés ^(16, 24, 25, 31).

2.1. Qui i Com

En cirurgia programada, el cirurgià fa la indicació quirúrgica i preveu la programació de la intervenció en un termini. Es comença llavors l'avaluació de l'estat de salut del pacient mitjançant la Història Clínica, la Exploració Física i la sol·licitud de proves complementàries i interconsultes amb altres especialistes, no de forma rutinària, sinó segons els protocols establerts o valoració clínica ^(16, 21, 23, 34, 36).

Aquesta primera avaluació pot ésser realitzada per qualsevol dels professionals implicats (metge de família o pediatra, cirurgià, anestesiològ,...) depenent de

l'organització en la que estiguin treballant ^(16, 18). Seria desitjable una comunicació fluida entre l'anestesiòleg, el cirurgià i el metge d'assistència primària (informatització) ⁽¹⁹⁾.

Altres opcions proposades a la literatura ^(6,16) és que aquesta primera avaluació la realitzi un departament clínic o que es determini les proves a realitzar mitjançant un qüestionari que ha de contestar el pacient (en presència física o a distància, per telèfo o mail ⁽²²⁾ o el cirurgià ^(6, 16), i que podria ésser avaluat per qualsevol dels metges que poden fer la primera avaluació mèdica del pacient, o, inclús per infermeria amb formació específica. S'ha referenciat que l'ús del qüestionari determina les necessitats de cada pacient i optimitza el temps del personal mèdic a les clíniques preanestèsiques, permetent fer una estratificació dels pacients ^(19, 22, 23, 31) i poder dirigir-los cap un circuit o un altre, si així està establert, tal i com es descriurà més endavant, però el qüestionari no substitueix l'exàmen clínic ⁽³⁵⁾.

En l'estudi, valoració i preparació del pacient quirúrgic l'anestesiòleg ha de desenvolupar un paper hegemònic. Això ve donat, per la pròpia essència de l'especialitat, doncs és l'anestesiòleg qui disposa dels elements de judici necessaris per a poder ponderar les circumstàncies i condicions en les quals el pacient ha d'enfrontar-se a les agressions quirúrgiques i anestèsiques, així com la magnitud d'aquestes; i és gràcies a això que pot establir-se un pronòstic y que això contribueix a augmentar la qualitat ^(1, 16, 17, 35).

Al Regne Unit, un estudi conclou que infermeria prèviament entrenada podria fer la visita preoperatòria ^(16, 26), però considerem que aquesta infermera hauria de rebre una formació específica i deuria treballar amb estreta relació i per delegació de l'anestesiòleg. No obstant, la proposta del pla anestèsic o el consentiment informat no pot delegar-se a un altre professional que no sigui un anestesiòleg ⁽¹⁹⁾.

A la visita preanestèsica l'anestesiòleg ha de ésser una vertadera consulta preoperatòria en la que estableixi un contacte psicològic amb el pacient i es realitzi ^(1, 6, 16, 23, 27, 31, 34).

- Història clínica i EF, inclosa l'anestesiològica.
- Avaluar o demanar proves complementàries
- Avaluar o demanar interconsulta a altres especialistes quan sigui necessari.
- Avaluar el risc operatori
- Establir la conducta terapèutica
- Proposar la estratègia anestèsica- analgèsica
- Demanar el consentiment informat

L'informe preanestèsic ha de quedar integrat a l'HC del pacient, idealment de forma informatitzada.

2.2. Quan

La visita preanestèsica es tindrà que realitzar amb l'antelació suficient per optimitzar l'estat de salut del pacient, amb l'objectiu de disminuir la morbi-mortalitat ^(16, 28, 29, 35). Basat en el model de la Clínica Cleveland ^(19, 30), es proposa

que, després de la estratificació dels pacients mitjançant qüestionaris, el pacient sigui visitat com a mínim:

- Propera a l' IQ (2 setmanes abans) per a pacients ASA 1 ó 2 o de risc quirúrgic grau I ó II..
- Lo abans possible, fins a 4-6 setmanes abans de l' IQ per a pacients ASA > ó = 3 o de risc quirúrgic grau III.

Seria convenient establir un circuit ràpid per avaluació de pacients amb patologies quirúrgiques que requerissin realitzar el procediment a curt termini (abans de 2 setmanes).

En cirurgia d'urgència, o si l'estat del pacient no permet ser atès de forma ambulatoria, la avaluació preanestèsica es farà amb la màxima antelació que permeti la patologia quirúrgica, i aquesta serà en règim d'hospitalització o al prequiròfan ⁽¹⁾.

2.3. Durada

Si es fa estratificació dels pacients, també es pot determinar la durada d'aquesta ^(19, 22).

- Pacients ASA 1 ó 2 o de risc quirúrgic grau I ó II: 15 min.
- Pacients ASA > ó = 3 ó de risc quirúrgic grau III: 30 min.

Si per las característiques del centre no es poden estratificar els pacients, es valorarà una mitja de 20 min. per pacient, aproximadament.

2.4. Validesa

Encara que el COMB recomana fer la valoració preanestèsica amb una antelació no superior a un mes ⁽¹⁾, la pràctica habitual supera aquest temps i es podria considerar de forma variable, segons l'ASA del pacient. En pacients ASA 1 i 2 podria ser més llarga (6 mesos) i en ASA > ó = 3, més curta (3 mesos).

2.5. Repetició d'IQ en poc temps

Si el pacient es torna a operar d'un altre procediment dintre del termini de vigència de la valoració preoperatòria, s'ha de tornar a fer la visita preanestèsica, per informar i obtenir el consentiment. Si la IQ prèvia ha sigut de baixa complexitat, sense repercusió sistèmica, no cal repetir HC, EF ni les proves complementàries.

Si després de l'avaluació preoperatòria es considera que el pacient està en condicions de ser intervingut es valorarà com a apte i ja es podrà programar la intervenció.

3. ESTRUCTURA

3.1.Continent

Si està situat en l'àmbit de CCEE de l'Hospital, té l'avantatge de comptar amb la infraestructura comú ⁽³⁵⁾.

- Sala d'espera annexa al consultori (20 persones aprox.)
- Consultori : L'espai físic ha de tenir les dimensions necessàries per que hi càpiga el contingut necessari (20 m² aprox.)
- Valorar la possibilitat de una antesala del Consultori, per la actuació d'infermeria de forma simultània amb l'anestesiòleg.
- Recepció i control de programació a prop
- Lavabos
- Infraestructura per a extraccions sanguíneas i EKG a prop (en el cas de que es realitzin durant la mateixa visita preanestèsica).

3.2.Contingut Consultori ⁽²²⁾

- Taula escriptori
- Llum suficient
- Dues cadires de despatx
- Cadires per a pacient i l'acompanyant (2ó 3)
- Una llitera d'exploracions amb biombo o cortina
- Un escambell per a pujar i baixar de la llitera
- Bàscula i tallímetre
- Rentamans, sabó i paper eixugamans
- Negatoscop
- Esfingomanòmetre
- Pulsioxímetre
- Espiròmetre
- Fonendoscop
- Martell de reflexes
- Termòmetre
- Lot
- Ordinador i connexió en xarxa: accés a laboratori, Rx, HC, informes.
- Telèfon intern/extern
- Llibres de consulta més freqüent: Vademècum, llistat telefònic, ...
- Fàrmacs per la premedicació segons protocol: donar-los al pacient si segueix el circuit de CMA o amb ingrés el mateix dia de l'IQ.
- Material documental (físic o informatitzat):
 - HC de cada pacient amb etiquetes identificatives
 - HC d'avaluació preanestèsica
 - Full de CI

- Fulls explicatius de les diferents tècniques anestèsiques i analgèsiques
- Full de premedicació
- Receptes
- Petició d'Analítica: urgent i programada
- Petició d'interconsulta amb d'altres especialitats
- Petició de Rx
- Petició de PFR
- Petició de ECG
- Qüestionari d'avaluació preanestèsica per a emplenar el pacient (si no la ha omplert abans)
- Enquesta de satisfacció

4. PERSONAL

4.1. Metge anestesiològ

Serà el responsable final de l'avaluació preoperatòria. ^(19, 23, 35)

4.3. Infermeria

Caldrà tenir adscrita una infermera amb les funcions de:

- Identificació, revisió i presentació de la documentació segons protocol
- Control de constants
- Mesures antropomètriques
- Donar premedicació segons instruccions de l'anestesiòleg (en CMA o si el pacient ingressa el mateix dia de la cirurgia)
- Donar instruccions de preparació anestèsico-quirúrgica segons protocol.
- Pot fer una estratificació inicial dels pacients, aplicant qüestionaris per determinar el risc dels pacients i dirigir-los a un circuit determinat, en el cas que s'hagin dissenyat diferents circuits ^(19, 23, 31).
- Pot donar informació prèviament establerta per l'anestesiòleg ⁽¹⁹⁾.
- Pot fer part de la avaluació preoperatòria, sempre per delegació de l'anestesiòleg i amb estreta col·laboració amb ell ⁽¹⁹⁾.

4.4. Suport tècnic d'administratiu

Per a la programació y disponibilitat de documentació clínica.

5. FORMACIÓ

Els residents d'Anestesiologia han de rebre suficient formació específica en "Avaluació preoperatòria", ja que suposa un dels camps de presa de decisions més complexa de la especialitat ⁽¹⁹⁾. També ha de ésser un àrea de rotació pels residents d'Assistència Primària.

Bibliografia:

1. Gomar C, Rodríguez M. La valoració preoperatòria. Quaderns de la bona praxi, núm 3. COMB. Barcelona 1993.
2. Blery C, Chastang C, Gaudy JH. Critical assessment of routine preoperative investigations. *Effective Health Care*. 1983; 1(2):111-114.
3. Blery C, Charpak Y, Ben Kemmoun R, et al. Evaluation d'un protocole de prescription selective des examens paracliniques preoperatoires chez des sujets sains. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1987; 6:64-70.
4. Wagner JD, Moore DL. Preoperative laboratory testing for oral and maxillofacial surgery patient. *J Oral Maxillofac Surg*. 1991; 49:177-182.
5. Turnbull J.M, Buck C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy individuals. *Arch Intern Med*. 1987; 147:1101-1105.
6. Roizen MF. Evaluación preoperatoria. En: Miller RD, eds. *Anestesia*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1988; 203-230.
7. Hesse S, Seebauer A, Schwender D. Ambulatory anesthesia: Which preoperative screening tests are required. *Anaesthesist*. 1999; 48(2):108-115.
8. Rutten CL, Post D, Smelt WL. Outpatient preoperative examination by the anesthesiologist fewer procedures and preoperative hospital days. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1995; 139(20):1028-32.
9. Langemeijer JJ, HemriKa MH, de Lange JJ. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1996; 140(34):1723-1726.
10. Stuyt PM, van der Meer JW. Health Council Report Preoperative evaluation: reconsideration of basic assumptions. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1997; 141(27):1325-1327.
11. Power LM, Thackray NM. Reduction of preoperative investigations with the introduction an anaesthetist-led preoperative assessment clinic. *Anaesth Intensive Care*. 1999; 27(5):481-488.
12. Kluger M, Tham E, Coleman N, Runciman W, Bullock M. Inadequate preoperative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study. *Anaesthesia*. 2000; 55(12):1173-1178.
13. Van Klei W, Rutten C, Moons K, Knape J, Grobbee D. Limited effect of Health Council guideline on outpatient preoperative evaluation clinics in the Netherlands: an inventory.

14. Arvindsson S. Preparation of adult patients for anaesthesia and surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1996; 40(8):962-970.
15. Cousin M. Plaidoyer pour les examens preoperatoires systematiques. *Cahiers d'Anesthesiologie.* 1996; 44(1):81-85.
16. Vilarasau J. La valoració preoperatoria a Catalunya. L'opinió dels professionals implicats. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. 2003.
17. Toro MJ. Consulta de Anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1985; 32(Supl.1):4-7.
18. OSTEBA. Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático. Victoria-Gasteiz: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. 1995.
19. Gomar, C. Aspectos organizativos. Papel del Anestesiólogo. Pruebas complementarias. Cap. I. Castaño, Castillo, Escolano, Montes, Samsó. Evaluación y preparación preoperatorias. 2004. Ed. Entheos. Pág.15-28
20. Vilarasau et al. Encuesta sobre la valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes (I). ¿Cual es la práctica preoperatoria?. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2001; 48: 4-10.
21. American Society of Anesthesiologists (ASA). Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Última esmena 15 octubre de 2003.
22. Burgos, E. Y col. Planificación y gestión de la medicina preoperatoria. Cap. 1. Fraile, de Diego, Ferrando, Garutti. *Manual de Medicina Preoperatoria.* 2ª Ed. 2004. Ed. Ergon.
23. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Pre-operative Assessment. The Role of the Anaesthetist. Novembre 2001.
24. Blanc-Jouvant M, Mercatello A, Long D, et al. The value of anesthesia consultation in relation to the single preanesthetic visit. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999; 18(8):843-847.
25. Vedrine C, Laroux MC, Blanc P, Durand PG, George M, Lehot JJ. Anesthesia consultation in cardiovascular and thoracic surgery. A survey of patient and physician satisfaction. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999; 18(8):834-842
26. Kinley H, Czoski-Murray C, George S, et al. Effectiveness of appropriately trained nurses in preoperative assessment: randomised controlled equivalence / non-inferiority trial. *Br Med J* 2002; 7:1323-1326.

27. Muriel C. La importancia de la consulta en anestesiología a propósito de las alteraciones hepáticas en enfermos con I.R.C. *Rev Esp Reanim* 1980; 27:272-279.
28. Goldman L, Caldera DL, Nussbaum et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med* 1977; 279:845-850.
29. Okelberry CR. Preadmission testing shortens preoperative length of stay. *Hospitals* 1975; 49:71-75.
30. Van Klei WA, Grobbee DE, Rutten CLG, Henis PJ, Knape JTA, Kalkman CJ, Moons KGM. Role of history and physical examination in preoperative evaluations. *Eu J Anaesth* 2003; 20:612-18
31. Fraile, de Diego, Ferrando, Gago, Garutti. *Medicina Preoperatoria. Cap I/1. Manual de Medicina Preoperatoria. 1ªEd. 1999. Ed. Ergon.*
32. Capdenat Saint-Martin, et al. Description of local of national guidelines and of active feedback for rationalising preoperative screening in patients at low risk from anaesthetics in a french university hospital. *Quality in Health Care* 1998; 7:5-11
33. Dexter, F. Desing of Appointment Systems for Preanesthesia Evaluation Clinics to Minimize Patient Waiting Times: A Review of Computer Simulation and Patient Survey Studies. *Anesth Analg*, Vol 89(4). October 1999.925.
34. Canadian Anesthesiologists' Society (CAS). Guidelines. The Preanesthetic Period. 2005.
35. Société Française d'Anesthésiologie et Réanimation (SFAR). Recommandations concernant la période préanesthésique. 2ème édition. Septembre 1990-1994.
36. SEDAR. Guía de Práctica Clínica en Anestesiología y Reanimación. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 1995; 42: 218-221
37. Escolano, F. Reflexiones sobre la valoración anestésica preoperatoria. Editorial. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2001; 48:1-3
38. Canet, J., ¿Por qué se justifica una consulta de evaluación preanestésica?. Introducción. pág.15-18 Castaño, Castillo, Escolano, Montes, Samsó. *Evaluación y preparación preoperatorias.* 2004. Ed. Entheos.