

El Internista en Servicios Quirúrgicos. Perspectivas desde Anestesia

Máximo Sanz García
Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Hospital Príncipe de Asturias.
Alcalá de Henares.

Valoración preoperatoria

- ¿Quién debe realizarla?
 - ¿Internista?
 - ¿Cardiólogo?
 - ¿Anestesiólogo?

Valoración preanestésica

□ Anestesiólogo:

- Valoración dirigida de problemas relacionados con la seguridad y eficacia del proceso quirúrgico.
- Valoración de condiciones físicas que pueden condicionar el tratamiento anestésico.
- Si surgen dudas, remitir a su médico o a otro especialista
- Valoración de vía aérea.
- Establecer el riesgo perioperatorio y grado ASA.

Valoración preanestésica

Consultores:

- Valoración de problemas crónicos o agudos de salud.

Objetivo:

- Mejorar el estado de la enfermedad crónica.
- Tratar la enfermedad aguda.

Importancia de la valoración preoperatoria

- Kluger et al. encontró que el 3,1 % (197) de los incidentes críticos se debían a mala evaluación preoperatoria:
 - 1º Mala valoración de vía aérea (57).
 - 2º Pobre comunicación (46).
 - 3º Inadecuada valoración (42).
- 4% de los casos (7pacientes) relacionados con muerte.

Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian Incident Monitoring study. Kluger M.T. et al. Anaesthesia 2000; 55: 1173-1178

Importancia de la valoración preoperatoria

- **En Australia en 1994-96: 135 muertes por anestesia:**
 - **53 casos por mala valoración y manejo preoperatorio.**

- **Estado de Victoria (Australia):**
 - **De 43 muertes, 18 por causa similar.**

Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian Incident Monitoring study. Kluger M.T. et al. Anaesthesia 2000; 55: 1173-1178

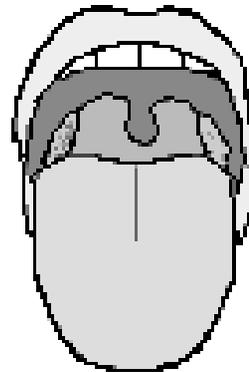
Pruebas preoperatorias.

- Tema en evolución.
- Antes: analítica completa, radiología y ECG a todos los pacientes y en todos los casos.
- Actualidad: las pruebas deben basarse en la anamnesis y exploración física del paciente.

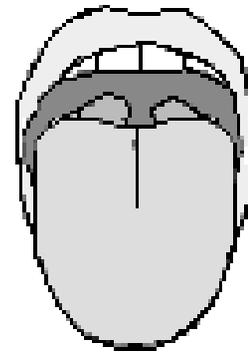
Pruebas preoperatorias.

- ❑ El 60-70% son innecesarias.
- ❑ Deben solicitarse:
 - Hallazgos en anamnesis y/o exploración.
 - Necesidad de cifras de referencia.
 - Cuando puede modificar el riesgo del paciente por confirmar un trastorno importante.

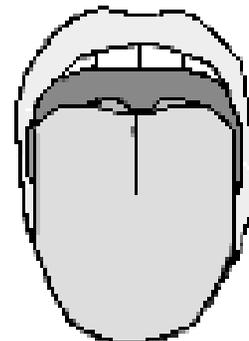
Clasificación de Mallampati



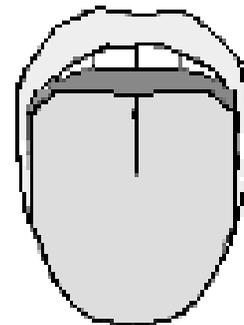
Klasse 1



Klasse 2



Klasse 3



Klasse 4

Clasificación ASA

ASA	Definición
I	Pacientes sanos.
II	Pacientes con enfermedad ligera o moderada, sin limitación funcional.
III	Pacientes con enfermedad importante, con limitación funcional mantenida.
IV	Pacientes con enfermedad severa que amenaza constantemente su vida.
V	Moribundo, probablemente fallecerá en 24 horas.

Clasificación ASA

ASA	Mortalidad	Complicaciones Cardiacas	Complicaciones Respiratorias
I	0.1%	0.1%	0.5%
II	0.3%	1.5%	2.2%
III	3.5%	5.5%	5.2%
IV	18.3%	18%	12.1%
V	93.5%		

Clasificación ASA

- **Importante por que:**
 - **Estratifica el riesgo anestésico.**
 - **Permite detectar los pacientes que precisarán mayor atención.**
 - **Mejora la preparación preoperatoria y la información de los pacientes.**
 - **Permite comparar estudios.**



Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

- **Fractura de cadera alta incidencia:**
 - Ingreso urgente.
 - Pacientes mayores, pluripatológicos.
- **Mortalidad a 6 meses: 10-28%**
- **1º Disminuir estancia preoperatoria.**
- **2º Control y tratamiento perioperatorio de los pacientes ingresados.**

Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

□ Hospital Príncipe de Asturias:

- Descenso del tiempo de ingreso postoperatorio del 18%, casi 2 días de media en operados.
- Menor mortalidad.
- Descenso significativo de pacientes no operados en el grupo tratado.
- Descenso de las interconsultas y de las consultas durante la guardia.
- No sólo fracturas de cadera.

Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

□ Naglie et al*:

- Sólo fracturas de cadera, mayores de 70 años.
- Tratamiento interdisciplinario, no sólo internistas.
- Mayor supervivencia y mejor estado a los 6 meses en grupo tratado.
- Menor deterioro cognitivo.

Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

□ Beaupre et al*:

- Usaron una vía clínica para fracturas de cadera.
- Disminuyó complicaciones cardiovasculares.
- Previno el deterioro cognitivo.
- No encontró diferencias en mortalidad

Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

□ Foss et al*:

- Visita diaria postoperatoria por anesthesiólogo, que modificó o inició tratamientos según su juicio.
- Menor mortalidad 7 pacientes en grupo tratamiento y 15 en el control.
- No hubo diferencias en complicaciones mayores, aunque nº absoluto fue menor.
- Descenso significativo (61%) de interconsultas en el grupo de tratamiento.

Estrategias para disminuir el riesgo en pacientes de COT.

■ Conclusión:

- Descenso de complicaciones y mejora de la supervivencia de los pacientes con fractura de cadera con seguimiento estrecho perioperatorio.
- ¿Quién deber realizar el seguimiento?
 - Internistas.
 - Geriatras.
 - Traumatólogo no.
 - Anestesiólogos no.

Experiencia en H.U.P.A. con Medicina Interna.

■ Dos fases:

□ 1º Desconfianza, duda.

□ 2ª Confianza y colaboración mutua:

■ Facilitaba la valoración preoperatoria.

■ Los internistas comprendieron que necesitábamos los anesthesiólogos para operar a los pacientes.

■ Comunicación bidireccional: Cuando operar a un paciente, y cuidado con este paciente que hemos operado.

Experiencia en H.U.P.A. con Medicina Interna.

- **Comprendimos todos, Internistas, Cirujanos y Anestesiólogos, que teníamos un objetivo común, que era mejorar al paciente en lo posible, para disminuir los riesgos y mejorar los resultados de su intervención.**