



## **PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

**M-CIA-AN-PT-002**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Definir y estandarizar los pasos a seguir durante la realización de la valoración preanestésica, dentro de CECIMIN.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Indicar los estudios complementarios de laboratorio e imágenes que se ameriten de acuerdo con las condiciones clínicas y antecedentes del paciente acorde a la literatura científica aceptada.
- Direccionar estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad perioperatoria.
- Establecer el riesgo perioperatorio del paciente de acuerdo con clasificaciones internacionales aceptadas
- Cuantificar y consignar en la evaluación preoperatoria los índices de riesgo anestésico-quirúrgicos.
- Aclarar dudas del paciente respecto al procedimiento anestésico, opciones, así como riesgos y complicaciones de esta.
- Informar ampliamente al paciente todas las recomendaciones médicas a que haya lugar, adicionalmente estas deberán ser enviadas al paciente por medios electrónicos para que este las tenga siempre a su disposición y pueda consultarlas cada vez que lo requiera.
- Explicar al paciente, a su acompañante y o tutor el proceso a seguir en caso de encontrar riesgo anestésico o perioperatorio alto, o requerirse interconsultas o procedimientos adicionales.
- Mantener en todo momento una excelente comunicación con el paciente y su acompañante o tutor.

### **3. RESPONSABLE**

Médicos Anestesiólogos

### **4. ALCANCE**

Está dirigido a todos los médicos anestesiólogos, que prestan servicios especializados en la unidad médica CECIMIN SAS.

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

M-CIA-AN-PT-002

### 5. ENFOQUE DIFERENCIAL

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

En Cecimin S.A.S se reconoce y ampara los derechos humanos, prestando el servicio a todo paciente que requiera toma de estudios neurofisiológicos, esto sin ningún tipo de discriminación, marginación, violencia, ciclo de vida (niño, adolescente, adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Como está descrito en el procedimiento de ENFOQUE DIFERENCIAL.

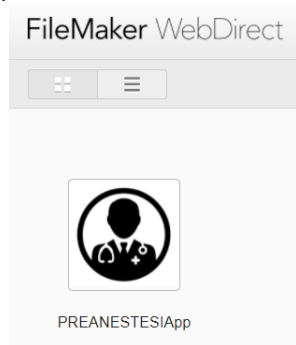
#### 1. RECURSOS

##### 1.1. Equipo biomédico

- Tensiómetros manual y electrónico
- Monitor de saturación pulsada de oxígeno
- Fonendoscopio
- Balanza

##### 1.2. Insumos

- Aplicativo informático específico para evaluación preanestésica



Desarrollado por el Doctor David Alberto Rincón Valenzuela, médico anesthesiologo, jefe de salas de cirugía Clínica Universitaria Colombia y Central de Urgencias de Puente aranda pertenecientes a Clinicas Colsanitas y Keralty  
[daarincon@colsanitas.com](mailto:daarincon@colsanitas.com)  
[preanesthesiapp@icloud.com](mailto:preanesthesiapp@icloud.com)

##### 1.3. Humanos

- Médicos anesthesiologos de la unidad médica CECIMIN



## **PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

### **M-CIA-AN-PT-002**

#### **6. DEFINICIÓN**

Para propósito de esta guía “perioperatorio” se refiere al cuidado médico anestesiológico antes y después de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, cuando estos se realizan con la intervención del médico anestesiológico, la evaluación médica preoperatoria estará a cargo de este profesional especializado.

Como parte del proceso de evaluación, el médico anestesiólogo puede decidir interconsultar con otros profesionales del cuidado de la salud para obtener información y servicios que sean relevantes para el cuidado perioperatorio anestésico.

Los exámenes de laboratorio y de imágenes preoperatorios, como componentes de la evaluación preanestésica, pueden estar indicados de acuerdo con el criterio del médico anestesiólogo con el fin de:

1. Diagnosticar o identificar algún trastorno patológico que pudiera afectar el cuidado perioperatorio.
2. Verificar y/o evaluar algún trastorno patológico previamente conocido que pudiera afectar el cuidado perioperatorio.
3. Establecer e implementar planes específicos para el cuidado perioperatorio global del paciente.

La valoración preanestésica debe cumplir las recomendaciones trazadas por la sociedad colombiana de anestesiología SCARE, “El anestesiólogo debe realizarla en todo paciente programado para cirugía o procedimiento diagnóstico o terapéutico bajo anestesia o sedación, independientemente de la técnica a utilizar.” Esta debe incluir el diligenciamiento y firma del consentimiento informado luego de explicar al paciente todos los detalles de la técnica anestésica a utilizar, implicaciones, alternativas, efectos indeseables y posibles complicaciones, proceso durante el cual el paciente tendrá la oportunidad de preguntar, aclarar todas sus inquietudes y dudas, y tendrá la oportunidad incluso de disentir y desistir.

Actualmente incluso durante la pandemia por el COVID 19, se está realizando la consulta presencial, pero de ser necesario se realizaría de manera no presencial con el objetivo de una menor exposición y riesgo de contagio para el personal sanitario y los pacientes.

#### **7. MARCO TEÓRICO**



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

#### 4.1 Definiciones

**Anestesiólogo:** El médico anestesiólogo como miembro del equipo del área quirúrgica de la unidad médica CECIMIN SAS, tiene la responsabilidad de velar por el manejo médico, el trato humanizado y la seguridad del paciente en la sala de cirugía y en el periodo postoperatorio.

**Intraoperatorio:** El médico anestesiólogo está a cargo del manejo médico, monitorización y manejo de las funciones vitales del paciente, verificando y ajustando el déficit o pérdidas de líquidos, control del dolor, zonas de presión y temperatura, utilizando las técnicas anestésicas y complementarias ajustadas a las mejores evidencias publicadas en la literatura médica mundial.

**Postoperatorio** El anestesiólogo es responsable de la atención médica que se brinde al paciente en la unidad de cuidado postanestésico UCPA, allí instruye al personal de enfermería respecto al cuidado específico de cada paciente. De acuerdo con la evaluación presencial que el anestesiólogo realice al paciente autorizará el egreso de este hacia la unidad de cuidado postanestésico fase II y/o a su domicilio dejando consignadas expresamente las condiciones clínicas, profilaxis de náusea y vómito, sangrado y control adecuado del dolor en el formato correspondiente. Si el anestesiólogo que atendió el caso se debe retirar de la institución hará entrega formal del paciente al anestesiólogo que de acuerdo con el esquema institucional quede a cargo.

#### 4.2 Valoración pre-anestésica:

En CECIMIN SAS se ha planteado realizar la consulta de valoración preanestésica por lo menos una semana antes del procedimiento quirúrgico programado. En los procesos prioritarios se realiza una valoración entre 24 y 48 horas antes de la fecha agendada para la cirugía. Se aceptan valoraciones realizadas hasta tres meses previos a la cirugía, siempre y cuando no existan cambios en la condición clínica del paciente.

Para realizar la consulta preanestésica se adquirió un formato electrónico diseñado y parametrizado específicamente para este propósito y basado en recomendaciones nacionales e internacionales.



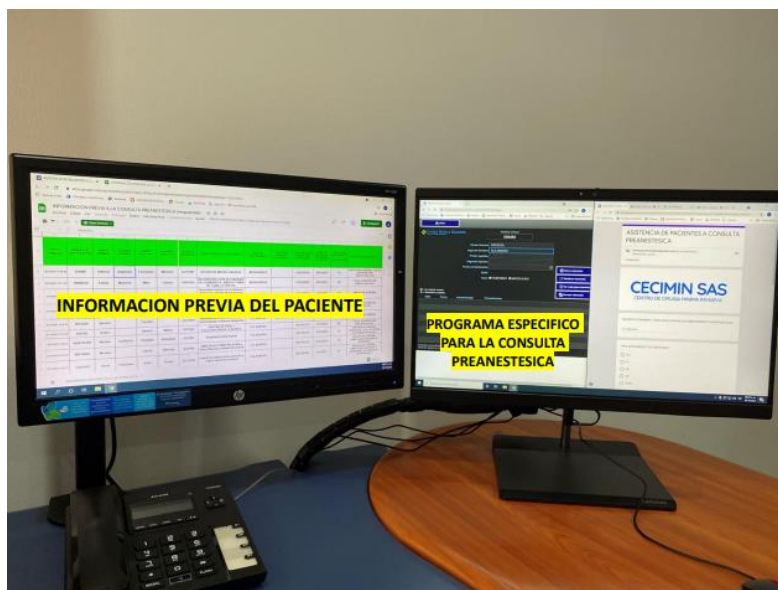
## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

M-CIA-AN-PT-002

**FORMATO ELECTRONICO MUY AMIGABLE QUE EL PACIENTE Y/O SU FAMILIA DEBEN DILIGENCIAR Y ENVIAR PREVIO A LA CONSULTA PREANESTESICA, LO CUAL LE TOMARA MENOS DE 4 MINUTOS, EN EL MENSAJE DE CONFIRMACION DE LA CONSULTA QUE ENVIA EL CALL CENTER VA INCLUIDO EL VINCULO DEL FORMULARIO HACIENDO ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE SU DILIGENCIAMIENTO**

Con el fin de optimizar el interrogatorio durante la consulta preanestésica se generó un cuestionario informático que los pacientes deben diligenciar previamente en este vínculo <https://docs.google.com/forms/d/1lb0JUGpFhITOD3DDeDyn9oyOewJ6KLmJ9Vuzc-A13rA/edit> el cual incluye identificación, datos demográficos, antecedentes médicos de todo tipo, quirúrgicos, anestésicos, farmacológicos y alérgicos, en general todos parametrizados con el fin de facilitar y homogenizar la información brindada por el paciente en muchos casos acompañados por sus familiares en la tranquilidad de su domicilio.

La información suministrada por el paciente puede previamente ser revisada por el médico anestesiólogo en un archivo compartido o durante la consulta en una segunda pantalla del equipo de cómputo utilizado en el consultorio específico de anestesia.



### 4.3 Clasificación ASA (Sociedad Americana de Anestesiología)



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

- ASA I: Paciente saludable. Incluye paciente sano, no fumador, no consumo de alcohol o mínimo.
- ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención. Incluye (pero no se limita a): fumador actual, bebedor social, embarazo, obesidad (IMC 30-40).
- ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. IMC > o igual a 40, hepatitis activa, marcapaso implantado, reducción moderada de la fracción de eyección, historia mayor a 3 meses de infarto miocárdico, ECV, enfermedad coronario o stents.
- ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica grave o incapacitante que constituye además una amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Historia menor a 3 meses de IM, ECV, EC o stents.
- ASA V: Se trata de un enfermo terminal o moribundo cuya expectativa de vida no se espera que sea mayor de 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico.

### 5. Metodología para realizar la Valoración Preanestésica.

5.1 **Procedimiento programado:** Una vez confirmada la programación quirúrgica el paciente deberá comunicarse al centro de atención telefónica de la unidad médica CECIMIN SAS con el fin de solicitar la programación de su cita de valoración preanestésica.

5.2 **Revisar la información** suministrada por el paciente en la cual se incluyen exámenes de laboratorio con vigencia de 6 meses a menos que su condición clínica sea compleja.

5.3 **Anamnesis:** Se deben tener en cuenta los siguientes puntos en los cuales se adicionan recomendaciones respecto al manejo del paciente:

- Edad: Las edades extremas de la vida disminuyen la respuesta al trauma, la clasificación ASA para pacientes menores de un año o mayores de 70 años sin ninguna otra patología asociada es II.
- Antecedentes relacionados a complicaciones anestésicas.
- Antecedentes relacionados a complicaciones quirúrgicas.
- Alergias o sensibilidad a medicamentos u otras sustancias (Ver sección Alergia al látex).



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

- Uso de medicamentos alopáticos (Ver Tabla 1.2), uso de medicamentos homeopáticos.
- Antecedentes patológicos:

#### i. Sistema Cardiovascular:

**1o. Hipertensión Arterial Sistémica:** se deben llevar a cirugía programada solamente pacientes que reciben tratamiento y presentan cifras de tensión arterial sistémica controladas en las semanas previas al procedimiento programado para reducir el riesgo cardiovascular y de complicaciones neurológicas. No se programan pacientes hipertensos no controlados.

**2o. Enfermedad Coronaria:** evaluar específicamente angina, factores de riesgo y antecedentes de enfermedad coronaria. Determinar la clase funcional (Ver Tabla 1.3). Si se sospecha o diagnostica angina inestable y/o síntomas asociados a descompensación cardíaca, el paciente debe ser evaluado y optimizado por cardiología. No serán llevados a cirugía pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva descompensada (ASA III).

**3o. Insuficiencia cardíaca congestiva:** evaluación y tratamiento por cardiología o medicina interna.

**4o. Enfermedad valvular:** ante la presencia de soplos cardíacos (inclusive como hallazgos en examen físico) y sintomatología relacionada, solicitar ecocardiograma y valoración por cardiología.

**5o. Anticoagulación o antiagregación:** el manejo está condicionado al criterio médico según el caso y concepto del especialista tratante. No suspender ASA en pacientes con indicación clara.

**6- Riesgo de sangrado y shock hipovolémico:** Por política de CECIMIN no se transfunden pacientes, por tanto para cirugías (reemplazos articulares y cirugía plástica extensa) que impliquen sangrado no se aceptan pacientes con menos de 12 gramos de hemoglobina en mujeres y 13 gramos en hombres. Internacionalmente, en general excepto muy pocas excepciones, no es recomendable transfundir pacientes con más de 8 gramos de hemoglobina. Lo anterior permite que comparado con las cifras iniciales un paciente adulto peso promedio entre 65 y 75 kilogramos pueda sangrar cerca de 1.000 cc o un poco más sin requerir reponer su volemia con componentes sanguíneos. Dentro de los procedimientos que se realizan en CECIMIN no se presentan sangrados de más de 500 cc.



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

#### ii. Sistema respiratorio:

**1o. Infección Respiratoria Aguda:** Interrogar respecto a cuadros respiratorios agudos (Menor a 15 días) caracterizados por rinorrea hialina o con otras características, odinofagia, disfagia que se acompañen de fiebre cuantificada o subjetiva, tos (con o sin secreciones). Durante el tiempo de pandemia, además se interrogarán nexos y contactos con la enfermedad COVID 19.

**2o. Asma:** sólo se pueden programar pacientes adecuadamente tratados y controlados, indicar traer inhalo terapia previamente formulada el día de la cirugía. No programar o preparar para cirugía durante crisis asmáticas. Se recomienda evaluarlos con volumen forzado espirado de flujo pico y programarlos cuando este haya regresado a la normalidad. Evaluar la necesidad de solicitar radiografía de tórax, curva de flujo volumen con y sin broncodilatador en principalmente en pacientes mayores de 50 años.

**3o. EPOC:** Clasificación del riesgo pulmonar preoperatorio en alto, medio o bajo de acuerdo a tabla registrada a continuación con el fin de determinar si existe riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares en el posoperatorio. La terapia respiratoria preoperatoria disminuye la incidencia de complicaciones perioperatorias.

**4o. Tabaquismo:** Se interroga comparando respuesta en la prueba inicial respecto a número de paquetes o unidades consumidos al día, tiempo de inicio y registrar suspensión si aplica. Se recomienda suspender el cigarrillo por lo menos 8 semanas antes de la cirugía y al menos una semana con la cual se ven beneficios en el transporte de oxígeno y disminución del volumen de esputo. Se corrobora también información referente al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

**5o. Diabetes Mellitus:** Confirmar en relación con formato de evaluación la presencia de diabetes mellitus y si requiere aplicación de insulina (en caso de DM tipo 2 indicar llevar el día de la cirugía insulina de corta duración y continuar complemento con larga duración en casa). Se debe tomar glicemia central o glucometría y contar con resultado antes de ingresar a sala de cirugía. Es obligatorio en control de glicemia pre operatoria que debe estar controlada y la hemoglobina glicosilada debe encontrarse entre 7 y 7.5. Usar corticoides en pacientes diabéticos, según riesgo beneficio. Los hipoglicemiantes orales se deben suspender 24 horas antes de cirugía.

**6o. Disfunción Renal:** confirmar la presencia de patología renal (alteración de la función de las nefronas o alteraciones anatómicas). Tener en cuenta a los pacientes hipertensos y diabéticos pues suelen tener complicaciones renales cuando no hay control de la patología. Ante la presencia de enfermedad renal, DM o HTA solicitar creatinina, si el resultado es mayor de 1,2 mg/dl se debe enviar a medicina interna o nefrología, si el resultado es mayor de 2 mg/dl se adiciona la depuración de creatinina e interconsulta.



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

**7o. Síndrome convulsivo:** enviar a programación de cirugía sólo a pacientes adecuadamente controlados y que estén recibiendo su medicación. En caso de no control convulsivo pedir valoración por neurología para evaluar los niveles de anticonvulsivante los cuales se deben encontrar dentro del rango terapéutico.

Medicación	Nivel
<b>Ácido Valpróico</b>	50 a 100 µg/ml
<b>Fenitoína</b>	10 a 20 µg/ml
<b>Carbamazepina</b>	8 a 12 µg/ml
<b>Fenobarbital</b>	15 a 45 µg/ml

Si no existe control, enviar a manejo por neurología.

**8o. Alteraciones Tiroideas:** al igual que con las demás patologías se requiere el adecuado control y los pacientes pueden ser programados cuando se encuentren recibiendo tratamiento adecuado y en forma regular por un periodo mínimo de ocho semanas. Niveles de TSH normal (0,2 mUI/L a 4,0 mUI/L) o baja (0,1 mUI/L a 0,2 mUI/L) con T4 libre normal (4,5 mcg/dL a 11,2mcg/dL) se considera paciente eutiroideo. Si existe alguna alteración enviar a medicina interna.

Tabla 1.2 Medicamentos		
<b>Cardiovascular</b>	IECA/ARA	Continuar en la mañana de la cirugía o suspender una dosis antes de la cirugía, según la presión arterial en el preoperatorio. Sino se suspende vigilar la presión arterial muy estrechamente durante la inducción anestésica.
	Betabloqueadores	No suspender
	Clonidina	No suspender
	Bloqueadores de canales de calcio	Considerar suspenderlos en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.
	Estatinas	No suspender
	Antiarrítmicos	No suspender
<b>Diabetes</b>	Metformina	Suspender al menos 24 horas antes de la cirugía para prevenir acidosis láctica.
	Otros orales	Suspender en la mañana de la cirugía mientras no haya ingesta de alimentos.

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

	Insulina	Para las de acción prolongada, disminuir dosis hasta 50%. Ajustar con esquema móvil de insulina cristalina.
<b>AINES</b>	No selectivos	De corta acción (ibuprofeno): suspender un día antes de la cirugía. De acción prolongada (naproxeno): suspender 3 días antes de la cirugía, en la medida en que el dolor lo permita.
	COX-2 selectivos	Suspender al menos dos días antes de la cirugía por los efectos renales.
<b>Antiagregantes plaquetarios</b>	ASA	Suspender por lo menos 5 días antes de la cirugía. Considerar no suspender en pacientes con stent coronario de bajo riesgo. Stent de algo riesgo: metálicos con menos de 6 semanas de implantados o medicados con menos de un año, en ellos no se debe suspender.
	Clopidrogel	Suspender por lo menos 5 días antes de la cirugía.
Anticoagulantes	Heparina	Suspender 4 horas antes de la cirugía, verificando PTT normal
	Enoxaparina	Los esquemas de una dosis al día se deben suspender 12h antes de la cirugía. Los esquemas de 2 dosis al día se deben suspender 24 horas antes.
	Warfarina	Suspender por lo menos 5 días antes de la cirugía. Evaluar necesidad de terapia puente.
<b>Neurológicos /Psiquiátricos</b>	Todos	No suspender
<b>Endocrinos</b>	Estrógenos	Suspender 4 semanas antes de la cirugía si es posible. Sino asegurar una adecuada profilaxis para tromboembolismo venoso
	Hormona Tiroidea	No suspender
	Corticosteroides	No suspender. Adicionar dosis de estrés si el uso crónico es mayor a 5mg de prednisolona al día (o equivalente) en los 6 meses previos a la cirugía.
<b>VIH/Sida</b>	Todos	No suspender

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

<b>Herbales</b>	Todos	Suspender, dependiendo del medicamento, por lo menos una semana antes de la cirugía. Pueden interferir con la coagulación normal
<b>Reumatología</b>	Biológicos	Asistir con su reumatólogo tratante y traer por escrito las recomendaciones de este en cuanto a suspensión y reinicio postoperatorio de los mismos. Ver protocolo manejo medicamentos para reumatología.

**Tabla 1.3 Clasificación funcional NYHA**

Clase I	No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin dificultades. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, la dificultad aumenta.

### 5.3 Examen Físico

Se debe realizar en forma completa haciendo énfasis en el manejo de la vía aérea. Incluir:

- Peso (especial atención en niños, verificar el día de la cirugía), talla e índice de masa corporal. Y en este tiempo debido a que las citas son virtuales, TODOS los pacientes deben ser pesados el día de la cirugía.
- Signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, pulsioximetría y frecuencia respiratoria.
- Auscultación cardiopulmonar

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

- Probabilidad de vía aérea difícil: es importante determinar este punto durante la valoración pre-anestésica. Se recomienda el uso del índice multivariable de Arné:

Factor de Riesgo		Puntuación
Antecedente de intubación difícil	No	0
	Si	10
Patología asociada a dificultad de intubación	No	0
	Si	5
Síntomas de patología de vía aérea	No	0
	Si	3
Distancia entre incisivos (DI) y capacidad de luxación de mandíbula (LM)	DI $\geq$ 5cm o LM $>$ 0	0
	3,5 < DI < 5cm y LM = 0	3
	DI < 3,5 cm y LM < 0	13
Distancia Tiromentoniana	Mayor o igual a 6,5cm	0
	<6,5cm	4
Movilidad máxima de la articulación del cuello	>100°	0
	90° más o menos 10°	2
	<80°	5
	I	0



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

Mallampati Modificado	II	2
	III	6
	IV	8
Menos de 11 puntos	Intubación fácil	
Más de 11 puntos	Intubación difícil	

**Distancia tiromentoniana:** Valora la distancia que existe entre el cartílago tiroides (escotadura superior) y el borde inferior del mentón, en posición sentada, cabeza extendida y boca cerrada. Clase I: más de 6,5 cm (laringoscopia e intubación orotraqueal muy probablemente sin dificultad), Clase II: de 6 a 6,5 cm (laringoscopia e intubación orotraqueal con cierto grado de dificultad), Clase III: menos de 6 cm (intubación muy difícil o imposible).

La protrusión mandibular es el mejor, más específico, de mayor valor predictivo positivo, siendo el más sensible de todos.

**Distancia entre incisivos:** Distancia existente entre los incisivos superiores e inferiores, con la boca completamente abierta. Si el paciente presenta anodoncia se medirá la distancia entre la encía superior e inferior a nivel de la línea media. Clase I: más de 3 cm, Clase II: 2,6 a 3 cm, Clase III: de 2 a 2,5 cm, Clase IV: menos de 2 cm.

**Extensión de la articulación atlantoccipital:** Cuando el cuello se flexiona moderadamente y la articulación atlantoccipital se extiende, los ejes oral, faríngeo y laríngeo se alinean. Una persona normal puede extender su articulación atlantoccipital hasta 35°. Se evalúan los grados de reducción de la articulación atlantoccipital en relación a los 35° de normalidad. Grado I: completo, Grado II: 2/3, Grado III: 1/3, Grado IV: ninguna.

**Escala de Mallampati (modificada por Samsoon y Young):** también llamada clasificación de Mallampati, es usada para predecir la facilidad de intubación. Se determina analizando la anatomía de la cavidad oral; específicamente, está basada en la visibilidad de la base de la úvula, istmo de las fauces (los arcos delante y detrás de las amígdalas) y el paladar blando. La puntuación se hace manifestando o no la fonación. Una puntuación alta (clase 4) está asociada con una difícil intubación así como con una alta incidencia de apnea del sueño.

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

M-CIA-AN-PT-002

### Escala Mallampati



**Clase I** Total visibilidad de las amígdalas, úvula y paladar blando.

**Clase II** Visibilidad del paladar duro y blando, porción superior de las amígdalas y úvula.

**Clase III** Son visibles el paladar duro y blando y la base de la úvula.

**Clase IV** Solo es visible el paladar duro

5.4 **Paraclínicos preoperatorios:** Cuando el cirujano propone un manejo quirúrgico, puede enviar exámenes paraclínicos de acuerdo con la edad y otros antecedentes encontrados en su consulta con el fin de agilizar el proceso durante de la valoración preanestésica de acuerdo con los parámetros citados a continuación. Es médico anestesiólogo solicitar pruebas complementarias de acuerdo con su criterio y realizar una segunda valoración o direccionar el paciente hacia otra especialidad con el fin de controlar alguna patología (aguda o crónica). ca.

Se consideran los siguientes criterios para la solicitud de exámenes complementarios (que pueden ser solicitados al momento que el cirujano envíe a valoración preanestésica y programación):

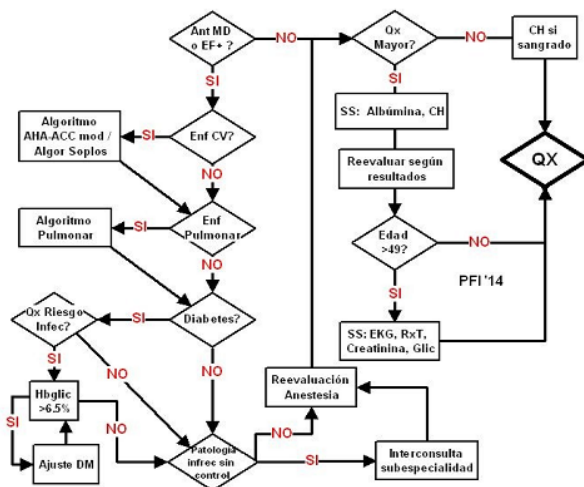
- Presencia de un hallazgo positivo en la historia clínica y el examen físico.
- Necesidad de obtener datos de base para los cambios que se van a generar en la cirugía.
- Pacientes incluidos en la población de riesgo para una condición relevante.
- Patologías coexistentes que afecten el plan anestésico o el pronóstico del paciente.
- **Electrocardiograma y otros para evaluación cardíaca:** sólo en pacientes con sintomatología cardíaca activa.
- **Radiografía de tórax:** sí existe sintomatología reciente que lo amerite.

## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

- **Test función pulmonar, espirometría:** no se solicitan rutinariamente.
- **Medición de hemoglobina y hematocrito:** En todos los pacientes en que se prevea un sangrado considerable y a quienes por razones administrativas lo requieran, (ver pacientes particulares con póliza). Pacientes de cirugía plástica para cumplir los requisitos que exige la aseguradora.
- **Pruebas de coagulación:** sólo se realizarán en pacientes que tengan terapia anticoagulante para valorar el estado previo a la cirugía o en quienes tengan coagulopatía conocida o durante la evaluación se sospeche.
- **Química sanguínea:** sólo para valorar condiciones preexistentes.
- **Uroanálisis:** enviar el examen si paciente presenta síntomas de infección urinaria.
- **Hemoglobina glicosilada (HbA1c):** Solicitar la prueba a todo paciente diabético, validez del resultado tres meses.

Para pacientes con patologías específicas le serán solicitados los exámenes paraclínicos específicos del caso de acuerdo con la historia clínica individual de cada paciente y a criterio del Cirujano y el Anestesiólogo. La vigencia de los exámenes será de **seis meses** para el electrocardiograma y **tres meses** para los laboratorios sanguíneos siempre y cuando el paciente no haya presentado ningún cambio durante este periodo de tiempo. En tiempos de pandemia serán enviados por el paciente con anticipación al correo electrónico institucional de anestesia.



**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); Hbgluc: Hemoglobina glicosilada; Ajuste DM:



## PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### M-CIA-AN-PT-002

Ajuste diabetes mellitus; **Patología infrec sin control:** Patología infrecuente sin control.

#### **Prueba de embarazo:**

- En la valoración preanestésica interrogar FUR y método de planificación familiar, dejar registrado. El día de la cirugía, de manera respetuosa preguntar a todas las mujeres en edad fértil si existe la posibilidad de estar embarazada; de ser así advertir los riesgos de la aplicación de anestesia.
- Documentar en la historia si la paciente acepta o niega la toma de prueba de embarazo. Previo consentimiento solicitar la prueba de embarazo si hay duda de gestación (irregularidad o retraso menstrual).

#### **5.5 Determinación de estado físico y clase funcional.**

- Clasificación de ASA.
- Clasificación NYHA tabla 1.3
- 

**5.6 Optimización del paciente:** Realizar las intervenciones para ayudar a mejorar el estado de salud del paciente con relación al control de patologías crónicas. Direccionar al médico especialista indicado de acuerdo con las necesidades del paciente. El manejo dado deberá ser enfocado en disminuir el riesgo anestésico y quirúrgico.

**5.7 Definición del plan anestésico:** aclarar ampliamente al paciente y a su familia las alternativas anestésicas para la realización de su procedimiento quirúrgico haciendo énfasis en la mejor alternativa para cada caso individual.

**5.8 Información al paciente y/o familiares:** Se informarán entre otras varias las recomendaciones de ayuno preoperatorio:

- Líquidos claros como agua, jugos de fruta sin pulpa, té y tinto en de 2 horas o más antes de la cirugía.
- Leche materna: mínimo 4 horas idealmente más.
- Para la leche de fórmula, y comidas ligeras como tostadas o pan deber ser de 6 horas o más
- Alimentos fritos o con grasa abundantes, proteína de origen animal o vegetal debe tener un ayuno de 8 horas o más.

**5.9 Consentimiento Informado de anestesia.** Este se diligencia y se firma durante la evaluación preanestésica como ya fue descrito antes.





## **PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

### **M-CIA-AN-PT-002**

**5.10 Programación del paciente para cirugía:** en CECIMIN SAS solamente se programarán pacientes clasificados como: ASA I o II. Eventualmente algunos pacientes ASA III, se podrán realizar en esta institución con un plan muy específico y para procedimientos de muy bajo riesgo.

Pacientes que se clasifiquen como de mayor riesgo anestésico o estados médicos que se aparten de los protocolos institucionales, serán remitidos instituciones de mayor complejidad para la realización de su procedimiento quirúrgico. Si el cirujano a cargo encuentra alguna característica que altere el ASA, u otra característica, deberá enviarlo a valoración preanestésica y programación de cirugía en institución de mayor complejidad.

### **Vigilancia Preoperatoria**

Durante esta etapa el anestesiólogo realiza una nueva evaluación que complementa a la valoración preanestésica y estableciendo cambios en las últimas horas que puedan afectar el curso anestésico y quirúrgico.

Esta nueva evaluación se realizará en la zona de preparación antes de ingresar a la sala de cirugía, estableciendo claramente: periodo de ayuno, desarrollo de infecciones agudas, pérdida en el control de patologías crónicas. A los pacientes diabéticos se debe realizar una glucometría en el momento de su ingreso para el procedimiento. Si aparece algún proceso patológico o algún cambio en la condición clínica desde la evaluación anterior es posible que el procedimiento se deba posponer dejando muy clara constancia de las razones médicas de esa decisión.

En la sala de cirugía el médico anestesiólogo antes de iniciar el procedimiento estrictamente anestésico, será gran promotor y ejercerá un alto liderazgo respecto a la realización adecuada y oportuna de la lista de verificación por la seguridad del paciente originalmente recomendada por la Organización Mundial de la Salud y adoptada con algunas pocas adiciones por la unidad médica CECIMIN SAS, la cual incluye varios aspectos de vital importancia para el óptimo desenlace del procedimiento quirúrgico.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Pasternak LR. Preoperative evaluation a Systematic. Approach. En Annual Refresher course lectures 1995; pág 421, ASA.
2. Roizen Mf, Preoperative assessment: What is necessary to do? : Annual Refresher course lectures 1994; pág 132. ASA.
3. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. An updated Report by the American Society of Anaesthesiologist Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anestestjhesiology, V116 No. 3, March 2012. 522-538.
4. ASA Physical Status Classification System. October 15, 2014.



## **PROTOCOLO VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

### **M-CIA-AN-PT-002**

5. Ibarra P: ¿Cuáles laboratorios preanestésicos se necesitan en pacientes asintomáticos? Actualización del Protocolo del Departamento de Anestesiología de la Clínica Reina Sofía. Rev Col Anesthesiol 2007; 35: 301-312 (Available online at: <http://www.anesthesianet.com/crs/ProtocoloLabs2007.pdf> )
6. 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.
7. Manual de práctica clínica basado en evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. David a Rincon y Bibiana Escobar. Revista colombiana de Anestesiología. 2015;43(1): 32 – 50
8. Routine preoperative tests for elective surgery. Nice guideline, [nice.org.uk/guidance/ng45](http://nice.org.uk/guidance/ng45). 5 Abril de 2016.
9. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation, [www.anesthesiology.org](http://www.anesthesiology.org). Marzo 2012
10. Preoperative assessment for difficult intubation in general and ENT surgery: predictive value of a clinicalmultivariable risk index. Arne J, Descoins P, Fusciardi J, Ingrand P, Ferrier B, Boudigues D, Aries J. Br. JAnaesth 1998;80:140- 146
11. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. Eduardo Bumashny, Carlos Ignacio Raffa, Pablo Reichman. Enciclopedia cirugía, [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar). 2013