

Comissió de Millora de l'Adequació de la Pràctica Assistencial i Clínica (MAPAC) Resumen de la evaluación 2012/06

PREGUNTAS – PRESTACIONES EVALUADAS

¿Cuáles son las indicaciones de las pruebas preoperatorias en pacientes de baja complejidad?

RECOMENDACIÓN de la Comisión MAPAC. Fecha: 18 junio 2012

Se recomienda que en el momento de valorar la solicitud de una prueba preoperatoria a un paciente de baja complejidad se tengan en cuenta su edad y comorbilidad, y la complejidad de la intervención al que se le someterá. Existen tablas que recogen la adecuación de las diferentes pruebas preoperatorias dependiendo de estas características.	Fuerza de la recomendación: <i>Fuerte</i>
Se sugiere realizar las pruebas preoperatorias en el momento más cercano a la intervención posible y evitar la solicitud de pruebas que se hayan hecho recientemente.	<i>Débil</i>
Se sugiere recoger de manera estructurada y estandarizada en la hoja de la consulta preoperatoria la información necesaria para valorar la adecuación de las pruebas preoperatorias. La información básica a recoger debería incluir el grado ASA del paciente, su comorbilidad más relevante (renal, respiratoria y cardiovascular, en categorías precodificadas), y la complejidad de la intervención quirúrgica.	<i>Buena práctica clínica</i>

Fundamentos de la recomendación:

1. Resumen

Los resultados recogidos en la literatura que han valorado la adecuación de las pruebas preoperatorias en casos de baja complejidad han mostrado resultados muy variables. La mayoría de estudios señalan la importancia de la edad de los pacientes y su comorbilidad, además de la complejidad de la intervención, como los principales factores a tener en cuenta en el momento de decidir la adecuación de una prueba preoperatoria (NICE 2003). En términos generales las pruebas deberían servir para predecir posibles complicaciones postoperatorias e informar al paciente del aumento de este riesgo, pero debería evitarse su uso como una medida defensiva (NICE 2003). Se han destacado como medidas para mejorar la eficiencia en este procedimiento la realización de las pruebas en un momento cercano a la cirugía para posibilitar las acciones necesarias ante resultados anómalos derivados de las pruebas y el hecho de evitar replicar pruebas que hayan hecho recientemente (NICE 2003).	Calidad de la evidencia <i>Baja</i>
--	---

2. Aspectos considerados para graduar la fuerza de la recomendación

Factor	Comentario
--------	------------

2.1. Calidad de la evidencia

Baja.

La gran mayoría de estudios identificados en el informe evaluado (NICE 2003) identificó estudios observacionales y en su mayoría no controlados. Además, se observó una gran variabilidad en sus resultados.

Aspectos considerados para clasificar la calidad de la evidencia

Evidencia disponible			Clasificación de la calidad de la evidencia					
Comparación	Desenlace	Diseño – Numero de estudios (participantes)	Calidad global	Riesgo de sesgo	Consistencia	Evid. directa	Precisión – Tamaño del efecto	Comentarios
Solicitud de pruebas preoperatorias	Variables dependientes del estudio (resultado anómalo en la prueba pre-operatoria, cambio en el manejo clínico, complicación peri-operatoria)	N/A	Baja	Alto	Resultados variables entre los estudios	-	-	La mayoría de los estudios disponibles son observacionales, i en la mayoría retrospectivos. No se ha identificado ninguna situación en la que se pueda considerar aumentar la calidad de la evidencia. Se observó una gran variabilidad entre los resultados de los estudios evaluados.

2.2. Balance entre beneficios y riesgos de la intervención

Guías de Práctica Clínica

La American Society of Anesthesiologists ha publicado recientemente un documento de consenso sobre la evaluación pre-anestésica en el que incluye recomendaciones sobre las pruebas preoperatorias CSSP 2012. El documento explicita que no existe suficiente literatura científica que pueda dirigir la solicitud de pruebas preoperatorias en base a características clínicas específicas. Desaconseja la solicitud rutinaria de estas pruebas, y recomienda que toda solicitud de estas pruebas se documente adecuadamente de acuerdo con la información extraída de la historia clínica, una visita con el paciente, el examen físico y el tipo y complejidad de la intervención planeada.

A continuación elabora una serie de consideraciones para cada una de las pruebas preoperatorias más comunes:

- **ECG:** Se deben considerar características en el paciente relacionadas con posible comorbilidad cardiovascular, respiratoria, además de la complejidad de la cirugía. Los resultados anómalos en el ECG suelen aparecer en los pacientes de más edad o con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Por tanto, la solicitud de un ECG sólo se justificaría en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. La edad no es, por sí misma, un criterio de indicación de la ECG preoperatorio.
- **Otras pruebas de valoración de la función cardíaca:** Se debe valorar el balance entre los beneficios obtenidos de la prueba y sus riesgos y costes asociados, considerando los factores de riesgo cardiovascular del paciente y la complejidad de la intervención.
- **Radiografía de tórax:** Se deben considerar características clínicas como infecciones respiratorias recientes, EPOC, enfermedad cardíaca o el hecho de que el paciente sea fumador. Los resultados anómalos en esta prueba son más comunes en pacientes fumadores, de más edad, con EPOC o enfermedad cardíaca estable, o los que se han recuperado recientemente de una infección respiratoria.

2.3. Recomendaciones existentes

Literatura científica

No se ha revisado.

Hospital de Sant Pau

2.4. Análisis de costes i usos de recursos

En el Hospital de Sant Pau se ha llevado a cabo una revisión de las pruebas preoperatorias de pacientes ASA I y de los costes, en el año 2011.

Se ha constatado un amplio margen de mejora.

2.5. Resultados derivados de la aplicación del procedimiento en el Hospital

No se dispone de resultados.

2.6. Grado de consenso existente entre los profesionales implicados

Se está buscando un consenso entre todos los profesionales implicados para generar tablas de referencia y su aplicación en el Hospital de Sant Pau.

2.7. Disponibilidad de alternativas

Este apartado no se aplica.

2.8. Proyectos de investigación o formación involucrados	No hay proyectos de investigación o formación.
2.9. Valores y preferencias de los pacientes	Se puede asumir que los pacientes optarían por no tener que asumir pruebas innecesarias.

Referencias

Arvidsson S, Bjork L, Brorsson B, Haglund U, Jorfeldt L, Lundberg D, Norlund A. Preoperative Routines. 1989. Stockholm, The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU).

Boothe P, Finegan BA. Changing the admission process for elective surgery: an economic analysis. Can J Anaesth. 1995;42(5 Pt 1):391-4.

Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology. 1996;85(1):196-206.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Preoperative Tests The use of routine preoperative tests for elective surgery. NICE guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2003.