



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Visita Preanestésica (VPA)

Actualización Solicitud de pruebas preoperatorias

Dr. Juan Carlos Catalá

Dra. María Otero

Reyes Cortés (R1)

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consortio Hospital General Universitario de Valencia**

OPTIMIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS

1

Consenso en base al **estado físico del paciente** y a la **complejidad de los procedimientos**.

2

Adaptación de las guías de la NICE valorando las circunstancias institucionales, el benchmarking, y recomendaciones de las sociedades científicas.

3

Mejora de la **eficiencia** y reduce la **presión sobre otros servicios**.

4

NO anulan la **responsabilidad** de tomar decisiones apropiadas

EJA

Eur J Anaesthesiol 2018; **35**:407–465

GUIDELINES

Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery

Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology

Stefan De Hert*, Sven Staender, Gerhard Fritsch, Jochen Hinkelbein, Arash Afshari, Gabriella Bettelli, Matthias Bock, Michelle S. Chew, Mark Coburn, Edoardo De Robertis, Hendrik Drinhaus, Aarne Feldheiser, Götz Geldner, Daniel Lahner, Andrius Macas, Christopher Neuhaus, Simon Rauch, Maria Angeles Santos-Ampuero, Maurizio Solca, Nima Tanha, Vilma Traskaite, Gernot Wagner and Frank Wappler

Lurati Buse G. Pre-operative evaluation of the adult patient undergoing elective noncardiac surgery: updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Direction and not directives. *Eur J Anaesthesiol* 2018; 35:405–406

¿CÓMO DEBE SER LA EVALUACIÓN?

Test preoperatorios a realizar:

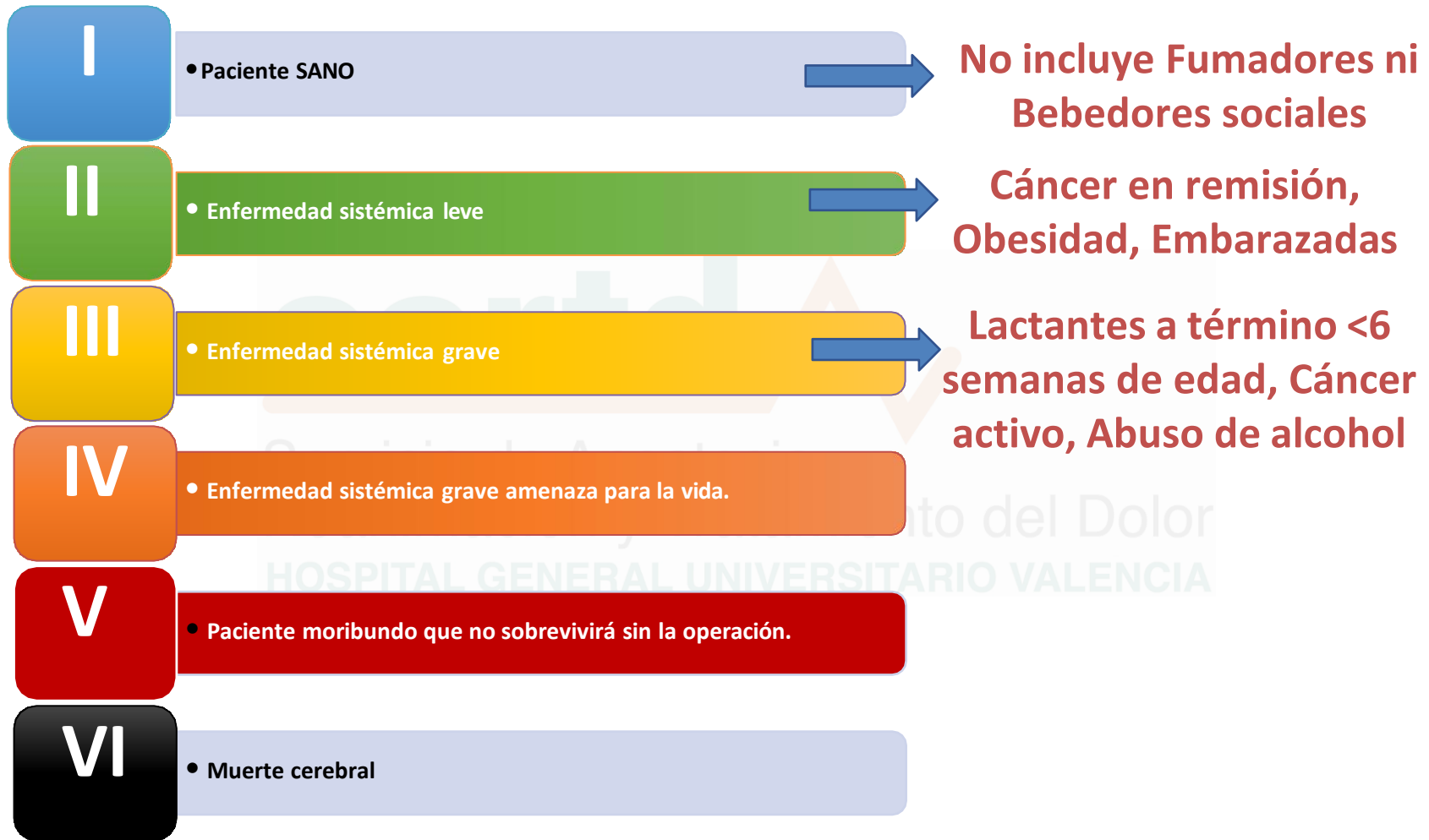
- ➔ Se realizan pruebas estándar por defecto a todos los pacientes (RX tórax, ECG, BQ)
- ➔ A menudo, no cambian el manejo perioperatorio y pueden dar lugar a retrasos quirúrgicos innecesarios

Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA

¿CÓMO DEBE SER LA EVALUACIÓN?

ASA	CIRUGIA MENOR			COMPLEJIDAD INTERMEDIA			CIRUGIA COMPLEJA		
	I	II	III-IV	I	II	III-IV	I	II	III-IV
Hemograma completo						AP: E. CV o Renal			
Coagulación						E. Hepática crónica o AC			E. Hepática crónica o AC
Función Renal			Si sospecha IRA		Si sospecha IRA		Si sospecha IRA		
ECG			Si no se dispone <1 año		AP: E. CV o Renal		Si no se dispone <1 año		
Función Respiratoria/ GSA			H						

ASA - PS



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 04 de Abril de 2023

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

Pruebas preoperatorias a solicitar en intervenciones de **complejidad baja**.

	ASA I (sano)	ASA II (enfermedad sistémica leve)	ASA III-IV (enfermedad sistémica grave o que compromete la vida)
ANALITICA STANDAR :	No de rutina	Sí	Sí
ECG	No de rutina	No de rutina	No si previo menos de 1 año
RX de tórax	No de rutina	No de rutina	No de rutina

Pruebas preoperatorias a solicitar en intervenciones de **complejidad intermedia**.

	ASA I (sano)	ASA II (enfermedad sistémica leve)	ASA III-IV (enfermedad sistémica grave o que compromete la vida)
ANALITICA STANDAR :	Sí	Sí	Sí
ECG	No de rutina	Sí en patología cardiovascular, renal y/o comorbilidades, diabetes	Sí
RX de tórax	No de rutina	No de rutina	Considerar si patología cardiovascular o respiratoria

Pruebas preoperatorias a solicitar en intervenciones de **complejidad alta**.

	ASA I (sano)	ASA II (enfermedad sistémica leve)	ASA III-IV (enfermedad sistémica grave o que compromete la vida)
ANALITICA STANDAR	Sí	Sí	Sí
ECG	Considerar en >65 años si no tiene ECG previo en el último año	Sí	Sí
RX de tórax	Sí	Sí	Sí

NO anulan la responsabilidad de tomar decisiones apropiadas a las circunstancias de la persona, en consulta con ella, sus familias, cuidadores o tutores.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TORÁCICA

	Analítica	ECG	RX	PFR	TAC	Gases	CI múltiple
Tumores piel, Biopsia ganglionar	SI	ASA I-IIa ASA III-IV	NO	NO	NO	NO	NO
Simpatectomías	SI	ASA I-IIa ASA III-IV	SI	NO	NO	NO	NO
Mediastinoscopias	SI	ASA I-IIa ASA III-IV	NO ^b	NO	SI	NO	NO
Neumotórax	SI	ASA I-IIa ASA III-IV	SI	NO	NO	NO	SI
Cirugía endoscópica traqueo-bronquial	SI	ASA I-IIa, ASA III-IV	NO ^b	NO	NO	NO	SI
Tumores Parénquima	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Tumores Mediastínicos	SI	SI	SI	NO /SI en Miastenias	SI	NO	NO
Cirugía Traqueal	SI	SI	SI	NO	SI	No	NO

(a) si no tiene en el último año; (b) si tiene TAC; CI múltiple: Consentimiento informado múltiple

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TORÁCICA

El estudio preoperatorio consistirá en:

1. Analítica:

- a. Hemograma
- b. Bioquímica: urea, creatinina, filtrado glomerular, GOT, GPT, GGT, Albúmina, Proteínas totales, bilirrubina total, glucosa, Na, K.
- c. Hemostasia: Índice de Quick, Tiempo Protrombina, TTPA, Fibrinógeno.
- d. Gasometría arterial y Pruebas de Función Respiratoria (PFR): en las resecciones parenquimatosas y en pacientes EPOC.
- e. Escrutinio, grupo sanguíneo.

2. **ECG:** dependiendo del ASA o antecedentes cardiológicos.

3. En cirugías de menor calibre, tales como simpatectomías, talcajes, cirugíatraqueobronquial endoscópica y mediastinoscopias, la bioquímica puede ser más reducida limitándose a urea, creatinina, glucosa, Na, K.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TORÁCICA

RECOMENDACIONES

- 1. Continuar con el tratamiento broncodilatador hasta el día de la intervención.**
- 2. Dejar el tabaco y el consumo de alcohol al menos 4 semanas antes de la cirugía.**
- 3. Rehabilitación Pulmonar Preoperatoria. Se recomiendan 4-6 ejercicios de moderada-alta intensidad por sesión (3-5 sesiones por semana) de duración breve, entre 2 y 6 semanas previas a la cirugía.**
- 4. Valoración del estado nutricional y suplementos nutricionales si procede.**
- 5. Optimización de la hemoglobina preoperatoria con Fe endovenoso (1000 mg hierro carboximaltosa) entre 2 y 4 semanas previas a la cirugía.**
- 6. Evitar el uso de sedantes.**

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TORÁCICA

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento (Dr. Pastor)

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Resección lipoma pared torácica	Resección elastofibroma	Resección parénquima pulmonar	Cirugía traqueal
	Resección tumor pared torácica	Mediastinoscopia	Reparación fístula tráqueo-esofágica
	Simpaticolisis	Mediastinostomía	Reparación de pectus
	Toracoscopia	Timectomía	Reparación de hernia diafragmática, plicatura diafragmática
	Pleurodesis	Resección bocio endotorácico	Resección tumor pleural
	Drenaje torácico	Resección tumor mediastínico	Decorticación pleural
		Reparación perforación esofágica	Toracostomía
			Biopsia pleural Bullectomía

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

El estudio preoperatorio general incluye:

1. Analítica:

- a. Hemograma: muy importante determinar nivel de hemoglobina (Hb) y en el caso de que sea bajo, identificar la causa para el correcto manejo.
- b. Bioquímica: glucosa, Hb glicosilada (en diabéticos), Na, K, Mg, Calcio, Fósforo, Bilirrubina total, GOT, GPT, GGT, Creatinina, Urea, Filtrado glomerular, proteínas, albúmina, LDH, CK, Fe, índice de saturación de transferrina, Ferritina, lactato, vit B12, ácido fólico.
- c. Hemostasia: TP, INR, Quick, TTPA, Fibrinógeno, en pacientes cirróticos o hepatópatas antitrombina, proteína C y proteína S.

**En caso de anemia por déficit de Fe, éste se administrará vía oral en caso de que la cirugía pueda demorarse al menos 6 semanas, o intravenoso en aquellos pacientes que no respondan al Fe oral, o en aquellos en los que la cirugía vaya a realizarse en menos de 6 semanas o presenten anemias muy severas.

**En los pacientes diabéticos cuando la determinación de Hb glicosilada es $<6\%$ o $>9\%$, se recomienda posponer la intervención, salvo en cirugía urgente, hasta conseguir un adecuado control glucémico.

2. ECG en todos los pacientes.

3. RX tórax en todos los pacientes.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

RECOMENDACIONES

Dejar de fumar, así como abandonar el consumo de alcohol entre 4-8 semanas antes de la cirugía.

En cirugía de revascularización coronaria:

- Solicitar siempre ecografía transtorácica, coronariografía y doppler de troncos supraórticos.
- Valorar la realización de técnicas no invasivas (eco stress, PET-TAC, SPECT, gadolinio..) en pacientes con insuficiencia cardiaca con anomalía de la movilidad regional y/o con FEVI reducida.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

RECOMENDACIONES

En cirugía por valvulopatías:

- Ecografía transtorácica (ETT) siempre.
- Pruebas de función respiratoria siempre.
- Ecocardiografía transesofágica (ETE) si: endocarditis, trombos, disfunción protésica o ETT no concluyente.
- Cateterismo en i: varones > 40 años, mujeres menopáusicas, disfunción miocárdica o historia de enfermedad cardioembólica.
- TAC en: TAVI, cirugía de aorta, mediciones valvulares, descartar enfermedad coronaria en pacientes de bajo riesgo (en lugar de cateterismo).
- Eco de stress en: incapacidad funcional, estenosis aórtico (EAo) de bajo flujo con contractilidad disminuida, valorar insuficiencia mitral (IM).
- RMN: para valorar ventrículo derecho, enfermedades infiltrativas del miocardio, ETT o ET no concluyente.
- ProBNP: valoración de cirugía en asintomáticos, ligado a clase funcional en IM o EAo.
- Cirugía maxilofacial: extracción 2 semanas antes de la cirugía.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Manejo fármacos en pacientes programados

1. Manejo de la antiagregación (AAP) en cirugía cardíaca:

- Mantener el AAS en aquellos pacientes que se van a intervenir de cirugía de revascularización coronaria. Sólo debe valorarse la suspensión de AAS 5 días antes de la intervención, en cirugías de alto riesgo de sangrado, insuficiencia renal severa, reintervenciones, enfermedades hematológicas o déficits congénitos de la función plaquetaria.
- En caso de terapias con otros fármacos, los tiempos de retirada serán Clopidogrel 5 días, Prasugrel 7 días, ticagrelor 3 días, Cangrelor 1 a 6 horas.
- No se recomiendan terapias puente con heparina para sustituir la retirada de la antiagregación.
- En pacientes con doble antiagregación (DAP) y que precisen cirugía emergente por su patología, la DAP no debe suponer una contraindicación para la intervención ni demorar el procedimiento.

2. Manejo de la anticoagulación (ACO) en cirugía cardíaca: Se basará en el balance entre riesgo hemorrágico y riesgo tromboembólico.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Intervenciones con riesgo hemorrágico

Clasificación de las intervenciones en función del riesgo hemorrágico:

BAJO	MODERADO	ALTO
<ul style="list-style-type: none">- Ventana pericárdica subxifoidea- Implante o recambios de dispositivos de electroestimulación cardíaca.	<ul style="list-style-type: none">- Cirugía de revascularización coronaria no urgente (con o sin CEC).- Cirugía valvular mitral/aórtica.- Cirugía de aorta ascendente.- Implantación de marcapasos diafragmático	<ul style="list-style-type: none">- Cirugía de revascularización coronaria urgente (con o sin CEC).- Disección de aorta ascendente /arco.- Cirugía de complicaciones mecánicas IAM.- Cirugía valvular urgente/ endocarditis.<ul style="list-style-type: none">- Cirugía urgente tras iatrogenia postintervencionismo.- Reintervención coronaria y/o valvular.<ul style="list-style-type: none">- Pericardiectomía.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Manejo anticoagulación en cirugía cardíaca programada

Clasificación de las intervenciones en función del riesgo hemorrágico:

RIESGO HEMORRÁGICO	
BAJO	<ul style="list-style-type: none">- Riesgo tromboembólico ALTO: No suspender ACO si INR < 3- Riesgo tromboembólico BAJO: suspender ACO.* No terapia puente con heparina.
MODERADO-ALTO	<ul style="list-style-type: none">* Suspender ACO siempre.- antagonistas vitamina K: 3-5 días para INR < 1,5.- ACOD: según farmacocinética y aclaramiento renal, en general 2-3 días antes.* En caso de riesgo tromboembólico ALTO: terapia puente con HBPM.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Manejo fármacos en pacientes programados

3. Manejo de IECAs y ARA II: última dosis 24h antes de la cirugía por el riesgo de hipotensión refractaria y shock vasodilatador. En caso de hipertensión de difícil control se recomiendan los IECA de vida media corta (captopril).

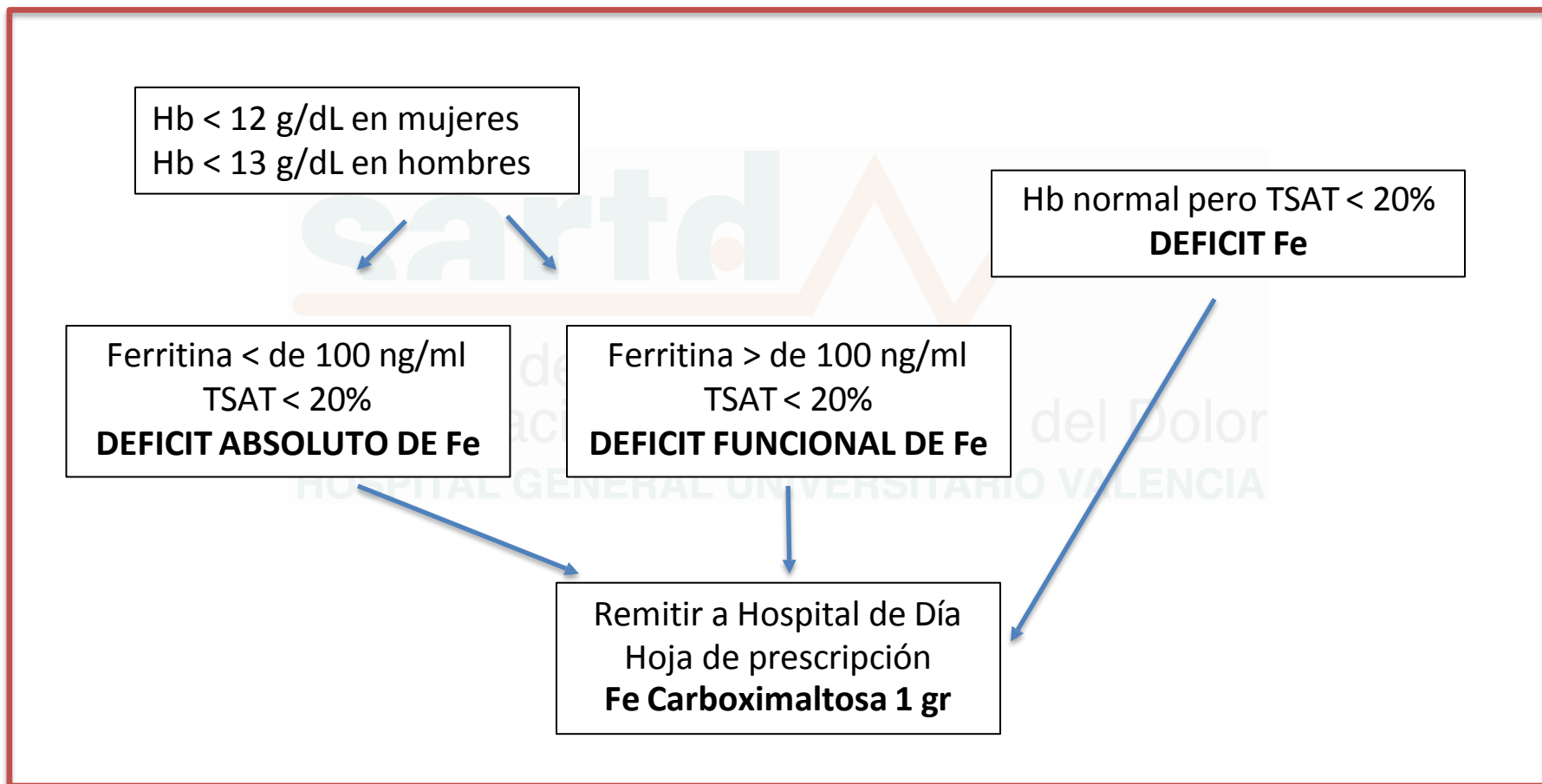
4. Estatinas: mantener durante el período perioperatorio.

El “Protocolo Integrado de Ahorro de Hemoderivados en Cirugía Cardíaca”, establece un circuito (consensuado con Hospital de Día) de modo que todo aquel paciente en el que se evidencie una anemia, según el esquema reflejado en la figura 1, es posible derivarlo a Hospital de Día 2 para la administración de Fe endovenoso (1 g Fe carboximaltosa iv) el mismo día de la consulta preferiblemente. Se debe realizar solicitud (en Hoja de prescripción) debidamente cumplimentada e identificada para el Hospital de Día, donde al paciente se le realizará dicha administración. En el caso de que en el mismo día no hubiera posibilidad de atenderlos, serían citados para acudir al día siguiente

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Algoritmo manejo anemia

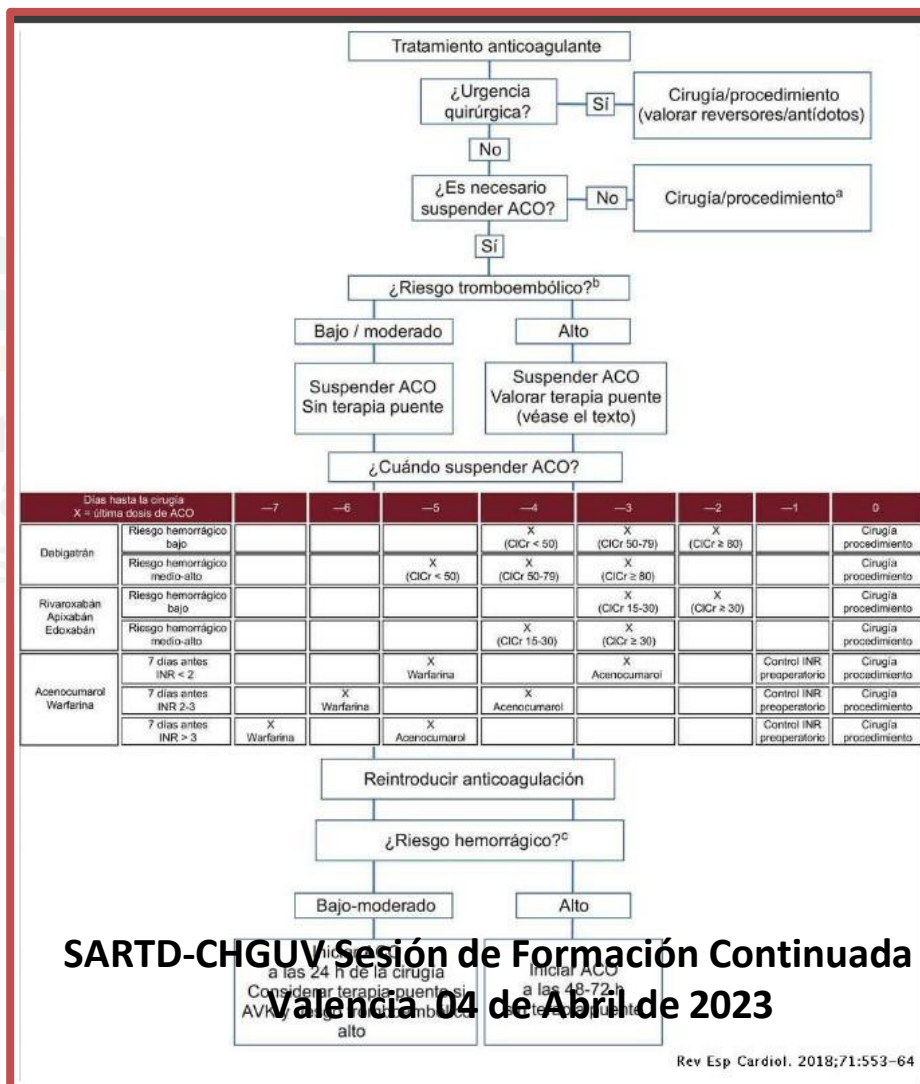


SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 04 de Abril de 2023

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA CARDÍACA

Resumen



SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

NEUROCIRUGÍA

El estudio preoperatorio consistirá en:

1) Analítica:

- a) Hemograma.
- b) Bioquímica (glucosa, Na, K, creatinina, urea, GOT, GPT, GGT, proteínas totales, y Hb glicosilada en pacientes diabéticos).
- c) Hemostasia (TTPA, Quick, TP, Fibrinógeno).

2) ECG: en ASA 3 y 4. En pacientes ASA 1-2 sólo si no se dispone de un ECG del último año.

3) RX tórax: si el paciente presenta patología cardiorrespiratoria de base o se va a realizar una cirugía intracraneal.

4) Ecocardiografía: en cirugías de fosa posterior para descartar foramen oval permeable.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

NEUROCIRUGÍA

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento (Dr. Gallego)

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Síndrome túnel del carpo	Derivación ventrículo-peritoneal	Craneotomías por tumores: cerebrales, de base de cráneo, aneurismas o malformaciones vasculares
Compresión cubital	Cirugías de columna; discectomía y artrodesis cervicales y lumbares	Procedimientos de columna con múltiples niveles
Rizolisis percutánea del trigémino	Cirugías plexo braquial	Tumores raquimedulares

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.
SECCIÓN COLOPROCTOLOGÍA

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Hemorroidectomía	Cierre ileostomía	Reconstrucción Hartmann
Esfinterotomía lateral interna	Rectopexia ventral	Resección anterior de recto
Sinus pilonidal	Prolapso rectal	Amputación abdomino-perineal
Fístulas anales	Hidrosadenitis extensa	Hemicolectomía derecha
condilomas	Cirugía fístula recto-vaginal	Hemicolectomía izquierda
Neuroestimulación	Cirugía incontinencia anal	Sigmoidectomía
Hidrosadenitis simple	Confección o reubicación de colostomía/ileostomía	Colectomía subtotal/total
	Hemicolectomía derecha	Proctocolectomía total con/sin reservorio
	Reconstrucción tránsito ileo-cólico	Cirugía recto transanal
	Exéresis tumores retro-rectales	

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento. SECCIÓN HEPÁTICA

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Hernioplastia inguinal o umbilical	Fenestración quiste hepático	Hepatectomía abierta laparoscópica o Da Vinci
	Derivación pancreato-yeyunal	Puesta a plano quiste hidatídico hepático
	Quisto-gastrostomía y quisto-yeyunostomía pancreática	Pancreatectomía corporo-caudal
	Colecistectomía abierta o laparoscópica	Duodenopancreatectomía cefálica
	Derivación bilio-entérica	Resección VBP extrahepática y reconstrucción
	Esplenectomía laparoscópica o abierta	
	Eventroplastia	

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento. SECCIÓN MAMA

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Tumorectomía/biopsia de mama	Tumorectomía	Mastectomía subcutánea con reconstrucción
Tumorectomía ampliada	Vaciamiento axilar	Mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción
Cuadrantectomía con arpón	Cuadrantectomía + vaciamiento axilar	Mastectomía ahorradora de piel y pezón con reconstrucción
Cuadrantectomía	Cuadrantectomía + ganglio centinela	Mastectomía subcutánea con reconstrucción + ganglio centinela + vaciamiento axilar
Fistuectomía	Cuadrantectomía + ganglio centinela + vaciamiento axilar	Mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción + ganglio centinela + vaciamiento axilar
Exéresis tumor/adenopatía axilar	Cuadrantectomía por arpón + ganglio centinela	Mastectomía ahorradora de piel y pezón con reconstrucción + ganglio centinela + vaciamiento axilar
Ganglio centinela: linfadenectomía axilar selectiva	Cuadrantectomía por arpón + ganglio centinela + vaciamiento axilar	Pocket
	Glandulectomía subcutánea	
	Mastectomía simple	
	Mastectomía simple + ganglio centinela	
	Mastectomía simple + ganglio centinela + vaciamiento axilar	
	Mastectomía radical modificada	
	Mastectomía radical modificada unidad oncológica	

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento. SECCIÓN ENDOCRINO

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Exéresis de adenopatía cervical en región no espinal	Hemitiroidectomía	Tiroidectomía total
Exéresis de lipoma cervical en región no espinal	Paratiroidectomía selectiva	Vaciamiento cervical central unilateral
	Autotrasplante de tejido paratiroideo	Vaciamiento cervical central bilateral
	Extirpación de quiste tirogloso	Vaciamiento cervical lateral unilateral
	Exéresis de adenopatía cervical en región espinal	Vaciamiento cervical lateral bilateral
	Exéresis de lipoma cervical en región espinal	Paratiroidectomía no selectiva

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 04 de Abril de 2023

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Cirugía oncológica abdominal: GRAMGEA (Dra. Pallardó)

Cirugía hepática: En pacientes cirróticos o hepatópatas solicitar antitrombina, proteína C y proteína S.

Cirugía de pared: Para aquellos pacientes que entran en el protocolo de ultrafiltración ambulatoria con diálisis peritoneal domiciliaria como tratamiento de la insuficiencia cardíaca refractaria a medicación, el cardiólogo se encargará de la preparación del paciente antes de la colocación del catéter. Para ello se intentará alcanzar un estado euvolémico y la corrección de comorbilidades tales como la anemia, hiponatremia e hipoxia. En aquellos pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $<35\%$ se pautará levosimendán 48 h antes de la cirugía o dobutamina en caso de hipotensión. La colocación del catéter se realizará según la técnica habitual.

Anestesia GRAMGEA: M Rosello, MA Pallardo, I, Casanova, F Tornero, L Alos, C Saiz, MJ Hernandez, Y Fernandez, E Biosca, L Muñoz.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA GENERAL (DR. SALVADOR)

Cirugía oncológica abdominal: GRAMGEA (Dra. Pallardó)

El estudio preoperatorio consistirá en:

- Grupo sanguíneo y Cruzar y reservar dos unidades de concentrado de hematíes (se realiza en prequirúrgico).
- Analítica con hemograma, bioquímica, estudio del Hierro, pro-BNP y hemostasia.
 - ECG.
 - Radiografía de tórax.
 - Ecocardiograma en los tres meses previos si procede

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

OFTALMOLOGÍA

- 1) Según el consenso publicado por la **SEDAR** → para UCSI, los pacientes **ASA 1 y 2** que van a ser sometidos a cirugía de **cataratas** NO precisan ninguna prueba preoperatoria. Pacientes **ASA 3 y 4** → **analítica** con bioquímica básica, hemograma y hemostasia.
- 2) Pacientes que toman **ACOs** se recomienda **anestesia tópica**.
- 3) Cuando se trate de un **doble procedimiento** se realizará la **VPA para ambos**, salvo que hayan existido complicaciones durante la 1ª intervención.
- 4) Se hará constar en el informe de VPA y en el CI que el paciente otorga: consentimiento para los dos procedimientos.
- 5) Para implante y retirada de placa de RT para melanoma ocular → deben realizarse las valoraciones preanestésicas correspondientes a cada una de inclusiones en lista de espera.
- 6) **CI para anestesia locorregional**: trastorno de movimiento incontrolado, diátesis hemorrágica, lesiones oculares abiertas, claustrofobia, tos crónica, RGE sintomático, incapacidad para estar tumbado, incapacidad para comunicarse o cooperar y negativa del paciente.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPEDIA (DR. HERNANDEZ Y DRA GAZQUEZ)

En cirugías de baja complejidad:

- Pacientes ASA 1-2 analítica con hemograma, bioquímica y hemostasia.
- Pacientes ASA 3-4 analítica con hemograma, bioquímica y hemostasia, así como ECG sólo si no se dispone de uno reciente del último año o existen cambios en la clínica.

En cirugías de complejidad media:

- Pacientes ASA 1 analítica con hemograma, bioquímica y hemostasia.
- Pacientes ASA 2, analítica con bioquímica, hemograma y hemostasia, así como ECG si no existe uno del último año y/o existen cambios en la clínica.
- Pacientes ASA 3-4, analítica completa con hemograma, bioquímica y hemostasia y ECG.

En cirugías de complejidad alta:

- Analítica completa con hemograma, bioquímica y hemostasia.
- ECG en pacientes ASA 2-3-4 siempre y en ASA 1 si no se dispone de uno del último año y/o existen cambios en el estado basal del paciente.
- RX de tórax en pacientes ASA 3-4 si patología cardiorrespiratoria.
- PFR si patología neurodegenerativa y/o deformidades severas de raquis.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPEDIA (DR. HERNANDEZ Y DRA GAZQUEZ)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
Dedo en resorte, SCT, gangliones	Rizartrosis, fracturas radio	Prótesis de codo
Hallux valgus y cirugía de antepié (dedo martillo, dedo en garra...)	Cirugía de muñeca: inestabilidad crónica, artrolysis, artrodesis total o parcial	Fracturas codo y hombro
Artroscopia de rodilla	Cirugía de reparación tendinosa y transposiciones tendinosas	Fractura o pseudoartrosis de fémur y tibia
Pequeñas tumoraciones superficiales	Fracturas de tobillo	Prótesis de rodilla
Fractura metatarsianos, metacarpianos y falanges	Fracturas o pseudoartrosis de miembro superior (antebrazo, diáfisis humeral)	EMO material en fémur o húmero
Bursitis prerotuliana, prepatelar, olecraniana	Artroscopia de cadera y hombro	Prótesis de cadera
	EMO material de pie – tobillo-tibia o mano-muñeca-antebrazo	Recambios protésicos de rodilla, cadera y hombro
		Cirugía de columna
		Cirugía tumoral

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 04 de Abril de 2023**

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA PLÁSTICA (DR. MARIN)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
<p>Programados para UCMA con intervenciones poco invasivas, de menos de una hora y si necesidad de ingreso.</p>	<p>Resto de intervenciones (incluido DIEP), intervenciones de invasividad variables, de 1 a 3 horas y sin necesidad de UCI. Pueden tener ingreso posterior o pernocta.</p>	<p>Programados para microcirugía (excepto DIEP), intervención de invasividad variable, pero largas y con necesidad de UCI e ingreso posterior de una semana.</p>

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA PLÁSTICA (DR. MARIN)

Dadas estas premisas, NO anulan la responsabilidad de tomar decisiones apropiadas a las circunstancias de la persona, en consulta con ella, sus familias, cuidadores o tutores.

Procedimientos repetitivos susceptibles de consentimiento informado multiple (Previsto a priori e informado en la solicitud inicial de VPA):

- a) Paciente a quien se realiza ganglio centinela por melanoma o carcinoma de Merckel. Si el centinela es positivo necesitaran vaciamiento ganglionar en las siguientes semanas.
- b) Colocación de expansores. Tras unos 6 meses necesitaran un procedimiento para retirar el expansor y avanzar los colgajos o sustituir el expansor por una prótesis definitiva.
- c) Lipofilling. Normalmente los lipofilling requieren de varias intervenciones para alcanzar el volumen deseado. Estas intervenciones están separadas por 6 meses a un año.
- d) Extirpación de lesiones o cicatrices grandes por tiempo. Cada tiempo puede estar separado del siguiente entre 6 meses y un año.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

OTORRINOLARINGOLOGÍA (DR. ZAPATER)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Extracción de Cuerpos Extraños óticos• Otoplastia• Exéresis de fístulas y apéndices auriculares• Tratamiento de lesiones del CAE• Meatoplastia y calibrado del CAE• Miringotomía con o sin inserción de tubo de ventilación• Laberintectomía química• Audífonos osteointegrados (BAHA)• Terapia por inyección intratimpánica• Septoplastia abierta o cerrada• Abordaje endoscópico de patología del seno maxilar• Abordaje endoscópico de patología del seno esfenoidal	<ul style="list-style-type: none">• Miringoplastia• Osiculoplastia• Mastoidectomia abierta• Mastoidectomía cerrada• Timpanoplastia• Estapedectomía• Estapedotomía• Laberintectomía transventanas• Laberintectomía trasnastoidea• Exéresis de tumores del oído externo• Septorinoplastia abierta o cerrada• Apertura endoscópica del Seno frontal Draf II• Abordaje endoscópico de patología del seno etmoidal: Etmoidectomía Endoscópica anterior y posterior completa: <u>techo corrido</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Exéresis de tumores del oído medio</u>• Exéresis de Glomus timpánicos y yugulares• Petrosectomía parcial con rerouting facial• Petrosectomía radical• Descompresión facial• Descompresión de saco endolinfático• Apertura endoscópica del Seno frontal Draf III• Tratamiento endoscópico de los Osteomas nasosinuales• Reparación de fístulas endonasales de líquido cefalorraquídeo por meningoencefaloceles, antecedentes traumáticos, yatrógenos o de aparición espontánea.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

OTORRINOLARINGOLOGÍA (DR. ZAPATER)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Apertura endoscópica del Seno frontal Draf I:• Turbinectomía media endoscópica• Turbinectomía inferior endoscópica• Turbinopalastia endoscópica por radiofrecuencia RFITT• Extracción endoscópica de cuerpos extraños• Exéresis de tumores benignos de vestíbulo nasal	<ul style="list-style-type: none">• Cierre de perforaciones septales con colgajos endonasales• Tratamiento de la Atresia de coana vía transnasal endoscópica con confección de neocoana con colgajos.• Tratamiento endoscópico de la Rinosinusitis Crónica con pólipos y de la poliposis recalcitrante• Tratamiento endoscópico de la Rinosinusitis Crónica sin pólipos• Tratamiento endoscópico de las Rinosinusitis invasivas• Tratamiento endoscópico de la Rinosinusitis aguda• Tratamiento endoscópico de los Mucoceles nasosinusales	<ul style="list-style-type: none">• Descompresión orbitaria endoscópica pura o balanceada (externa y endoscópica) en la Orbitopatía tiroidea• Descompresión orbitaria externa• Descompresión endoscópica del nervio Óptico• Abordaje Endoscópico Expandido (AEE) o por vía combinada (externa y endoscópica) de la región Nasosinusal y/o de la Base del cráneo• Abordaje endoscópico de la fosa Pterigomaxilar de diversas lesiones benignas o malignas• Abordaje endoscópico de la fosa Infratemporal de diversas lesiones benignas o malignas

Valencia 04 de Abril de 2023

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

OTORRINOLARINGOLOGÍA (DR. ZAPATER)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento endoscópico de múltiples Tumores benignos nasosinuales• Cirugía de la vía Lacrimal: Dacriocistotrinostomía endoscópica endonasal• Tratamiento quirúrgico de las epistaxis mediante cirugía endoscópica nasal	<ul style="list-style-type: none">• Resección craneofacial endoscópica de la base del cráneo anterior (Craniectomía endoscópica) de lesiones malignas o benignas invasivas.• Resección craneofacial externa de la base del cráneo anterior.• Abordajes transcribiforme, transtuberculum transplanum, suprasellar, sellar, retrosellar, Transclival, intraorbitario y transorbitario , todos ellos junto con el neurocirujano endoscopista.• Reconstrucción de los amplios defectos tras resección de lesiones de base de cráneo mediante colgajos muticapa y pediculados.• Nasofariguetomía endoscópica• Maxilectomía Medial endoscópica Tipo 1,2,3,4.• Maxilectomía radical externa o combinada• Abordaje endoscópico, combinado o externo del seno frontal• Abordaje bicoronal del seno frontal• Exéresis de tumores de la base del cráneo (implica los procedimientos en este apartado mencionados).

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA VASCULAR (DR. BLANES)

El estudio preoperatorio consistirá en:

- 1) Analítica** consistente en hemograma, y hemostasia. Hb glicosilada en pacientes diabéticos.
- 2) ECG** en los pacientes ASA ≥ 2 , sólo si no se dispone de un ECG reciente del último año.
- 3) RX tórax** en pacientes ASA 2-3 si existe patología cardiorrespiratoria y/o agudización de la misma, y en pacientes ASA 4 siempre.
- 4) Ecocardiografía** si patología cardíaca conocida y cambios clínicos (angina inestable, IAM reciente, insuficiencia cardíaca descompensada, arritmia o valvulopatía severa).

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CIRUGÍA VASCULAR (DR. BLANES)

RECOMENDACIONES

- Mantener **Adiro** en cualquier paciente con **arterioesclerosis**
- En stents carotideos mantener doble antiagregación preoperatoria (intervencionismo)
- Otros **stents: mantener Adiro o Clopidogrel**
- Anticoagulantes orales directos: retirada convencional según protocolo citado en cirugía cardiaca tanto para procedimientos abiertos como percutáneos, valorando riesgo hemorrágico y trombótico.
- En el caso de endarterectomía carotídea: Si coexisten estenosis coronaria y de las carótidas, la sintomatología predominante determina cuál es el procedimiento quirúrgico. Sólo si el paciente presenta clínica severa en ambos territorios puede plantearse la intervención conjunta. El riesgo es mayor que si se realiza en dos tiempos. Se recomienda la endarterectomía carotídea antes de entrar en CEC.
- Insistir en el **cese del hábito tabáquico**.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

UROLOGÍA (DR. PAYAS)

El estudio preoperatorio consistirá en:

- 1) Analítica con hemograma, bioquímica, y hemostasia.
- 2) En los pacientes programados para cirugía mayor oncológica abierta y cirugía mayor no oncológica:
 - Solicitar metabolismo del hierro (índice de saturación de transferrina y ferritina), albúmina y proteínas totales.
 - Realizar medidas antropométricas (peso y talla) para poder solicitar valoración por el servicio de Endocrinología si precisan soporte nutricional.
 - La visita preanestésica se programará con criterios de GRAMGEA
- 3) ECG en caso de ASA ≥ 2 sólo si no se dispone de ECG reciente del último año.
- 4) RX tórax si enfermedad cardiorrespiratoria nueva.
- 5) PFR: en pacientes con enfermedad pulmonar grave, obesidad mórbida o patología neurodegenerativa programados para cirugía compleja.
- 6) Ecocardiografía: en pacientes con cardiopatía en los que no se dispone de ecocardiografía reciente y han presentado cambios clínicos, y en aquellos pacientes programados para nefrectomía con trombo de cava.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

UROLOGÍA (DR. PAYAS)

Adjuntar **consentimiento informado múltiple** a los pacientes programados para:

- Ureterorenoscopias tumorales.
- Prótesis de próstata (I-tend).
- Recambio de cateter doble J.

Este proceder lleva aparejada la importancia de la correcta citación de los pacientes, en la que debe indicarse el tipo de procedimiento con múltiples sesiones.

Los pacientes en diálisis han de coordinarse con el servicio de Nefrología, para diálisis el día previo a la intervención.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

UROLOGÍA (DR. PAYAS)

Clasificación de las intervenciones por complejidad de procedimiento.

BAJA COMPLEJIDAD	MEDIA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Vasectomía• Circuncisión• Frenuloplastia• Hidrocelectomía• Varicocelectomía• Quiste cordón• Quiste epidídimo• Meatoplastia• Uretrotomía interna• Dilatación uretral• Biopsia vesical• RTU vesical tumor pequeño• Recambio JJ• Cateterismo uretral• Biopsia grande• Urolift• Bulkamid• Malla IUE• Botox• Carúncula uretral• Penectomía radical• Orquiectomía• Colocación endoprótesis uretral• Inyección vesical deflux• Biopsia testicular• Cavernoplastia• Epididimectomía• Quiste parauretral	<ul style="list-style-type: none">• RTU vesical• RTU prostática• Enucleación prostática• Holey• Fotovaporización prostática• Litiasis vesical• Ureterorenoscopia• Litiasis uretral (láser)• Cistocele• Uretroplastia• TCPE• RTU cuello• Penectomía total• Emasculación• Orquiectomía tumor grande• Prótesis de pene• Dilatación ureteral• Colocación endoprótesis ureteral• Esfínter artificial• Divertículo uretral	<ul style="list-style-type: none">• RIRS• TTO endoscópico tumor vías• Adenomectomía prostática• Prostatectomía radical• Nefroureterectomía• Nefrectomía total• Nefrectomía parcial• Cistectomía• Ureterectomía parcial• Reimplante ureteral• Diverticulectomía vesical• Cistectomía parcial• Uretroplastia• Linfadenectomía inguinal• Linfadenectomía retroperitoneal• Colposacropexia• Reparación fístula uretrorectal• Reparación fístula vesicointestinal

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN (DR. GILBERT Y DRA. ESTRADA)

Utilizaríamos el esquema general, solicitaremos RX de tórax a los pacientes que vayan a someterse a cirugías de alta complejidad, independientemente del ASA.

SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO DE CA OVARIO:

DÍA 1: 1ª VISITA PQ GINE: INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA PARA LPS Y GRAMGEA

- Consentimiento informado laparoscopia de estadificación y colonoscopia
- El estudio preoperatorio se solicitaría en la inclusión en LEQ e incluiría: albumina, estudio del hierro, analítica básica con coagulación, si la paciente es diabética hemoglobina glucosilada, y tiene sospecha de insuficiencia cardiaca ProBNP.

DIA 2-6: ESTUDIO PREOPERATORIO:

- ANALÍTICA PREQUIRURGICA: albumina, estudio del hierro, analítica básica con coagulación, si la paciente es diabética hemoglobina glucosilada, y tiene sospecha de insuficiencia cardiaca ProBNP.
- TAC toraco-abdomino-pélvico

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN (DR. GILBERT Y DRA. ESTRADA)

DIA 7: 1ª VPA CON CONSENTIMIENTO ANESTESICO Y VALORACIÓN DE:

- En esta visita se realizaría el informe detallado y se recabaría CI para gastrocolonoscopia y laparoscopia estadificación.
- Administración de Fe para optimizar
- Suplemento nutricional
- Estado funcional ECOG

ECOG	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work.
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4	Completely disabled. Cannot carry on selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN (DR. GILBERT Y DRA. ESTRADA)

DIA 8-9: GASTROCOLONOSCOPIA

DIA 10-15: LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACION (Valoración de posibilidad de citorreducción primaria óptima). Índice carcinomatosis PCI e Índice Fagotti

- Citación para segunda visita PQ y VPA en 72h si procede citorreducción primaria
- Se realizaría citación 2ª VPA en 72h si procede la citorreducción primaria (debe estar incluido en LEQ para citorreducción 1ª)

DIA 15-20: Presentación en comité de gine-onco y comité multidisciplinar quirúrgico

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN (DR. GILBERT Y DRA. ESTRADA)

DIA 18-20 (MISMO DÍA):

2ª VISITA PQ GINE: INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA PARA CIRUGÍA PRIMARIA DE CITOREDUCTORA

- CONSENTIMIENTO INFORMADO LAPAROTOMIA EXPLORADORA
- Remitir para valoración a otras especialidades quirúrgicas implicadas en el plazo de 48h

2ªA VPA CON CONSENTIMIENTO ANESTESICO citorreducción 1ª y si procede, evaluación por el comité de gine onco. Se indicaría en el consentimiento informado.

SI NO PROCEDE CIRUGÍA PRIMARIA tras laparoscopia estadificación, REMITIR PARA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE POR ONCOLOGIA Y POSTERIOR CIRUGIA DE INTERVALO

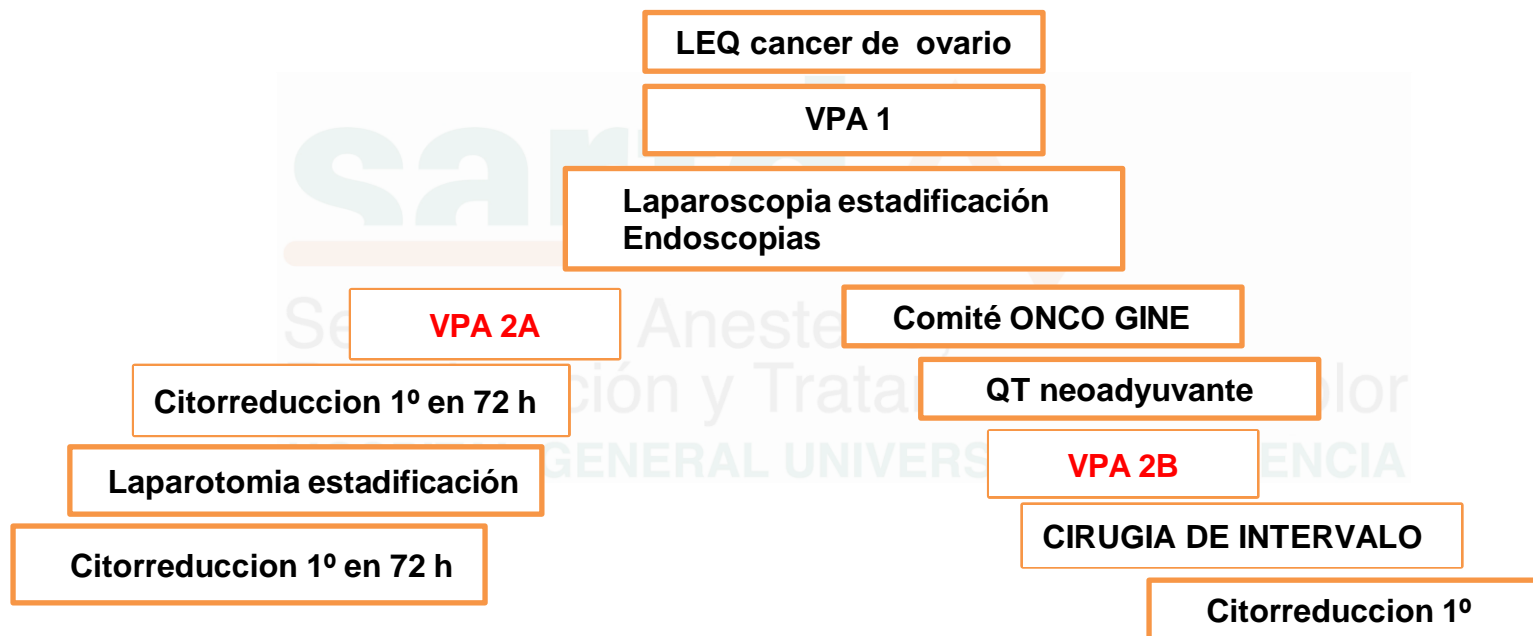
Realizaríamos 2ªB VPA (en estas pacientes) CON CONSENTIMIENTO ANESTESICO Y VALORACIÓN DE:

- Requerimiento UCI
- Requerimientos especiales para quirófano
- Es importante en estos casos la 2ª visita dado que el paciente ha sido tratado con QT o ha sufrido un cambio importante en su estado

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN (DR. GILBERT Y DRA. ESTRADA)

DIA 21-30: CIRUGÍA PRIMARIA CITOREDUCTORA TRAS QT NEOADYUVANTE: incluir especialidades quirúrgicas implicadas. Procedimientos previstos.



VPA2A: CONTEMPLARIA LA PROSIBLE CITORREDUCCION

VPA2B: SERIA ESPECIFICA PARA LA CIRUGIA DE INTERVALO tras QT Con citorreduccion e intervención multidisciplinar si procede

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

PSIQUIATRÍA: TEC

- 1) **Analítica** con hemograma, bioquímica
- 2) **ECG** independientemente de la clasificación ASA si no se dispone de ECG reciente del último año.
- 3) Se debe hacer **VPA y consentimiento múltiple** indicando que el mismo será válido para las sucesivas sesiones de TEC de ese tratamiento. El periodo de validez de la VPA será el correspondiente al grado ASA.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

INTERVENCIONISMO (DRA. FORNER)

El estudio preoperatorio consistirá en:

1. Analítica con hemograma, bioquímica, y hemostasia.
2. ECG en pacientes ASA 2-3-4 siempre y en ASA 1 si no se dispone de uno reciente del último año y/o existen cambios en el estado basal del paciente.
3. RX tórax si enfermedad cardiorrespiratoria nueva.

En procedimientos neurológicos cuando se vaya a realizar diagnóstico y tratamiento en dos sesiones diferentes, se considerará como Doble Procedimiento, y así se hará constar en el informe de VPA que será para ambos y se firmarán dos consentimientos informados.

En los casos de intervencionismo de carótida, no se retirará la antiagregación previo al procedimiento. Se deben seguir las instrucciones proporcionadas por el Servicio de Neurorradiología Intervencionista.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ENDOSCOPIAS (DR. SEMPERE)

Preoperatorio consistente en analítica con **hemograma, bioquímica y hemostasia**. No será necesario repetir la analítica si el paciente tiene una previa normal hace menos de 1 año. Se solicitará ECG en aquellos pacientes hospitalizados o ASA 4.

Además de los antecedentes médico-quirúrgicos del/a paciente, se hará constar en la valoración preanestésica sus datos antropométricos (peso y talla), y si es apto o no para el programa de endoscopias (colonoscopias de pacientes ASA I, II y III).

En procedimientos que requieran sesiones de múltiples:

- dilataciones endoscópicas altas y bajas periodo entre dilatación 15 días
- ligadura de varices con banda: periodo aproximado entre sesiones 1 mes.
- Tratamiento de fistulas con sellado: periodo entre sesiones 15 días- 1 mes.
- Polipectomía y control de polipos complejos: 3 a 6 meses entre sesiones.
- Drenaje de colecciones abdominales por ecoendoscopia: sesiones cada 2-3 días hasta completar limpieza
- y cualquier otro que sea especificado desde el Servicio de Medicina digestiva se dará un único consentimiento que será considerado múltiple, en el que se especificará que será válido para las sucesivas sesiones. Este proceder lleva aparejada la importancia de la correcta citación de los pacientes, en la que debe indicarse el tipo de procedimiento con múltiples sesiones.

Consentimiento informado será siempre múltiple, excepto en aquellos casos en los que la gravedad en la comorbilidad del paciente haga imprescindible una nueva valoración previa.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ENDOSCOPIAS (DR. SEMPERE)

Pacientes para PEG con ELA

VPA una semana antes del procedimiento.

Valorar grado de afectación por su enfermedad neuromuscular: fecha de diagnóstico, tratamiento, limitación para la ABVD, hacer especial hincapié en su situación respiratoria actual:

- PFR recientes + gasometría basal (<1 año): el criterio CVF se sustituye por la PEM y la PIM: 50% del valor teórico correcto, si <60 cm H₂O indicador de necesidad de VNI; si próximos a 20 cm H₂O indicación de Coughassist®.
- Necesidad de VNI diaria o nocturna y parámetros actuales en su respirador; recordar y añadir en observaciones la necesidad de traer su respirador el día de la exploración.
 - Coughassist® en domicilio: traer el día de la exploración.
- Preguntar si dispone de testamento vital o voluntades anticipadas (reanimable o no) y reflejarlo en la HC

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ANESTESIA PEDIÁTRICA

Dra Ballester, Dr Bagan, Dr Zapater, Dr Lluna, Dr Povo, Dra Garcia Cebrian (anestesióloga de la FE)

Siguiendo las recomendaciones actuales de SEDAR en cuanto a las pruebas preoperatorias de los **pacientes pediátricos** (<14 años) y consensuado con las especialidades quirúrgicas, **no requerirán la realización de exámenes complementarios aquellos ASA I, II y con historia clínica con ausencia de predisposición hemorrágica tras anamnesis dirigida y especialmente procedimientos con bajo riesgo de hemorragia (tabla orientativa)**

No se solicitará de manera rutinaria analítica en pacientes pediátricos programados para pruebas diagnósticas que requieran sedación (pruebas de imagen: TAC /RMN; gastroscopias, colonoscopías,..). En caso de requerir maniobras terapéuticas durante el procedimiento (toma biopsias) se valorará la realización de INR en el momento.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ANESTESIA PEDIÁTRICA

Dra Ballester, Dr Bagan, Dr Zapater, Dr Lluna, Dr Povo, Dra Garcia Cebrian (anestesióloga de la FE)

Listado de procedimientos quirúrgicos pediátricos con bajo riesgo de sangrado

ORI	CGI	URI	TRI	ODI	CPL	OFI
Drenaje transtimpánico bilateral. Potenciales evocados auditivos con sedación en quirófano.	Hernia inguinal unilateral. Quiste de cordón Hernia umbilical Hernia epigástrica Criptorquidia Endoscopia digestiva alta y baja Endoscopia bronquial Biopsias ganglionares subcutáneas Tumoraciones benignas subcutáneas	Endoscopia Fimosis Hidrocele unilateral Tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral Tratamiento endoscópico de la patología uretral.	En general, intervenciones UCSI. o Cirugías sobre mano que no precisen osteosíntesis, ni prótesis. EMO excepto cadera y cirugías percutáneas. Pulgar en resorte Extracciones de agujas de Kirschner en antebrazo y mano Manipulacione bajo control radioscópico	Exodoncias simples, o extirpación de inclusiones dentarias, asociadas o no con pequeños quistes/granulomas que se consideren no complicadas con respecto a su número, localización y tamaño. Extirpación-biopsia de pequeñas lesiones de mucosa oral y labial como mucocelos, granulomas o fibromas. Frenectomía lingual y labial Excepciones por edad del paciente en que sí se consideraría conveniente realizar dicha analítica:	Apéndices preauriculares Dedos supernumerarios (cuando se trata de un vestigio) Nevus de pequeño tamaño Lóbulos rasgados Pilomatrixomas Quistes en cola de ceja	Epíforas- Sondajes Estrabismos – Toxina botulínica Inyecciones subconjuntivales A partir de la segunda exploración de glaucomas A partir de la segunda exploración de retinoblastomas Retirada de material de sutura.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ANESTESIA PEDIÁTRICA

Dra Ballester, Dr Bagan, Dr Zapater, Dr Lluna, Dr Povo, Dra Garcia Cebrian (anestesióloga de la FE)

La solicitud de analítica, incluirá bioquímica, hemograma y hemostasia, con validez de un año, salvo cualquier circunstancia o proceso intercurrente que requiera nueva valoración analítica queda reservada para casos con:

- Patología asociada del paciente que no dispone de analítica reciente. (principalmente antecedentes familiares o personales de enfermedades hematológicas: anemia, hemofilia, déficit de factores de coagulación, historia de sangrados / hematomas frecuentes,...)
- Cirugías de mayor complejidad con mayor riesgo de sangrado que requieran ingreso hospitalario (tabla)
- A criterio del cirujano y del anestesiólogo responsable de la valoración preoperatoria

En caso de requerir **analítica** de sangre en **pacientes discapacitados o con alta probabilidad de dificultad de punción** por escasa colaboración o particularidades anatómicas, se valorará realizar la punción bajo anestesia el día de la intervención quirúrgica, solicitando analítica URGENTE.

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

ANESTESIA PEDIÁTRICA

Dra Ballester, Dr Bagan, Dr Zapater, Dr Lluna, Dr Povo, Dra Garcia Cebrian (anestesióloga de la FE)

Listado de procedimientos quirúrgicos pediátricos con mayor riesgo de sangrado, con ingreso:

ORI	CGI	URI	TRI	ODI
Adenoamigdalectomía	Quiste tirogloso	Hipospadias Pieloplasja Nefrectomía Reimplante, Ureterostomía.	Cirugías prolongadas con alta exposición de tejidos	Quistes maxilares/mandibulares Tumores odontogénicos Lesiones cervicales (quistes o adenopatías) Fracturas maxilofaciales complejas

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

CONSENTIMIENTO INFORMADO. VALIDEZ VPA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Doble procedimiento: se realizará la VPA para ambos procedimientos, salvo que hayan existido complicaciones durante la primera intervención. Por ejemplo, para implante y retirada de electrodos en la cirugía de la patología neurovascular: intervención quirúrgica y controles neurorradiológicos. Cataratas de ambos ojos.

VALIDEZ DE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA:

Estos periodos de validez están sujetos a posibles variaciones si hay cambios clínicos o cambio del tipo de intervención durante este periodo. En estos casos, el servicio responsable debe solicitar una nueva valoración o contactar con los Coordinadores de Anestesia para aclarar las dudas que le puedan surgir.

ASA 1: 1 año ASA 2: 8 meses ASA 3: 6 meses ASA 4: 1 mes

SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS CHGUV

Han participado en dicho consenso miembros del SARTD y de los diferentes servicios quirúrgicos, radiología endoscopia digestiva, UDCA, Informática, Dirección Quirúrgica, colegas del Hospital la Fe de Valencia

Se han realizado consultas a miembros de hospitales del entorno

Visado Por el jefe del SARTD

Aporta novedades en procedimientos radiológicos, endoscópicos y pediátrico

- Amplia la realización de cuestionarios a algunos procedimientos de radiología intervencionista
- Limita la obtención de analíticas preoperatorias en pacientes pediátricos sometidos a cirugías con escasos riesgo de hemorragia y baja complejidad del procedimiento
- En caso de analítica pacientes discapacitados o con alta probabilidad de dificultad de punción por escasa colaboración o particularidades anatómicas, se valorará realizar la punción bajo anestesia el día de la intervención quirúrgica, solicitando analítica URGENTE.
- Duración de la validez de la VPA

Establece las peculiaridades de la cirugía torácica, cardiaca, oncológica abdominopélvica y tiene en cuenta la vía GRAMGEA (prehabilitación), etc. respetando los protocolos existentes.

Define: DOBLE PROCEDIMIENTO