



Asesoría Jurídica

Mat.: Aprueba "Protocolo de evaluación pre-anestésica".

96076403-05-23

Resolución Exenta N° /

Santiago.

VISTOS, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.469 y N° 18.933;

2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

3. El Decreto con Fuerza de Ley N° 29, de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.

4. Los Decretos Supremos N° 140 y N° 38, de 2004 y 2005, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red.

5. La Resolución N° 7 de 2019 y N° 16 de 2020 de la Contraloría General de la República.

6. La Resolución Exenta N° 0423, de fecha 03 de abril de 2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que designa director Subrogante del Hospital de Urgencia Asistencia Pública; y

CONSIDERANDO

a) Que, la evaluación pre-anestésica (EPA) es un proceso multidisciplinario donde pueden interactuar entre otros: anestesiólogos, cirujanos, internistas de diferentes subespecialidades, intensivistas, enfermeras/os y diferentes servicios de apoyo (Laboratorio, Banco de Sangre, Imagenología), aplicando cuidados de calidad en pro de la seguridad de los pacientes que se atienden en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), permite determinar el riesgo del paciente (Escala ASA, anexo 1), que junto al riesgo del procedimiento permiten elaborar estrategias de manejo del perioperatorio que permitan mejores resultados de corto y largo plazo.

b) Que, se debe considerar en todo momento la premura con que se debe realizar el procedimiento o cirugía. El HUAP, aunque es un hospital de urgencias y emergencias recibe también pacientes candidatos a cirugía electiva; en dicho caso se dispone de algunos días para estudiar y optimizar al paciente para el procedimiento.

c) Que, si la urgencia amerita llevar a los pacientes directamente al pabellón, no será posible cumplir a cabalidad con todas las etapas de una EPA, debiendo saltarse algunos puntos y abreviar otros, pudiendo completar los antecedentes y tomar exámenes mientras se realiza el acto anestésico.

d) Que, en este Protocolo se establece como objetivos específicos:

i. Asegurar la calidad en la aplicación de anestesia y/o sedación de los pacientes del HUAP candidatos a cirugía o procedimientos invasivos, considerando en todo momento la premura con la que debe practicarse dicha intervención, a fin de obtener los mejores resultados y adecuar los costos totales a las condiciones y capacidades del HUAP.

ii. Evaluar el estado de salud del paciente, tanto para diagnosticar una nueva enfermedad, como para evaluar y optimizar una enfermedad o condición médica preexistente, su terapia medica o alternativa y determinar cómo estos podrían influir sobre los cuidados perioperatorios.

iii. Formular planes anestésicos de mutuo acuerdo con el equipo tratante y el paciente.

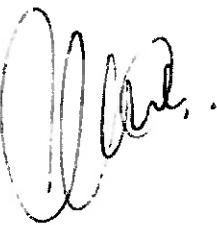
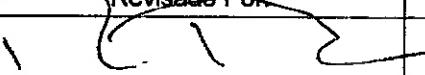
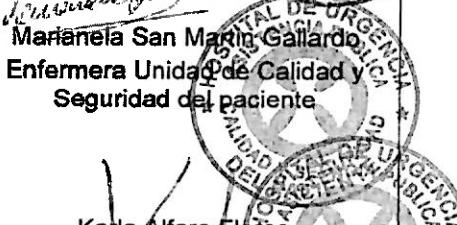
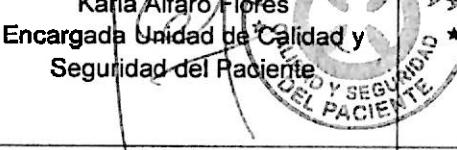
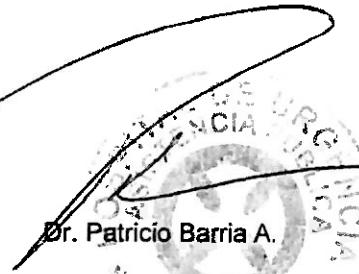
e) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la *sexta versión* de el “Protocolo evaluación pre-anestésica”, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I. APRUÉBANSE la sexta *versión* de “*Protocolo evaluación pre-anestésica*” que es del siguiente tenor:

	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA				
	CÓDIGO GCL 1.1	VERSIÓN 06	FECHA 04/2023	VIGENCIA 5 años	Nº PÁGINAS 1 de 29

PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
 Dra. Marcela Ávila Ávila Anestesióloga	 Dr. Ricardo Bustamante Bozzo Anestesiólogo  Ilse Silva Robles Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del paciente  Mariamelia San Martín Gallardo Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del paciente  Karla Alfaro Flores Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	 Dr. Patricio Barria A. Director (s) HUAP 
Fecha: Abril 2023	Fecha: Abril 2023	Fecha: Abril 2023

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 2 de 29

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. OBJETIVOS	4
III. ALCANCE.....	4
IV. DEFINICIONES.....	5
V. REONSABLES	6
VI. DESARROLLO DEL PROCESO.....	6
VII. DISTRIBUCIÓN.....	19
VIII.BIBLIOGRAFÍA.....	20
IX. MODIFICACIÓN DE DOCUMENTO.....	22
X. ANEXOS	
Anexo 1. Sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA).....	23
Anexo 2. Clasificación de CEPOD (del inglés <i>Confidential Enquire into Perioperative Deaths</i>).....	24
Anexo 3. Formulario de registro EPA. (Contiene elementos del intra y postoperatorio).....	25
Anexo 4. Estimación del riesgo quirúrgico según el tipo de cirugía o intervención.....	26
Anexo 5. Manejo del paciente candidato a cirugía no cardíaca. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery...	27
Anexo 6. Cirugía no cardíaca de acuerdo a su riesgo de sangrado.....	28
Anexo 7. Tabla de suspensión de NACO de acuerdo al riesgo de sangrado y la función Renal.....	29

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 3 de 29

I. INTRODUCCIÓN

La Evaluación Pre anestésica (EPA) es un proceso multidisciplinario, donde pueden interactuar entre otros: anestesiólogos, cirujanos, internistas de diferentes subespecialidades, intensivistas, enfermeras/os y diferentes servicios de apoyo (Laboratorio, Banco de sangre, Imagenología), aplicando cuidados de calidad en pro de la seguridad de los pacientes que se atienden en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), permite determinar el riesgo del paciente (Escala ASA, anexo 1), que junto al riesgo del procedimiento permiten elaborar estrategias de manejo del perioperatorio que permitan mejores resultados de corto y largo plazo.

Se debe considerar en todo momento la premura con que se debe realizar el procedimiento o cirugía. El HUAP, aunque es un hospital de urgencias y emergencias, recibe también pacientes candidatos a cirugía electiva; en dicho caso casos se dispone de algunos días para estudiar y optimizar al paciente para el procedimiento. Si la urgencia amerita llevar a los pacientes directamente al pabellón, no será posible cumplir a cabalidad con todas las etapas de una EPA, debiendo saltarse algunos puntos y abreviar otros, pudiendo completar los antecedentes y tomar exámenes mientras se realiza el acto anestésico (anexo 2).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 4 de 29

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Asegurar la calidad en la aplicación de anestesia y/o sedación de los pacientes del HUAP candidatos a cirugía o procedimientos invasivos, considerando en todo momento la premura con la que debe practicarse dicha intervención, a fin de obtener los mejores resultados y adecuar los costos totales a las condiciones y capacidades del HUAP.

Objetivos Específicos

- 2.1 Evaluar el estado de salud del paciente, tanto para diagnosticar una nueva enfermedad, como para evaluar y optimizar una enfermedad o condición médica preexistente, su terapia médica o alternativa y determinar cómo éstos podrían influir sobre los cuidados perioperatorios.
- 2.2 Formular planes anestésicos de mutuo acuerdo con el equipo tratante y el paciente.

III. ALCANCE

Este documento está dirigido a profesionales quienes apliquen cuidados anestésicos (Anestesiólogos y médicos en formación) y a aquellos que sean tratantes de pacientes con indicación de cirugía o procedimientos invasivos que requieran apoyo de la Unidad de Anestesiología.

Los cuidados anestésicos consideran la administración de anestesia general, regional, sedación o vigilancia anestésica monitorizada en las dependencias de los pabellones quirúrgicos, incluyendo el angiografo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 5 de 29

IV. DEFINICIONES

Evaluación pre anestésica (EPA): proceso de entrevista y estudio clínico que precede a la administración de anestesia. Comprende: revisión de ficha clínica anamnesis, examen físico dirigido (cardiovascular, respiratorio y vía aérea superior) y solicitud de exámenes de laboratorio o evaluaciones complementarias, la cual se aplica en anestesia general, anestesia regional y sedación.

Anestesia general: pérdida de conciencia inducida por fármacos durante la cual los pacientes no son capaces de adquirir vigilia, incluso por estimulación dolorosa. A menudo, la capacidad de mantener de forma independiente la función ventilatoria. Está deteriorada y frecuentemente se requiere asistencia para mantener la vía aérea permeable y ventilación mecánica. La función cardiovascular puede verse afectada.

Anestesia regional: conjunto de técnicas anestésicas en las que se inyectan anestésicos locales para bloqueos nerviosos neuroaxiales (adyacente a la médula espinal) o periféricos (adyacente a nervios o troncos nerviosos periféricos). A diferencia de la anestesia general, el paciente no pierde la conciencia, sin embargo, se puede asociar a sedación en cualquiera de sus niveles.

Sedación: es un estado depresión de conciencia inducido por drogas que puede ser:

- Mínima: solo ansiolisis. El paciente responde normalmente a comandos verbales, sin embargo, las funciones cognitivas y la coordinación pueden estar afectada. No están afectados los reflejos de vía aérea ni la función ventilatoria ni cardiovascular.
- Moderada (“Sedación Conciente”): el paciente responde intencionadamente a comandos verbales o a estímulo táctil suave. No se requiere intervenciones para mantener permeable la vía aérea y la ventilación es adecuada. La función cardiovascular está usualmente mantenida.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 6 de 29

- Sedación profunda: el paciente no adquiere fácilmente vigilia, pero responde intencionadamente a estímulos repetidos o dolorosos. Puede estar deteriorada la capacidad de mantener la vía aérea permeable y la función ventilatoria. La función cardiovascular está usualmente mantenida.

Vigilancia anestésica monitorizada: se refiere a la presencia de un anestesiólogo durante un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Incluye monitorización de signos vitales y diagnóstico y tratamiento de complicaciones que se presenten durante el procedimiento.

V. RESPONSABLES

Responsable de la ejecución: Médicos Unidad de Anestesia.

Responsable de la supervisión y evaluación: Médico Jefe Unidad de Anestesia.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

En términos generales se recomienda:

- ✓ En pacientes con emergencia extrema, la EPA debe ser reemplazada por una activa optimización del paciente para proceder lo más rápido posible a la cirugía o procedimiento.
- ✓ En cirugías programadas; procedimientos invasivos y con patología agregada grave, la EPA sea efectuada antes del día de la cirugía.
- ✓ En procedimientos de nivel intermedio y que tengan patología agregada leve a moderada puede realizarse el día antes o inmediatamente antes de la cirugía.
- ✓ En procedimientos menores y sin patología agregada, la evaluación puede hacerse inmediatamente antes de la cirugía.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 7 de 29

-Registro de EPA

1. Realizar registro de la EPA en formulario ad hoc (anexo 3), el cual debe ser firmado por evaluador y quien le respalda si corresponde.
- 2 . Identificación del entrevistador: el responsable de la evaluación debe identificarse verbalmente ante el paciente o su acompañante y portar un documento que lo identifique; también debe identificarse en el formulario de registro con apellido y firma.
- 3 . Identificación del paciente: con su nombre, sexo y edad.
4. Precisar diagnóstico quirúrgico (aquel que motiva intervención) y la cirugía programada, con lo que se puede estimar aproximadamente el tiempo quirúrgico y las pérdidas sanguíneas esperadas.
5. Realizar entrevista al paciente y/o a familiares, revisar historia clínica, practicar examen físico acotado.

5.1 En relación a la anamnesis:

- Enfermedades agudas y/o crónicas.
- Consumo de medicamentos.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Historial anestésico personal y familiar (en particular historia sugerente de hipertermia maligna).
- Alergia a medicamentos, alimentos, látex, etc
- Presencia de dispositivos médicos implantados: marcapasos, desfibriladores, estimuladores espinales, derivación ventrículo peritoneal, fistula arteriovenosa, catéter de hemodiálisis o quimioterapia, etc.
- Hábitos: tabaco, alcohol, drogas

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 8 de 29

- Antecedentes gineco-obstétricos (gestaciones, partos y abortos), embarazo actual.

5.2 Examen físico general:

- Signos antropométricos: peso, talla e índice de masa corporal (IMC)
- Signos Vitales: presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco, saturación de oxígeno y temperatura.
- Estado de conciencia objetivado mediante la Escala de Glasgow si corresponde

5.3 Examen físico segmentario:

- Selectivo, según antecedentes obtenidos de historia clínica
- Vía aérea superior: clasificación de Mallampati, distancia tiromentoniana, distancia Inter incisivos, flexo extensión cuello.
- Cardio-Pulmonar

5.3 Exámenes de laboratorio e imagenología:

- Registrar resultados pertinentes en formulario ad hoc.
- Revisar imágenes cuyo resultado pueda impactar la técnica anestésica: diámetro de vía aérea, presencia de neumotórax, lesión de columna cervical, etc.

6. Evaluaciones por otras especialidades: pases anestésico-quirúrgicos, sugerencias de especialistas respecto manejo de comorbilidades del paciente, especificaciones de LET, etc.

7. Determinación de la clasificación de ASA de acuerdo al detalle en el anexo 1.

En los pacientes no identificados (NN) y en aquéllos imposibilitados de aportar datos, no se pueden registrar todos puntos anteriores. Es necesario, sin embargo, registrar que se trata de una urgencia en la clasificación de ASA, agregando una letra "U".

8. Preparar y educar al paciente y/o su red de apoyo, reforzando: indicaciones de ayuno, suspensión o mantención de medicamentos y tabaco; retiro de prótesis dentales, lentes de contacto y joyas. Informar la posibilidad de pérdida de piezas dentales al manipular la vía aérea (especialmente en pacientes que poseen dentadura en mal estado).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 9 de 29

9. Validación de la EPA: con apellido y firma del médico responsable del procedimiento anestésico si es que no tuvo participación en el proceso de EPA. **Se considerará correcto que el médico responsable del procedimiento anestésico valide su propia evaluación pre anestésica.**

-Solicitud de exámenes preoperatorios.

Ya sea que no se dispongan o que se considere necesario controlar algunos, su solicitud debe ser selectiva y justificada de acuerdo a la información obtenida en la entrevista, historia clínica y examen físico. También se debe considerar la edad del paciente, el tipo y complejidad de la cirugía, el momento en que ésta se va a realizar y la pertenencia a algún grupo de riesgo.

La prevalencia de enfermedad no reconocida en pacientes sanos que impacte los resultados quirúrgicos es baja. Por tanto, además de la alarma generada por exámenes con falsos positivos, solo conlleva costos innecesarios y retraso en la resolución quirúrgica. Si adicionalmente, no hay un actuar médico consecuente con los hallazgos de laboratorio, se agrega un riesgo médico legal.

En el caso de considerarse necesario practicar algún examen de laboratorio, es razonable considerar la validez de resultados normales dentro de los 4 meses previos, a menos que el estado clínico se haya modificado en dicho plazo.

Algunas de las indicaciones son las siguientes:

Test de embarazo: no realizar en forma rutinaria. Se recomienda en mujeres en edad fértil, especialmente si la fecha de última regla es mayor a 5 semanas (siempre y cuando no se interfiera con la oportunidad de la cirugía) y en mujeres en edad fértil candidatas a cirugía que pueda impactar el flujo uterino (Ej. cirugía endovascular aórtica o de las arterias uterinas).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 10 de 29

Hemoglobina/ Hematócrito: se sugiere en pacientes sobre 65 años o más jóvenes si se espera pérdidas sanguíneas significativas (>500 ml). En cirugía menor no es necesario a menos que la anamnesis sugiera anemia, pérdidas sanguíneas recientes o uso de anticoagulación peri operatoria.

Glicemia: en pacientes diabéticos, resistentes a insulina o con factores de riesgo para diabetes (historia familiar, historia de diabetes gestacional, IMC > 40 , acantosis nigricans, acrocordones), pacientes en tratamiento con glucocorticoides y en pacientes con mayor incidencia de infección de herida operatoria y complicaciones cardiovasculares debido a hiperglicemia: pacientes sometidos a cirugía vascular, cirugía ortopédica y cirugía de columna vertebral (sin previo diagnóstico de diabetes).

Electrolitos: no determinar rutinariamente, a menos que tenga síntomas (calambres, alteraciones ECG al monitor) o historia sugerente de anormalidad: uso de diuréticos, IECA, ARA II, enfermedad renal crónica estadio 3–5, terapia de reemplazo con potasio o preparación intestinal (Ej. colonoscopia).

Función renal: no es obligatoria su evaluación rutinaria en pacientes sanos. Se recomienda en pacientes con enfermedad renal conocida o una condición que los predisponga (diabetes, hipertensión) o acarree un riesgo aumentado de lesión renal aguda. Ej. abdomiolisis (politraumatismo, quemadura eléctrica), hipotensión perioperatoria, uso prolongado de AINEs o aminoglicósidos, uso de medio de contraste, etc. Sin embargo, es recomendable, si el tiempo lo permite, evaluar la creatininemia en a pacientes mayores de 65 años que serán sometidos a cirugía de riesgo intermedio a alto (ver anexo 4).

Función hepática: en disfunción hepática severa (cirrosis o falla hepática aguda), no de rutina.

Pruebas de coagulación: no se recomienda evaluación rutinaria. Solicitar tiempo de protrombina, TTPK y recuento plaquetario si la historia (personal o familiar) o el examen físico sugieren diátesis hemorrágica o trombofilia, si el paciente está usando anticoagulación o se

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 11 de 29

planea para el postoperatorio, u otras condiciones asociadas con deterioro de la coagulación (enfermedad hepática, malnutrición). Para desórdenes más complejos (Ej. trastornos plaquetarios hereditarios, hemofilia, anemia falciforme, etc.), se puede requerir pruebas adicionales y una evaluación por hematología.

Orina: no solicitar rutinariamente a menos que se sospeche infección urinaria. Solicitar urocultivo en pacientes que serán sometidos a procedimientos urológicos específicos, o a la instalación de prótesis con material foráneo (prótesis de articulaciones, válvulas cardíacas).

Radiografía de tórax: no solicitar de rutina a menos que la anamnesis o el examen físico lo sugieran. Es adecuado en pacientes con enfermedad cardiopulmonar conocida y mayores de 50 años que van a ser sometidos a procedimientos de alto riesgo tales como: cirugía abdominal alta, de aorta, esofágica o torácica; si bien en general no se asocia con cambios en el manejo ni con el porcentaje de complicaciones pulmonares o mortalidad postoperatorias.

Electrocardiograma (ECG): solicitar en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, arritmias, enfermedad estructural significativa (Ej. cardiomiopatía), enfermedad vascular periférica, pulmonar o cerebrovascular, diabéticos insulino requirentes, enfermedad renal (creatinina >2 mg/dl o clearance de creatinina < 60 ml/min), y en presencia de signos o síntomas cardiovasculares activos o cirugías de riesgo cardíaco intermedio y alto. En mayores de 65 años, sin factores de riesgo, que serán sometidos a cirugías de riesgo intermedio y mayores de 45 años candidatos a cirugías alto riesgo.

El ECG no tiene utilidad en pacientes asintomáticos sometidos a procedimientos de bajo riesgo. Tiene una validez de **6 meses**, siempre que no se produzcan cambios importantes en la condición clínica del paciente durante este intervalo de tiempo.

Ecocardiograma: solicitar en pacientes con signos o síntomas de insuficiencia cardíaca, soplo cardíaco y síntomas cardíacos, como disnea, síncope o dolor torácico, para objetivar su estado funcional.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 12 de 29

Péptido natriurético tipo B (ProBNP): en pacientes de 45–65 años sin signos, síntomas, o patología cardiovascular candidatos a cirugía de alto riesgo. Es un indicador de muy buen rendimiento en la diferenciación de disnea de origen cardíaco o respiratoria.

-Determinación de riesgo cardiovascular (CV).

La ocurrencia de complicaciones CV en el perioperatorio de cirugía no cardíaca (CNC) tiene gran impacto en el pronóstico. Este riesgo es función de factores asociados al paciente y a la cirugía (tipo, duración, experiencia del operador y del centro, si se trata de cirugía electiva o tiempo sensible y del nivel de complejidad del hospital donde se realice el procedimiento).

Los factores de riesgo asociados al paciente son: edad, factores de riesgo CV (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia, predisposición familiar), enfermedad CV establecida, y comorbilidades.

Los factores de riesgo específicos relacionados con el paciente pueden reducirse mediante la realización de una adecuada EPA y la puesta en marcha de estrategias para reducirlo. Se recomienda un enfoque multidisciplinario para decidir si el tratamiento de las condiciones cardíacas preexistentes mejora la seguridad perioperatoria sin generar retrasos innecesarios.

La cuantificación del riesgo quirúrgico como bajo, intermedio y alto es útil para identificar el grupo de pacientes que más se benefician de los enfoques preventivos, diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades CV concomitantes.

La selección adecuada por parte del equipo tratante del tipo y momento de la intervención quirúrgica puede reducir el riesgo de complicaciones. Ej. En pacientes de alto riesgo escoger técnicas mínimamente invasivas, operadores expertos, etc.

La valoración clínica, la capacidad funcional reportada por el paciente y las pruebas no invasivas son clave en la evaluación CV preoperatoria.

El anexo 5 muestra el algoritmo de manejo sugerido por la Sociedad Europea de Anestesiología y Cuidados Intensivos. En lo casos CEPOD 2 (del inglés *Confidential Enquiry into Perioperative Deaths*), podría aplicarse la orientación sugerida para cirugía electiva, con énfasis en la determinación de la capacidad funcional (CF), por tratarse de una herramienta costo efectiva) versus una experiencia limitada con los biomarcadores.

-Determinación de la capacidad funcional (CF).

La CF puede ser expresada en equivalentes metabólicos (MET): (1 MET es el oxígeno consumido por minuto por una persona en posición sentada). La capacidad de alcanzar 4 METs

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 13 de 29

sin síntomas se considera un buen predictor pronóstico. Existen escalas objetivas que se pueden completar en línea, ya sea en páginas web o aplicaciones. Se ha demostrado que superan a las subjetivas en capacidad pronóstica. La valoración subjetiva sobreestima la capacidad funcional y no debe reemplazar la realización de pruebas objetivas en pacientes propuestos para cirugía de resección pulmonar. Una de las más usadas es la escala de DUKE (DASI, del inglés Duke Activity Status Index). Esta escala está disponible en línea, así como en aplicaciones gratuitas como MDCalc.

Los siguientes son indicadores subjetivos útiles:

- Puede cuidar de sí mismo: comer, vestirse, ir al baño (1 MET)
- Puede subir un piso por las escaleras o caminar en plano 4 cuadras (4 METs).
- Puede hacer trabajo pesado en casa tales como fregar el piso o levantar muebles pesados o subir 2 pisos por las escaleras (4-10 METs).
- Participa de deportes extenuantes tales como natación, tenis (single), fútbol, baloncesto y esquí (>10 METs)

- Ayuno.

- En cirugía de urgencia no se requiere ayuno.
- En cirugía programada se debe indicar ayuno previo a la administración de anestesia general, regional o sedación.
- Los líquidos claros (agua, té, café, bebidas rehidratantes, jugos sin pulpa) pueden ser ingeridos hasta 2 horas previo al procedimiento. No considera alcohol.
- Sólidos. Una comida liviana y leche no humana puede ser ingerida hasta 6 horas antes del procedimiento. Tiempo adicional (8 o más horas) puede ser necesario en casos de consumo de frituras, contenido grasoso o carne.
- El usar sorbos de agua para consumir medicamentos no se considera quiebre del ayuno. Tampoco masticar chicle, fumar, ni chupar (no masticar) un caramelo.
- Se debe evitar el ayuno prolongado, pues no es sinónimo de estómago vacío, sino de ocupación del estómago por un alto contenido de ácido (y además, puede provocar alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas y una importante sensación de malestar en el paciente). La privación de líquidos previo a una cirugía facilita la presencia de hipotensión durante la inducción, deshidratación, hipoglucemia y una intensa sensación de sed y hambre que inducen a irritabilidad, especialmente en adultos mayores y niños.
- En pacientes con nutrición enteral por sonda, la decisión del ayuno representa un balance entre la necesidad de soporte nutricional máximo versus el riesgo de

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 14 de 29

aspiración. Sugerencias de centros con experiencia en el tema se detallan a continuación:

- Pacientes candidatos a cirugía abdominal, o con una sonda gástrica que no están intubados o con una traqueostomía sin cuff, se sugiere suspender la alimentación 8 horas previo a la cirugía.
- Pacientes con sonda gástrica y traqueostomía con cuff o intubados, continuar alimentación hasta el momento de la cirugía.
- Pacientes con sonda en posición pilórica confirmada, continuar alimentación hasta el momento de la cirugía.

-Determinación del riesgo tromboembólico (TE) y tromboprofilaxis.

La unidad de Anestesiología del HUAP adhiere al protocolo institucional de tromboprofilaxis, en su versión 01 del 2021 y realizará la evaluación de riesgo aplicando la puntuación de Caprini.

Hay que tener presente que a pesar del desarrollo de escalas de predicción de riesgo, el número de trombosis en pacientes quirúrgicos ha ido en aumento.

Los pacientes sometidos a varias intervenciones quirúrgicas a lo largo de una estadía hospitalaria deben ser reevaluados y ser eventualmente re clasificados de acuerdo a la evolución del caso. Las decisiones del método, dosis y tiempos de la tromboprofilaxis se deciden considerando el balance del riesgo de trombosis versus el de sangrado perioperatorio y de acuerdo al protocolo institucional (ver anexo 6).

La indicación de la tromboprofilaxis es responsabilidad del médico tratante. El manejo perioperatorio de la misma puede ser consultado o discutido con el anestesiólogo.

-Manejo de las medicaciones de uso crónico.

Es indispensable obtener el listado de TODAS las drogas en uso, incluyendo automedicación, suplementos y medicina no tradicional. No sólo las usadas hasta el día de la operación, sino las usadas en el último tiempo, especialmente anticoagulantes y antiagregantes.

La decisión de mantener o suspender los tratamientos farmacológicos debe considerar el riesgo y el beneficio de ambas decisiones. El perioperatorio conlleva un sinnúmero de cambios en las homeostasis (sangrado, hipotermia, ayuno, aumento de las pérdidas insensibles, etc.) y, además, se agregan nuevas terapias farmacológicas (antibióticos, anestésicos, analgésicos, tromboprofilaxis, etc.) que aumentan el riesgo de interacciones farmacológicas.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 15 de 29

En este documento se entregarán lineamientos generales de los fármacos más habituales en la población blanco del HUAP.

ANTIHIPERTENSIVOS:

- Mantener los beta bloqueadores (propanolol, atenolol, pindolol brisoprotil, carvedilol, metroprolol, etc).
- Suspender los bloqueadores canales de calcio (amlodipino, nifedipino, verapamilo, nimodipino, diltiazem, etc.) el día de la cirugía (reportes de hipotensión en el postoperatorio).
- Suspender los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: (enalapril, captopril) y los bloqueadores del receptor de angiotensina II (losartán, olmesartán, candesartán, telmisartán, valsartán, etc.) el día de la cirugía (asociación con hipotensión). Mantenerlos en casos de insuficiencia cardíaca e hipertensión mal controladas.
- La mantención o suspensión de los diuréticos es más controvertida, pero en general se suspenden el día de la cirugía, salvo casos de insuficiencia cardíaca descompensada o sobrecarga de volumen. Es importante evaluar la kalemia en los pacientes usuarios de diuréticos de asa y tiazídicos (furosemida, hidroclorotiazida) por la posibilidad de desarrollar hipokalemia y, en los ahorreadores de potasio (espironolactona, triamterene, amilorida), por la eventualidad de producir hiperkalemia.

HIPOLIPEMIANTES:

Debido al vínculo de los fibratos (ciprofibrato, gemfibrocilo) con miopatía y rhabdomiolisis (en ocasiones exacerbada por el evento anestésico-quirúrgico), se sugiere suspenderlos el día previo a la cirugía, para permitir su aclaramiento. En cambio, las estatinas (atorvastatina, rosuvastatina, lovastatina, etc.), pueden prevenir eventos vasculares en el periodo perioperatorio, por tanto, se recomienda mantenerlas.

ANTICOAGULANTES:

Los anticoagulantes constituyen un factor de riesgo de sangrado intraoperatorio para el procedimiento quirúrgico y de hemorragia con desarrollo de hematoma peridural o hemorragia subaracnoidea en anestesia neuroaxial.

- Tratamiento anticoagulante oral (TACO): en Chile se usa el acenocumarol, en tanto que la warfarina es el fármaco más utilizado en los países anglosajones.
 - Procedimientos menores o aquéllos en donde el sangrado puede ser fácilmente controlado, pueden ser realizados sin interrupción del TACO, con el INR estrechamente monitoreado y manteniendo en la parte inferior del rango terapéutico.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 16 de 29

- En cirugía mayor, suspender el TACO hasta obtener INR ≤1,5. Dependiendo de la premura o el tipo de la cirugía, revertir el efecto anticoagulante del acenocumarol con vitamina K endovenosa, plasma fresco congelado (PFC) o concentrados protrombínicos.
- Heparinas de bajo peso molecular (HBPM): enoxaparina y dalteparina. En dosis profilácticas se suspende 12 horas previo al procedimiento y en dosis terapéutica 24 horas antes.
- Fondaparinux: suspender 36 a 42 horas previo al procedimiento o punción.
- Heparina no fraccionada (HNF). En régimen profiláctico (5000 UI sc cada 12 horas) suspender 4 a 6 horas previo a la cirugía/punción neuroaxial. En regímenes con dosis mayores, suspender 12 horas previo al procedimiento. En dosis terapéuticas EV suspender 4 a 6 horas previo al procedimiento y medir TTPK de control antes de la cirugía.
- Realizar un recuento plaquetario cuando el paciente ha recibido HNF o HBPM □ 5 días debido al riesgo de trombocitopenia.
- Nuevos anticoagulantes orales (NACO), existen los inhibidores directos de la trombina (Dabigatran) y los inhibidores Xa (rivaroxaban, apixaban).
 - En urgencia, suspender inmediatamente. En el HUAP no se dispone de los antagonistas específicos (Idarucizumab, Andexanet alfa), por lo que, de ser necesario, se recomienda usar empíricamente concentrados protrombínicos.
 - La suspensión es de acuerdo al tipo de NACO, función renal del paciente y riesgo de sangrado de la cirugía (ver anexo 8).
 - En cirugía con riesgo menor de sangrado y procedimientos donde el sangrado puede ser controlado fácilmente, no interrumpir los NACOs e intervenir cuando el fármaco está con niveles mínimos: 12h si se toman una vez al día y 24 horas si se toman 2 veces al día.
 - Para intervenciones con muy alto riesgo de sangrado, tales como anestesia espinal o epidural, se debe considerar interrupción de los NACOs por 5 vidas medias (3 días para inhibidores Xa o 4–5 días para dabigatran).
- Terapia puente: al discontinuar TACO o NACO usar HBPM (sc cada 12 horas) o HNF EV. La terapia puente se sugiere en grupos con alto riesgo trombótico:
 - Pacientes con fibrilación auricular con puntaje CHA2DS2-VASc □ 6, ACV reciente (\leq 3 meses) o alto riesgo de recurrencia de evento TE.
 - Pacientes con válvula mecánica si:
 - (i) Se trata de una válvula mecánica aórtica y cualquier factor de riesgo TE.
 - (ii) Si se trata de una válvula mecánica aórtica de antigua generación.
 - (iii) Si se trata de una válvula mecánica mitral o de un reemplazo valvular tricuspídeo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 17 de 29

ANTIPLAQUETARIOS:

- Aspirina (AAS): si fue indicada como prevención primaria suspender sin inconvenientes (en este subgrupo es mayor el riesgo de sangrado que la protección CV otorgada por AAS). En cirugía con alto riesgo de sangrado (intracranial, neurocirugía espinal o cirugía vitreoretinal) se recomienda suspender por 7 días.
- Derivados de la tienopiridina: clopidogrel, ticlopidina, ticagrelor, prasugrel.
 - En pacientes de alto riesgo con intervencionismo coronario percutáneo (PCI) reciente, la terapia antiplaquetaria dual debe permanecer 3 meses antes de considerar cirugía tiempo sensible. Si la cirugía no puede ser pospuesta, se debe continuar terapia antiplaquetaria dual durante el perioperatorio.
 - La cirugía electiva debería ser pospuesta hasta poder discontinuar la terapia antiagregante en forma segura (6 meses después de PCI electiva o 12 meses después de un síndrome coronario agudo). En pacientes de alto riesgo se debe mantener la aspirina durante el perioperatorio. El clopidogrel/prasugrel se discontinúa 5 días previo a la cirugía electiva.
 - Cilostazol: suspender 42 horas previo al procedimiento o punción.

AGENTES GASTROINTESTINALES:

Mantener los bloqueadores H₂ (rantidina y famotidina) e inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, esomeprazol, lansoprazol) hasta el día de la intervención, o usarlos en la preinducción, debido al aumento de úlceras de estrés perioperatorias.

AGENTES RESPIRATORIOS:

Mantener los broncodilatadores (salbutamol, salmeterol, ipatropio, corticoides inhalatorios) e inhibidores de los leucotrienos (montelukast, zafirlukast). En caso necesario usar antes de la inducción anestésica.

HIPOGLICEMIANTES E INSULINA

- Metformina y glibenclamida: suspender el día de la cirugía.
- Inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina, empagliflozina, dapagliflozina, canaglioflozina): debido a su escasa pero consistente asociación con cetoacidosis normoglicémica, hipovolemia e infección del tracto urinario, suspender 3 a 4 días previo a la cirugía (o lo antes posible en caso de cirugía de urgencia) y vigilar la aparición de cetonas.
- Insulina NPH: se recomienda administrar el 50% de la dosis habitual el día de la cirugía. Si existe riesgo de hipoglucemia, disminuir un 25% la dosis de la tarde del día previo a la cirugía o procedimiento.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 18 de 29

TABACO:

Dejar de fumar un día disminuya la carboxihemoglobina y los niveles de nicotina, lo que desde el punto de vista teórico mejoraría el transporte de oxígeno. Dejar de fumar por 3 semanas mejora la cicatrización de las heridas y por 6 a 8 semanas, resulta en una disminución del volumen de expectoración a niveles similares a los de un no fumador y mejoría de la función pulmonar. Finalmente, la inmunidad mejora significativamente luego de 6 meses de cesar el tabaco.

La tasa de éxito de la cesación del tabaquismo en la población general es baja, pero tiende a ser mayor en candidatos a cirugía, particularmente si es aconsejado y estimulado por un médico. La EPA es una oportunidad para incentivar el cese del hábito.

- POBLACIONES ESPECIALES:

Nefrópatas en hemodiálisis. Programar la cirugía o procedimiento el día después de la diálisis. Si se usó heparina durante la misma, es recomendable medir TTPK 4 a 6 horas después de finalizada la sesión.

Diabéticos. En ausencia de hemoglobina glicosilada (por disponibilidad y oportunidad, por el alto porcentaje de cirugía tiempo sensible), la meta de manejo perioperatorio será el control de la glicemia o HGT en rangos de 80 a 180 mg/dL; estrategias de control más estrictos se asocian con mayor tasa de hipoglicemia, particularmente en pacientes con DM tipo 1 o historia de episodios previos de hipoglicemia. En el otro extremo, evitar glicemias >200 mg/dL, que se asocian a mayor tasa de infecciones postoperatorias y mayor mortalidad a los 30 días. Idealmente programar la intervención a primera hora de la mañana.

Grandes quemados. Considerar el dinamismo en el intraoperatorio (cambio de planes quirúrgicos). Todos los pacientes deben estar en condiciones de afrontar una cirugía diferente a la planeada (escarectomía, injerto, cambio de posición al egreso, cambio en el requerimiento de unidad en el postoperatorio). Por lo tanto, es importante una comunicación expedita con el equipo quirúrgico, el banco de sangre y los intensivistas. Cuando existe registro de hipotermia significativa durante la evolución (en sala u otras cirugías durante la hospitalización), es aconsejable indicar precalentamiento previo al traslado a pabellón (para disminuir la gradiente central-periférica), aun cuando el paciente esté normotérmico.

Hipertensión (HTA). Evitar suspender pacientes con HTA leve o moderada. Si el paciente tiene sistólicas ≥ 180 mmHg y/o diastólicas ≥ 110 mmHg, es aconsejable posponer la cirugía hasta mejorar el control de la enfermedad (excepto en casos de cirugía de emergencia). Una alternativa es el tratamiento endovenoso, antes de la inducción de la anestesia, con labetalol o urapidil.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 19 de 29

VII. DISTRIBUCIÓN.

- 1-Dirección
- 2-Subdirección clínica
- 3-Subdirección de gestión del cuidado
- 4-Unidad de calidad y seguridad del paciente.
- 5-Unidades clínicas
- 6-Servicio de apoyo Pabellón y Angiografía.
- 7-Oficina de partes

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 20 de 29

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J 2022 Oct 14;43(39):3826-3924.
2. Fuentes R, Nazar C, Vega P, Stuardo C, Parra A, Merino W. Recomendaciones Clínicas de la Sociedad de Anestesiología de Chile sobre Evaluación Preoperatoria. Revista chilena 2019; 48: 182-193.
3. Perioperative care in adults (NG180). © NICE 2020. All rights reserved. Subject to Notice of rights ([https://www.nice.org.uk/terms-and- conditions#notice-of-rights](https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights)).
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Perioperative. Sixth Edition January 2020
5. Guidelines to the practice of anesthesia. Can J Anesth/J Can Anesth (2019) 66:75–108.
6. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. Anesthesiology, 126(3). March 2017.
7. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism NICE guideline Published: 21 March 2018 www.nice.org.uk/guidance/ng89.
8. Horlocker T, Vandermeulen E, Kopp S, Gogarten W, Leffert L, Benzon H. Regional Anesthesia in the Patient Receiving Antithrombotic or Thrombolytic Therapy American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Fourth Edition). Reg Anesth Pain Med 2018;43: 263–309.
9. C Hanley, D Wijeysundera. Perioperative risk assessment – focus on functional capacity. Curr Opin Anesthesiol 2021, 34:309–316.
10. American Diabetes Association. Diabetes care in the hospital: Standards of Medical Care in Diabetes 2021. Diabetes Care 44 (Suppl. 1):S211–S220

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 21 de 29

11. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). Guideline on smoking as related to the perioperative period. PS12 2014.
12. Escala de DUKE (DASI, del inglés Duke Activity Status Index). Disponible en la página web: <https://www.mdcalc.com/duke-activity-status-index-das>
13. Protocolo de tromboprofilaxis Hospital de Urgencia Asistencia Pública, versión 01, 2021.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 22 de 29

IX. Modificación del documento

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACION	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
04	10/2013	Actualización	Dra. Clara Luxoro Anestesióloga	Dra. Patricia Méndez
05	08/2014	Actualización.	Dra. Clara Luxoro Jefa Unidad de Anestesia	Dr. Mario Henríquez
06	04/2023	Actualización	Dra. Marcela Ávila. Anestesióloga	Dr. Patricio Barria A.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 23 de 29

X. ANEXOS

ANEXO 1. Sistema de clasificación que utiliza la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA).

Clasificación ASA	Descripción	Mortalidad perioperatoria
I	Paciente sano, sin comorbilidad	0-0,3%
II	Enfermedad sistémica leve a moderada, sin limitación funcional	0,3-1,4%
III	Enfermedad sistémica moderada a severa, con limitación funcional	1,8-5,4%
IV	Enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante	7,8-25,9%
V	Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 con o sin cirugía	9,4-57,8%
VI	Paciente en muerte cerebral (candidato a donante de órganos)	100%

ASA Physical Status Classification System Committee of Oversight: Economics
 (Approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014, and last amended on December 13, 2020).

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 24 de 29

ANEXO 2. Clasificación de CEPOD (del inglés Confidential Enquiry into Perioperative Deaths).

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES POR EL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN

CEPOD 1: electiva	Cirugía en la que, tanto cirujano como paciente se preparan y programan para ella.
CEPOD 2: programada	Cirugía que es necesaria realizarla dentro de las siguientes 24hrs pero no con carácter de urgente (Cesárea por DCP sin sufrimiento fetal).
CEPOD 3: urgente	Cirugía lo más pronto posible después de la resuscitación hidroelectrolítica y/o cardiopulmonar (Obstrucción intestinal).
CEPOD 4: inmediata	Cirugía y resuscitación cardiopulmonar simultáneas (Ruptura de aneurisma aórtico). Generalmente, cirugías no mayores de 1 hora.

DCP: desproporción céfalo pélvica

Corresponde a una síntesis de opinión y consenso de expertos, pues no existe un número suficiente de estudios controlados que permitan confeccionar guías o estándares al respecto. Pueden ser adaptadas o modificadas de acuerdo a condiciones clínicas de cada paciente y a restricciones propias de las disponibilidades locales de atención. En el HUAP no existen pacientes CEPOD 1. Todas las patologías son tiempo sensibles y solo difieren entre sí en los plazos sugeridos de resolución.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 25 de 29

ANEXO 3. Formulario de registro de la EPA. También contiene elementos del intra y postoperatorio.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 26 de 29

ANEXO 4. Estimación del riesgo quirúrgico según el tipo de cirugía o intervención.

Bajo riesgo (<1%)	Riesgo intermedio (1-5%)	Alto riesgo (>5%)
Mama	Carótida paciente asintomático (endovascular o endarterectomía)	Resección adrenal
Dental	Carótida paciente sintomático (endarterectomía)	Aórtica y vascular mayor
Endocrino (tiroides)	Reparación endovascular aneurisma aórtico	Carótida paciente sintomático (endovascular)
Ocular	Cabeza y/o cuello	Duodenal o pancreática
Ginecológica menor	Intraperitoneal (esplenectomía, reparación hernia hiatal, colecistectomía)	Resección hepática, cirugía vía biliar
Ortopédica menor (menicectomía)	Intratorácica (no mayor)	Esofagectomía
Reconstructiva	Neurológica u ortopédica mayor (cirugía de columna y cadera)	Amputación o revascularización de EEII isquémica
De superficie	Angioplastía arterial periférica	Neumonectomía (abierta o videoasistida)
Urológica menor (RTU)	Trasplante renal	Trasplante pulmonar o hepático
Videotoracoscopía (resección pulmonar menor)	Urológica o ginecológica mayor	Reparación perforación intestinal
		Cistectomía total

RTU=resección transuretral
EEII= extremidad inferior

En paréntesis en el título de cada columna se detalla el riesgo quirúrgico estimado (de muerte de causa cardiovascular, IAM y ACV a los 30 días, que solo considera el riesgo de la intervención en sí misma, sin agregar el riesgo asociado a las comorbilidades del paciente).



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Código GCL 1.1

DIRECCIÓN

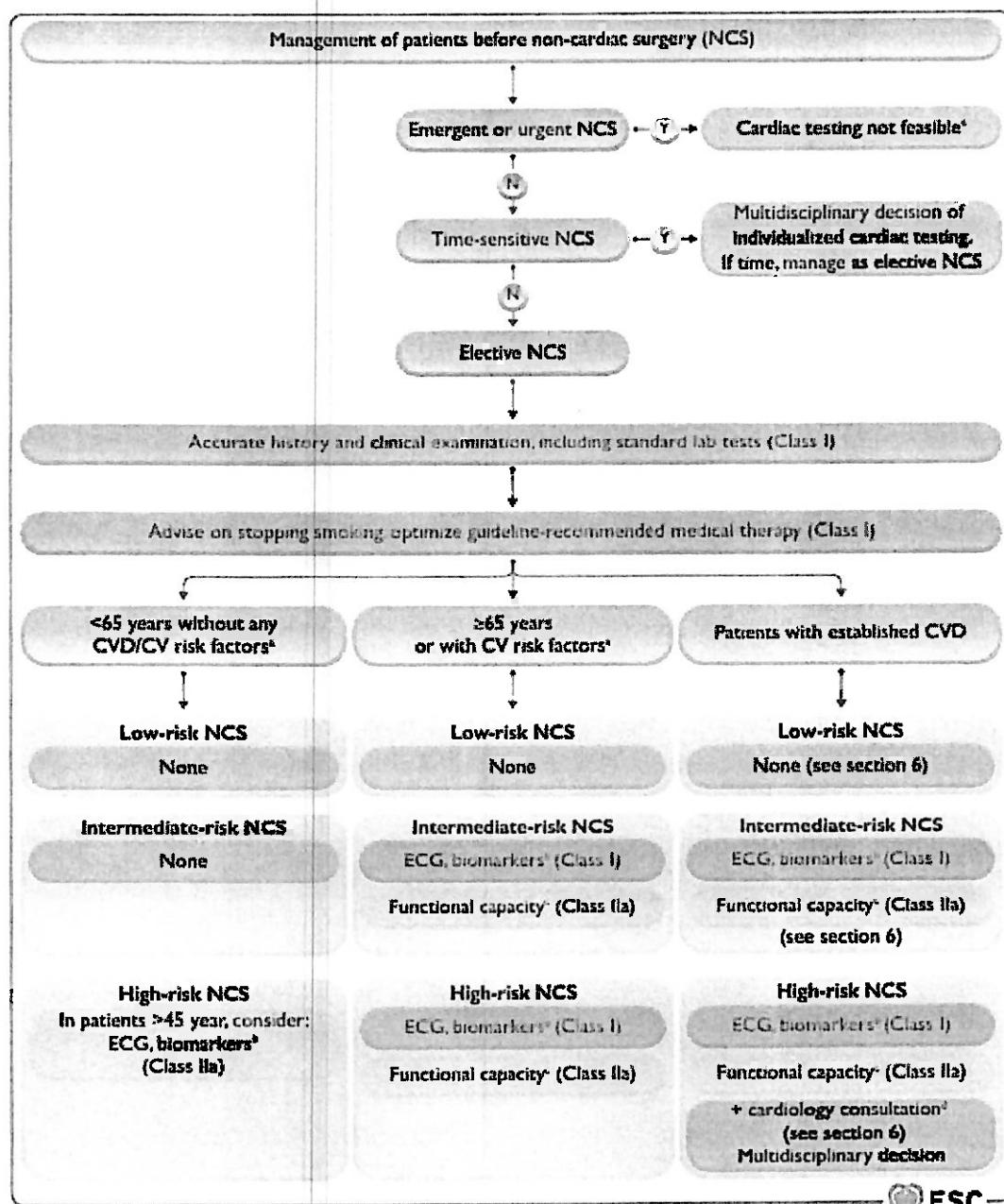
Versión: 06

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha: 04/2023
Vigencia: 5 años

PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Página 27 de 29

ANEXO 5. Manejo del paciente candidato a cirugía no cardíaca. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.1
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2023 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA	Página 28 de 29

ANEXO 6. Cirugía no cardíaca de acuerdo a su riesgo de sangrado.

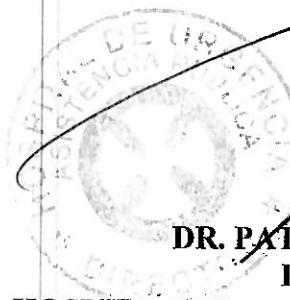
Menor riesgo de sangrado	Cirugía con bajo riesgo de sangrado (infrecuente o con escaso impacto clínico)	Cirugía con alto riesgo de sangrado (frecuente o con alto impacto clínico)
Cirugía de catarata o glaucoma	Cirugía abdominal: colecistectomía, herniorrafia, resección colónica	Cirugía abdominal con biopsia hepática, litotripsia extracorpórea
Extracción dental (1 a 3 piezas), cirugía periodontal, implantes, endodoncia, limpieza/raspado subgingival	Cirugía de mama	Cirugía de cáncer extensa
Endoscopía sin biopsia o resección	Procedimiento dental complejo (extracción dental múltiple)	Anestesia neuroaxial (espinal o epidural)
Cirugía superficial (drenaje de absceso, biopsia con incisión pequeña)	Endoscopía con biopsia simple	Neurocirugía (intracraneal o espinal)
	Gastroscopía o colonoscopía con biopsia simple	Cirugía ortopédica mayor
	Procedimientos con agua de gran calibre (muestra de médula ósea o biopsia de linfonodo)	Biopsia de órganos vascularizados como riñón y próstata
	Cirugía oftálmica que no sea catarata	Cirugía plástica reconstructiva
	Cirugía ortopédica menor (artroscopía de pie o mano)	Polipectomía colónica, punción lumbar, reparación endovascular de aneurisma
		Cirugía torácica, resección pulmonar
		Cirugía urológica (prostatectomía, resección tumor vesical)
		Cirugía vascular (reparación AAA, bypass vascular)

II. TÉNGASE PRESENTE la vigencia de este Protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que el señalado *Protocolo evaluación pre-anestésica* debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

IV. DÉJESE SIN EFECTO toda normativa interna que diga relación con la materia de este Protocolo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


DR. PATRICIO BARRIA AILEF
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA



Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
5. Unidades Clínicas.
6. Servicios de Apoyo Pabellón y Angiografía.
7. Oficina de Partes.
8. Asesoría Jurídica.

Pabellón

Transcrito Fielmente
Ministro de