

La evaluación preoperatorio. A propósito de un caso

Autores: Dres. Sarah López Lazo*, Rafael Pinilla González, Sergio Vega Basulto***, Juan C. Quintana Diaz**** y Mohamed Kaseem Abubaker *******

Al Waehda University Hospital, Maabar. República de Yemen

- * Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar ISCM- Camagüey.
- ** Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán, Facultad Finlay Albarrán Ciudad Habana.
- *** Especialista de Segundo Grado en Neurocirugía y Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Titular ISCM- Camagüey
- **** Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Auxiliar Hospital Docente Clínico Quirúrgico Facultad Finlay Albarrán
- ***** Especialista de Primer Grado en Imaginología. Al Waehda University Hospital, Maabar. República de Yemen

RESUMEN

Introducción: La implementación de la anestesia comienza con la evaluación preoperatoria que contribuye a la planificación del acto anestésico. La preparación del paciente quirúrgico la incluye conjuntamente con la revisión de los exámenes preoperatorios, la optimización de las condiciones médicas, el ayuno preoperatorio, la medicación preanestésica, así como la explicación al paciente de los procedimientos anestésicos y sus riesgos. **Objetivo:** Enfatizar en la necesidad del examen clínico preoperatorio acucioso para el diagnóstico de enfermedades que puedan interferir en la evolución del paciente. **Presentación del caso:** Paciente programado para intervenir quirúrgicamente de reajuste de fijadores externo. Hace 14 días tuvo un accidente de tránsito. En la evaluación preoperatoria, se detectó ligero dolor en el hemitórax izquierdo. Se indicó RX de tórax donde se constató elevación del hemidiafragma izquierdo. Se realizó ultrasonido diagnóstico abdominal, constatándose líquido en cavidad e incremento del tamaño del bazo. Se realizó esplenectomía, al constatarse ruptura esplénica tardía. **Conclusiones:** Se resalta la necesidad de una correcta evaluación preoperatoria que no conlleve a una mera revisión de análisis de rutina y se insista en el método clínico y la necesaria interrelación cirujano-anestesiólogo.

Palabras claves: Evaluación preoperatoria, exámenes preoperatorios, ruptura esplénica.

INTRODUCCIÓN

La implementación de la anestesia comienza con la evaluación preoperatoria que contribuye a la planificación del acto anestésico.

La preparación del paciente incluye la evaluación preoperatoria, la revisión de los exámenes complementarios, la optimización de las condiciones médicas, el apropiado ayuno preoperatorio, la correcta medicación preanestésica, así como la explicación al paciente de los procedimientos anestésicos y sus riesgos.¹

Los exámenes de rutina se definen como aquellos que son ordenados a un paciente aparentemente sano en ausencia de una específica indicación clínica, en la indicación de los rayos X de tórax de rutina se encuentra de 2,5 a 37 % de positividad.^{2,3}

Más de 60 % de las pruebas que se indican pueden ser evitadas si no son indicadas bajo una sospecha precisa. La probabilidad de encontrar resultados anormales en pacientes sanos es baja y solo un pequeño por ciento revela anomalías que pudieran afectar la conducta perioperatoria.

Se han realizado un grupo de investigaciones que muestran que cuando los exámenes son indicados por el staff de Anestesiología se reduce el número y el costo.⁴

El Rx de tórax se debe indicar de acuerdo al paciente, al riesgo del proceder, a la historia clínica y al tipo de intervención.⁵

El objetivo de nuestro informe es enfatizar en la necesidad de un examen preoperatorio acucioso, basándose en elementos clínicos y del interrogatorio sea

capaz de indicar el examen complementario adecuado para el diagnóstico de enfermedades que puedan interferir en la evolución del paciente, con un análisis rápido de las alternativas, lo que en algunas ocasiones puede ser la diferencia entre la vida y la muerte de aquel que se confió a nosotros.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente masculino de 55 años que fue ingresado después de un accidente de tránsito el 15 de agosto del 2006. Fue operado el día 17 de una fractura abierta de tibia colocándole una fijación externa, bajo anestesia espinal. En ese momento estaban normales los exámenes que se realizaron y evaluaron preoperatoriamente que incluyeron Rx de tórax y EKG. La evolución postoperatoria fue buena.

Fue anunciado el día 29 de agosto para reajustarle los fijadores externos. En la evaluación preoperatoria encontramos que el paciente aquejaba un ligero dolor en la porción inferior del hemitórax izquierdo, sin otro síntoma ni signo. Los exámenes de laboratorio eran normales, así como el EKG. Indicamos un Rx de tórax, en el que se encontró una elevación del hemidiafragma izquierdo. (Figura 1).



Figura 1. Rx de tórax. Se puede observar elevación del hemidiafragma izquierdo.

Se realizo posteriormente un Ultrasonido abdominal en el que se detectó aumento de volumen del bazo y líquido libre en cavidad. Se interconsultó con el Cirujano General. Fue llevado al quirófano con el diagnóstico presuntivo de hematoma subcapsular del bazo, el cual fue confirmado. (Figuras 2 y 3).



Figuras 2 y 3. Hematoma subcapsular del bazo

DISCUSION.

Una correcta indicación es esencial para la realización de un proceder quirúrgico. Es prioritario escoger el momento oportuno en el paciente que pueda tener un alto riesgo para la cirugía, pues la responsabilidad perioperatoria es dividida entre anestesiólogos y cirujanos ⁶. Mientras el cirujano es responsable del proceder quirúrgico, el anestesiólogo responde por la evaluación del riesgo preoperatorio, la conducta perioperatorio y el mantenimiento de la función de los órganos vitales, además del proceder anestésico en sí. Ambos deben de balancear la urgencia o necesidad de un proceder contra los riesgos que puedan implicar al paciente. El examen preoperatorio, en ocasiones evaluación de exámenes de rutina, no puede convertirse bajo ningún modo en la evaluación rutinaria del paciente. En este caso se manifiesta que la personalización y evaluación exhaustiva puede garantizar la meta principal que es velar por su seguridad.

La ruptura esplénica tardía es una complicación inusual del traumatismo abdominal y la mayoría de estos pacientes, además de tener una ruptura tardía, tiene además un diagnostico tardío. La presencia de dolor ocurre con frecuencia pero no es un elemento que por si solo indique una conducta operatoria de urgencia. El signo de Kehr es observado con reiteración ^{7,8}.

Es imperativo que el equipo multidisciplinario que labore con este tipo de paciente, conozcan los factores de riesgo de esta entidad, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad que del diagnóstico tardío pueda derivarse y que puede alcanzar cifras elevadas ^{9,10}.

Como conclusión se resalta la necesidad de una correcta evaluación preoperatoria que no conlleve a una mera revisión de análisis de rutina y se insista en el método clínico y la necesaria interrelación cirujano-anestesiólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lau L. Preparation of patients for anaesthesia - achieving quality care. Hong Kong Med J. 2002; 8(2):99-105.
2. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. Health Technol Assess. 1997; 1(12): 1-62.
3. Linee Guida SIAARTI. Indications of chest radiograph in preoperative adult assessment: recommendations of the SIAARTI – SIRM commission. Minerva Anestesiol 2004; 70 (6): 443 – 71.
4. Finegan BA, Rashig S, McAlister FA, O'Connor P. Selective ordering of preoperative investigations by anesthesiologists reduces the number and cost of tests Can J Anaesth. 2005; 52(6):575-80.
5. Meléndez H J, Moreno G, Eduardo A. Correlación entre exámenes solicitados en la consulta preanestésica y exámenes recomendados por SCARE, ASA Y NICE. Estudio de cohorte. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN. Rev. Col. Anest. 2005; 33:219.
6. Lingnau W, Strohmenger HU. Responsibility of the anaesthesiologist in the preoperative risk evaluation Anaesthesist. 2002;51(9):704-15.
7. Olsen WR, Polley TZ Jr. A second look at delayed splenic rupture Arch Surg. 1977;112(4):422-5.
8. Cathey KL, Brady WJ Jr, Butler K, Cephas GA, Young JS. Blunt splenic trauma: characteristics of patients requiring urgent laparotomy. Am Surg. 1998;64(5):450-4.

9. Ruffolo DC. Delayed splenic rupture: understanding the threat. *J Trauma Nurs.* 2002;9(2):34-40.
10. Peitzman AB, Harbrecht BG, Rivera L, Heil B; Eastern Association for the Surgery of Trauma Multiinstitutional Trials Workgroup. Failure of observation of blunt splenic injury in adults: variability in practice and adverse consequences. *J Am Coll Surg.* 2005;201(2):179-87