

Exámenes de laboratorio prequirúrgicos

Quiero felicitar a los doctores Julio Meléndez, Herman Moreno, y Eduardo Arturo por su excelente estudio publicado en el número 4 del volumen XXXIII de nuestra revista. Hacen falta en nuestro medio publicaciones con respecto a este tópico y necesitamos conocer la experiencia y las opiniones de nuestros colegas en diferentes sitios para establecer nuestros protocolos. Es muy claro que más del 60% de las pruebas de laboratorio ordenadas para valoración preanestésica son innecesarias, y que la mayoría de ellas no son ordenadas por el anestesiólogo sino por el cirujano que envía el paciente a la consulta. Pero también es claro y así lo refieren los autores, que no existen normas absolutas acerca de qué exámenes son necesarios para evaluar el riesgo porque no tenemos evidencia alto nivel acerca de si ellos son o no útiles, ya que las múltiples investigaciones publicadas sobre el tema tienen limitaciones⁽¹⁾, aún no podemos hacer medicina basada en la evidencia pero sí podemos tener guías o sugerencias basadas en consenso, de ahí la importancia de publicaciones como la que refiero. Será muy difícil tener normas de seguridad basadas en evidencia como lo dice el doctor JS Gravstein de la *Anesthesia Patient Safety Foundation* de Florida, pues la efectividad de dichas normas no se puede demostrar científicamente, porque no se pueden hacer estudios controlados y debemos entonces seguir las guías de los consensos y la opinión de expertos⁽⁴⁾.

Casi nunca en las catástrofes anestésicas se encuentra involucrado un examen de laboratorio o su ausencia; tampoco existen estudios que nos muestren qué pasaría con pacientes llevados a cirugía con exámenes alterados verdaderos positivos⁽²⁾, sólo existen algunos reportes de casos. Por otro lado, el criterio de anormalidad del examen y si produjo cambio en el manejo del paciente no es un buen instrumento para evaluar su utilidad, pues las conductas dependen de la interpretación que el médico dé a esa anormalidad, y es más útil al analizar el pronóstico y las complicaciones.

Hacer una buena historia clínica disminuye en gran medida la necesidad de pedir exámenes de laboratorio, el interrogante que ocasiona discrepancia entre algunos es si la sensibilidad de la clínica es tan alta en ciertas patologías como para suprimir todos los exámenes en la evaluación del riesgo. La posibilidad de encontrar enfermedad en personas asintomáticas es muy baja⁽³⁾ pero es difícil correlacionar la sensibilidad de la clínica con la predicción del riesgo anestésico.

La American Diabetes Association recomienda screening entre otros a todos los mayores de 44 años en la población general ya que algunos pueden ser diabéticos y no lo saben⁽⁵⁾, entre el 1.1 y el 5.5% de los pacientes diabéticos tipo II no saben que padecen esta patología^(1, 6). Siendo los pacientes quirúrgicos una muestra de la población general, ameritan según dicha recomendación toma de glicemia, y en efecto se reportan casos de mayores de 42 años asintomáticos y con valores mayores a 180 mg/dl⁽²⁾. Por otro lado, el valor del hematocrito no debería enfocarse sólo desde el punto de la pérdida sanguínea prevista para la cirugía, pues la hemoglobina es determinante en el transporte de oxígeno y el paciente bajo anestesia tendrá a este respecto efectos secundarios importantes independiente del volumen de la hemorragia. Puede ser difícil identificar en la consulta al paciente con anemia⁽⁷⁾ y se encuentran alteraciones importantes de hemoglobina insospechadas entre 0 y 1% de los casos⁽⁶⁾. No es deseable administrar anestesia a un paciente con anemia severa sin saberlo. Se ha reportado que el paro cardíaco es más frecuente en niños con hemoglobina menor a 10 gramos/dl⁽²⁾. También se reportan alteraciones en recuento de plaquetas insospechadas entre el 0 y el 11% de los casos^(1, 6). Éstas son patologías importantes y en las cuales la sensibilidad de la clínica es muy alta pero nunca del 100%, lo cual podría justificar la solicitud de rutina de estos dos exámenes, en el caso de la glicemia, de acuerdo a la edad. No existen reportes ni sugerencias similares para otro tipo de exámenes. La edad es uno de los indicadores clínicos sugeridos por la ASA en la decisión de la solicitud de examen.

Exámenes indicados por la clínica del paciente siempre deberán pedirse. Los exámenes pedidos de rutina, o sea aquellos pedidos sin que la historia clínica ni el examen físico lo requiriera para confirmar o descartar alguna patología, son los referidos en las publicaciones como inútiles en la evaluación del riesgo en su gran mayoría y por ello opino que falta claridad en las guías de la ASA, la SCARE y de la NICE, pues ellas incluyen exámenes de laboratorio indicados por patologías ya expresadas en el paciente; se esperaría que se refirieron sólo a exámenes de rutina, si es que sugieren que debería pedirse alguno.

Dr. WILSON VALENCIA ARANGO

Anestesiólogo. Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali - Universidad Santiago de Cali

REFERENCIAS:

1. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *HEALTH TECHNOLOGY ASSESS*, 1: 1-62, 1997.
2. Valencia W. Exámenes paraclínicos prequirúrgicos: ¿qué evidencia? *REV COL ANEST*, 33: 227-34, 2003.
3. Rotzen MF et al. The relative roles of the history and physical examination and the laboratory testing in preoperative evaluation. *ANESTH CLIN N AM*, 5: 15-34, 1987.
4. Anesthesia Patient Safety Foundation. www.gasnet.org/apsf o www.virtual-anaesthesia-textbook.com en preoperative assessment.
5. Tabas GH, Vanek MS. Is Routine laboratory testing a thing of the past? *POSTGRADUATE MEDICINE*, Vol 105 no. 3, marzo 1999.
6. Macpherson D. Preoperative laboratory testing: should any test be routine before surgery? *MED CLIN N AM*, 77: 289-308, 1993
7. Hackman T, Steward DJ. What is the value of preoperative hemoglobin determinations in pediatric outpatients? *ANESTHESIOLOGY*, 71 A1: 168, 1989.