

PRUEBAS PREOPERATORIAS A DEBATE. REVISIÓN DE LA UTILIDAD Y LOS FACTORES ASOCIADOS A SU SOLICITUD EN PACIENTES SANOS

Julia Paricio Acero

Director: Antonio Martínez Oviedo

Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel 2023/24

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La utilidad de las pruebas preoperatorias rutinarias ha sido cuestionada, ya que no parece alterar el curso clínico ni mejora resultados en pacientes sin factores de riesgo. A pesar de las recomendaciones basadas en la evidencia de ser restrictivos en su petición, sobre todo en pacientes sanos, parece existir cierta resistencia a eliminarlas en estos casos.

El objetivo principal fue conocer el proceso de solicitud de pruebas preoperatorias en el Hospital Obispo Polanco de Teruel en pacientes ASA I y ASA II en el contexto de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como la actitud de los cirujanos ante este proceso analizando los factores que influyen en su petición.

METODOLOGÍA: Estudio transversal descriptivo. La población estuvo formada por los cirujanos encargados de realizar CMA en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se difundió una encuesta online voluntaria y se realizó una búsqueda bibliográfica. Los datos obtenidos se compararon con las pautas de solicitud de pruebas preoperatorias recomendadas por la SEDAR.

RESULTADOS: Se obtuvieron 23 respuestas válidas de diferentes especialidades médicas, la media de experiencia laboral fue de 17,83 años. Se solicitó una media de cuatro pruebas por paciente. Las más solicitadas fueron la bioquímica y hemograma (100%), coagulación (100%), ECG (95,75%) y Rx Tórax (91,3%), mientras que la serología (34,8%) y el test de embarazo (13%) fueron menos frecuentes. Los factores más relevantes asociados a su petición fueron: pautas del centro y riesgos y complicaciones del paciente seguidos de aspectos médico-legales. Los costes económicos no fueron una razón principal.

CONCLUSIÓN: La solicitud de pruebas fue excesiva en comparación con las recomendaciones de la SEDAR. La mayoría de los cirujanos considera que se solicitan más pruebas de las necesarias y están de acuerdo en la necesidad de la implantación de un protocolo claro, resaltando la importancia de la comunicación entre servicios.

PALABRAS CLAVE

Procedimientos preoperatorios, anestesia, cirugía, cirugía ambulatoria

PREOPERATIVE TESTS UNDER DISCUSSION. REVIEW OF THE USEFULNESS AND FACTORS ASSOCIATED WITH ITS APPLICATION IN HEALTHY PATIENTS

ABSTRACT

INTRODUCTION: The usefulness of routine preoperative testing has been questioned, since it does not appear to alter the clinical course or improve outcomes in patients without risk factors. Despite evidence-based recommendations to be restrictive in their request, especially in healthy patients, there seems to be some resistance to eliminating them in these cases.

The main objective was to know the process of requesting preoperative tests at the Obispo Polanco Hospital of Teruel in ASA I and ASA II patients in the context of Major Ambulatory Surgery, as well as the attitude of the surgeons towards this process and analyze the factors that influence in your request.

METHODOLOGY: Descriptive cross-sectional study. The population was made up of the surgeons in charge of performing CMA at the Obispo Polanco Hospital in Teruel. A voluntary online survey was disseminated and a bibliographic search was carried out. The data obtained were compared with the preoperative test ordering guidelines recommended by SEDAR.

RESULTS: 23 valid responses were obtained from different medical specialties, the average work experience was 17.83 years. An average of four tests were requested per patient. The most requested were biochemistry and blood count (100%), coagulation (100%), ECG (95.75%) and chest X-ray (91.3%), while serology (34.8%) and blood test pregnancy (13%) were less frequent. The most relevant factors associated with their request were: center guidelines and patient risks and complications followed by medical-legal aspects. Economic costs were not a main reason.

CONCLUSION: The request for evidence was excessive compared to SEDAR recommendations. The majority of surgeons consider that more tests are requested than necessary and agree on the need to implement a clear protocol, highlighting the importance of communication between services.

KEY WORDS

Preoperative procedures, anaesthesia, surgery, ambulatory surgery

Trabajo Fin de Grado

INTRODUCCIÓN

La práctica de realizar pruebas preoperatorias de forma rutinaria tiene sus raíces en la creencia de que estas ayudan a detectar posibles riesgos o condiciones médicas que podrían influir en el manejo del paciente durante la cirugía. Sin embargo, diversos estudios y revisiones posteriores han cuestionado su utilidad y la relevancia, de algunas de estas pruebas en pacientes sin factores de riesgo o sin enfermedades subyacentes^{1,2}.

En muchos casos, las pruebas preoperatorias no alteran el curso del manejo clínico, no cambian las decisiones perioperatorias ni mejoran los resultados para el paciente, considerándose únicamente útiles cuando el resultado anormal detectado en la misma puede condicionar un cambio en el manejo anestésico del paciente. Esta posibilidad es muy remota en pacientes asintomáticos^{3,4}.

La limitada utilidad de estos exámenes preoperatorios, en parte, se debe al margen de tiempo entre la toma de las pruebas y la realización de la intervención quirúrgica, que puede llegar a ser de hasta 6 meses. Por ejemplo, realizar un electrocardiograma meses antes de la cirugía puede ser cuestionable, teniendo en cuenta que es probable que el paciente esté monitorizado durante la intervención. Al igual que la realización de una radiografía pulmonar, ya que es una prueba que se practica generalmente para confirmar la presencia o la extensión de una patología ya supuesta, pero este no es el objetivo cuando se realiza sistemáticamente con el fin de disminuir los riesgos de complicaciones de una intervención quirúrgica, por tanto, ante ausencia de signos de enfermedad pulmonar, una radiografía preoperatoria de pulmones no parece ser necesaria^{5,6}.

Además, estas pruebas generan unos costes evitables (Tabla 1). Esto incluiría los gastos directos asociados a su realización (material, reactivos, coste del personal, etc.) y también los gastos indirectos derivados del transporte y acompañamiento de los pacientes hasta el Servicio hospitalario, los vinculados al absentismo laboral, además de los asociados a la carga de trabajo y recursos dedicados a pruebas preoperatorias innecesarias. La mejora en el proceso de solicitud de exámenes preoperatorios permiti-

ría una asignación más eficiente de los recursos sanitarios, mejorando la capacidad del sistema para atender a aquellos pacientes que realmente requieren intervenciones más exhaustivas y personalizadas^{2,7,10}.

TABLA 1. COSTES DIRECTOS (EN EUROS) DE PRUEBAS PREOPERATORIAS.

TIPO DE PRUEBA	COSTE MEDIO POR PRUEBA
Radiografía de tórax	16,51€
ECG	13,52€
Pruebas de coagulación	8,96€
Hemograma, hemoglobina, hematocrito	12,32€
Recuento de plaquetas	5,71€
Bioquímica sanguínea	4,77€
Análisis de orina	3,02€

Fuente: Análisis de costes y ahorros potenciales relacionados con la utilidad de pruebas preoperatorias en los hospitales de Canarias².

Por otro lado, las pruebas pueden ser incómodas y dolorosas, sin contar con que en ocasiones es necesario repetirlas. Así mismo estas pruebas pueden ser perjudiciales para el propio paciente. Pueden serlo desde el punto de vista orgánico, porque algunas producen efectos nocivos; por ejemplo, el de los exámenes por rayos X, y también pueden ser perjudiciales para el paciente en lo psicológico, porque le producen un estado de ansiedad y de inquietud conduciendo a lo que se ha dado a llamar “falso positivo”, es decir, al caso en que tales pruebas llevan a la sospecha de que el paciente sufre una determinada dolencia. Desinvertir en intervenciones que no conllevan asociado un beneficio, es algo importante a valorar, ya que los recursos son limitados¹¹.

La preocupación médico-legal se suma a esta controversia, ya que muchos anestesistas sienten la obligación de contar con un “paraguas de seguridad”, reflejado en la prescripción sistemática de un “balance paraclínico”. Este enfoque responde a la responsabilidad frente a los tribunales y los pacientes^{1,4,5}.

Por todo esto, en la actualidad, diversas sociedades científicas y organismos de salud han publicado recomendaciones y guías que abogan por un enfoque más selectivo y basado

Trabajo Fin de Grado

en la evidencia en la solicitud de pruebas preoperatorias, siendo la tendencia actual más restrictiva. Estas directrices sugieren que la toma de decisiones debe basarse en la evaluación del riesgo individual del paciente, teniendo en cuenta su historia clínica, comorbilidades existentes, tipo de cirugía a realizar y la evaluación física preoperatoria⁴ (Fig. 1).

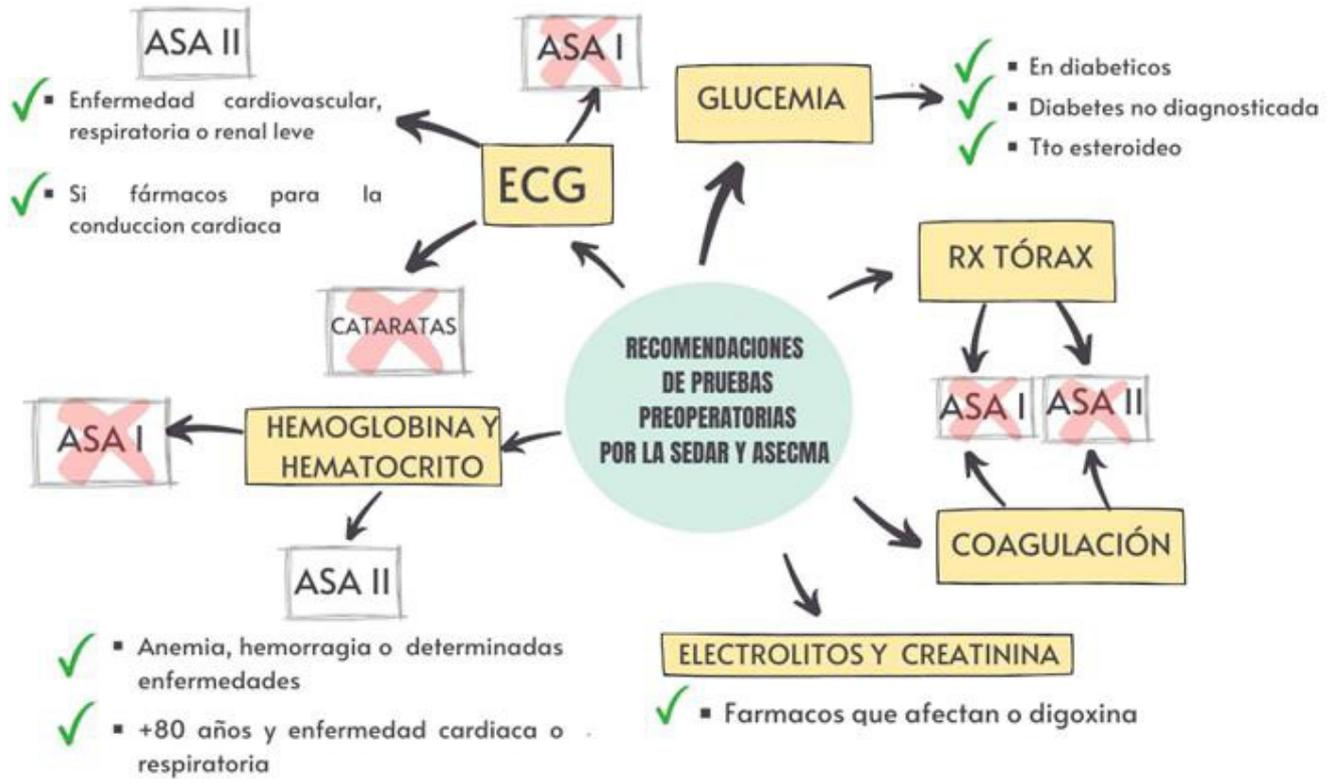


Fig. 1. Pautas de solicitud de pruebas preoperatorias recomendada por la SEDAR.

Fuente: elaboración propia

A pesar de estas recomendaciones, existe una variabilidad considerable en la práctica clínica, con muchos profesionales médicos solicitando pruebas preoperatorias de manera automática, sin considerar adecuadamente la necesidad real de estas pruebas para el caso específico del paciente^{8, 9, 10}.

OBJETIVOS

PRINCIPAL	Conocer el proceso de solicitud de pruebas preoperatorias en el Hospital Obispo Polanco de Teruel en pacientes ASA I y ASA II en el contexto de Cirugía Mayor Ambulatoria
SECUNDARIOS	Conocer la actitud de los cirujanos ante las pruebas preoperatorias en pacientes sanos (asa I y asa II) en el contexto de CMA Identificar los factores que influyen en la toma de decisiones en los cirujanos en cuanto a la solicitud de pruebas preoperatorias e implementar un protocolo de mejora.

Trabajo Fin de Grado

MATERIAL Y METODOLOGÍA

MARCO TEÓRICO Y MARCO TEMPORAL



Fig. 2. Factores analizados en la investigación.

El desarrollo en el tiempo del trabajo y la distribución de objetivos en el tiempo queda reflejado en el Anexo 1.

METODOLOGÍA

Ámbito y tipo de estudio

El estudio llevado a cabo en el Hospital Obispo Polanco (H.O.P.) de Teruel, empleó una metodología cualitativa centrada en encuestas dirigidas a cirujanos responsables de realizar Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Esta metodología se complementó con una revisión bibliográfica, conformando así el Trabajo Fin de Grado (TFG).

El diseño de investigación adoptado es de tipo descriptivo y transversal, orientado a plasmar las percepciones y prácticas de los cirujanos en pacientes ASA I y ASA II en el contexto de CMA y evaluar si se realiza un excesivo petitorio de pruebas preoperatorias comparando con las recomendaciones de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.

La elección de un diseño transversal se alineó con los objetivos del estudio, proporcionando una visión representativa y actualizada sin necesidad de un seguimiento a largo del tiempo.

Revisión bibliográfica

Para la actualización y fundamento teórico del tema tratado, se realizó una búsqueda de información en diversas fuentes científicas, entre ellas Pubmed, Embase, Google Académico y Scielo, con

Trabajo Fin de Grado

el objetivo de revisar la literatura actual para conocer la situación actual en el petitorio de pruebas preoperatorias, su utilidad en la CMA, y protocolos existentes sobre ellos.

La estrategia de búsqueda se basó en la recuperación de artículos mediante el uso de los descriptores reflejados en la tabla 2 y el uso del operador booleano "AND". De los artículos recuperados se utilizaron los que cumplían los criterios de selección descritos en la Tabla 3.

Además, se complementó la búsqueda con documentos aportados por asociaciones como la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y otros artículos relevantes encontrados en los documentos revisados que están mostrados en la Tabla 2.

TABLA 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RECUPERADA

Bases de datos	Palabras clave	Limitadores	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
Pubmed	"Ambulatory surgical" AND "Health care costs" AND "Preoperative test"		73	6	3
	"Ambulatory surgical" AND "testing" AND "preoperative"		1	1	1
	"Ambulatory surgical" AND "testing"	In the last 5 years	71	12	7
Embase	'preoperative testing' AND 'ambulatory surgery'		50	11	8
Scielo	"Ambulatory surgery" AND "Quality control" AND "Indicators"	España	2	1	1
	"Ambulatory surgery" AND "preoperative"		38	2	1
METABUSCADOR					
Gooble académico	"Cirugía mayor ambulatoria" AND "pruebas preoperatorias" AND "ASA I y ASA II"	Intervalo 2019-2024	333	15	2
Otras fuentes de información					
Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR).			https://www.sedar.es/		
Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).			Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA).		
Revista Española de Anestesiología y Reanimación (REDAR)					
Revista Andaluza de Cirujanos (ASAC)			https://www.asacirujanos.com/		

Fuente: elaboración propia.

Trabajo Fin de Grado

TABLA 3. CRITERIOS PRIORIZACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos en castellano o en inglés	Temática fuera del ámbito de la Salud
Artículos publicados preferentemente entre 2015- 2024	Artículos que no aborden el tema elegido
Artículos dirigidos a la utilidad pruebas preoperatorias y su relevancia	Artículos dirigidos a la utilidad pruebas preoperatorias y su relevancia
	Artículos antiguos por debajo del año 2000

Fuente: elaboración propia.

Población de estudio

La población objeto de estudio fueron los cirujanos del H.O.P de Teruel; se incluyeron a todos los cirujanos responsables de llevar a cabo las CMA en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Estos profesionales desempeñaron el papel de informantes clave.

Hay un total de 40 cirujanos entre las diferentes especialidades médicas en el H.O.P, detallados en el anexo 2.

Criterios de inclusión:

- Cirujanos encargados de CMA en el Hospital Obispo Polanco de Teruel (Anexo 2).

Criterios de exclusión:

- Cirujanos no involucrados en CMA.
- Cirujanos que rechazaron las consideraciones de la encuesta o no dieron su permiso para participar

Se empleó un **muestreo no probabilístico de conveniencia o accidental**, seleccionando a los participantes fácilmente disponibles y accesibles para el estudio. Este método de distingue por su practicidad y simplicidad, y el personal involucrado participó de manera voluntaria. El objetivo fue garantizar la máxima diversidad de prácticas y opiniones en relación con la solicitud de pruebas preoperatorias.

Selección y reclutamiento

Se realizó una entrevista, como primer paso, a las enfermeras del servicio CMA para conocerlo y posteriormente una encuesta a los cirujanos, lo que conforma el cuerpo del trabajo.

Para el reclutamiento de los cirujanos participantes en la encuesta de utilizo el método

“bola de nieve” comenzando por un cirujano de cada especialidad el cual facilitó la encuesta a sus compañeros. De esta manera, difundí la encuesta por correo a un cirujano, en este caso al Jefe de Servicio de cada especialidad y le pedí si pudieran colaborar sus compañeros, se optó por la distribución electrónica para garantizar la confidencialidad de las respuestas, facilitando una participación cómoda y accesible a los cirujanos^{12, 13}.

Fuentes de información

ENTREVISTA EN EL SERVICIO CMA

Acudí al Servicio CMA del Hospital Obispo Polanco para preguntar información específica sobre estas cirugías a las enfermeras del Servicio.

Las enfermeras me informaron de las CMA que se llevaban a cabo en este hospital (Tabla 4).

Estas cirugías son clasificadas según la agresión médico-quirúrgica en 4 grados, siendo Grado 1 menos agresivo que el 4¹⁴.

Además, me proporcionaron información acerca del proceso antes de llevar a cabo las cirugías ambulatorias, para empezar, siempre, independientemente del tipo de cirugía se suelen solicitar las mismas pruebas a todos los pacientes: ECG, analítica de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación) y Rx Tórax. Estos exámenes son válidos hasta 6 meses antes de la intervención y son pedidos por el cirujano de consulta el cual no siempre coincide con el que lleva a cabo la intervención.

Las enfermeras del servicio desconocían la existencia de algún protocolo relacionado con el petitorio de pruebas preoperatorias.

Trabajo Fin de Grado

TABLA 4. CIRUGÍAS AMBULATORIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO.

ESPECIALIDAD	CIRUGÍAS AMBULATORIAS	GRADO DE AGRESIÓN
OFTALMOLOGÍA	Cataratas	2
	Vitrectomía	3
	Blefaroplastia	2
	Pterigium	2
	Chalazión	2
TRAUMATOLOGÍA	Cirugía artroscópica hombro y rodilla	2
	Cirugía de mano. Tunel carpiano	2
	Retirada de material osteosíntesis	2
	Cirugía de pie. Hallux vagus	2
CIRUGÍA	Herniorrafía	2
	Varices	2
	Tumorectomía mamaria	3
	Hemorroides, fístulas perianales	2
	Reservorios venosos	2
	Colecistectomía	3
	Safenectomía	3
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Amidalectomía y adenoidectomía	2
	Turbinoplastias	2
	Septoplastía	2
	Microcirugía de laringe	2
	Drenajes timpánicos	1
	Sinusitis	2
	Implante de audífonos	1
UROLOGÍA	Biopsia de próstata	1
	Tratamientos con botox	1
	Fimosis	2
GINECOLOGÍA	Laparoscopia ginecológica diagnóstica	2
	Ligadura Tubárica	2
	Cirugía de Incontinencia	2
	Conización cervical	2

Fuente: elaboración propia

ENCUESTA

Se diseñó una encuesta de elaboración propia (anexo 3) para recopilar información directa de los cirujanos responsables de la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) con el objetivo de recabar datos sobre su conocimiento acerca de la clasificación ASA, las pruebas que solicitan habitualmente para pacientes CMA clasificados como ASA I y ASA II y el porqué del petitorio; también se les preguntó si conocían la existencia de algún protocolo en el centro o si habían recibido alguna formación

acerca de qué pruebas serían las más oportunas en cada caso. En ella también se obtuvieron datos relacionados con la especialidad, sexo, experiencia laboral.

Análisis de datos

Una vez realizada la encuesta, se transcribieron los datos de las respuestas, para esto fue utilizado el programa SPSS Statistics. La descripción de las variables utilizadas queda reflejada en el Anexo 4.

Trabajo Fin de Grado

Para realizar el análisis de variables cualitativas se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y su dispersión (desviación estándar, máximo y mínimo). Para su mejor interpretación se emplearon gráficas de barras.

Para expresar los resultados de las respuestas abiertas se añadieron citas textuales. Estas se identificaron como: Inicial de especialidad médica (número de orden de respuesta)

Ejemplo: Cirujano General que respondió en 5 → CG (5). De esta forma podremos saber la especialidad a la que pertenecen y diferenciar la respuesta de uno a otro.

Consideraciones éticas

El estudio realizado siguió las normas de éticas indicadas en la declaración de Helsinki (15). Los datos obtenidos se mantuvieron segregados de los datos identificativos conforme lo establecido en la “Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal”, manteniendo las normas de buena práctica clínica (16)

Se respetó en todo momento la confidencialidad de los participantes al ser anónima la encuesta. Para llevar a cabo el estudio, fue necesario obtener previamente el permiso de la dirección médica del Hospital Obispo Polanco (H.O.P.) y la aprobación del Comité de Ética de la investigación clínica de Aragón (CEICA) que se encarga de evaluar los aspectos éticos, metodológicos y legales de todos los proyectos de investigación en los que incluyan seres humanos, sus muestras biológicas o sus datos personales. (Anexos 5 y 6)

Los participantes de la encuesta no fueron recompensados económicamente.

Limitaciones en el estudio

• La participación voluntaria de los cirujanos puede introducir un sesgo de selección, ya que aquellos más interesados o conscientes de la importancia de las pruebas preoperatorias podrían ser más propensos a participar, además existe la posibilidad de que los cirujanos que decidan participar en la encuesta tengan cono-

cimientos o practicas diferentes en comparación con aquellos que optan por no participar.

• Los resultados obtenidos pueden estar limitados a la práctica específica de los cirujanos en el Hospital Obispo Polanco y no ser extrapolables a otras instituciones

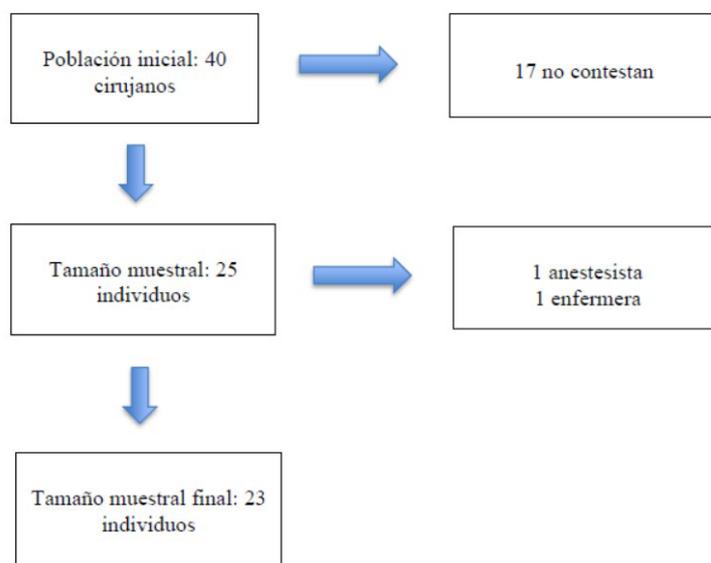
• Pueden existir variables no contempladas en la encuesta que podrían influir en la decisión de los cirujanos sobre las pruebas preoperatorias y que no serán capturadas en este estudio.

• La ausencia de permiso para acceder a las HCE limita la posibilidad de un análisis cuantitativo exhaustivo de las pruebas preoperatorias solicitadas, lo que podría afectar a la profundidad de la investigación.

• El tiempo de estudio, ya que debe ser realizado durante el curso académico, puede suponer una limitación en la realización del estudio.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 25 respuestas. Se excluyeron dos casos por no cumplir los criterios de inclusión al ser una enfermera y un anestesista. Por tanto, la muestra final son 23 cirujanos lo que equivale a un 57,5% de la población total.



Trabajo Fin de Grado

La distribución de los datos por género fue mayor en varones, representando un 60,9% frente a un 39,1% de mujeres.

La media de la experiencia laboral fue de 17,83 años, con un máximo de 39 años y la menor de 5 años.

En cuanto a la especialidad médica obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 5. Especialidad médica participantes.

		Especialidad médica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cirugía General y del Aparato Digestivo	5	21.7	21.7	21.7
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	8	34.8	34.8	56.5
	Ginecología y Obstetricia	4	17.4	17.4	73.9
	Otorrinolaringología	3	13.0	13.0	87.0
	Oftalmología	1	4.3	4.3	91.3
	Urología	2	8.7	8.7	100.00
	Total	23	100.00	100.00	

Fuente: Elaboración propia. SPSS Statistics.

Lo que significa en comparación con el Anexo 2, que nos respondieron un 50% de cirujanos generales, un 80% de traumatólogos, un 44,44% de ginecólogos, el 100% de los otorrinolaringólogos, un 25% de los oftalmólogos y el 50% de los urólogos.

En cuanto a la existencia de un protocolo específico para la solicitud de pruebas preoperatorias, los resultados de la encuesta mostraron cierta discrepancia. Aproximadamente el 56,5% de los encuestados afirmaron conocer la existencia de un protocolo. El resto desconocen la existencia del mismo.

Por otra parte, un 65,25% creen que se realizan más pruebas de las necesarias. Además, solo el 56,5% de los cirujanos revisan las pruebas antes de llevar a cabo la cirugía.

Asimismo, destaca que el 52,2% consideró

que las pruebas deberían de ser solicitadas por los anestelistas, mientras que el 43,5% opinaron que tanto los cirujanos como anestelistas podrían revisar y utilizar las pruebas de manera equivalente.

Según los datos recogidos, se observa que la mayoría de los cirujanos tienen conocimiento acerca de la clasificación ASA (82,6%).

En cuanto a las pruebas solicitadas para pacientes mayores de 65 años con enfermedades sistémicas compensadas o sin ninguna patología, se evidencia, que se solicitan varias pruebas de forma sistemática con una media de cuatro pruebas por paciente. Las pruebas más solicitadas son la bioquímica y hemograma (100%), coagulación (100%), ECG (95,75%) y Rx Tórax (91,3%), mientras que la serología (34,8% y el test de embarazo (13%) son menos frecuentes.

Trabajo Fin de Grado

TABLA 6. PRUEBAS HABITUALMENTE SOLICITADAS EN PACIENTES ASA I Y ASA II EN H.O.P.

	TEST REALIZADOS
	%
Hemograma	100%*
Coagulación	100%
Bioquímica	100%*
Serología	34,8%
ECG	95,75%*
Rx Tórax	91,3%
Test de embarazo	13%

*Solo recomendado en caso de algunas de las circunstancias reflejadas en la Fig. 1

Fuente: Elaboración propia.

Continuando con más datos, un 73,9% operaría a un paciente sin un estudio de coagulación previo en un paciente clasificado como ASA I y ASA II en cirugías poco invasivas.

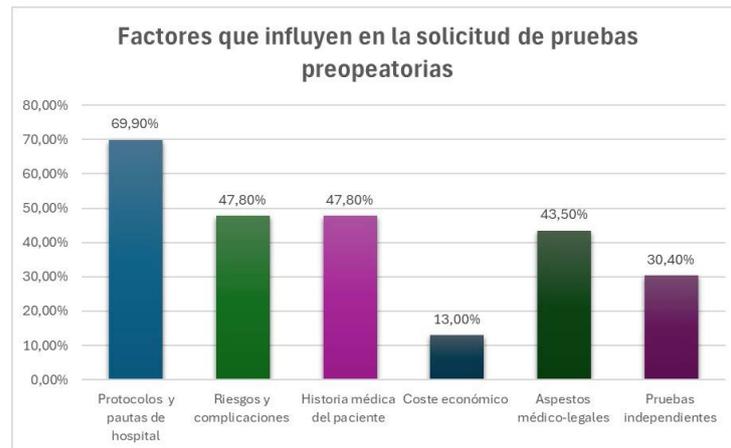
Se preguntó a los encuestados acerca de las pruebas que piensan que son más prescindibles y aquellas que consideran indispensables y se recogieron los siguientes resultados:

En cuanto a las pruebas; la más prescindible según los cirujanos sería la rx tórax (73,99% seguido de la serología (69,6%).

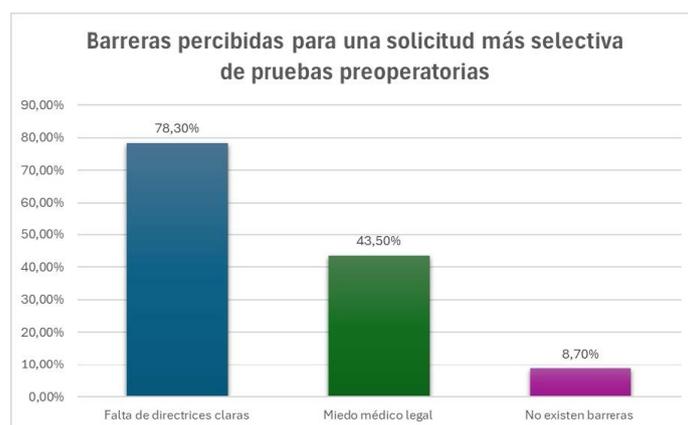
Por otra parte, si hablamos de las más indispensables: Coagulación (78,3%) seguido de bioquímica y hemograma (60,9%) fueron sus respuestas mayoritarias.

Es importante destacar que la percepción de la utilidad de las pruebas preoperatorias para la seguridad del paciente es bastante alta, con una media de 3.96 en una escala de 0 al 5. También, según el estudio, la media de descubrimiento de patologías desconocidas hasta el momento gracias a las pruebas preoperatorias según los participantes es de 1.32 de un rango entre 0 y 5.

Respecto a los factores que influyen en la solicitud de estas pruebas preoperatorias se obtuvieron los siguientes resultados:



En cuanto a las barreras percibidas para una solicitud más selectiva de pruebas preoperatorias fueron las siguientes:



Una de las preguntas abiertas del cuestionario fue: "Que se puede mejorar en el proceso de petición de pruebas preoperatorias en el caso de CMA para pedir las necesarias y ahorrar gastos". La respuesta más frecuente fue la falta de un protocolo y de comunicación entre Servicios. Estas respuestas quedan reflejadas en el Anexo 7.

El principal beneficio de optimizar el proceso de solicitud de pruebas que encontraron los cirujanos fue el ahorro de costes (78,3%) seguido de una mayor comodidad para el paciente y una disminución de la carga de trabajo y consultas (47,8%).

Trabajo Fin de Grado

DISCUSIÓN

Debido a la imposibilidad de poder trabajar con datos de pacientes al tratarse de un Trabajo de Fin de Grado, no podemos evaluar la adecuación de los estudios preoperatorios realizados en un periodo concreto a las recomendaciones de las principales Sociedades Españolas tanto de anestesia como de cirujanos, teniendo que acudir a la actitud del facultativo prescriptor de los mismos, siendo las respuestas obtenidas de carácter general y no específico.

Según los datos de nuestro trabajo y en concordancia con otros autores, se confirma la solicitud excesiva e innecesaria de exámenes preoperatorios, en pacientes sanos o con patologías de base leve controlada, ante cirugías poco o nada invasivas^{6, 10}.

Por otro lado, se plantean interrogantes sobre la necesidad y la utilidad real de estas pruebas en el proceso quirúrgico ya que poco más de la mitad de los encuestados revisan las pruebas antes de las operaciones. Esto puede indicar que, si realmente fueran imprescindibles para la realización de la intervención quirúrgica, podría llegar a tener implicaciones para la seguridad y manejo del paciente.

A esto se le suma que existe cierta discrepancia en cuanto a quién debería solicitar las pruebas, con una parte significativa de los encuestados opinando que deberían ser los anestesiólogos, por tanto, esto podría indicar una falta de consenso o conflicto entre los profesionales de diferentes áreas respecto a las responsabilidades en la solicitud de dichas pruebas y se plantea la cuestión sobre si la responsabilidad de solicitar estas pruebas debería recaer en los anestesiólogos, quienes realizan la evaluación preoperatoria y tienen más información sobre el paciente, lo que, podría optimizar el proceso preoperatorio.

Por otro lado, se sugiere que los cirujanos consideran que estas pruebas son importantes para garantizar la seguridad durante el procedimiento quirúrgico. Sin embargo, es relevante añadir que estas pruebas no solo son cruciales para el bienestar del paciente, sino que también tienen implicaciones en la salud y seguridad de los propios cirujanos. Aunque según este estudio no hay un elevado descubrimiento

de patologías desconocidas en el preoperatorio, siempre cabe la posibilidad de que se ponga en riesgo la salud del personal médico.

Los resultados respecto a los factores más influyentes a la hora de solicitar las pruebas para el preoperatorio nos indican que la mayor parte de los médicos siguen las pautas indicadas por anestesiólogos o pautas del hospital para realizar el petitorio, sin embargo, menos de la mitad de los participantes realiza el petitorio basándose en la historia clínica del paciente, según sus riesgos y complicaciones, lo cual podría indicar que se podría llegar a optimizar este proceso de manera que se pidiesen las pruebas de manera más individualizada. Esta conclusión queda reforzada el porcentaje de que solicitan las mismas pruebas independientemente del paciente.

También es destacable que gran parte de los médicos tienen en cuenta aspectos médico-legales, al igual que en otros trabajos, lo cual constituye una barrera, ya que para la mayor parte de los anestesiólogos y cirujanos su responsabilidad ante los tribunales o ante los pacientes les obliga a contar con una cobertura de pruebas (de ahí el deseo de una reglamentación precisa de los exámenes)¹⁷.

Por ello, esto podría ser solucionado con la implantación de un protocolo claro con la consiguiente ventaja de poder ampararse en ella para acreditar una “buena práctica” de su profesión en el caso que se enjuiciare^{17, 18}.

Es destacable también que solo una pequeña proporción tiene en cuenta el costo económico de las pruebas a la hora de solicitar las mismas, esto deja reflejado que los profesionales médicos deben asumir parte de responsabilidad con respecto al consumo inapropiado de los recursos sanitarios. (18). Por ello, el estudio refleja que existe una potencial área de ahorro si se solicitaran las pruebas indicadas por la SEDAR.

Por otro lado, si analizamos las barreras percibidas, la mayor parte de los participantes afirmaban una falta de directrices claras para realizar el petitorio, esto se puede deber a una falta de comunicación entre los servicios, cirujanos y anestesiólogos o incluso a la falta de un protocolo debidamente implantado. Estas suposiciones son respaldadas en las respuestas abiertas y son similares a las descritas en otros estudios^{17,19}.

Trabajo Fin de Grado

El análisis de las respuestas de nuestro trabajo revela dos áreas principales que requieren atención para mejorar el proceso de solicitud de pruebas preoperatorias: la implementación de protocolos claros y la mejora en la comunicación entre los servicios de anestesia y las distintas especialidades quirúrgicas.

Esto subraya la importancia de implementar mejoras en el proceso de solicitud, no solo para mejorar la eficiencia operativa, sino también para brindar una atención más centrada en el paciente.

CONCLUSIONES

- La solicitud de pruebas preoperatorias en el H.O.P. excede las recomendaciones establecidas por las pautas SEDAR, la mayoría

de los cirujanos consideran que se solicitan más pruebas de las necesarias.

- El petitorio se realiza fundamentalmente basándose en las pautas previas del hospital y en miedo médico-legal. Sin embargo, menos de la mitad realiza un petitorio basándose en las características individuales del paciente. El costo económico es el factor menos considerado a la hora de solicitar dichas pruebas

- En este proceso existe la necesidad de establecer directrices y protocolos claros, y una actualización progresiva de los mismos, así como de mejorar la comunicación entre el servicio de Anestesiología y las especialidades quirúrgicas. De esta forma, el uso selectivo de las pruebas disminuirá costes y aumentará la satisfacción del paciente sin detrimento de la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Zaballos. Actualizaciones en pruebas preoperatorias en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* [Internet]. 2015 [Consultado el 12 de Dic 2023]; 20 (1): 41-46. Disponible en: <http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/8.%20ART%20ESP%20Zaballos.pdf>
2. López-Bastida, J., Serrano-Aguilar, P., Duque-González, B., & Talavera-Déniz, A. (2003). Análisis de costes y ahorros potenciales relacionados con la utilización de pruebas preoperatorias en los hospitales de Canarias. *Gaceta sanitaria*, 17(2), 131-136. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000200007
3. Metz, A. K., Berlin, N. L., Yost, M. L., Cheng, B., Kerr, E., Nathan, H., Cuttitta, A., Henderson, J., & Dossett, L. A. (2023). Comprehensive history and physicals are common before low-risk surgery and associated with preoperative test overuse. *The Journal of Surgical Research*, 283, 93-101. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36399802/>
4. Baskin, A. S., Mansour, A. I., Kawakibi, A. R., Das, P. J., Rios, A. E., Miller, J., Cuttitta, A., Lahti, H., & Dossett, L. A. (2022). Perceived barriers to the DE- implementation of routine preoperative history & physicals preceding low-risk ambulatory procedures: A qualitative study of surgeon perspectives. *The Journal of Surgical Research*, 270, 359-368. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34736128/>
5. Cirugía Mayor Ambulatoria [Internet]. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2018 [citado el 17 de Febrero 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/servicios-quirurgicos/cirurgia-mayor-ambulatoria>
6. Quecedo Gutiérrez, L., Ruiz Abascal, R., Calvo Vecino, J. M., Peral García, A. I., Matute González, E., Muñoz Alameda, L. E., Guasch Arévalo, E., & Gilsanz Rodríguez, F. (2016). Recomendaciones de «no hacer» de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Proyecto «Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas». *Revista española de anestesiología y reanimación*, 63(9), 519-527. <https://www.el-sevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-recomendaciones-no-hacer-sociedad-espanola-S0034935616300408>
7. Gil-Borrelli, C. C., Agustí, S., Pla, R., Díaz-Redondo, A., & Zaballos, M. (2016). Impacto económico de la variabilidad clínica en la petición de pruebas preoperatorias en cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Española*, 94(5),

Trabajo Fin de Grado

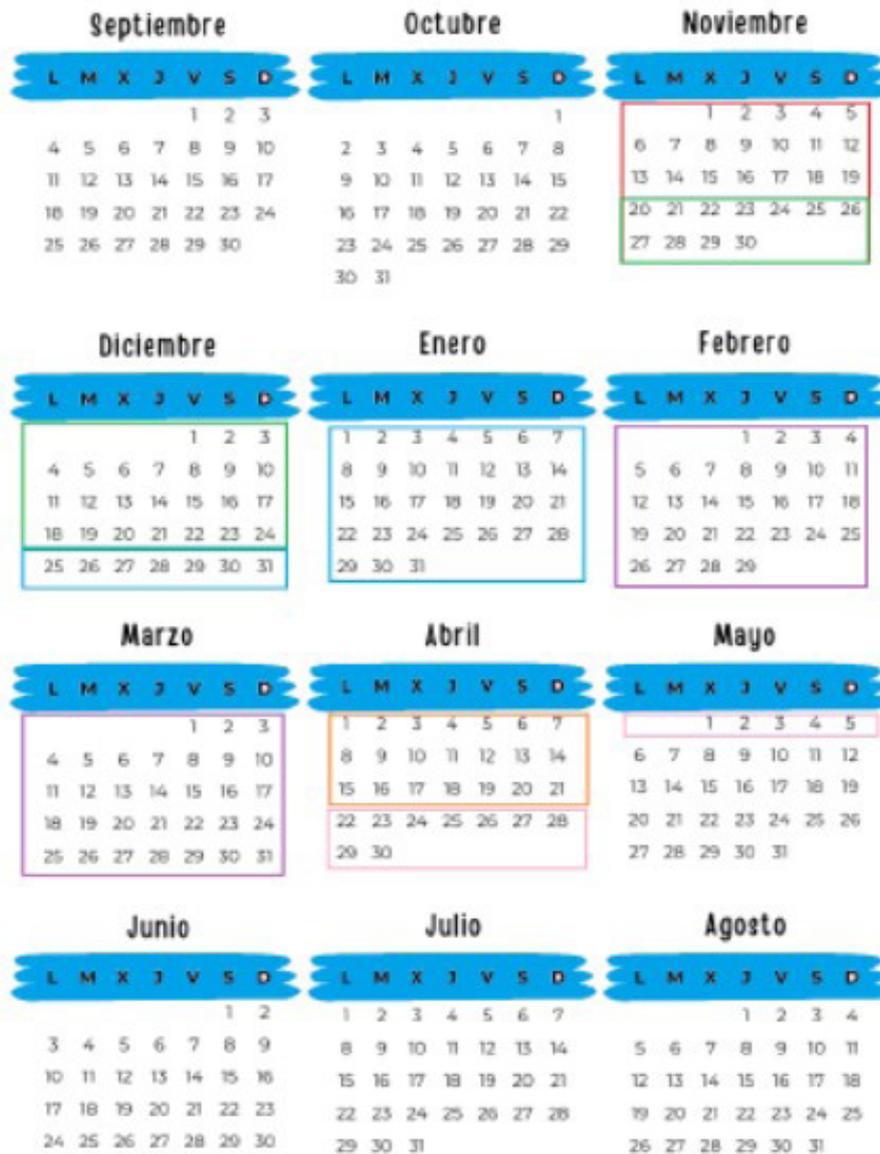
- 280–286. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-impacto-economico-variabilidad-clinica-peticion-S0009739X16000129>
8. Berlin, N. L., Yost, M. L., Cheng, B., Henderson, J., Kerr, E., Nathan, H., & Dossett, L. A. (2021). Patterns and determinants of low-value preoperative testing in Michigan. *JAMA Internal Medicine*, 181(8), 1115. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33999103/>
 9. Papaceit, J., Olona, M., Ramón, C., García-Aguado, R., Rodríguez, R., & Rull, M. (2003). Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gaceta sanitaria*, 17(5), 384–392. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500007
 10. Garcia, A. P., Pastorio, K. A., Nunes, R. L., Locks, G. F., & Almeida, M. C. S. de. (2014). Indication of preoperative tests according to clinical criteria: need for supervision. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)*, 64(1), 54–61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565389/>
 11. Thanh, N. X., Rashiq, S., & Jonsson, E. (2010). Routine preoperative electrocardiogram and chest x-ray prior to elective surgery in Alberta, Canada. *Journal Canadien d'anesthésie [Canadian Journal of Anaesthesia]*, 57(2), 127–133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054679/>
 13. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002. Disponible en: <https://aulasvirtuales.files.wordpress.com/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf>
 14. Sulime Diseño de Soluciones SL. *Revista Cirugía Andaluza* [Internet]. Asacirujanos.com. [citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2022/33/4/06>
 15. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (s/f). Wma.net. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principioseticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 16. BOE-A-1999-23750 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (s/f). Boe.es. Recuperado el 23 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
 17. R. Yáñez. Aplicación de un sistema de protocolos en la práctica de pruebas preoperatorias. *Dialnet* [Internet] 1995 [Consultado el 10 de Enero 2024]; 3(1): 45-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3179899>
 18. Bryson, G. L., Wyand, A., & Bragg, P. R. (2006). Les tests préopératoires ne correspondent pas aux directives publiées et modifient rarement la ligne de conduite. *Journal canadien d'anesthésie [Canadian journal of anaesthesia]*, 53(3), 236–241. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16527786/>
 19. Las relaciones sanas entre los profesionales de la anestesia y los cirujanos son esenciales para la seguridad del paciente [Internet]. Anesthesia Patient Safety Foundation. 2020 [citado el 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.apsf.org/es/article/las-relaciones-sanas-entre-los-profesionales-de-la-anestesia-y-los-cirujanos-son-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente/>

Trabajo Fin de Grado

ANEXOS

ANEXO 1- MARCO TEMPORAL

Curso 2023 - 2024



- Definición estudio y planificación.
- Búsqueda bibliográfica
- Redacción y aprobación ética del protocolo
- Lanzamiento de encuesta y entrevista y recogida de datos
- Recopilación datos y análisis de los resultados
- Elaboración conclusiones

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 2 – CIRUJANOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO QUE PARTICIPAN EN CMA

Especialidad	Cantidad
Cirugía General y del Aparato Digestivo	10
Cirugía Ortopédica y Traumatología	10
Ginecología y Obstetricia	9
Urología	4
Oftalmología	4
Otorrinolaringología	3
TOTAL	40

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 3-ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CIRUJANOS ENCARGADOS DE LA REALIZACIÓN DE CMA.

Cuestionario	
Empiece a cumplimentar el cuestionario	
Sexo *	
<input type="radio"/> Hombre	
<input type="radio"/> Mujer	
Especialidad médica *	
Tu respuesta _____	
Experiencia laboral (en años) *	
Tu respuesta _____	
1- ¿Estás familiarizado/a con la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists)? *	
<input type="radio"/> Sí	
<input type="radio"/> No	
2- ¿Tienes conocimiento de la existencia de algún protocolo específico en nuestro centro para la solicitud de pruebas preoperatorias en CMA? *	
<input type="radio"/> Sí	
<input type="radio"/> No	
3- ¿Crees que se piden más pruebas de las necesarias? *	
<input type="radio"/> Sí	
<input type="radio"/> No	
4- Usted como cirujano, ¿revisa habitualmente las pruebas preoperatorias solicitadas antes de realizar la cirugía?	
<input type="radio"/> Sí que las reviso	
<input type="radio"/> No, a mi como cirujano no me influyen, las revisa el anestesista	
5- Enumera que pruebas preoperatorias habitualmente solicitas para pacientes mayores de 65 años, con enfermedades sistémicas leves compensadas o sin ninguna patología para procedimientos de CMA (pueden ser varias) *	
<input type="checkbox"/> Analítica de sangre: Bioquímica y hemograma	
<input type="checkbox"/> Analítica de sangre: Serología	
<input type="checkbox"/> Analítica de sangre: Coagulación	
<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Rx tórax	
<input type="checkbox"/> Test de embarazo en mujeres fértiles	
6- ¿Qué factores o criterios influyen más en tu decisión al solicitar pruebas preoperatorias? (Puedes seleccionar múltiples opciones) *	
<input type="checkbox"/> Costo económico	
<input type="checkbox"/> Riesgos y complicaciones para el paciente	
<input type="checkbox"/> Historia médica del paciente	
<input type="checkbox"/> Protocolos o pautas del hospital	
<input type="checkbox"/> Aspectos médico-legales	
<input type="checkbox"/> Siempre solicito lo mismo: ECG, Analítica de sangre y Rx Torax	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
Si has seleccionado en la anterior pregunta "otros", especifica :	
Tu respuesta _____	
7- ¿Cómo percibe la utilidad de las pruebas preoperatorias en la seguridad para el paciente? *	
No útiles en absoluto 0 1 2 3 4 5 Muy útiles	
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 3-ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CIRUJANOS ENCARGADOS DE LA REALIZACIÓN DE CMA.

8- En su opinión, ¿qué barreras existen para una solicitud más selectiva de pruebas preoperatorias? *

- Falta de directrices claras.
- Presión del paciente.
- Miedo médico-legal, ya que si no solicitó todas las pruebas, quizá pueda acarrear problemas jurídicos.
- Falta de tiempo para evaluar cada caso individualmente.
- No existen barreras

9- En líneas generales, usted como cirujano, ¿operaría a un paciente clasificado como ASA I o ASA II sin realizar previamente un Estudio de coagulación en una cirugía poco invasiva (no apertura de cavidades anatómicas mayores)? *

- Sí
- No

10- En tu opinión, crees que sería más útil que los anestesiólogos fueran los que solicitaran estas pruebas preoperatorias porque son ellos los que las van a utilizar por el riesgo que conlleva la anestesia? *

- Sí, deberían ser solicitadas por los anestesiólogos
- No, yo como cirujano creo que son indispensables para mi trabajo
- Ambos las utilizamos y las miramos antes de la cirugía

11- De las pruebas preoperatorias que se solicitan habitualmente en pacientes sin riesgo cual crees que es **la más prescindible**: (máximo seleccionar dos) *

- Analítica de sangre: Bioquímica y hemograma
- Analítica de sangre: Serología
- Analítica de sangre: Coagulación
- ECG
- Rx tórax.

12- De las pruebas preoperatorias que se solicitan habitualmente en pacientes sin riesgo cual crees que es **indispensable** para llevar a cabo la operación: (máximo seleccionar dos) *

- Analítica de sangre: Bioquímica y hemograma
- Analítica de sangre: Serología
- Analítica de sangre: Coagulación
- ECG
- Rx tórax
- Otro: _____

12- ¿Cuál crees que es el principal beneficio de optimizar el proceso de solicitud de pruebas preoperatorias para pacientes en CMA? *

- Ahorro de costes
- Mayor comodidad para el paciente
- Disminución de la carga de trabajo y consultas
- Agilizar la cirugía al evitar este proceso preoperatorio
- Creo que no hay ningún beneficio

13- ¿Con qué frecuencia descubren patologías previamente desconocidas en pacientes sanos durante las pruebas preoperatorias?

Es poco frecuente 0 1 2 3 4 5 Es muy frecuente

14- Que se puede mejorar en el proceso de petición de pruebas preoperatorias en el caso de CMA para pedir las necesarias y ahorrar gastos

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 4 – VARIABLES UTILIZADAS EN LA ENCUESTA

1- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- o Sexo: variable cualitativa nominal. Es una variable dicotómica ya que se divide en Hombre - Mujer.
- o Especialidad Médica: Variable cualitativa nominal politómica, con respuestas abiertas.
- o Experiencia laboral: Variable cuantitativa continua, de medición numérica. Está medida en años, y se ha considerado los años de experiencia laboral en el momento en que realizaron la encuesta.

2- OTRAS VARIABLES A ANALIZAR

- o CONOCIMIENTO DE CLASIFICACIÓN ASA: Variable cualitativa dicotómica.
Si-No
- o CONOCIMIENTO SOBRE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS EN EL CENTRO. Variable cualitativa dicotómica. Si-No
- o CREENCIA DE QUE SE PIDEN MÁS PRUEBAS DE LAS NECESARIAS.
Variable cualitativa dicotómica. Si-No
- o REVISIÓN DE LAS PRUEBAS PREOPERATORIAS ANTES DE LA CIRUGIA.
Variable cualitativa dicotómica. Si-No
- o PRUEBAS PREOPERATORIAS SOLICITADAS: Variable cualitativa politómica, con 6 opciones para enumerar las pruebas solicitadas.
- o FACTORES O CRITERIOS INFLUYENTES EN LA DECISIÓN: Variable cualitativa politómica, con 6 opciones para enumerar varias opciones sobre los factores percibidos
- o PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS PRUEBAS PREOPERATORIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: Escala en la que se utilizan ítems del 0 al 5, siendo el 0 para expresar inutilidad y 5 para expresar que son muy útiles.
- o BARRERAS PARA LA SOLICITUD SELECTIVA DE PRUEBAS PREOPERATORIAS: Variable cualitativa politómica para enumerar varias opciones sobre las barreras percibidas.
- o OPERAR A UN PACIENTE SIN ESTUDIO DE COAGULACIÓN: Variable cualitativa dicotómica. Si-No
- o SERÍA MÁS ÚTIL LA SOLICITUD DE PRUEBAS POR ANESTESISTAS: Variable cualitativa politómica para elegir una opción.
Si-No-Ambos
- o PRUEBAS MÁS PRECINBLES: Variable cualitativa politómica para elegir 2 opciones máximo
- o PRUEBAS MÁS INDISPENSABLES: Variable cualitativa politómica para elegir 2 opciones máximo
- o BENEFICIOS DE OPTIMIZAR EL PROCESO DE SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS: Variable cualitativa politómica, con 5 opciones para enumerar varias opciones sobre los beneficios percibidos.
- o FRECUENCIA DE DESCUBRIMIENTO DE PATOLOGÍAS DESCONOCIDAS: Escala en la que se utilizan ítems del 0 al 5, siendo el 0 expresar nunca y 5 para expresar siempre.
- o MEJORA EN EL PROCESO DE PETICIÓN DE PRUEBAS: Respuesta abierta.

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 5 – PERMISO H.O.P PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA.



Teruel, 3 de enero de 2024

De: Julia Paricio Acero. Estudiante de 4º del Grado de Enfermería.

A: Directora del H. Obispo Polanco

Asunto: Permiso realización TFG

Estimado/a Director/a,

Soy Julia Paricio Acero, estudiante de 4º curso de enfermería.

Me pongo en contacto con usted con el fin de solicitar su permiso para la realización de mi TFG.

El propósito de mi investigación consiste en analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de pruebas preoperatorias en pacientes adultos clasificados como ASA I y ASA II para procedimientos de CMA, de acuerdo con los parámetros establecidos por la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. Este estudio se llevará a cabo con la finalidad de contribuir al mejoramiento de los estándares de atención médica y a la optimización de los procedimientos preoperatorios. Para la realización del mismo, sería necesario solicitar la realización de encuestas a los cirujanos responsables de la ejecución de las CMA para valorar de forma cualitativa, la cantidad de pruebas que solicitan durante el preoperatorio, el valor de cada una, la relevancia de la diferencia que habría en cuanto a los resultados entre pedir determinadas pruebas y no hacerlo.

En caso de dar su permiso marque la casilla y firme al final del documento.

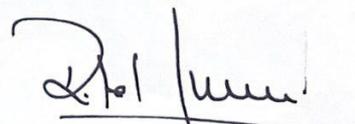
Acepto.....

Quedo a su disposición para cualquier aclaración.

Un cordial saludo.

Julia Paricio Acero.

Estudiante de 4º de enfermería.


DR. GOMEZ NAVARRO
SUBDIRECTOR HOP

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 6-INFORME DICTAMEN FAVORABLE DE TRABAJOS ACADÉMICOS CEC! A



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.L. P123/581

10 de enero de 2024

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 10/01/2024, Acta Nº 01/2024 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Grado de Cumplimiento de las recomendaciones sobre pruebas preoperatorias elaborada por la SEDAR, en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria en el Hospital Obispo Polanco.

Alumna: Julia Paricio Acero
Tutor: Antonio Martínez Oviedo

Versión protocolo: 8/01/2024.

Se acepta la recogida de datos retrospectivos sin consentimiento expreso siempre que se cedan a la alumna de forma seudonimizada.

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los permisos necesarios para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Fecha: 2024.01.16 10:24:05
+01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 7 – RESPUESTAS ABIERTAS A LA PREGUNTA: “QUE SE PUEDE MEJORAR EN EL PROCESO DE PETICIÓN DE PRUEBAS PREOPERATORIAS EN EL CASO DE CMA PARA PEDIR LAS NECESARIAS Y AHORRAR GASTOS”

“QUE SE PUEDE MEJORAR EN EL PROCESO DE PETICIÓN DE PRUEBAS PREOPERATORIAS EN EL CASO DE CMA PARA PEDIR LAS NECESARIAS Y AHORRAR GASTOS”
“Individualizar pruebas solicitadas con un protocolo claro de actuación” (G1)
“Protocolos” (G4)
“Actualizar un protocolo para CMA” (CG8)
“Realizar protocolos por parte de todos los servicios implicados, y revisión de los mismos de forma progresiva” (U9)
“...revisar probablemente los protocolos de manera conjunta. Las cirugías cambian y con ello la necesidad de pruebas.” (Of14)
“Establecer protocolos/directrices en función de la patología e intervención. Ej: cirugía de cataratas prescindimos ya de Rx tórax e incluso podría realizarse la valoración presnestesica vía telemática” (T15)
“Hacer un protocolo para pedir las pruebas preoperatorias según el tipo de cirugía” (C17)
“Crear un protocolo de peticiones según las características del paciente/intervención” (C23)
“unificar criterios de anestesia, ya que según quien lo ve, el preoperatorio vale 6 meses o 1 año” (Ot3)
“no siempre los criterios son los mismos, cirujanos y anestesista” (Of14)
“Colaboración servicio anestesia” (T19)

