

PROCEDURA OPERATIONALA

**PROCEDURA PRIVIND EVALUAREA SI
MANAGEMENTUL PREOPERATOR
COD PO-24-08**

STANDARDE DE REFERINTA: SR EN ISO 9001: 2008

**EDITIA: 1
REVIZIA: 0**

**DIFUZAT IN REGIM CONTROLAT. EXEMPLAR NR.....
INFORMATIV**

Destinatar.....

**ELABORAT,
Medic Sef Sectie ATI
Dr. Chircov Elena**



**VERIFICAT,
Director medical
Dr. Dumitrache Deniz**



**APROBAT,
MANAGER
Dr. Nastasescu Tudor Ion**



Data aprobarii/aplicarii:

Avertisment: Documentul de fata este proprietatea Spitalului Judetean de Urgenta Tulcea.
Utilizarea, reproducerea completa sau partiala si difuzarea prezentului document fara acordul scris al managerului Spitalului Judetean de Urgenta Tulcea constituie o violare a drepturilor de autor si va fi sanctionata conform legislatiei in vigoare.
Copiile sunt numerotate si tinute sub control.

INDICATORUL REVIZIILOR

Nr. crt.	Ed/Rev/ Data	Continut sumar sau identificare	Elaborat	Verificat	Aprobat
			Funcctie, nume, prenume, semnatura	Funcctie, nume, prenume, semnatura	Funcctie, nume, prenume, semnatura
1.	Ed 1/Rev 0 25.09.2017	Elaborare PO-24-08, in Ed.1, Rev.0	Medic Sef Sectie ATI Dr. Chircov Elena 	Director medical Dr. Dumitrache Deniz 	Manager Dr. Nastasescu * Tudor Ion 

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	PROCEDURA OPERATIONALA PRIVIND EVALUAREA SI MANAGEMENTUL PREOPERATOR COD PO-24-08	Exemplar: Editia: 1 Revizia: 0 Data: 25.09.2017 Pagina 3 din 13
--	--	---

LISTA DIFUZARE RETRAGERE

Nr. crt.	Difuzare				Retragere			
	Departament	Data	Numele si prenumele	Semnatura	Data	Numele si prenumele	Semnatura	Observatii
1	Manager	25.09.2017	Dr. Nastasescu Tudor Ion					
2	Director Medical	25.09.2017	Dr. Dumitrache Deniz					
3	Sectia Chirurgie generala	25.09.2017	Dr. Corhan Tiberiu					
4	Sectia Ortopedie Traumatologie	25.09.2017	Dr. Gutium Ion					
5	Sectia Obst. Ginecologie	25.09.2017	Dr. Argetoianu Gelu					
6	Sectia Oftalmologie	25.09.2017	Dr. Manga Carmen					
7	Compartiment O.R.L.	25.09.2017	Dr. Ungureanu Loreta					
8								

LISTA DE CONTROL A REVIZIILOR

Nr. crt.	Obiectul reviziilor	Elaborat/data	Verificat/data	Aprobat/data
1				
2				
3				

CUPRINS

	Pag.
1. Scop_____	5
2. Domeniu de aplicare_____	5
3. Documente de referinta_____	5
4. Definitii si prescurtari_____	5
5. Descrierea procesului_____	6
6. Responsabilitati_____	12
7. Inregistrari si formulare_____	12
8. Anexe_____	12

1. SCOP

Procedura stabileste modul de evaluare si managementul preoperator al pacientului internat in cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Tulcea.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplica in cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Tulcea de intreg personalul medical.

3. DOCUMENTE DE REFERINTA

- 3.1. MSMC - 01 Manualul Sistemului de Management Calitate, editia 1, rev. 0
- 3.2. SR EN ISO 9001:2008 - Sisteme de management al Calitatii. Cerinte.
- 3.3. SR EN ISO 9000: 2006 - Sisteme de managementul calitatii. Principii fundamentale si vocabular.
- 3.4. SR EN ISO 9004/2010 - "Conducerea unei organizatii catre un succes durabil. O abordare bazata pe managementul calitatii"
- 3.5. Ordin 914 din iulie 2006, pentru aprobarea normelor privind conditiile pe care trebuie sa le indeplineasca un spital in vederea obtinerii autorizatiei sanitare de functionare
- 3.6. LEGE nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului

4. TERMENI SI DEFINITII

4.1. Definitii

Termenii utilizati si definirea acestora este conform cu SR EN ISO 9000:2006 si MSMC-01.

4.2. Prescurtari

5. DESCRIEREA ACTIVITATILOR

Evaluarea preoperatorie se face obligatoriu pentru toate cazurile programate si de urgenta. Formularul de evaluare care se utilizeaza într-un anumit spital, este un document medico-legal care ajuta la identificarea potentialelor complicatii perioperatorii, prin cunoasterea istoricului bolii pentru care se opereaza pacientul, istoricului de anestezie, si respectiv de alergie, istoricului pe sisteme si aparate completat de examinarea fizica si de eventuale teste de laborator, precum si a listei complete a medicatiei pacientului, inclusiv a preparatelor din plante. Colectarea completa si corecta a datelor pacientului conduce la realizarea celui mai bun plan de anestezie, tolerat de pacient.

5.1. Istoricul pacientului

5.1.1. Istoricul general

Cunoscand istoricul bolii pentru care se opereaza pacientul, chirurgul impreuna cu anestezistul stabileste preoperator, gradul de urgenta al procedurii, anvergura interventiei, tehnica chirurgicala abordata, necesarul de sange si produse de sange, modalitatile de conservare intraoperatorie a sangelui etc.

În cazul unui istoric de anestezie este important de aflat daca s-a pus problema unei intubatii dificile, a unor alergii intraanestezice sau a unei situatii de hipertermie maligna. Istoricul de alergie trebuie sa confirme sau sa excluda terenul atopie, alergiile la factori de mediu, la alimente si medicamente. Anestezistul afla daca pacientul a fost testat sau nu, rezultatele testarii, si daca se impune o noua evaluare alergologica.

Istoricul privind medicatia pacientului este esential, deoarece multi agenti medicamentoși pot interactiona cu medicatia anestezica. Unele medicamente psihiatrice, inhibitori de monoaminoxidaza (IMAO) pot produce în prezenta opioidelor (petidina) excitatie psihomotorie, convulsii si coma, iar în prezenta agentilor simpatomimetici raspunsul presor hipertensiv poate fi sever (se intrerup cu 2-3 saptamani înainte de momentul operator inlocuindu-se la indicatie psihiatrica cu un alt antidepresiv). Antidepresivele triciclice (rar utilizate astazi) inhiba metabolismul catecolaminelor si pot produce aritmii sau sa potenteze raspunsul cardio-vascular la adrenalina.

Digoxinul accentueaza fenomenele secundare induse de hipokalemie si creste posibilitatea aritmiilor la administrarea de calciu.

Diureticele nu se administreaza în ziua operatiei si se verifica electrolitii (în special K^+).

Litiul, magneziul, antibioticele aminoglicozide produc prelungirea blocului realizat de relaxantele musculare.

Contraceptivele orale se opresc cu cel puțin 6 saptamani înainte de chirurgia electiva deoarece creste riscul trombozei venoase.

5.1.2. Istoricul si examinarea fizica pe sisteme si aparate

Sistemul respirator

Evaluarea sistemului respirator incepe cu evaluarea posibilitatii de abordare a caili aeriene, în vederea excluderii unei intubatii dificile. Astfel se masoara distanta tiromentoniera, se apreciaza gradul de extensie si flexie a capului, se examineaza cavitatea orala pentru clasificarea Mallampatti, se examineaza coloana cervicala (cu particularitati în trauma, Sindrom Down si artrita reumatoida), articulatia atlanto-occipitala si articulatiile cervicale. Clasificarea Mallampatti are însa valoare predictiva scazuta. Exista conditii predispozante pentru intubatie dificila, cum ar fi: anormalitati anatomice (deschidere limitata a gurii, limba disproportionat de mare, anormalitati dentare, gat scurt, marimea mandibulei sau epiglota alungita), anomalii congenitale (anomalii de schelet sau stenoza caili aeriene), infectii (epiglotita, angina Ludwig,

abcese retrofaringiene, dentare sau peritonsilare), neoplasme (carcinom supraglotic sau laringian, nasofaringian), artrite la articulatia temporomandibulara, atlanto-occipitala sau cervicala.

Pacientul politraumatizat pune si mai multe probleme pentru intubatie, prin distorsiuni faciale, hematoame, infiltrarea tesuturilor cu secretii, tulburari de deglutitie, injuria maxilarului, mandibulei, laringelui, injuria coloanei cervicale. Imobilizarea in linie sau gulerul cervical au impact asupra expunerii glotice, si astfel, pana la 20% dintre acesti pacienti prezinta laringoscopie gradul 3 sau 4.

Evaluarea screening pulmonara contine intrebari in legatura cu istoricul de fumat, posibilitatea existentei dispneei, a tusei, a wheezing-ului, a stridorului, a sforaitului sau apneei de somn.

Se continua cu examinarea fizica care urmareste coloritul pacientului, frecventa respiratorie, efortul de ventilatie, urmata de auscultatia pacientului.

Se cauta infectiile respiratorii recurente si mai ales cele recente pentru riscul perianestezic de laringo- si bronhospasm.

Sforaitul si apneea de somn cresc riscul apneei postanestezice.

Fumatul este un important factor de risc al complicatiilor pulmonare, fiind necesara o pauza de fumat de cel putin 8 saptamani pentru reducerea complicatiilor postoperatorii. Fumatorii au o reactivitate crescuta a cailor aeriene fiind necesara administrarea preoperatorie a unui bronhodilatator. O pauza de cel putin 2 zile va duce la abolirea efectelor nicotinic cardiovasculare si cresterea clearance-ului secretiilor bronsice.

Istoricul pacientului ne poate conduce la o patologie cronica pulmonara preexistenta.

Astmaticul care utilizeaza frecvent bronhodilatatorul, are necesar de corticosteroizi si are internari frecvente, va avea un indice de severitate crescut. Pentru cei sub corticoterapie in ultimele 6 luni se administreaza cortizonicul in dimineata operatiei, de 1,5-2 ori doza obisnuita, se continua cu 50-100 mg de hidrocortizon hemisuccinat in timpul operatiei si apoi postoperator din 8 in 8 ore pana la reluarea cortizonicului per os.

Pentru astmaticii care nu sunt sub corticoterapie se poate folosi hidrocortizonul hemisuccinat profilactic, in ziua operatiei cate 100 mg la 8 ore.

Pacientul cu BPOC are obstructie aeriana incomplet reversibila, are emfizem pulmonar, este posibil sa aiba infectie pulmonara si face insuficienta cardiaca dreapta in formele severe de BPOC.

Testele pulmonare functionale sunt rezervate celor cu rezectii pulmonare sau celor cu chirurgie majora (chirurgia aortei, chirurgia toracica sau chirurgia abdomenului superior).

Complicatiile pulmonare perioperatorii la pacientul cu trecut pulmonar in chirurgia majora non-cardiaca sunt frecvente: atelectazia, bronsite, pneumonie, bronhospasm, insuficienta respiratorie, pneumothorax. Scaderea in postoperator a capacitatii vitale, a capacitatii reziduale functionale sau aparitia unei disfunctii diafragmatice contribuie la atelectazie si hipoxemie.

Durata anesteziei de peste 2-3 ore, creste rata complicatiilor pulmonare.

Chirurgia laparoscopica desi uneori de durata mai lunga decat chirurgia deschisa face ca rata complicatiilor pulmonare postoperatorii sa fie mai mica.

Sistemul cardiovascular

Evaluarea preoperatorie a unui pacient cu patologie cardiovasculara inseamna: definirea riscului, identificarea celor care beneficiaza de teste suplimentare si a celor care beneficiaza de terapie interventionala, sau chiar chirurgie cardiaca, cat si identificarea celor cu necesar perioperator de betablocant. Cautam existenta ischemiei miocardice, a anginei instabile (creste riscul de infarct miocardic), a anginei atipice la femei, diabetici si varstnici, cautam hipertensiunea arteriala necontrolata cu valori mai mari de 180/100 mmHg, existenta

valvulopatiilor (risc de endocardita si sincopa), existenta aritmiilor, cat si prezenta insuficientei cardiace, acute sau cronice.

Pentru stabilirea riscului cardiac in chirurgia non-cardiaca respectam ghidurile care armonizeaza managementul clinic bazat pe evidente. Riscul cardiac in chirurgia non-cardiaca este rezultatul evaluarii capacitatii functionale a pacientului, a factorilor de risc specifici pacientului, la care se adauga riscul chirurgical pentru evenimente cardiace.

Capacitatea functionala se masoara in echivalenti metabolici (MET) si se afla din istoricul pacientului: 1 MET - reprezinta necesarul metabolic de repaus, 4 MET - corespunde unui efort fizic necesar pentru urcarea scarilor a doua etaje, iar practicarea unor sporturi ca inotul sau fotbalul reprezinta mai mult de 10 MET.

Dupa aprecierea capacitatii functionale se cauta factori clinici de risc cardiac:

- i. prezenta anginei pectorale
- ii. antecedente de infarct miocardic
- iii. insuficienta cardiaca
- iv. antecedente de accident vascular cerebral sau atacuri tranzitorii cerebrale
- v. disfunctie renala (creatinina > 2 mg% sau clearance-ul creatininic < 60 ml/min)
- vi. diabet zaharat insulindependent.

Conditii cardiace instabile sunt cautate atent si obligatoriu, ele crescand foarte mult riscul cardiac: angina instabila, insuficienta cardiaca acuta, aritmiile cardiace semnificative, boli valvulare simptomatice, infarctul miocardic recent si ischemia miocardica reziduala ele fiind contraindicatie pentru chirurgia electiva.

Riscul chirurgical pentru evenimente cardiace poate fi:

- i. scazut $< 1\%$ in chirurgia ortopedica minora, urologica minora, reconstructiva, oftalmologica, dentara sau ginecologica;
- ii. intermediar crescut 1-5% pentru chirurgia abdominala, ortopedica majora, neurochirurgie, chirurgie carotidiana sau transplantul de organ
- iii. poate fi inalt $> 5\%$ in chirurgia aortei sau chirurgia periferica vasculara.

In situatia unei chirurgii electiv la un pacient cu o conditie cardiaca instabila, chirurgia va fi reprogramata, iar pacientul va fi trimis in sectia de cardiologie sau cardiologie interventionala pentru stabilizare (tratamentul insuficientei cardiace acute, revascularizare, etc.).

Daca capacitatea functionala este 4 MET, iar riscul chirurgical este intermediar, atunci exista obligativitatea introducerii statinelor si a betabloacantelor preoperator. La cei cu disfunctie sistolica ventriculara stanga, se introduce preoperator si inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei.

Daca capacitatea functionala este scazuta 4 MET si riscul chirurgical este inalt si gasim mai mult de 3 factori de risc clinic cardiac, se considera necesara testarea cardiaca non-invaziva. Daca la testarea de stres apare ischemia, se reprogrameaza procedura chirurgicala si se considera necesitatea unui procedeu de revascularizare coronariana care sa permita ulterior interventia chirurgicala. Dupa angioplastia cu balon, interventia este posibila la 2 saptamani, in timp ce un stent farmacologic activ, impune 12 luni pana la o posibila interventie, timp in care pacientul face terapie duala antiplachetara.

Pentru confirmarea diagnosticului insuficientei cardiace, biomarkerii de tip BNP (brain natriuretic peptide) si NT pro BNP (N-terminal pro BNP) sunt importanti deoarece sunt produsii de miocite ca raspuns la stresul de perete miocardic crescut independent de prezenta unei ischemii miocardice. De asemenea sunt indicatori de prognostic al mortalitatii pe termen lung. Troponinele cardiace T si I sunt biomarkerii preferati pentru diagnosticul infarctului miocardic acut.

Testele cardiovasculare non-invazive sunt reprezentate de ECG; testul de efort (ECG de exercitiu); testul de stres farmacologic pentru cei cu claudicatie sau pentru cei care nu pot face efort fizic (scintigrafia miocardica de stres dupa stimulare cu dipiridamol sau adenoza sau ecografia de stres cu dobutamina); evaluarea functiei cardiace sistolice si diastolice prin ecocardiografie; evaluarea aspectului si functionalitatii valvelor cardiace prin ecografie si Doppler pulsat. Testul cardiac invaziv cel mai frecvent utilizat este coronarografia.

Sistemul neurologic

Se incepe cu verificare statusului mental, mai ales la pacientul varstnic cu posibile tulburari cognitive preanestezice. Felul in care raspunde si descrie istoricul bolii este cea mai buna modalitate de verificare a statusului mental. Intrebarile verifica un istoric de convulsii, de injurie pe nervi periferici, o patologie neuromusculara preexistenta, un AVC sau atacuri ischemice tranzitorii in antecedente.

Testarea reflexelor, gasirea posibilelor sechele este obligatorie mai ales la diabeticul cu neuropatie care urmeaza a fi supus unei chirurgii de lunga durata si unde pozitionarea pe masa si protejarea zonelor de contact este foarte importanta.

Patologie endocrina preexistenta

Diabetul zaharat este cea mai comuna endocrinopatie intalnita frecvent la pacientii din serviciile chirurgicale. Complicatiile microvasculare (retinopatie, neuropatie si nefropatie) sau macrovasculare (cardiopatie ischemica, infarct miocardic sau accident vascular cerebral) trebuie cautate la evaluarea preanestezica a pacientului diabetic.

Nefropatia periferica si cea autonoma apar frecvent la diabetici si aceste complicatii trebuie documentate in fisa de evaluare preanestezica, iar planul de anestezie se adapteaza la complicatiile diabeticului. Controlul strans al glicemiei este obligatoriu in perioada perioperatorie, la fel si introducerea betabloecantelor perioperator. Rigiditatea articulara poate afecta semnificativ articulatia temporomandibulara, atlanto-occipitala, cat si articulatiile cervicale. Limitarea articulara poate sa duca la posibilitatea unei intubatii dificile.

Hipertiroidismul are manifestari clinice importante pentru evaluarea preoperatorie. Hipertiroidianul este un pacient cu status hipermetabolic, cu posibila „furtuna” hipertiroidiana in postoperator. O tiroida de dimensiuni mari poate distorsiona calea aeriana superioara producand wheezing, mai ales in pozitie supina. In acest caz radiografia este obligatorie pentru a pune in evidenta o deviere traheala importanta. Pacientului cu hipotiroidism ii este caracteristica hipotermia, hipoglicemia, hiponatremia, hipoventilatia si metabolizarea tardiva a substantelor anestezice.

Hiperparatiroidismul, frecvent intalnit la pacientul insuficient renal cronic in stadiu de dializa, este caracterizat prin hipercalcemie preoperatorie si hipocalcemie postoperatorie, necesitand determinari repetate ale calciului serie.

Feocromocitomul caracterizat prin hipertensiune arteriala intermitenta, cefalee, diaforeza si tahicardie, se pregateste cu alfa-antagonisti in preoperator. Introducerea alfa-antagonistilor in terapia acestuia a dus la scaderea mortalitatii in chirurgia feocromocitomului.

Pacientii cu terapie cortizonica pe termen lung pot dezvolta supresie adreno-corticala si sindrom Cushing. La acestia corectia preoperatorie a electrolitilor si fluidelor este obligatorie, iar suplimentarea cu steroizi este indicata pentru a acoperi stresul chirurgical si anestezic.

Patologia renala preexistenta

Managementul perianestezic al fluidelor si electrolitilor la acesti pacienti este in atentia anesteziului in functie de stadiul insuficientei renale si dezechilibrul electrolitic. In conturarea planului anestezic se tine cont de metabolismul si eliminarea renala a drogurilor anestezice.

Patologia hepatica preexistenta

Pacientul hepatic cronic are hipoproteinemie, hipoalbuminemie si in consecinta, legarea medicatiei de proteine va fi alterata cu modificare consecutiva a volumului de distributie a drogurilor anestezice. Tulburarile de coagulare care insotesc bolile hepatice pot influenta atat sangerarea intraoperatorie, cat si optiunea pentru o tehnica de anestezie regionala. Anestezistul trebuie sa fie atent la medicatia care poate influenta functia plachetara (aspirina sau antiinflamatorii nonsteroidiene), cat si la anticoagulante. Mentinerea stabilitatii hemodinamice este o optiune absoluta pentru orice tehnica de anestezie aplicata pacientului hepatic.

Patologie musculo-scheletala preexistenta

Aceasta patologie, daca exista, creste riscul hipertemiei maligne. Prezenta osteoartritelor face sa creasca atentia la pozitionarea pacientului pe masa, cat si la posibilitatea intubatiei dificile. Artrita reumatoida este o boala multisistemica in cadrul careia se poate intalni patologie pulmonara restrictiva, pericardita si pleurezie exudativa, anemie si instabilitatea atlanto-occipitala.

Patologie infectioasa preexistenta

Pacientul cu HIV poate sa ajunga si el in conditie chirurgicala electiva sau de urgenta, necesitand acoperire antibiotica corespunzatoare si protectia personalului care il trateaza. Pacientii cu infectii cu bacterii rezistente la antibiotice (de obicei nosocomiale) se izoleaza si se trateaza corespunzator.

5.2. Testele de laborator recomandate

Pentru toate tipurile de operatii se recomanda analize biochimice, obligatorii:

- Hemoleucograma,
- Grupul si Rh-ul sangvin,
- Determinarea electrolitilor serici,
- Ureea
- Creatinina
- Glicemia,
- Probele hepatice,
- Sumar urina
- ECG-ul si Rx-ul toracie
- Ts, Tc sau APTT, INR, la pacienti cu tratament ACO (anticumarinice oral)

Determinarea hematocritului si hemoglobinei se indica la pacientii care vor fi supusi unor interventii chirurgicale cu risc mare de sangerare si la cei cu patologie sistemica supraadaugata. Numaratoarea de leucocite si trombocite se face la cei cu infectie si stari septice. Testele de coagulare sunt obligatorii la pacientii cu hemofilie sau boala von Willebrand, la cei cu patologie hepatica si la cei anticoagulati. Electrolitii nu se fac de rutina decat la cei cu pierdere de electroliti (renali sau digestivi) si la cei cu terapie diuretica cronica. Ureea, creatinina, glicemia se determina la pacientii varstnici, renali, si la cei diabetici. Testele functionale hepatice se fac la cei cu patologie hepatica preexistenta. Albumina se determina la cei cu boli hepatice si cu malnutritie. ECG-ul se va face la varstnici, diabetici si cei cu rezerva functionala cardiaca scazuta. Radiografia pulmonara si testele pulmonare functionale (spirometrie, gaze arteriale) se fac pacientilor cu patologie pulmonara cronica supusi unei chirurgii cu risc inalt. Testul de sarcina se face inainte de operatie, pentru femeile cu varsta fertila.

5.3. Pregatirea preoperatorie

5.3.1. Pregatirea psihologica

Vizita preoperatorie insemna discutia cu pacientul si eventual, familia acestuia, cand anestezistul explica evenimentele perioperatorii, raspunde la toate intrebarile, si propune un management anestezic justificat care se potriveste pacientului.

5.3.2. Pregatirea medicamentoasa (premedicatia)

Scaderea anxietatii. Sedare si amnezie.

Se realizeaza prin administrarea de benzodiazepine, hidroxizin sau fenotiazina.

Benzodiazepinele (diazepam, lorazepam, midazolam) au index terapeutic inalt si toxicitate scazuta. La grupul de medicamente amintit se poate adauga difenhidramina, care este un antiH₁ cu activitate anticolinergica si efect sedativ foarte bun.

Analgezie

Analgezia se realizeaza cu opioide (meperidina, morfina, fentanyl) si se administreaza atunci cand este necesara analgezia inainte de operatie, sau pentru ameliorarea disconfortului atunci cand se realizeaza anestezia regionala, cand se monitorizeaza invaziv sau se pun catetere centrale. Efectele secundare sunt importante: prurit, greata, varsaturi, depresie respiratorie.

Morfina administrata intramuscular are un efect maxim la 45-90 minute si dureaza 4 ore. Dupa administrarea intravenoasa, varful se realizeaza la 20 de minute postadministrare.

Meperidina are 1/10 din efectul analgetic al morfinei si are o mare variabilitate in ceea ce priveste timpul de instalare a efectului maxim.

Fentanylul este de 75-125 ori mai potent decat morfina din punct de vedere analgetic. La administrarea intravenoasa 1-2µg/kg corp, varful plasmatic se realizeaza dupa 6-7 minute. Fentanylul se poate administra si oral transmucos 5-20 µg/corp, fara a depasi 15 µg/kg la copilul mai mic de 6 ani, deoarece creste riscul greturilor si varsaturilor postoperatorii, face bradicardie si depresie respiratorie.

Uscarea secretiilor

Se realizeaza cu anticolinergice, glicopiroilat, scopolamina si atropina, ultimele doua realizand si sedare preoperatorie. Utilizarea lor in scopul reducerii secretiilor gastrice nu este universal agreata.

Preventia raspunsurilor reflexe autonome

Se realizeaza cu atropina si glicopiroilat. Efectul vagolitic este util atat in prevenirea bradicardiei reflexe realizata prin: tractiunea musculaturii extraoculare, a viscerelor abdominale, masaj si tractiune in zona sinusului carotidian, cat si pentru prevenirea bradicardiei la repetarea dozelor succesive de succinileolina.

Reducerea volumului de fluid gastric si de crestere a pH-ului

Se realizeaza prin administrare de anticolinergice, antagonisti H₂, antacide, omeprazol si medicatie gastrokinetica. Este importanta pentru cei cu „stomac plin” care urmeaza sa fie supusi unei chirurgii de urgenta. In afara acestora, gravida, pacientul obez, diabeticul si cel cu hernie hiatala sau reflux gastroesofagian sunt la risc de aspiratie pulmonara cu continut gastric. Antagonistii de receptori H₂ (cimetidina, famotidina, ranitidina) se pot administra atat parenteral, cat si oral, cu 1,5-3 ore inainte de inductie. Antacidele au efect in momentul in care se administreaza, astfel, citratul de sodiu 0,3M ridica pH-ul gastric cu peste 2,5 daca este administrat cu 15-30 minute inainte de inductie. Suprimarea secretiei gastrice prin administrarea inhibitorilor de protoni, creste pH-ul gastric dar efectul de scadere a volumului gastric este inconstant. Se administreaza cu 30 de minute inainte de inductie. Metoclopramidul (gastrokinetic) reduce volumul gastric prin faptul ca stimuleaza motilitatea gastrointestinala, creste tonusul sfincterului gastroesofagian si relaxeaza pilorul. Se administreaza cu 15-30

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	PROCEDURA OPERATIONALA PRIVIND EVALUAREA SI MANAGEMENTUL PREOPERATOR COD PO-24-08	Exemplar: Editia: 1 Revizia: 0 Data: 25.09.2017 Pagina 12 din 13
--	--	--

minute înainte de inductie (5-10 mg), administrarea facandu-se in 3-5 minute (administrarea rapida produce dureri abdominale).

Aspiratia pulmonara apare foarte rar la pacientul sanatos in chirurgia electiva. De aceea ideea postului alimentar dinaintea operatiei s-a modificat mai ales la grupul de pacienti pediatrici. Multe studii facute la copii si la adulti sanatosi au aratat ca lichidele clare bause cu pana la 3 ore inainte de operatie nu au efect asupra volumului gastric si a pH-ului.

Antiemeticele

Antiemeticele: droperidolul, dexametazona, metoclopramidul, odansetronul, singure sau in combinatie se utilizeaza in chirurgia laparoscopica, ginecologica, bariatrica, la nefumatori, la femei in special, la cei cu antecedente de rau de miscare, la cei la care opiaceele se vor administra in postoperator, cat si la cei care au suferit in antecedente de greata si varsaturi postoperatorii.

Antagonistii adrenergici

Anatagonistii adrenergici (dexmedetomidina) se utilizeaza pentru atenuarea efectului simpato-adrenal intraoperator. Clonidina, pe langa efectul sedativ face parte din tehnica anestezica de producere a hipotensiunii.

Profilaxia reactiilor alergice la atopici

Se face cu medicatie antiH₂, antiH₁ si cortizonic. Reactiile alergice medicamentoase nu pot fi prevenite cu aceasta medicatie dar se poate atenua amploarea lor.

Introducerea betablocantului preoperator

De obicei se face cu cateva zile inainte de momentul operatiei in ideea de a mentine frecventa cardiaca in jur de 50-70/minut si tensiunea arteriala mai mare de 110 mmHg. Se acorda o atentie deosebita la cei cu bloc atrioventricular, la cei bradycardici, cei cu fenomene de insuficienta cardiaca severa si la cei cu bronhospasm.

Antibiotice

Antibioticele in premedicatie se administreaza in chirurgia cu plagi posibil contaminate, la pacientul cu imunosupresie, la cel sub corticoterapie, pentru profilaxia endocarditei la pacientul valvular si in chirurgia „curata” (chirurgie cardiaca, vasculara). Cefalosporinele sunt cele mai utilizate antibiotice, vancomicina o administram in cazul alergiei la penicilina.

Insulina la diabetici

In dimineata interventiei chirurgicale se administreaza 1/4-1/2 din doza uzuala (insulina cu actiune intermediara) apoi intraoperator, insulina se administreaza in infuzie cu glucoza.

5.4. Concluzie

Evaluarea preanestezica se face pentru reducerea complicatiilor ce tin de anestezic sau de patologia preexistenta a bolnavului, cu un minimum de teste suplimentare si un maximum de rezultat.

6. RESPONSABILITATI

Personalul medical va respecta prevederile prezentei proceduri.

7. INREGISTRARI

Nr.Crt.	Inregistrarea	Suportul	Completeaza	Loc pastrare	Durata
1	Checklist pentru evaluarea si managementul preoperator	Tipizat	Medicul curant	Sectie	

8. ANEXE

Anexa nr. 1 - Checklist pentru evaluarea si managementul preoperator

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	PROCEDURA OPERATIONALA PRIVIND EVALUAREA SI MANAGEMENTUL PREOPERATOR COD PO-24-08	Exemplar: Editia: 1 Revizia: 0 Data: 25.09.2017 Pagina 13 din 13
--	--	--

Anexa nr. 1 - Checklist pentru evaluarea si managementul preoperator

CHECKLIST PENTRU EVALUAREA SI MANAGEMENTUL PREOPERATOR

		DA/NU
I.1. CONSULTATII OBLIGATORII PENTRU TOATE TIPURILE DE OPERATII		
EKG (la toti pacientii)	Adulti	
	Copii	
Consult cardiac ± ecografie cardiaca	Persoane sub 40 ani cu probleme cardiace	
	Persoane peste 40 ani	
Rx pulmonar (la toti pacientii)		
Spirometrie (la pacientii cu antecedente respiratorii)		
Consult neurologic (pacienti varstnici cu posibile tulburari cognitive preanestezice)		
Consult endocrinologic (patologie endocrina preexistenta)		
Consult nefrologic (patologie renala preexistenta)		
Consult medicina interna (patologie hepatica preexistenta)		
Consult boli infectioase (patologie infectiousa preexistenta)		
Consult pediatic		
I.2. TESTE DE LABORATOR OBLIGATORII PENTRU TOATE TIPURILE DE OPERATII		
-Hemoleucograma		
-Ureea		
-Creatinina		
-Glicemia		
-TGO		
-TGP		
-BT		
-BD		
-Electroliti		
-Sumar urina		
-Ts, Tc sau APTT, INR, la pacienti cu tratament ACO (anticumarinice oral)		
Teste de laborator pentru interventile chirurgicale laborioase:		
-Grupul si Rh-ul sangvin (comanda de produse de sange)		