



EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN ANESTESIA: REVISIÓN DE LA GUÍA 2017 DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DE CHILE

PREOPERATIVE EVALUATION IN ANESTHESIA: A REVIEW OF THE 2017 GUIDELINES OF THE CHILEAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY

María Jesús Acuña Paolinelli^{a*}
Asunción Alarcón Vallejos^a
Valeria Alexandra Hidalgo Bravo^a
Sofía Beatriz Norero Rivera^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo
Artículo recibido el 3 de febrero, 2026. Aceptado en versión corregida el 28 de julio, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1721

RESUMEN

Introducción: Las guías de evaluación preanestésica estandarizan el manejo perioperatorio para disminuir la morbilidad y mortalidad. En 2017, la Sociedad de Anestesiología de Chile (SACH) publicó sus recomendaciones nacionales. Sin embargo, la constante evolución de la evidencia científica exige analizar su vigencia frente a las nuevas publicaciones internacionales. **Objetivo:** Describir los pilares de la guía SACH 2017 (momento de evaluación, historia clínica, examen físico y exámenes complementarios) y analizar los aportes de la literatura actualizada en la planificación anestésica. **Metodología:** Revisión narrativa desarrollada en tres etapas: categorización de los ejes temáticos de la guía SACH 2017, análisis de su bibliografía de respaldo y búsqueda bibliográfica en bases de datos indexadas publicadas en el período 2018–2026. **Resultado:** La evaluación se sustenta en anamnesis detallada, examen físico dirigido y exámenes complementarios selectivos. Se destaca la importancia de realizar la valoración con antelación suficiente para permitir la optimización de patologías y hábitos. El examen físico debe ser centrado en el área cardiopulmonar, y agregar otra en caso de síntomas. La indicación de pruebas de laboratorio e imágenes no debe realizarse de manera rutinaria, sino basarse estrictamente en las comorbilidades del paciente y la invasividad del procedimiento, garantizando así la costo-efectividad del sistema de salud. La nueva evidencia introduce actualizaciones críticas, como la telemedicina, protocolos de suspensión de agonistas GLP-1 y SGLT2, y nuevos biomarcadores. **Conclusión:** La evaluación preoperatoria es un acto médico crítico y personalizado. Los fundamentos centrales de la guía SACH 2017 continúan vigentes; no obstante, es indispensable integrar los nuevos consensos. **Palabras claves:** Anestesia; Evaluación preoperatoria; Anamnesis; Guías de práctica clínica como asunto.

ABSTRACT

Introduction: Preoperative evaluation guidelines standardize perioperative management to reduce morbidity and mortality. In 2017, the Chilean Society of Anesthesiology (SACH) published its national recommendations. However, the continuous evolution of scientific evidence requires an analysis of their current validity in light of recent international publications. **Objective:** To describe the core pillars of the 2017 SACH guidelines (timing of evaluation, medical history, physical examination, and complementary tests) and to analyze the contributions of updated literature to anesthetic planning. **Methodology:** A narrative review conducted in three stages: categorization of the main thematic axes of the 2017 SACH guidelines, analysis of its supporting literature, and a literature search in indexed databases published between 2018 and 2026. **Result:** Preoperative evaluation relies on a detailed medical history, a targeted physical examination, and selective complementary testing. Early evaluation is essential to allow time for the optimization of medical conditions and lifestyle habits. The physical examination should focus on the cardiopulmonary system, adding other systems if symptoms are present. Laboratory tests and imaging should not be requested routinely; instead, they must be strictly based on patient comorbidities and procedural invasiveness to ensure healthcare system cost-effectiveness. Recent evidence introduces critical updates, such as telemedicine, discontinuation protocols for GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors, and new biomarkers. **Conclusion:** Preoperative evaluation is a critical and personalized medical act. While the core principles of the 2017 SACH guidelines remain valid, integrating these new consensus guidelines is essential.

Key words: Anesthesia; Preanesthetic evaluation; Medical history taking; Practice guidelines as topic.

Cómo citar:

Acuña-Paolinelli MJ, Alarcón-Vallejos A, Hidalgo-Bravo VA, Norero-Rivera SB. Evaluación preoperatoria en anestesia: Revisión de la Guía 2017 de la Sociedad de Anestesiología de Chile. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de junio de 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1721>

INTRODUCCIÓN

Las sociedades de anestesiología a nivel mundial han elaborado múltiples guías sobre evaluación preoperatoria, cuyo contenido difiere entre instituciones y se modifica en función de la evidencia disponible. En este contexto, resulta fundamental que cada país disponga de lineamientos propios adaptados a su realidad clínica. La Sociedad de Anestesiología de Chile (SACH) publicó el 2017 la guía denominada Recomendaciones Clínicas de la Sociedad de Anestesiología de Chile sobre Evaluación Preoperatoria, documento que aborda los aspectos más relevantes de la evaluación preanestésica con sus principales recomendaciones. Dada la variabilidad entre guías internacionales, resulta necesario analizar y fundamentar las recomendaciones a nivel nacional, de modo de garantizar una evaluación preanestésica eficiente y basada en la mejor evidencia disponible.

El objetivo general es describir las recomendaciones para la evaluación preanestésica propuestas en la guía SACH 2017, explicar sus fundamentos científicos, analizar su impacto en la planificación del manejo anestésico, incluyendo el momento de evaluación óptimo, anamnesis, Examen Físico (EF) y exámenes complementarios y compararlo con las últimas recomendaciones de la literatura. Para ello, se realizó una revisión narrativa de literatura médica, cuyo análisis se estructuró en tres fases: en primer lugar, la identificación de los ejes temáticos de la guía Recomendaciones Clínicas de la Sociedad de Anestesiología de Chile sobre Evaluación Preoperatoria de la SACH 2017; en segundo lugar, el análisis de la evidencia citada en el documento base; y finalmente, una búsqueda bibliográfica en bases de datos indexadas (PubMed, MEDLINE y ScienceDirect) de guías de práctica clínica y consensos internacionales publicados entre 2018 y 2026. Se seleccionaron artículos en inglés y español de acceso gratuito para contrastar las recomendaciones vigentes con la evidencia reciente sobre evaluación perioperatoria, manejo farmacológico y exámenes complementarios.

DESARROLLO

La evaluación preanestésica es la valoración del paciente previa a la anestesia, tanto para procedimientos quirúrgicos como no quirúrgicos. Su finalidad es recopilar datos que permitan conocer la situación clínica preoperatoria del paciente para predecir complicaciones, planificar el manejo y mejorar los resultados del acto anestésico y quirúrgico. Sus tres pilares fundamentales son: la historia clínica, el EF y los exámenes complementarios¹.

Momento de la evaluación

El momento de la evaluación, la historia clínica y el EF impactan en el cuidado perioperatorio, el uso de

recursos y los resultados clínicos. La evaluación preoperatoria debe realizarse con el tiempo suficiente antes de la intervención, de manera que permita realizar intervenciones dirigidas a optimizar los resultados del paciente y disminuir sus riesgos³. Se requieren entre 4-8 semanas de cese tabáquico para reducir complicaciones postoperatorias como infección de heridas⁴, observándose mejoras progresivas desde las 24 horas, donde aumenta la oxigenación tisular. A las tres semanas mejora la cicatrización; tras cuatro semanas se optimizan los resultados quirúrgicos; a las seis semanas mejora la función pulmonar y a los seis meses se recupera significativamente la función inmune^{2,3}. De similar manera, la abstinencia de alcohol previo a la cirugía reduce la incidencia de arritmias postoperatorias y mejora la respuesta al estrés quirúrgico⁵. Por otro lado, en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica, el descenso de 5-10% del peso corporal previo a la intervención evidenció una menor estadía hospitalaria y una pérdida de peso postoperatoria más rápida⁶.

El momento de la evaluación preanestésica depende de la condición clínica del paciente, su accesibilidad a salud, la invasividad del procedimiento y las características del sistema sanitario². En pacientes graves o inestables, se recomienda realizar la evaluación preanestésica el día antes de la cirugía, dado que su condición puede variar de manera significativa en cortos periodos de tiempo³. Esta consideración se extiende a pacientes en tratamiento anticoagulante, quienes pueden tener un riesgo perioperatorio adicional². Por otro lado, pacientes con patologías de bajo riesgo que vayan a someterse a intervenciones de mediana o baja invasividad, tanto la anamnesis como EF pueden realizarse el mismo día de la cirugía².

Es importante que la evaluación preanestésica sea realizada por el médico anestesiólogo responsable del procedimiento, dado que es quien asume la seguridad del paciente y decide su aptitud para someterse a la anestesia⁷. Es labor del médico informar al paciente sobre el plan anestésico, riesgos asociados y dejar constancia en el consentimiento informado¹.

Historia clínica y examen físico

La evaluación preanestésica debe contemplar la historia clínica más completa posible. Una forma de facilitar la obtención de toda esta información es disponer de la ficha clínica, la cual se recomienda revisar el día anterior a la cirugía². Los elementos clave son la revisión de la ficha, la anamnesis y el EF. Sus hallazgos se asocian a la morbilidad y complicaciones perioperatorias, especialmente las comorbilidades, que influyen en el riesgo y en la planificación de recursos².

La historia y EF deben llevarse a cabo asegurando la privacidad del paciente, en un entorno protegido y

tranquilo. Se debe portar un documento de identificación personal y rol dentro de la atención a la vista, para dar cumplimiento a la Ley 20.585, Artículo 9, relativo a los derechos del paciente^{3,8,9}.

Al momento de realizar la evaluación preoperatoria, se recomienda completar un registro estandarizado que incluya la identificación del paciente, fecha de evaluación, diagnóstico, procedimiento a realizar con especificación de sitio anatómico, anamnesis remota, revisión por sistemas, horas de ayuno, EF, resultado de exámenes de laboratorio relevantes, clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA por su sigla en inglés) y plan anestésico^{3,9}. Dentro de la anamnesis, hay que considerar antecedentes mórbidos, cirugías previas, respuesta previa a anestesia/analgesia y complicaciones, uso de medicamentos crónicos, reacción adversa a medicamentos y procedimientos diagnósticos de importancia³. En relación al EF, debe incluir, como mínimo, una evaluación de la vía aérea, examen cardiopulmonar y signos vitales². Se debe considerar que la evaluación preanestésica permite preparar al paciente para la cirugía, pesquisar conductas de riesgo y educar en torno a hábitos saludables.

Exámenes preoperatorios

Los exámenes preoperatorios permiten identificar riesgos, ajustar el manejo y optimizar los resultados quirúrgicos. No se deben realizar exámenes de rutina, dado que la evidencia no respalda beneficios clínicos en términos de resultados postoperatorios. Su indicación debe basarse en hallazgos de la historia clínica, EF y procedimiento a realizar, especialmente ante la sospecha de condiciones que puedan modificar la estrategia anestésica o quirúrgica^{10,11}.

El hemograma se recomienda en pacientes con factores de riesgo para anemia, como historia personal/familiar de sangrado, clínica de anemia, enfermedades inflamatorias crónicas, enfermedad hepática crónica, trastornos hematológicos, antecedentes de quimioterapia/radioterapia, extremos de edad o procedimientos riesgo de sangrado superiores a 500 cc. En relación al riesgo quirúrgico, no se recomienda solicitarlo en cirugías de bajo riesgo. En riesgo intermedio, sólo se indica en pacientes ASA III-IV con enfermedad cardiovascular o renal. En cirugías de alto riesgo, el examen debe realizarse en todos los pacientes^{2,12}. La solicitud de creatinina plasmática se justifica en pacientes con antecedentes de enfermedad renal crónica.

Se sugiere contar con el valor basal de función renal previo a la cirugía en pacientes con riesgo de desarrollar insuficiencia renal dado el procedimiento o características de base, como cirugías intraperitoneales, pacientes sépticos, hipovolémicos, edades extremas, antecedente de diabetes mellitus, arteriosclerosis, enfermedad hepática, insuficiencia

cardíaca, enfermedad coronaria, aquellos expuestos a drogas nefrotóxicas en el perioperatorio y pacientes con comorbilidades que serán sometidos a cirugías de alto riesgo.

Se indica la toma de electrolitos plasmáticos en pacientes con enfermedad renal crónica conocida, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca congestiva o uso de fármacos tipo IECA/ARAII^{2,13}. Se recomienda solicitar glicemia ante sospecha de alteraciones metabólicas de la glucosa o en cirugías vasculares, ortopédicas o de columna, dado el mayor riesgo de infección y complicaciones cardiovasculares en pacientes con diabetes. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) no se asocia a mayor mortalidad a 30 días, pero sí a largo plazo. En diabéticos, se aconseja contar con un resultado reciente (≤ 3 meses)¹².

El objetivo de las pruebas de coagulación es detectar trastornos de la hemostasia para prevenir sangrado, sin embargo, no se recomiendan de rutina en el preoperatorio, ya que la anamnesis y evaluación clínica tienen mayor valor predictivo. La prevalencia de coagulopatías es baja y, aún en enfermedades como Von Willebrand, las pruebas pueden ser normales. Además, no se ha demostrado asociación entre alteraciones incidentales y sangrado postoperatorio, por lo que su uso debe ser selectivo. En este sentido se sugiere solicitar pruebas como el recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada en pacientes con enfermedad hepática, enfermedad renal, usuarios de anticoagulantes, alteración en la hematopoyesis y sospecha clínica de alteración de coagulación^{2,12,14}.

Una paciente embarazada, incluso siendo completamente sana, se clasificará como ASA II. Debido a los cambios fisiológicos, el embarazo representa una condición que puede modificar tanto el plan quirúrgico como anestésico, por lo que debe ser identificado oportunamente. Se recomienda la medición de la hormona b-hCG en todas las mujeres en edad fértil. Sin embargo, en algunos centros donde esta prueba no se realiza de forma rutinaria, se opta por una historia clínica ginecológica detallada. Si esta no resulta confiable, se ofrece a la paciente la realización del test correspondiente^{12,14,15}.

Muchas instituciones solicitan Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en forma rutinaria, aunque su valor pronóstico es incierto. Por ello, las guías recomiendan indicarlo según la edad y la presencia de enfermedad cardiovascular previa. En pacientes mayores son más frecuentes las alteraciones electrocardiográficas, incluso sin cardiopatía significativa¹⁶. En pacientes sanos, la prevalencia de hallazgos anormales en el ECG varía entre un 4% y un 44,9%. Sin embargo, sólo un 0,46% a 2,6% de estos casos ha derivado en la cancelación de la cirugía. En contraste, en pacientes con indicación clara para la realización del ECG, este porcentaje puede elevarse hasta un 20%¹⁶.

En síntesis, no se recomienda realizar ECG de forma rutinaria. Debe indicarse según factores de riesgo cardiovascular, como cardiopatía coronaria, arritmias, enfermedad pulmonar, vascular periférica o cerebrovascular, cardiopatía estructural, diabetes insulino-requiere, insuficiencia renal, síntomas cardiovasculares o cirugías de riesgo intermedio-alto, especialmente en mayores de 65 años. En enfermedad coronaria, el ECG aporta información pronóstica a corto y largo plazo¹⁷. Algunos hallazgos electrocardiográficos asociados a mayor morbilidad incluyen arritmias, onda Q patológica, hipertrofia ventricular izquierda, depresión del ST, QT prolongado y bloqueos de rama, aunque ninguno tiene valor predictivo independiente demostrado. Un ECG es válido aproximadamente por seis meses si no hay cambios clínicos, aunque algunas guías reducen este período a uno a tres meses según el contexto^{16,17}. En síntesis, el ecocardiograma está indicado en pacientes con signos o síntomas cardiovasculares. Previo a este, se recomienda contar con un ECG vigente y discutir sus resultados con el anestesiólogo a cargo¹³.

La indicación de radiografía de tórax se basa en síntomas o antecedentes de enfermedad cardiovascular o pulmonar, así como a pacientes mayores de 50 años que serán sometidos a cirugía abdominal alta, torácica o reparación de aneurismas aórticos¹⁸.

Estudios realizados entre los años 1980 y 2000 mostraron que las radiografías de tórax de rutina presentaron hallazgos anormales en un 23,1% de los casos. De estos, apenas un 3% implicó un cambio en la conducta clínica o plan anestésico, siendo la mayoría en personas mayores de 50 años¹⁹.

El uroanálisis se recomienda frente a sospecha de Infección del Tracto Urinario (ITU), pacientes que serán sometidos a procedimientos urológicos o instalación de prótesis. Su solicitud rutinaria en pacientes asintomáticos rara vez arroja resultados positivos. Existe escasa evidencia que asocia resultados anormales con complicaciones postoperatorias. En la mayoría de los casos, las alteraciones detectadas no fueron tratadas, e incluso cuando se indicó tratamiento, no se observó un beneficio significativo en los desenlaces peri y postoperatorios^{14,20}.

Nuevas recomendaciones

Han transcurrido nueve años desde la publicación de la guía SACH 2017, y si bien gran parte de sus recomendaciones centrales se mantienen plenamente vigentes, han surgido nuevos escenarios clínicos y desafíos farmacológicos, no contemplados en ese entonces. A continuación, se detallan los principales aportes de la literatura actualizada.

A diferencia de la guía nacional, la Guía de la Sociedad Europea de Anestesiología y Cuidados Intensivos (ESAIC) del 2024, recomienda realizar la evaluación preanestésica en todos los pacientes

entre 30 días y 48 horas antes del procedimiento para evitar suspensiones el mismo día²¹. En pacientes de alto riesgo, esta evaluación se debe realizar 30 días antes para poder compensar las patologías de base de ser necesario. Además, frente al avance de la tecnología y la aparición de la telemedicina producto de la pandemia del COVID-19, la guía sugiere realizar entrevistas de manera remota a través de videollamadas y cuestionarios para optimizar la recolección de información²¹. En esta línea, Fuentes et al. refieren que la evaluación puede ser realizada por el anestesiólogo u otro quién se encuentre bajo la supervisión directa del especialista³.

Respecto a la historia clínica, la nueva evidencia hace especial énfasis en interrogar activamente sobre la utilización de medicamentos y terapias alternativas³. En pacientes en tratamiento con anticoagulantes o antitrombóticos que serán sometidos a procedimientos de urgencias el manejo debe individualizarse en base al tipo de fármaco, respecto a sus características farmacocinéticas, disponibilidad de antidotos, función renal del paciente, probabilidad de sangrado mayor y probabilidad de riesgo trombotico²¹. Por su parte, en pacientes con hemofilia que requieran suplementación con factores de coagulación, se debe priorizar tratamiento multidisciplinario en base a la farmacocinética individual del paciente, en lugar de utilizar únicamente el peso corporal, para asegurar un resultado hemostático óptimo²¹.

El uso de los fármacos agonistas GLP-1 (como semaglutida y liraglutida) ha aumentado notablemente en los últimos años. Estos medicamentos con efecto incretina se utilizan para el control glicémico en pacientes diabéticos y para el manejo de la obesidad, sin embargo, generan retraso del vaciamiento gástrico²². Esto resulta potencialmente perjudicial al momento de someterse a algún procedimiento que requiera sedación o anestesia general por su riesgo de aspiración²³. En respuesta a esto, las nuevas guías recomiendan suspender el medicamento una semana antes (en el caso de los fármacos semanales) o el mismo día del procedimiento (en caso de los fármacos diarios), además de indicar una dieta de líquidos claros 24 horas antes²¹. Pese a estas medidas, el riesgo no se elimina por completo, por lo que todos los pacientes que consuman agonistas GLP-1 deben considerarse en riesgo de “estómago lleno” incluso en ausencia de síntomas. Por ello, cada vez que sea posible se recomienda realizar un ultrasonido gástrico²¹. Por otro lado, los pacientes usuarios de inhibidores SGLT2 deben suspender el fármaco entre tres y cuatro días antes de la cirugía por el riesgo de desarrollar cetoacidosis diabética euglicémica, permitiéndose consumir líquidos claros hasta dos horas antes para asegurar una hidratación adecuada²¹.

En relación a la evaluación de la vía aérea, las directrices actuales recalcan que debe realizarse en

todo procedimiento, incluso si no está contemplado el uso de soporte ventilatorio invasivo. Además, se recomienda utilizar múltiples predictores de vía aérea difícil de forma combinada para aumentar su valor predictivo positivo²¹.

Actualmente, se ha estimado que entre un 60 a 75% de los exámenes preoperatorios son clínicamente innecesarios³. Dentro de las actualizaciones recientes, se agrega que, en los pacientes con enfermedad renal crónica, además de la creatinina y electrolitos plasmáticos se sugiere solicitar la proteinuria, niveles de NT-proBNP y el cálculo de la tasa de filtración glomerular para descartar alguna falla renal aguda o empeoramiento de la enfermedad renal crónica²¹.

Finalmente, posterior a la pandemia del virus SARS-CoV-2, se recomienda el testeo preoperatorio con antígeno solo en pacientes sintomáticos²¹.

CONCLUSIÓN

La evaluación preanestésica constituye un pilar dinámico e insustituible en la seguridad perioperatoria, al constituirse como un proceso clave que impacta directamente en la morbilidad y en la seguridad anestésico-quirúrgica. A casi una década de la publicación de las “Recomendaciones Clínicas de la SACH 2017”, sus principios fundamentales son la anamnesis, EF y su realización personalizada según paciente y tipo de cirugía, evitando exámenes o intervenciones innecesarias los que siguen estando vigentes.

La evolución de la evidencia en los últimos años introduce cambios que se adecuan a los avances científicos. La integración de la telemedicina permite optimizar la recolección de datos y la planificación. El uso creciente de agonistas de GLP-1 e inhibidores de SGLT2 exigen pautas de suspensión que no existían en 2017. Se consolida la necesidad de evaluar la vía aérea en todo procedimiento, sea o no invasivo y se refina el perfil preoperatorio en la enfermedad renal crónica.

Finalmente, seguir recomendaciones nacionales e internacionales permite estandarizar un enfoque individualizado, manteniendo una actualización constante para optimizar los resultados perioperatorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mullick P, Kumar A, Prakash S, Jain S. Perioperative dental injury awareness among anesthesiologists. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2025 [citado el 20 de octubre 2025];41(1):119-125. Disponible en: https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_432_23
- Committee on Standards and Practice Parameters; Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG; American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation; Pasternak LR, et al. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia
- Evaluation. *Anesthesiology* [Internet]. 2012 [citado el 16 de octubre 2026];116(3):522-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31823c1067>
- Fuentes R, Nazar C, Vega P, Stuardo C, Parra Á, Merino W. Recomendación clínica: evaluación preoperatoria. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2019 [citado el 12 de octubre 2026];48(2):182-93. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv48n02.17>
- Lindström D, Sadr Azodi O, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Näsell H, et al. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg* [Internet]. 2008 [citado el 15 de octubre 2026];248(5):739-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181889d0d>
- Egholm JW, Pedersen B, Møller AM, Adami J, Juhl CB, Tønnesen H. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado el 15 de octubre 2026];11(11):CD008343. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008343.pub3>
- Still CD, Benotti P, Wood GC, Gerhard GS, Petrick A, Reed M, et al. Outcomes of preoperative weight loss in high-risk patients undergoing gastric bypass surgery. *Arch Surg* [Internet]. 2007 [citado el 15 de octubre 2026];142(10):994-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archsurg.142.10.994>
- Kinley H, Czoski-Murray C, George S, McCabe C, Primrose J, Reilly C, et al. Effectiveness of appropriately trained nurses in preoperative assessment: randomised controlled equivalence/non-inferiority trial. *BMJ* [Internet]. 2002 [citado el 10 de noviembre 2026];325(7376):1323. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7376.1323>
- Weil G, Bougain JL. Consultation préanesthésique. *EMC Anesth Reanim* [Internet]. 2012 [citado el 14 de octubre 2026];32(2):1-16. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0246-0289\(12\)57408-6](https://doi.org/10.1016/S0246-0289(12)57408-6)
- Perona Val I, García Hinarejos S, Lario Sahuquillo ML. Evaluación de la identificación del paciente en el servicio de cirugía del Hospital Clínico de Valencia, España: Cross Sectional Study. *J Nurs Valencia* [Internet]. 2024 [citado el 14 octubre 2026];4:1-10. Disponible en: <https://www.journursval.com/index.php/jnv/article/view/25>
- Cohn SL. Preoperative Evaluation for Noncardiac Surgery. *Ann Intern Med* [Internet]. 2016 [citado el 14 de octubre 2026];165(11):ITC81-ITC96. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/AITC201612060>
- Richman DC. Ambulatory surgery: How much testing do we need? *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2010 [citado el 16 de octubre 2026];28(2):185-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2010.03.001>
- Bock M, Fritsch G, Hepner DL. Preoperative Laboratory Testing. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2016 [citado el 18 de octubre 2026];34(1):43-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.10.005>
- National Institute for Health and Care Excellence. Routine preoperative tests for elective surgery (NG45) [Internet]. Londres: NICE; 2016 [citado el 17 de octubre 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>
- Feely MA, Collins CS, Daniels PR, Kebede EB, Jatoti A, Mauck KF. Preoperative testing before noncardiac

- surgery: guidelines and recommendations. Am Fam Physician [Internet]. 2013 [citado el 1 de noviembre 2026];87(6):414-8. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0315/p414.html>
15. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology [Internet]. 2002 [citado el 10 de noviembre 2026];96(2):485-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00000542-200202000-00037>
 16. Rodríguez-Borja E, Corchon-Peyrallo A, Aguilar-Aguilar G, Carratala-Calvo A. Utility of routine laboratory preoperative tests based on previous results: Time to give up. Biochem Med (Zagreb) [Internet]. 2017 [citado el 10 de noviembre 2026];27(3):030902. Disponible en: <https://doi.org/10.11613/BM.2017.030902>
 17. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, Hert SD, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J [Internet]. 2014 [citado el 16 de octubre 2026];35(35):2383-431. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu282>
 18. Vetter TR, Boudreaux AM, Ponce BA, Barman J, Crump SJ. Development of a Preoperative Patient Clearance and Consultation Screening Questionnaire. Anesth Analg [Internet]. 2016 [citado el 16 de octubre 2026];123(6):1453-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000001532>
 19. Smetana GW, Lawrence VA, Cornell JE; American College of Physicians. Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians. Ann Intern Med [Internet]. 2006 [citado el 20 de noviembre 2026];144(8):581-95. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-8-200604180-00009>
 20. Drekonja DM, Zarbinski B, Johnson JR. Preoperative urine cultures at a Veterans Affairs hospital. JAMA Intern Med [Internet]. 2013 [citado el 16 de octubre 2026];173(1):71-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.834>
 21. Lamperti M, Romero CS, Guarracino F, Cammarota G, Vetrugno L, Tufegdzic B, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol [Internet]. 2025 [citado el 16 de octubre 2026];42(1):1-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002069>
 22. Liu QK. Mechanisms of action and therapeutic applications of GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2024 [citado el 16 de octubre 2026];15:1431292. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1431292>
 23. Angulo Cardoso G, Balverde Camiño E, Irizaga Dávila G, Furtenbach Domenech P. Agonistas Glucagon Like Peptide – 1 (GLP-1) y retraso del vaciamiento gástrico: Consideraciones anestésicas y clínicas. Rev Chil Anest [Internet]. 2024 [citado el 16 de octubre 2026];53(1):28-32. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv53n1-06>