

Editorial

Sedación, analgesia, anestesia fuera de salas de cirugía

Por largos años el teatro de operaciones de las diversas actividades del anesthesiologo se desarrolló casi con exclusividad en las salas de cirugía, unidades intensivas, obstétricas y de recuperación.

Merced a nuevos conocimientos y al avance acelerado de actualización en tecnología médica, se proponen en secuencia acelerada diversos y complejos procedimientos de orden diagnóstico y terapéutico con fines paliativos o curativos de menor invasividad, expeditos en su definición, ambulatorios en la mayoría de situaciones.

Cada vez se requiere el servicio profesional del anesthesiologo para controlar y administrar sedación y/o analgesia a pacientes que requieran inmovilidad, inconsciencia o pérdida de la percepción dolorosa con una inmensa posibilidad de proseguir a la anestesia general por duración del procedimiento o complicaciones derivadas del mismo, imposibles de ser previstos en la evaluación preoperatoria.

Estos escenarios de mayor concurrencia próximas a la sala de quirófanos como el área de radiología, hemodinamia, cardiología, endoscopia digestiva, o a mediana distancia como el servicio de urgencias; un gabinete odontológico, son sitios que implican unas condiciones de ejercicio bien diferentes, con equipos de monitoría defectuosos, o insuficientes, carentes de unidades de cuidado postanestésico, a su vez reguladas por siete normas con sus respectivas parágrafos.

En primer término la consulta preoperatoria por tener carácter obligatorio debe elaborarla el anesthesiologo para enterarse de los antecedentes patológicos, quirúrgicos y alérgicos del paciente, evaluar el estado físico, según clasificación ASA. En la historia clínica preoperatoria deben consignarse los detalles relevantes del examen físico, los exámenes paraclínicos, conceptos de otros especialistas, la medicación formulada y una breve información, sobre el riesgo de los procedimientos, al paciente o sus familiares, quienes firmarán en hoja especial la autorización y el consentimiento para el acto anestésico⁽¹⁾.

Es previsible que todas las drogas ansiolíticas, sedantes, opioides o disociativas induzcan estados semejantes a una anestesia general con pérdida de la conciencia, aún bajo estímulos dolorosos, con atenuación de la respuesta ventilatoria, en pacientes a quienes solamente se les intentó inducir una sedación a dosis bajas y universalmente apropiadas; en condiciones individuales de orden desconocido: metabólicas o idiosincráticas, no es posible predecir la transformación y respuesta, con el resultado que un intento de producir una moderada sedación y analgesia de carácter «consciente» se torna inconsciente, con depresión respiratoria de prolongado despertar, que requiere asistencia ventilatoria y apoyo circulatorio que solamente el médico entrenado y en escenarios adecuados puede proporcionar con éxito.

En segunda instancia debe proveerse un espacio locativo cómodo al paciente, al personal de anestesia y al equipo de monitoría; algunos procedimientos resultan de una duración inesperada, en lugares cuya estructura se acomoda primero al cirujano, radiólogo o endoscopista, con serias limitaciones al acceso rápido a las infusiones y a la visualización de los equipos de control en un ambiente oscuro, contaminado por el ruido y ocupado por las máquinas de resonancia o hemodinamia.

En tercer lugar, la denominada sedación o analgesia en cirugía ambulatoria distante a los quirófanos requiere un equipo de monitoría en buen estado de funcionamiento, con señales confiables, que registre las constantes viables de manera continua, sin intermitencia, bajo la supervisión clínica, en condiciones cambiantes de un organismo que cursa sometido a un stress traumático y un impacto farmacológico en aspectos de ventilación (oximetría), circulación (tensión arterial, ECG), intercambio gaseoso (capnografía) y metabolismo (temperatura). El costo de la seguridad es la permanente vigilancia.

Las Normas de Seguridad de la Sociedad Colombiana de Anestesiología, revisadas y en vigencia desde 1985, aceptadas en los países de la CLASA como recomendación a sus especialistas para un ejercicio más seguro, exigen la instalación y provisión de una fuente de oxígeno, equipo de anestesia y monitoría electrónica, instrumental de anestesia, droga preseleccionada para una reanimación R.C.C.P y la posibilidad de un expedito traslado del paciente a una sala de cirugía o una unidad postanestésica con las facilidades de personal e instrumental⁽²⁾.

Los efectos adversos de la sedación en la población pediátrica ambulatoria están en íntima relación con el desconocimiento de las condiciones del infante, las sobredosis, la interacción de dos o más drogas, la vía de administración y la incapacidad de realizar una oportuna y eficaz reanimación. La depresión cardiorespiratoria se observa en dosis/respuesta variable en poblaciones aparentemente homogéneas con diversos agentes farmacológicos: benzodiazepinas, barbitúricos, opioides, hipnóticos y anestésicos locales. Las complicaciones surgen en niños de reconocida susceptibilidad a estas medicaciones en hospitales de buena dotación, es lógico deducir una mayor incidencia y gravedad, fuera de quirófanos, en oficinas y consultorios con mínimo personal y carencias severas en equipo y monitoría⁽³⁾.

La antigua clasificación de sedación mínima o «Ansiolosis», sedación moderada o «Sedación Conciente» y sedación profunda con Analgesia, que tocan las fronteras de la Anestesia General, deben eliminarse de las guías de la práctica médica, porque los límites en respuesta clínica, afectación de la conciencia, compromiso de la vía aérea, ventilación y función cardiovascular no pueden establecerse por tablas o cartillas en entes biológicos diversos, con distinta susceptibilidad y reacción, así fuera el mismo fármaco a igual dosis, por la misma ruta.

Los niños en quienes se busca «ansiolosis» con hidrato de cloral, benzodiazepinas o ketamina, no deberán tener un control y monitoría diferente a la propuesta para administración de drogas clasificadas para «sedación consciente o profunda» y requieren por igual, destrezas del profesional en asegurar la vía aérea, reanimación cardio-cerebro-pulmonar básica y avanzada con vigilancia en la extensión de la post sedación con reintegro a la normalidad⁽⁴⁾.

La administración simultánea de óxido nitroso como analgésico - hipnótico, sumada a un sedante y anestesia regional «controlada» por el mismo médico u odontólogo, carentes de los estándares básicos de monitoría, debe abandonarse por hallarse en abierta contradicción a los requisitos de seguridad y en contra vía de la ley 6ª de Anestesia.

Para conocimiento general de los profesionales y entidades asistenciales, sin la debida observancia en la provisión locativa y de equipos de control, que puedan involucrarse en forma incidental o rutinaria en estos procedimientos anestésicos, es necesario recordar la normatividad vigente en acuerdo a la ley 6ª de 1991 y el Decreto No. 0097 de 1996 por el cual se reglamenta la ley 06 de 1991 sobre la especialidad médica de Anestesiología:

Artículo 3°: «De la práctica de procedimientos anestésicos por médicos no especializados: Los médicos no especializados en Anestesia y Reanimación, solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en Anestesia y Reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia».

Parágrafo: «Los médicos no especializados en Anestesiología y Reanimación, y los profesionales de Odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente».

Artículo 4: «De la prohibición de suministrar la anestesia y realizar el procedimiento quirúrgico: Prohíbese aplicar anestesia y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por parte del mismo médico en forma simultánea, salvo en los casos de urgencia atendidos en instituciones hospitalarias que dispongan de un solo profesional de la medicina».

En conclusión, El objetivo de ejercer una medicina de calidad, con altos índices de seguridad, conlleva un conocimiento previo de las condiciones del paciente, ajustarse a la normatividad preestablecida, con real advertencia de los potenciales eventos adversos que se sucedan por causa de la enfermedad misma y anticipando los efectos variables de las drogas, administrados inicialmente como sedantes o ansiolíticos que pueden transformarse en anestésicos con las complicaciones inherentes y comprometer al profesional en sujeto de demandas médico -legales-, por la no observancia de la Lex Artis con las consecuencias éticas y penales, agravadas si ocurrieran secuelas neurológicas temporales o definitivas.

Julio Enrique Peña B., MD

Director Nacional de Publicaciones
Especialista Fundación Santa Fe de Bogotá

BIBLIOGRAFIA: _____

1. ASA Standards, Guidelines and statements, October 2004, p.p.1-55
2. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología SCARE-CLASA, 2006
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events, occurring during hospitalization a cross-Sectional Study of litigation, quality assurance and medical records at two teaching hospitals. *Ann intern Med.* 1990; 112: 221-226
4. Charles J. Coté; Helen W. Karl; Daniel A. Notterman, et al. Adverse Sedation Events in Pediatrics: Analysis of medications used for sedation. *Pediatrics.* Vol 106. 2000; 633-644
5. Ley 06 de Anestesia, Enero 16, 1991 y Decreto No. 0097, reglamentario de la Ley 06, de Enero 12, 1996