

Editorial

La evaluación preoperatoria con riesgo anestésico

Cumplida la normatividad legal, con carácter obligatorio de elaborar en el preoperatorio una Historia Clínica completa, mediante el registro escrito de la anamnesis, los antecedentes patológicos, el examen físico, la valoración de los exámenes paraclínicos, las interconsultas del caso y la firma del consentimiento firmado por el paciente o sus responsables; el médico tratante de cualquier especialidad debe tener en cuenta una serie de considerandos relativos a la historia clínica para hacerla clara y concisa y ante todo precisa en el control de las patologías, en el seguimiento clínico o ante la aparición de otras entidades nosológicas derivadas de las intervenciones¹.

Recordemos que la Historia Clínica debe tener (A) racionalidad y criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las diversas intervenciones de salud ofrecidas al usuario, de tal forma que registre de manera clara, lógica y completa todos los procedimientos en diagnóstico, evolución y tratamiento.

A su vez la Historia Clínica debe poseer (B) integralidad para armar la información de órdenes científicos, técnicos y administrativos en la atención de salud en fases de fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad para abarcar el componente biológico, psicológico y social del individuo.

Finalmente la Historia Clínica debe (C) tener secuencialidad para registrar la prestación de los diversos servicios en forma cronológica. La Historia como expediente con carácter secuencial acumula documentos relativa a la atención en salud, con fines legales y fuente continua de docencia e investigación.

La evaluación prequirúrgica es una función de carácter esencial y un privilegio al anestesiólogo que le permite establecer por examen directo las condiciones clínicas y psicológicas de su paciente, encaminadas a reducir al mínimo la morbilidad de la cirugía, con retorno a la vida normal en sus funciones y actividad, en tiempo mínimo, libre de secuelas. La misma permite establecer una magnífica relación médico paciente que facilita la comprensión y análisis del consentimiento, los riesgos obvios derivados de los tratamientos, así como otros ocultos, no mensurables, advirtiendo por igual de posibles complicaciones derivadas de su estado².

Al optimizar las condiciones de salud previas a la cirugía y elaborar un plan perioperatorio apropiado, mejora la calidad de la atención, se pueden definir unos resultados y es costo efectivo para las instituciones prestadoras de servicios. El anestesiólogo, por experiencia, se halla en la condición ideal de transmitir confianza, ampliar la información entregada en otros servicios, aminorar la ansiedad y crear mejoras expectativas en el curso del postoperatorio inmediato, así como en el control y alivio del dolor.

Una aproximación preoperatorio para establecer el riesgo debe preguntar si el paciente se halla preparado y en las mejores condiciones médicas y psicológicas, en caso contrario,

cuánto tiempo tardaría en ajustarlo, pesando los beneficios en frente a las complicaciones, máxime tratándose de un caso de urgencia. Un paciente clasificado en forma genérica desde la consulta como de bajo o moderado riesgo, puede tornarse de alto riesgo, en pocas horas de labor quirúrgica por alteraciones biológicas diversas, por causa del stress quirúrgico y farmacológico, cambios severos en la homeostasis por pérdidas y reposiciones líquidas, hipotermia, cambios de posición, trauma prolongado y sumas varias de interacciones medicamentosas.

El riesgo de mortalidad perioperatoria en cirugía general se halla alrededor del 1% y el específico atribuible a anestesia ha decaído notablemente. Las condiciones de los pacientes no son homogéneas y en ciertas condiciones y tipos de cirugía, cambia radicalmente la morbi-mortalidad, vgr: cirugía vascular y colo-rectal entre el 15% y 8%, por la naturaleza de la enfermedad misma, el tromboembolismo, la sepsis, la falla respiratoria o el compromiso cardiovascular, metabólico y hepato-renal, estadísticas que se incrementan con la urgencia³.

Una buena proporción de pacientes llevados a cirugía han sido sometidos a alguna forma de graduación o estratificación, según diverso compromiso y alteración de órganos y sistemas. La clasificación de la ASA que no define riesgo, sino estado físico, se usa habitualmente como parte de la valoración preoperatoria, no tiene buena correlación entre los diversos factores evaluados como herramienta predictiva de resultados o de complicaciones postoperatorias.

Los índices de evaluación preoperatorio para clasificar el riesgo como Goldman, Detsky, NYHA, Eagle, RCRI, Asociación de Cardiología del Canadá, guías de la ACC/AHA: 2002-2006, Normas de Seguridad SCARE, han sido elaboradas y analizadas en grandes grupos poblacionales por diversas entidades, asociaciones y paneles de expertos. Las guías en general reflejan la falla de los sistemas por puntaje y han sido desarrolladas para proveer consejería en la práctica de la medicina basada en la evidencia en parte para reducir las demandas y como una mejora subóptima del manejo perioperatorio⁴.

En el escenario de la optimización perioperatoria es más apropiado considerar las variables fisiológicas para identificar los grupos que se vayan a beneficiar.⁵ Basados en la respuesta normal y fisiológica en el aumento de la demanda metabólica generada por la cirugía, con los cambios paralelos que ocurren en el gasto, índice cardíaco, y en la entrega-demanda de oxígeno, aquellos que no logren mejorar un aporte adecuado en el curso peri y postoperatorio desarrollan una alta incidencia de complicaciones⁶.

De frente a la aparición de tan variado número de guías, escalas, algoritmos y predictores, que denotan la inquietud por establecer la severidad de las distintas patologías sobre diversos órganos, no se alcanza a aunar criterios más exactos de clasificación relacionados con el pronóstico y riesgo anestésico propio.

A pesar de la fuerte y consistente evidencia de la optimización perioperatoria con modernas técnicas, ésta no se practica, en parte debido a faltas en el equipo, tiempo o personal disponible. Con la llegada y validación de monitores de última tecnología, no invasivos, de fácil aplicación y resultados comparativamente consistentes con datos aportados por la clásica inserción de catéteres v.gr el monitor eco-dopler transesofágico o la bio-impedancia transtorácica, permiten orientar el pronóstico y dosificar la terapéutica, basados en mediciones de las variables y derivadas, producidas en tiempo real y en modo repetido⁷.

Por tal razón apoyados en tan diversos trabajos realizados en sinnúmeros de pacientes sometidos a la experiencia diaria y evaluados con recomendaciones por las distintas asociaciones médicas, podría crearse un score sistematizado con puntajes y por escalas con las características de sencillez elaborados desde la consulta preanestésica, sensible, no invasivo con tecnología de medición hemodinámica moderna para clasificar con mayor exactitud el riesgo quirúrgico y definir predictores de severidad anestésico de los pacientes llamados actualmente en forma muy general de mediano y elevado riesgo.

Julio Enrique Peña B MD

Editor Revista Colombiana de Anestesiología
Profesor Asociado Universidad El Bosque

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 23, 1981
2. Roizen MF: More preoperative assessment by physicians and less by laboratory test (editorial) *N Engl J Med* 2000;342: 204-205.
3. Tote SP., Grounds RM. Performing preoperative optimization of the high – risk surgical patient. *BJ of Anaesth*, 2006;97(1):4-11.
4. Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR et al. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for non – cardiac surgery: an abridged version of the report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Flisher LA et al. *Rev Col Anest*, 2006; 34:241-251.
5. Pearse R, Dawson D, Fawcett CJ, Rhodes A, Grounds RM, Bennett ED. Early goal directed therapy after major surgery reduces complications and duration of hospital stay. A randomised, controlled trial. *Crit Care* 2005;9:R687-93
6. Shoemaker WC Appel PL Kram HB. Haemodynamic and oxygen transport responses in survivors and nonsurvivors of high-risk surgery. *Crit Care Med* 1993;21:977-90
7. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement *Lancet* 1986;1307-310