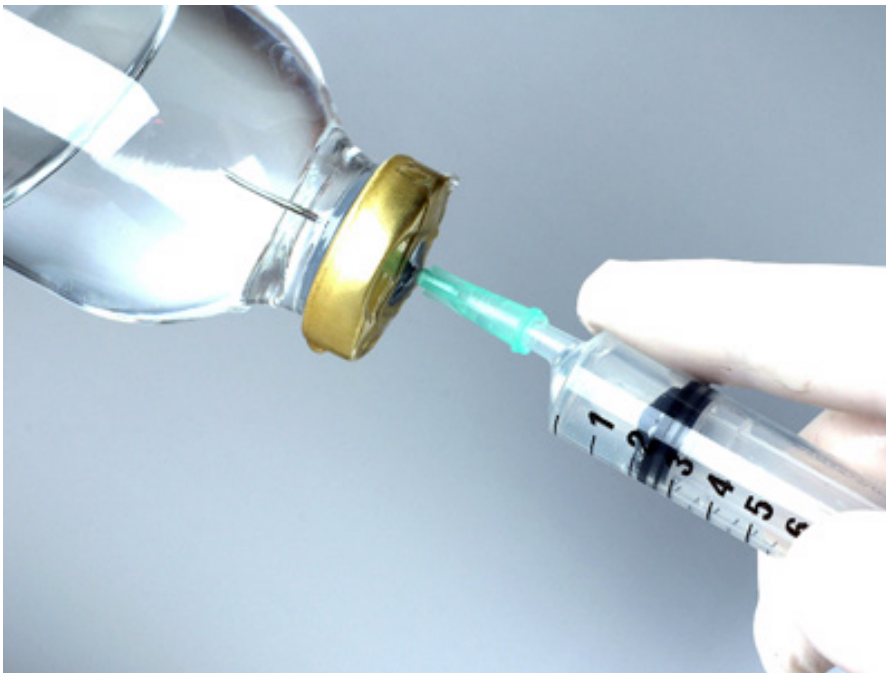


LA ANESTESIA VA A LOS CONSULTORIOS

19 de septiembre, 24 de octubre y 28 de noviembre son las fechas de Curso Taller de Anestesiología Ambulatoria en el Centro Médico Docente La Trinidad



El manejo del paciente planificado para cirugía ambulatoria o procedimientos en áreas no quirúrgicas exige un trabajo de equipo multidisciplinario referido al 70% de las intervenciones electivas que pueden ser practicadas de manera ambulatoria como son algunos tipos de cirugías plásticas, otorrino, oftalmología, gastroenterología, cirugías en pacientes pediátricos que no sean complejas, odontología, dermatología, etc. La característica más importante es que el paciente no se queda hospitalizado.

Todo comienza con la selección del paciente y el tipo de cirugía

que se realizará. Procede la valoración pre anestésica, siendo el paso vital para definir el paciente candidato a esta modalidad quirúrgica y anestésica. No todo paciente puede optar a ello pues existen ciertas enfermedades y condiciones tanto médicas como quirúrgicas que ameritan mayor vigilancia en el post operatorio inmediato y, por ende, requieren que el paciente se quede hospitalizado. "La edad no es una condición que excluya al paciente en el 100% de los casos porque si es una persona sana no tiene inconveniente. Igual puede sufrir de alguna condición médica como diabetes o hipertensión, pero pacientes bien controlados pueden operarse de manera ambulatoria previa aprobación de su médico tratante y la valoración del médico anestesiólogo", señala Luis Pérez Díaz, anestesiólogo del Centro Médico Docente La Trinidad.

En el chequeo pre anestésico, además de interrogar al paciente sobre estas condiciones, uno de los aspectos físicos a tomar en cuenta es la evaluación de la vía aérea, tema que será expuesto por el doctor Daniel Lustgarten durante el evento, destacando la importancia de identificar aquellos factores de riesgo o predictores de vías aéreas difíciles que pudiesen ameritar un manejo anestésico diferente.

SEDACIÓN VS. ANESTESIA GENERAL

Otras intervenciones como cirugía de adenoides y amígdalas son sencillas y tienen indicación ambulatoria. La técnica anestésica para este tipo de cirugías en otorrino es anestesia general, sin embargo hay otro tipo de procedimientos que pueden ser realizados con diferentes técnicas anestésicas como sedación, anestesia regional (bloqueos), anestesia conductiva (peridural o raquídea) o una combinación de éstas. La sedación contempla el uso de anestésicos en dosis menores que en anestesia general habiendo varios tipos de ésta, desde una sedación leve que no amerita la pérdida de conciencia de la persona hasta una sedación profunda reservada para procedimientos más complejos siempre con la adecuada monitorización de los signos vitales del paciente por parte del anesthesiólogo. Así disminuye la ansiedad del paciente. La ansiolisis es lo primero que logran al sedar con medicamentos que disminuyen la ansiedad del paciente y permite la tolerancia el procedimiento de manera tranquila.

Una técnica dolorosa es complementada con fármacos que disminuyan o inhiban el dolor. En caso contrario no se colocan medicamentos como en el caso de las resonancias magnéticas donde el paciente solamente está asustado con el ruido del equipo y los espacios cerrados, pero solicita la asistencia del anesthesiólogo para disminuir su ansiedad y temor. Corresponde sedarle sin colocar nada para el dolor porque no es un procedimiento lacerante.

MORBI OBESIDAD COMO RIESGO

La obesidad mórbida constituye el extremo más severo del paciente con sobrepeso y no abarca sólo un índice de masa corporal altamente aumentado, sino que también es una condición médica en la cual el funcionamiento de ciertos órganos y sistemas pudiera verse afectado, por lo cual deben tomarse en cuenta varias precauciones desde el punto de vista anestésico. No es el paciente ideal para intervenciones ambulatorias. En otros grados de obesidad más leve, con una adecuada valoración médica y pre anestésica y dependiendo del tipo de procedimiento, pueden ser incluidos en un programa ambulatorio.

Es vital valorar en estos pacientes la presencia de apnea obstructiva del sueño, muy frecuente en los pacientes obesos, siendo la condición médica que motiva al paciente a despertarse varias veces en la noche y no logra alcanzar el nivel adecuado de profundidad en su ciclo de sueño. Esto genera que su oxigenación no sea adecuada. No siempre se presenta con el mismo grado de severidad, así que dependiendo de esto y del procedimiento a realizar los especialistas deciden si se hace ambulatorio o no. En ocasiones es preferible que el paciente pase por lo menos la primera noche de su post operatorio hospitalizado para mayor seguridad.

El anesthesiólogo cada día juega un papel más importante como médico perioperatorio, formando parte de un equipo médico quirúrgico en el manejo de nuestros pacientes. No es sencillo tomar ciertas decisiones, pero siempre se actúa basándose en la seguridad del paciente: es muy importante que entre a quirófano en las mejores condiciones posibles, que se desarrolle la cirugía en el mejor escenario y que el postoperatorio sea de la mayor calidad, más aún cuando son cirugías electivas o programadas en el contexto de un programa ambulatorio.

ANESTESIA PEDIÁTRICA

El manejo anestésico de pacientes pediátricos es diferente, no sólo por el peso del niño sino que la fisiología infantil dependiendo del grupo etario es diferente y se comporta de manera radicalmente distinta. No es igual la conducta anestésica del recién nacido que la de un lactante o un preescolar porque desde el punto de

vista de composición corporal son diferentes: el porcentaje de agua que hay en ellos o de grasa es diferente, la configuración de su anatomía, los accesos venosos, las particularidades de la vía aérea son distintos en base a su edad. Eso hace que cada grupo tenga características específicas que exigen máximo cuidado al seleccionar los fármacos e implementos anestésicos a utilizar en ellos.

El metabolismo de los niños también es diferente, al igual que su gasto cardíaco es muy elevado. Su metabolismo es más acelerado, por lo cual las dosis, muchas veces, aumentan. Los requerimientos anestésicos de ellos son más altos. Amerita más perfeccionismo en el ámbito infantil sin significar que sea más peligrosa la anestesia para ellos, sino que es distinta

Aunque la realidad médico asistencial es difícil, si hay con estupendos postgrados en el país con opciones docentes como los fellows o programas de entrenamiento para médicos con postgrado e impartidos en centros públicos o privados siendo una excelente oportunidad para terminar de ampliar y mejorar la formación especializada. “En el CMDLT vamos por la cuarta promoción de médicos anestesiólogos especializados en anestesia ambulatoria, es un programa teórico práctico muy completo de formación para especialistas con un año de duración, que se realiza bajo la supervisión de anestesiólogos con amplia experiencia y trayectoria en este ámbito.

La Sociedad Venezolana de Anestesiología cuenta con un Centro de Simulación Anestésica en su sede donde los residentes y anestesiólogos se entrenan en escenarios clínicos hipotéticos que pueden presentarse en el ejercicio real de la especialidad donde los participantes adquieren destrezas importantes.

EN ANCIANOS

Ancianos y niños son las edades extremas de la vida. La expectativa de vida del ser humano ha aumentado con el paso de los años y cada vez es más frecuente la presencia de pacientes en edades avanzadas para procedimientos. A diferencia de los niños, los requerimientos anestésicos de ancianos están disminuidos y su umbral del dolor es más alto pues la transmisión y sinapsis de esa información a través del sistema neurológico es un poco más lenta, la cantidad de receptores para el dolor está disminuida, por lo cual su respuesta al dolor no sea tan vigorosa como en gente joven. No caer en el error de creer que no sienten dolor.

Desde el punto de vista neurológico es un tema de mucha controversia a nivel mundial al ser descritos trastornos cognitivos después de la anestesia en edades muy avanzadas. No es lo frecuente, sin embargo hay que ser más cuidadosos con la selección de fármacos anestésicos porque existen algunos de ellos más asociados con estos trastornos. Es frecuente la presencia de comorbilidades asociadas a estos pacientes como la hipertensión, pero si está controlada **no** excluye al paciente de una cirugía ambulatoria como por ejemplo la cirugía de cataratas u otras intervenciones oftalmológicas, ambulatorias en su gran mayoría.

MANEJO DEL DOLOR

El manejo del dolor en el paciente ambulatorio debe ser óptimo al permitir que retorne a la tranquilidad de su hogar después de un procedimiento de forma confortable y segura. La mayoría de las veces se hace de forma multimodal usando varias técnicas y fármacos como anestésicos locales mediante bloqueos en combinación con analgésicos no esteroideos (aínes) por vía endovenosa. La particularidad es que el paciente no se queda hospitalizado sino que egresa para su casa, y por ello no podemos hacer uso de varios fármacos para el dolor que ameritan mayor vigilancia en el post operatorio y por ende hospitalización del paciente; pero la analgesia multimodal es una buena opción y al ser procedimientos menos complejos, por lo general, no son los

más dolorosos. Existen también lo que llamamos bombas elásticas que se pueden llevar a la casa y por vía endovenosa suministran una mezcla de analgésicos nada peligrosos para el paciente. Por ejemplo, pacientes operados de hombro ameritan un bloqueo del plexo braquial o quien será operado de halux valgus (juanetes) reciben un bloqueo medio a ese nivel con anestésicos local y la zona queda dormida durante 12 horas aproximadamente.

Para personas alérgicas a los aines hay opciones terapéuticas en las cuales se mezclan pequeñas cantidades de analgésicos opioides con paracetamol siempre bajo supervisión y evaluación del anestesiólogo. La tolerancia del niño al dolor es prácticamente nula. Ellos no toleran presión ni ardor. El adulto puede tolerar algunos niveles de ardor o dolor y colabora, pero un niño nunca. De allí lo vital del buen manejo del dolor en ellos.

DESPERTARES

El despertar intraoperatorio consiste en un inadecuado nivel de conciencia durante un procedimiento médico bajo anestesia general, que deja en el paciente recuerdo del mismo. Existen estudios que posicionan su incidencia entre el 0,1% y 0,2% en pacientes sometidos a anestesia general, por lo que es una entidad casi infrecuente con los avances en el estudio y practica de la anestesia.

Existen pocos factores de riesgo inherentes al paciente y al procedimiento quirúrgico que son identificados en la consulta pre anestésica y en base a esto se toman precauciones para que esto no ocurra. La anestesiología es una especialidad médica joven de gran avance en monitorización, drogas anestésicas, etc., y hoy es posible constatar inclusive el nivel de conciencia del paciente en quirófano. El monitor Bis permite saber qué tan dormido o despierto está el paciente siendo una herramienta de mucha ayuda, sumada a la vigilancia del anestesiólogo.

TRES ASPECTOS VITALES

El cerebro es un órgano muy complejo con miles de receptores para dolor, conciencia, etc. Farmacológicamente esos receptores son atacados en pro de obtener lo que deseamos. La anestesia abarca varios aspectos como es la amnesia, primeramente, para que el paciente no recuerde nada del evento quirúrgico pues no se sentiría bien recordando una experiencia de estar desnudo en una camilla, con el frío usual en quirófano, asustado a sabiendas de estar a minutos de la cirugía. Con el medicamento indicado generan la amnesia.

En segundo lugar, conciencia cuando es una anestesia general, que el paciente no esté despierto a lograr con determinados fármacos. En tercer lugar, la analgesia o evitar el dolor que es una experiencia sensorial y emocional, un proceso complejo que puede ser manejado de varias maneras.

Puede bloquearse el dolor en varias partes colocando un anestésico local, así la recepción de dolor a nivel de la piel o del órgano a ser bloqueado. Al usar técnicas anestésicas conductivas como la peridural o raquídea a nivel de la columna vertebral es bloqueada la vía común que existe en esa transmisión como en una cesárea y la paciente no siente ningún dolor, puede ver nacer a su hijo sin molestias porque no es bloqueo a nivel cerebral sino en la vía. Es como bloquear un túnel, ese dolor no puede pasar ni llegar al cerebro.

En el caso de la anestesia general, frecuentemente utilizan opioides (derivados del opio) al bloquear los receptores de dolor a nivel cerebral y de la médula espinal. Pueden combinarse estas técnicas a favor del paciente y su seguridad.

MITOS Y VERDADES

Disminuir la ansiedad del paciente es otro de los beneficios garantizados por la cita previa con el anestesiólogo antes de la cirugía. Permite explicarle la dinámica del día quirúrgico con el usual susto y ansiedad en la mayoría de las personas. Al eliminar dudas las personas están más tranquilas y seguras. El plan anestésico es elaborado en base a la información obtenida del paciente y sus comorbilidades. Durante la consulta suministran las indicaciones al paciente en cuanto a cuales medicamentos debe mantener y obviar hasta el día de la cirugía. Es vital explicarle como va a realizar el ayuno pre quirúrgico sobre la base de pautas elaboradas por la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) y la Asociación Europea de Anestesiología gracias estudios demostrativos de que una comida completa se elimina del estómago en 8 horas en pacientes sin morbilidades importantes; una comida ligera consta de (tostadas o galletas, jugo sin pulpa) en 6 horas, fórmulas de lactancia infantiles en 6 horas, lactancia materna exclusiva en 4 horas y líquidos claros como manzanilla, agua, te y gelatina de agua sin leche en 3 horas. Es el esquema de ayuno más amable y seguro antes de la cirugía presente en la mayoría de los servicios de anestesia el cual permite recibir al paciente de manera confortable.

Antes el esquema era no tomar ni comer nada desde la tarde anterior al día de la intervención independientemente de la hora de la cirugía y así ingresaba un paciente que dejó de comer desde las 6:00p.m. o antes del día anterior y a las 7:00 a.m. del día quirúrgico tenía más de doce horas de ayuno generando un aumento de las secreciones gástricas lo cual que es un riesgo durante la anestesia.

El ayuno es importante y el anestesiólogo se asegurará del cumplimiento de un esquema de ayuno adecuado para evitar complicaciones indeseadas derivadas del suministro de anestesia en pacientes con estómago lleno para cirugías electivas y más aun, si son ambulatorias o procedimientos fuera del área quirúrgica, indistintamente de la técnica anestésica seleccionada.

Advierte Pérez Díaz que “regresar a métodos antiguos de la anestesiología por carencia de lo esencial para este acto es una situación muy difícil de conducir porque la anestesiología ha crecido como especialidad más que ninguna otra debido a fármacos actuales con menos efectos adversos”. Poseen un perfil farmacocinético y fármaco dinámico muy favorable para el paciente al eliminarse más rápido.

No contar con esos fármacos de última generación hace recurrir a los que ya se dejaron de utilizar y que no son ideales. Pero, hay que utilizarlos ante la escasez. Ciertos inhalatorios ya no se utilizaban han retornado ante la necesidad de aplicarlos e igual los fármacos endovenosos, sin embargo como anestesiólogos siempre ejercen con total precaución y alerta en beneficio de garantizar máxima seguridad y confort para el paciente, acompañándolo y cuidándolo en un proceso que cada vez es más humano y especializado.

Caracas, septiembre 2014
Por Blanca García Bocaranda
garbo64@gmail.com