

## VALORACION ANESTESICA TRADICIONAL

\*JOSÉ ADOLFO ISLAS-VELAZCO

### RESUMEN

La visita preanestésica es parte fundamental de la valoración de todo paciente que va a ser sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, la importancia de esta valoración es el establecer las condiciones generales preoperatorias del paciente, así como establecer un plan de vigilancia y manejo perioperatorio. En la clasificación tradicional de estado físico propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología se categoriza al paciente según sus condiciones preoperatorias, sin embargo frecuentemente se utiliza esta clasificación como un sinónimo de riesgo anestésico, lo cual no es realista, existiendo múltiples discrepancias entre los mismos anestesiólogos en cuanto a la clasificación de pacientes. Lo adecuado sería que además de establecer las condiciones fisiopatológicas preoperatorias del paciente quirúrgico, se realice una valoración de riesgos respiratorio, cardiovascular, tromboembólico, neurológico, de función hepática, etc., con lo cual en forma más completa se puedan establecer patrones de morbi-mortalidad.

**Palabras clave:** Anestesia, valoración. Anestesia, riesgo.

### SUMMARY

The preanesthetic valuation is fundamental in the examination of a surgical patient in order to determine their general conditions, as well as establish a perioperative management plan.

The traditional ASA classification categorizes patients according to their preoperative conditions, yet this classification is subjective and is frequently used mistakenly as a risk factor. This paper suggests that preoperative physiopathological conditions such as respiratory, cardiovascular, neurological, nutritional, hepatic and others should be evaluated in a thorough manner to establish morbi-mortality patterns and pre-surgical risk factors.

**Key words:** Anesthesia, valuation. Risks.

Todo paciente debe ser valorado por un anestesiólogo antes de la cirugía. la visita preanestésica se ha concebido como parte fundamental de cualquier acto quirúrgico, la entrevista del paciente con el anestesiólogo llena tres funciones: 1) educación del paciente acerca de la anestesia, reduciendo así su ansiedad; 2) adquisición de información pertinente por parte del anestesiólogo sobre las condiciones del paciente y sus antecedentes, formulando un plan de manejo, y 3) obtener el consentimiento firmado del acto quirúrgico<sup>1</sup>.

La mayor información médica que pueda recabarse reducirá significativamente la morbi-mortalidad pe-

rioperatoria, mejorándose las condiciones del paciente en forma oportuna el caso lo requiera, realizándose oportunamente los ajustes sobre monitorización y plan anestésico. Es muy importante evaluar el estado físico y las condiciones fisiológicas del paciente el estado físico y las condiciones fisiológicas del paciente con lo que se podrán establecer riesgos anestésico-quirúrgicos, comparando anomalías pre, trans y post-operatorias.

Existen muchas interrogantes en cuanto a la oportunidad de sobrevivir o al riesgo involucrado con el empleo de anestésicos, esta disparidad de las estadísticas en cuanto a mortalidad anestésica se debe a la dificultad

\*Médico adscrito.

Trabajo elaborado en el Departamento de Medicina Crítica y Anestesiología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

Recibido: 20 de octubre de 1985. Aceptado: 9 de febrero de 1986.

Sobretiros: José Adolfo Islas Velazco. Departamento de Medicina Crítica y Anestesiología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga No. 15, Deleg. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

de definir muerte por anestesia y en hacer la diferencia de ésta entre la enfermedad del paciente y la cirugía<sup>2</sup>:

Goldstein y Keats<sup>3</sup> mencionan la importancia en determinar el riesgo en anestesia, ya que esto normará decisiones definitivas aplicables a un individuo o a un grupo, ya que los estimados de riesgo se basan en experiencias previas y así, estadísticamente se predice la incidencia de morbi-mortalidad en diferentes poblaciones de pacientes<sup>4-7</sup>. Esta serie de estudios que incluyen importante número de pacientes han dado pauta para estimar el riesgo en Anestesia, sin embargo, los factores de riesgo en mortalidad anestésica no han sido identificados en un número razonable, en ocasiones la mayoría de esos factores de riesgo están relacionados con el procedimiento quirúrgico, debiendo de tomarse en cuenta también las habilidades del anesthesiologo y/o del cirujano, el tiempo quirúrgico, factores socio-económicos del ambiente hospitalario, etc.<sup>8</sup> Cooper y colaboradores<sup>9</sup> revisan en forma retrospectiva las características del error humano y la falla del equipo en la práctica anesthesiológica, encontrando error humano en 82% de los incidentes, siendo estos prevenibles como: desconexión del circuito de anestesia, cambios en los flujos de gases y droga-jeringa errores; en cuanto a falla del equipo encontraron solo un 14%. Así es que frecuentemente encontramos que un paciente es clasificado como de "alto riesgo" solo cuando ha sucedido una catástrofe.

#### CLASIFICACION DE ESTADO FISICO

El concepto de clasificar al paciente según Estado Físico fue sugerido por un comité de la Sociedad Americana de Anestesiología (A.S.A.) en 1941<sup>10</sup>.

Esta clasificación originalmente fue designada para estandarizar el estado físico por categorías, facilitando la tabulación de datos estadísticos en anestesia con lo que su interpretación sería uniforme, así se correlaciona el acto quirúrgico con las condiciones preoperatorias del paciente. En su introducción Saklad enfatiza que este sistema no es un estimado del "riesgo operatorio", que únicamente tiene el objeto de describir las condiciones preoperatorias del paciente<sup>10</sup>.

Aunque claramente la clasificación del estado físico de la ASA no fue creada para indicar "riesgo" anestésico, muchos anesthesiologos son incapaces de separar los dos conceptos, lo que es más algunos se refieren como "una clasificación de riesgo".

La clasificación original<sup>10</sup> contiene 7 grupos de pacientes, los primeros cuatro incluyen a pacientes con "trastornos sistémicos" catalogados en 1) ninguno, 2) definitivo, 3) severo y 4) extremo. Las clases 5 y 6 se refieren a cirugía de urgencia, siendo las primeras cuatro clases divididas en dos grupos. Finalmente la clase 7 se refiere al paciente moribundo que se espera muera en

las próximas 24 hrs. con o sin cirugía. En 1961 Dripps y Colaboradores "propusieron una clasificación constante en solo cinco categorías, eliminando clases 5 y 6 agregando simplemente la letra E para cirugías electiva y U para cirugía de urgencia, después de las categorías 1 a 4 y 7 originales, clasificando a los pacientes como sano normal, o con enfermedad sistémica moderada, severa e incapacitante. Esta clasificación fue adoptada por la A.S.A. en 1962.<sup>12</sup> Posteriormente, en 1974 esta misma clasificación, sufriendo mínimos cambios retóricos fue aceptada por la reunión de Delegados de la ASA.<sup>13</sup>

Múltiples controversias han surgido a raíz de la aparición de esta clasificación, autores como Felts y Owens<sup>14</sup> o Goldman y Caldera<sup>15</sup> se refieren como una clasificación vaga y subjetiva, estableciendo claramente que no es un estimado suficiente para establecer un "riesgo operatorio" por su inconsistencia. Recientemente se intentó clasificar a diez pacientes hipotéticos por diferente número de anesthesiologos en la práctica asistencial y privada en la Unión Americana, encontrando que el número de pacientes clasificados en forma constante fue de solo 5.9; existiendo grandes controversias en cuanto a la edad, obesidad, anemia y la existencia de un infarto al miocardio previo. Este estudio concluye que la utilidad de la clasificación de la ASA puede ser considerada como relativa, pero que ésta carece de precisión científica y que se requieren mayor número de datos preoperatorios para establecer en forma más precisa un estado preoperatorio o un sistema de clasificación, que relacione la evolución preoperatoria.<sup>14</sup>

Marx y cols.<sup>6</sup> en un análisis computarizado de más de 34,000 anestias encontraron 645 muertos a una semana siendo en la mayoría de los casos un reflejo del pobre estado físico preoperatorio. Encuentran que 4% de las muertes fueron por la anestesia en sí y que 2/3 partes de estos pudieron prevenirse, concluyen que el estado físico y el juicio y la destreza del médico con factores importantes en determinar la mortalidad operatoria, factores más importantes que la edad solamente. Sin embargo Djokovic y Hedley<sup>16</sup> en 500 pacientes mayores de 80 años encuentran que el estado fisiológico integral del paciente es más exacto en predecir mortalidad que el solo hecho de considerar la Edad o el Estado físico preoperatorio.

Aunado a la inconsistencia e inadecuada clasificación del estado físico de la ASA, 91% de los médicos interrogados refirieron utilizarla en forma rutinaria y en ocasiones como una clasificación de riesgo<sup>14</sup> Robinson<sup>17</sup> definitivamente ha abandonado esta clasificación cambiándola por un breve resumen de las características del paciente, mencionando los factores de riesgo y concluyendo su nota con un comentario sobre el caso y un plan a seguir.

En el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, departamento de Medicina Crítica y Aneste-

siología, la visita preanestésica y valoración integral del estado preoperatorio del paciente es una medida muy importante y obligada como parte del manejo anestésico. Durante esta visita y al correlacionar los factores involucrados en cada paciente en particular se establece el Estado Físico del mismo, de acuerdo a la clasificación de la ASA, pero a la vez se establecen riesgos mutisistémicos sobre posibles complicaciones perioperatorias estableciendo manejo oportuno si el caso lo requiere. Además del estado físico los riesgos a considerar son: respiratorio, cardiovascular, tromboembólico, neurológico, de la función hepática, etc. agregando a esto la valoración global para establecer un riesgo anestésico-quirúrgico integral.

### CONCLUSIONES

La determinación preoperatoria del estado físico es

una medida útil en establecer las condiciones generales del paciente que será sometido a una intervención quirúrgica. Sin embargo, no es un factor suficiente para establecer riesgos de morbi-mortalidad perioperatoria ya que para esto se deberá valorar en forma integral no solo la edad del paciente y su estado funcional completo, si no que deberá considerarse el tiempo y tipo de cirugía, los factores propios del medio ambiente hospitalario y las habilidades técnicas del anestesiólogo y el cirujano.

Un estado físico deficiente alerta al equipo quirúrgico a extremar precauciones y medidas de manejo lo más sencillo posibles, pero también alerta a valorar en forma más completa el estado integral del paciente quirúrgico, ya que ampliamente se ha demostrado que la severidad de la enfermedad previa a la cirugía aumentará los índices de morbi-mortalidad perioperatorios.

### REFERENCIAS

1. MILLER R D: *Anesthesia* Vol. 1. New York. Churchill Livingstone Inc. 1981. pp 3-19.
2. DRIPPS R D, ECKENHOFF J E, VANDAM L D: *Introduction to Anesthesia: The Principles of Safe Practice*. Sixth Edition. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982. pp 16-19.
3. COLDSTEIN A, KEATS A S: *The Risk of Anesthesia*. *Anesthesiology* 1970. 33:130-143.
4. VACANTI C J, VAN HOUSTON R J, HILL R C: *A Statistical analysis of the relationship of physical status to postoperative mortality in 68,388 cases*. *Anaesth Analg* 1970; 49:564-566.
5. MOSES L E, MOSTELLER F: *Institutional differences in postoperative death rates*. *JAMA* 1968, 203:492-494.
6. MARX G F, MATEO C V, ORKIN L R: *Computer Analysis of Post-anesthetic Deaths*. *Anesthesiology* 1973; 39:54-58.
7. KEATS A S: *What Do we know about Anesthetic Mortality?* *Anesthesiology* 1979; 50:387-392.
8. KEATS A S: *The ASA Classification of Physical Status - A Reappraisal*. *Anesthesiology* 1978; 49:233-236.
9. COOPER J B, NEWBOWER R S, LONG C D AND MC PEEK B: *Preventable Anesthesia Mishaps: A Study of Human Factors*. *Anesthesiology* 1978; 49:399-406.
10. SAKLAD M: *Grading of Patients for surgical procedures*. *Anesthesiology* 1941; 2:281-284.
11. DRIPPS R D, LAMONT A, ECKENHOFF J E: *The role of Anesthesia in surgical mortality*. *JAMA* 1961; 178: 261-266.
12. *New Classification of Physical Status*. *Anesthesiology* 1963; 24:111.
13. *American Society of Anesthesiologists: Handbook for Delegates*: 1974; 416-3.2.
14. OWENS W D, FELTS J A, PINTZNAGEL E L: *ASA Physical Status Classifications: A Study of Consistency of Ratings*. *Anesthesiology* 1978; 49:239-243.
15. GOLDMAN L, CALDERA D L, NUSSBAUM S R, ET AL: *Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures*. *N Engl J Med* 1977; 297:845-850.
16. DJOKOVIC J L, HENDLEY WHYTE J: *Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over 80*. *JAMA* 1979; 242:2301-2306.
17. ROBINSON S: *Broken Code The ASA Classification Exposed*. *Anesthesiology* 1979; 51:180.