

Seguridad en anestesia

Mínimo Riesgo en una Entidad Ambulatoria

Introducción

Los enormes cambios en todas las áreas donde se desenvuelve el ser humano han llevado a éste a encontrar numerosos desafíos. Dentro de la práctica anestésica también se han desarrollado cambios; sobre todo en el orden de la cantidad de cirugías que se realizan en pacientes hospitalizados, llevando al cabo del 60-75% de los procedimientos a unidades denominadas como ambulatorias; en donde el paciente retorna a su domicilio particular el mismo día del procedimiento quirúrgico.

Las condiciones para que estas intervenciones resulten sin problemas o con mínimos contratiempos requiere de numerosas consideraciones en cuanto al tipo de procedimiento, el tipo de paciente y cuidados dentro y fuera de la unidad que permitan un final feliz.

Dentro de este último punto se considera de manera importante el entorno psicosocial del paciente sobre todo en el enfermo pediátrico y geriátrico.

Un concepto que debe prevalecer dentro de este entorno y, que permite el éxito en estas unidades es derivado de la cuidadosa selección del paciente, el procedimiento y del intercambio de información precisa, por parte de los médicos, tanto al paciente como a sus familiares, antes, durante y después de haber sido desarrollada la cirugía.

En lo que respecta a la selección del paciente se centra principalmente en pacientes con una escala ASA I o ASA II. Aunque pacientes, con patologías crónicas debilitantes pueden ser aceptados bajo ciertas condiciones, como son una patología estable por lo menos 3 meses, respuesta metabólica al trauma mínima y vigilancia postoperatoria compartida entre el cirujano y el anestesiólogo. Pacientes menores de 1 año y geriátricos tienen limitado su acceso a estas unidades, así como las mujeres en edad fértil deben conocer las posibles alteraciones del producto de la concepción por la administración de anestésicos durante el embarazo; si es que éstas se encuentran embarazadas o tienen dudas al respecto de su condición.

Los factores psicosociales deben limitar de manera importante una posibilidad quirúrgica en unidad ambulatoria para los pacientes menores de un año y geriátricos ya que éstos dependen enteramente de una tercera persona para llevar al éxito la intervención. Si no se cuenta con este entorno deberá ser declinada la opción ambulatoria y hospitalizar al paciente hasta el término de su convalecencia. Estos criterios sociales comprenden

- 1) El completo conocimiento del procedimiento a realizar,
- 2) capacidad de llevar a cabo las indicaciones médicas;
- 3) Condiciones adecuadas de vivienda e higiene;
- 4) permanencia de una persona, las 24 horas para el cuidado del paciente y que puede llevar al paciente a una unidad de urgencias en caso de así requerirlo;

5) acceso telefónico con el número del hospital, del médico cirujano y del médico anestesiólogo. De manera ideal el hospital debe estar a menos de 1 hora de distancia entre el domicilio particular y la unidad ambulatoria o el hospital en convenio con la unidad quirúrgica primaria.

Los procedimientos quirúrgicos que pueden llegar a realizarse son innumerables; pero estos en general comprenden procedimientos menores de 90 minutos, con bajo potencial de sangrado (< 100cc), bajo riesgo respiratorio, procedimientos programados, con fácil control del dolor, náusea y vómito. La norma oficial mexicana no contempla a los procedimientos de urgencias como una opción a desarrollar en una entidad ambulatoria; aunque éstos pueden reunir en ocasiones las características que determinan a un paciente o procedimiento elegible, para esta unidad como podría ser un paciente joven, ASA I, con una apendicitis aguda no complicada.

Desarrollo de la anestesia

Posterior a establecer contacto y comunicación con el paciente y decidir de mutuo acuerdo la técnica anestésica a seguir, el anestesiólogo debe cumplir con un mínimo de monitorización del paciente, para el desarrollo de una vigilancia adecuada durante el acto quirúrgico. Las técnicas de anestesia que incluyen a los anestésicos regionales ofrecen un sinnúmero de ventajas, entre las que se incluyen menor dolor postoperatorio y efecto prolongado del anestésico en el sitio quirúrgico, menor alteración del estado de conciencia del paciente, modulación de la respuesta metabólica al trauma, con posible traducción en la magnitud de menores cambios fisiológicos postoperatorios y como componente del manejo multimodal. Sin embargo, en algunas ocasiones el tiempo quirúrgico, o la localización de la zona quirúrgica, no permiten el empleo de esta técnica como de primera elección, o el tiempo de recuperación retrasa de manera significativa el recambio de pacientes en la unidad. En estos casos las técnicas anestésicas generales con los nuevos fármacos volátiles e intravenosos de acción ultracorta hacen muy predecible el momento del despertar el paciente y su alta temprana a casa. Habrá que añadir la ventaja que ofrecer el empleo del nuevo dispositivo denominado análisis bioespectral (**BIS** siglas en inglés), con el cual disminuye la cantidad empleada de los hipnóticos.

El monitoreo mínimo determinado en la Norma Oficial Mexicana *NOM-170-SSA1-1998* incluye el cardioscopio (frecuencia y ritmo cardíacos), presión arterial no invasiva cada 5 minutos, saturometría de pulso, toma de temperatura, vigilancia de frecuencia respiratoria, estetoscopio precordial, alarmas de desconexión, estimulador de nervios periféricos, capnografía y capnometría obligatorio en caso de cirugía laparoscópica, administrar oxígeno suplementario independientemente de la técnica anestésica empleada. Se recomienda la medición de la concentración inspirada de los anestésicos volátiles y gases; así como tener un desfibrilador en buen funcionamiento.

En el periodo postoperatorio deben continuar algunos cuidados que incluyen la administración de oxígeno, líquidos parenterales, medicamentos generales, tratamiento de base o para el manejo del dolor, náusea y vómito; medición de saturación arterial, presión arterial no invasiva cada 15 minutos, frecuencia y ritmo cardíaco, temperatura, frecuencia respiratoria y evaluación del estado de conciencia. Es obligación del equipo quirúrgico el vigilar el buen progreso del paciente en el periodo postoperatorio, por lo que el cirujano y el anestesiólogo determinan de manera conjunta el tiempo adecuado de alta de su paciente; de esta manera se disminuye el riesgo de complicaciones en estas unidades.

Dr. Julio César Zaragoza Delgadillo.