



SEGURIDAD EN ANESTESIA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DE PACIENTES DE LA SALA QUIRURGICA

Me da mucho gusto dirigirme a todos los lectores de la Revista Mexicana de Anestesiología, a lo largo de un año y medio de existencia de esta página editorial probablemente este claro el concepto de que la base de la seguridad en anestesiología es la prevención, preparación y anticipación de los eventos adversos.

Sin embargo, como generalmente para lograr estos objetivos nos apoyamos en el uso de aparatos sofisticados y por lo tanto costosos, también existe la posibilidad de que a estas alturas muchos estén convencidos de que pensar en seguridad en anestesiología es pensar en como hacer más costosa la anestesia.

Pero en esta ocasión los invito a reflexionar en cómo nuestros prejuicios pueden ser los principales obstáculos para el ejercicio de una anestesia segura y espero convencerlos de que puede ser más difícil quitarse un prejuicio que comprar el más costoso de los aparatos.

Para empezar los invito a situarnos en el momento que termino la cirugía, nosotros que administramos al paciente una anestesia general balanceada en este momento tenemos que responder la primera pregunta ¿cómo vamos a sacar al paciente de la sala quirúrgica? Sin tubo endotraqueal o con el. Una vez que contestamos esta pregunta, surge inmediatamente la segunda ¿a dónde vamos a llevar al paciente? Aquí tenemos nuevamente dos opciones, la sala de recuperación o la unidad de terapia intensiva.

Posteriormente debemos de decidir las condiciones del traslado o sea si se utilizará algún tipo de monitorización o si se utilizará algún medio de administrar oxígeno suplementario. Nótese que no se establece que el paciente deba salir monitorizado con oxígeno suplementario, estas decisiones se toman en forma individualizada de acuerdo a las condiciones del paciente y a las condiciones del hospital, si el recorrido entre la sala de quirófano y el área de destino es menor de 30 segundos se puede optar por realizar el traslado sin oxígeno suplementario y sin monitorización.

Sin embargo, si el paciente pasa a terapia intensiva intubado aunque la terapia se encuentre a menos de 30 segundos el paciente debe ser trasladado monitorizado y con oxígeno suplementario.

Una vez tomadas estas decisiones se procederá a realizar el traslado propiamente dicho, durante el mismo, independientemente de las decisiones tomadas con anterioridad es obligación del anestesiólogo cuidar la integridad física del paciente y asegurarse en todo momento de que la vía aérea esta permeable, por lo tanto, el anestesiólogo debe ser el líder cuando el paciente pasa de la mesa quirúrgica a una camilla o a la cama del paciente.

Además, debe asegurarse en cada instante de que la vía aérea se encuentra permeable y si no es así, durante el

traslado se puede optar por realizar una maniobra para permeabilizar la vía aérea.

Sin embargo, la sabiduría popular agrega cierto grado de dificultad para lograr nuestro objetivo, y que en la antigüedad a alguien se le ocurrió que en el traslado de enfermos los vivos deben de ir con la cabeza por delante y los muertos con los pies por delante por lo tanto, sin mayor consideración cualquier camillero o médico asume que así debe de ser como si fuese un hecho científicamente comprobado. Lo más importante es que por pura curiosidad investigue si existía algún tipo de evidencia científica sobre esto y la primera sorpresa es que generalmente no sólo es parte de la sabiduría popular; sino que esta escrito en las leyes, así tenemos que en el plan Andalúz de urgencias se recomienda específicamente que el traslado del paciente debe ser con la cabeza por delante y mi primer pensamiento fue claro esto se debe a que lo escribieron los políticos y no los anestesiólogos; sin embargo, posteriormente encontré un libro de urgencias donde también se recomienda el traslado de enfermos en ambulancia con la cabeza en la misma dirección que la ambulancia argumentando que con esta medida se mitigan los efectos de la aceleración y desaceleración y que creen con todo y su referencia bibliográfica; pero, al investigar la misma sólo se demostraba que era mejor transportarlos en forma longitudinal que transversal y obviamente no demostraron que fuera mejor el traslado si la cabeza o los pies iban por delante.

Sin embargo, a pesar de la enorme sabiduría popular y de que este de alguna manera este escrito en los libros los invito a violar todos estos conceptos y a que eviten ir vigilando la vía aérea a la cabeza del enfermo caminando de espaldas, les puedo asegurar que cuando los pacientes se trasladan con los pies por delante no se ponen más graves; pero si, por ir caminando de espaldas ustedes sufren una caída entonces además del daño físico el paciente si se puede poner más grave porque en primer lugar, el traslado durará más de lo planeado y en segundo lugar, si se lastiman quien cuidará la vía aérea de su paciente.

Por lo tanto, espero que en un futuro pueda ver a los anestesiólogos cómodamente caminando hacia delante en la cabeza del enfermo y vigilando adecuadamente que el paciente ventila.

Como pueden ver, aumentar la seguridad en anestesia no siempre va acompañada de la adquisición de equipos costosos; sin embargo, les aseguro que muchos de ustedes se darán cuenta de que es más fácil que les compren un costoso monitor a permitirles que vayan en contra de la sabiduría popular, pero por el bien del paciente y de ustedes mismo caminen de frente y vigilen la vía aérea del paciente a la cabeza del mismo.

Dr. Carlos Antonio Gaona Reyes