

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **27**

Suplemento
Supplement **1**

2004

Artículo:

Anestesia y sedación fuera de quirófano

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Anestesia y sedación fuera de quirófano

Dr. León Opalín-Guzmán

La intervención fuera del área de quirófano por parte del anestesiólogo está en constante aumento ya sea para procedimientos terapéuticos, diagnósticos o de cirugía ambulatoria en el consultorio, siendo esta intervención, una práctica muy diferente a la que se hace dentro del área quirúrgica y requiriendo de un conjunto peculiar de conocimientos y habilidades clínicas, así como del reconocimiento básico de las características generales del procedimiento que se va a realizar, así como las del funcionamiento de los aparatos no relacionados con la administración de la anestesia pero que sí pueden interferir con los sistemas para este fin o con el monitoreo.

Si bien la aceptación y el reconocimiento de la práctica de la anestesia fuera de quirófano puede parecer una atractiva perspectiva para ampliar el campo laboral y aumentar las fuentes de remuneración en nuestra especialidad, lo cierto es que la norma en esta área para muchos de nosotros aún desconocida es un entorno de trabajo muy hostil e incluso peligroso condicionado por factores que suelen presentarse de forma constante y entre los cuales se pueden incluir los siguientes:

- Programación de procedimientos por especialistas poco familiarizados con el riesgo anestésico como radiólogos, neurólogos, psiquiatras, médicos internistas, dentistas, etc.
- Escasa o nula posibilidad de valoración preanestésica y presencia habitual de pacientes en estado crítico, con trastornos psiquiátricos como ansiedad o claustrofobia y en edad pediátrica.
- Lugares poco funcionales y no diseñados para la administración de anestesia, carentes de buena iluminación, mesas o camillas aptas para paciente inconsciente, toma de oxígeno, aspiradores, corriente eléctrica e incluso medicamentos e instrumentos básicos para el abordaje de la vía aérea y reanimación, así como nulo equipo de monitoreo y sin un área física adecuada para recuperación y cuidados postanestésicos.
- Equipamiento con equipo de anestesia de “desecho” de quirófanos.

- Escasa ayuda en caso de problemas o situaciones de urgencia por falta de personal entrenado y lejanía de la posible ayuda.
- Dificultad de acceso al paciente inclusive imposible en algunos casos.

Dado lo anteriormente expuesto existe una gran variabilidad en la técnica anestésica a emplear pudiendo abarcar desde la vigilancia monitorizada, sedaciones profundas o anestesia general y regional, basándose la elección del plan anestésico en base a la o las patologías del paciente, su posibilidad de colaboración y las características particulares del procedimiento a realizar como son duración, posición, grado de inmovilidad necesario, si es o no doloroso y presencia de equipo que requiera peculiaridades en los implementos de anestesia y monitoreo para considerarse compatibles, sin embargo de manera constante debe procurarse el nivel sedación-anestesia más ligero que a su vez permita la realización sin contratiempos o retrasos del procedimiento, utilizando el menor número de medicamentos pero sin ocasionar disconfort, riesgo o lesión para el paciente.

Por la variabilidad de la asistencia requerida la técnica anestésica puede abarcar un amplio espectro de medicamentos con distintos efectos, sin embargo actualmente la referencia más utilizada es la emitida por la *American Academy of Pediatrics* quien define tres niveles de profundidad para estos casos:

1. **Sedación consciente:** Es una depresión mínima de la conciencia con mantenimiento continuo de la permeabilidad de la vía aérea, respuesta adecuada a la estimulación física y a las órdenes verbales.
2. **Sedación inconsciente o profunda:** Es un estado controlado de depresión de la conciencia en el cual el paciente no es fácilmente despertable, con pérdida parcial o total de los reflejos protectores de la vía aérea y de la capacidad para mantener la vía aérea o responder adecuadamente al estímulo físico o a la orden verbal.

3. Anestesia general: Estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida total de los reflejos protectores, incluida la capacidad para mantener la vía aérea y la respuesta al estímulo físico y órdenes verbales.

De acuerdo a esto tendremos presente que cada área de trabajo tiene ciertas características y necesidades peculiares que hay que reconocer para elegir la mejor técnica anestésica en cada caso, pero en todas es fundamental el seguimiento sistemático, constante y preciso de ciertas recomendaciones para el manejo de los pacientes intentando así disminuir al máximo la posible morbi-mortalidad asociada y debiendo utilizar un nivel de monitoreo y vigilancia igual al que exigimos cuando trabajamos en el quirófano, además de aplicar este principio a los cuidados postanestésicos y criterios de alta, destacando entre ellas:

1. Contar con un sistema capaz de proporcionar oxígeno a presión a una concentración mínima del 90% y flujo continuo de 15 litros por minuto, ya que siempre deben administrarse suplementos de oxígeno, sea cual sea la profundidad de la sedación o anestesia.
2. Una fuente de succión exclusiva para el manejo anestésico.
3. Monitoreo mínimo de acuerdo a estándares de la ASA (ECG, SpO₂ y presión arterial no invasiva).
4. Material y equipo necesarios para el manejo de la vía aérea y reanimación (laringoscopio, mascarillas, sondas endotracheales, mascarillas laríngeas, etc.).
5. Arsenal completo de medicamentos para la administración de la anestesia y reanimación (narcóticos, inductores, bloqueadores neuromusculares, aminas, protectores neurovegetativos, analgésicos, antieméticos, prokinéticos y antagonistas).

6. Contar con un lugar para observación y cuidados postanestésicos.
7. Nunca iniciar sin contar con un consentimiento informado debidamente requisitado.

Desprendidas de las situaciones adversas mencionadas, se han reportado complicaciones graves en los lugares alejados del quirófano con resultado de muerte o discapacidad grave del paciente y en muchas ocasiones con implicaciones médico-legales para el anestesiólogo, debidas principalmente a problemas relacionados con la ventilación, ya sea por una mala elección de la técnica de sedación o anestesia o bien por una falta de vigilancia adecuada en los períodos trans y postanestésicos, por lo que se describirán los procedimientos más específicos para la asistencia fuera del área de quirófano y algunas particularidades de los mismos que influirán siempre en la elección de una técnica de sedación o anestesia segura y entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOCH).
- Terapia electroconvulsiva.
- Desfibrilación y cardioversión.
- Área de radiodiagnóstico (*tomografía computarizada*).
- Área de radiodiagnóstico (*resonancia magnética*).
- Neurorradiología intervencionista.
- Laboratorio de cateterismo cardíaco.
- Área de radioterapia.
- Endoscopía y colonoscopía.
- Cirugía en el consultorio.
- Asistencia a pacientes en piso de hospitalización.

Así mismo, se comentan los esquemas de medicamentos más comúnmente utilizados, sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

REFERENCIAS

- Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. Anestesia en el consultorio: Aspectos generales. Ed. Mc Graw Hill. 2003;2:411-438.
- Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostics and therapeutics procedures 1992;89:1110-1114.
- Kaplan RF. Sedation and analgesia in pediatric patients for procedures outside the operating room. In: Refresher Course Lectures. American Society of Anesthesiologist, 1996;53:1-7
- Salvador L. Anestesia en lugares fuera del área quirúrgica. <http://www.acmb.es/societats/dolor/salvador.htm>.
- Sanabria P, cols. Anestesia para exploraciones de resonancia magnética en pediatría. Rev Esp Anestesiol Reanim 2002;49:184-190.

