

## TIPS EN ANESTESIA

Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013

pp S294-S295

## Consejos prácticos en anestesiología

Dr. José Emilio Mille-Loera\*

\* Anestesiólogo. Subdirector Médico del Instituto Nacional de Cancerología.

### INTRODUCCIÓN

El avance en nuestra especialidad obliga al médico anestesiólogo a mantenerse actualizado en todas las ramas afines a ésta; los avances farmacológicos y el desarrollo de nuevas tecnologías nos hacen casi imposible mantenernos al día. Con frecuencia olvidamos los aspectos clínicos básicos de la especialidad y el desarrollo de habilidades habituales y nos centramos más en los grandes avances de la medicina moderna.

Este capítulo de especialidad, al que he titulado «tips en Anestesia» tiene el objetivo de revisar con los expertos, los aspectos prácticos y poco sofisticados que tenemos al alcance en la mayoría de nuestros hospitales, además de recordar que establecer un diagnóstico oportuno de las incidencias perioperatorias, el actuar expedito y con conocimiento, así como la toma de decisiones adecuadas, pueden revertir una incidencia y evitar que ésta se convierta en una catástrofe para el paciente y el médico.

Es así que los profesores expertos en cada una de las áreas, en esta ocasión no desarrollarán sus pláticas en los aspectos más profundos y científicos de la ciencia médica, ni revisarán los conocimientos más relevantes y sobresalientes de la anestesiología sino que se dedicarán a poner a su consideración los consejos prácticos para la resolución de problemas.

Se han hecho muchos esfuerzos para realizar guías prácticas y consensos de manejo; el Colegio Mexicano de Anestesiología se ha preocupado por mantener la calidad y seguridad en los cuidados perianestésicos. Al observar los estándares para la atención del paciente, éstos pueden verse afectados en situaciones de urgencia, pero en los procedimientos programados no se puede pasar por alto la seguridad de nuestros procedimientos.†

La capacitación profesional es imprescindible al inicio de la especialidad y posteriormente en forma continua, buscando con esto un alto nivel de conocimientos, experiencia y el desarrollo de nuevas habilidades.

Aun cuando exista una infraestructura hospitalaria que permita la consulta preoperatoria del paciente con su anestesiólogo, los enfermos no están acostumbrados a asistir a una consulta preanestésica. Esto implica que el paciente no conoce a su médico anestesiólogo, ignorando con frecuencia cuál es su papel dentro y fuera de la sala de operaciones; por otro lado, el anestesiólogo cuenta con muy poco tiempo para conocer a su paciente y complementar estudios clínicos y de laboratorio para la toma de decisiones perioperatorias<sup>(1)</sup>.

Los pacientes le temen a la anestesia, pero desconocen los fundamentos de ese temor injustificado. La responsabilidad profesional, por tanto, en ocasiones es difícil de establecer hacia los miembros del equipo quirúrgico, en especial cuando la negligencia es del médico anestesiólogo; es así que con frecuencia se escucha «su familiar no aguantó la anestesia», «el paciente se movió durante la anestesia y por eso surgió la complicación», «el anestesiólogo no sabía de su estado alérgico», etc. Ante situaciones de complicaciones leves a graves durante el acto anestésico-quirúrgico suele con frecuencia atribuirse a la «anestesia»<sup>(2)</sup>.

Prácticamente el 100% de los pacientes recuerdan el nombre del cirujano y menos del 5% recuerdan el nombre de su anestesiólogo. En Francia y como en casi todo el mundo, el anestesiólogo carece de un lugar importante en la mente del enfermo<sup>(3)</sup>.

La ignorancia de los pacientes sobre lo que somos y lo que hacemos es alarmante; muchos de nuestros pacientes piensan que no somos médicos, y esta opinión parte incluso en la forma de vestir, en donde el paciente prefieren vernos

† Mille LJE, Aréchiga OG, Portela OJM. Estándares internacionales para la práctica segura de la anestesiología. Rev Mex Anest 2011; S84-S87.

con bata blanca; otra gran mayoría nos identifican como personal que trabaja bajo las órdenes del cirujano y por supuesto, desconocen nuestra labor en las salas de terapia intensiva, recuperación, enseñanza, investigación y en el control del dolor. De aquí la importancia de estar presentes con el paciente y su familia antes y después de la cirugía<sup>(4)</sup>.

Contar con las habilidades suficientes para hacer nuestro trabajo con un alto nivel profesional y de excelencia, es por lo que hemos desarrollado este nuevo formato de «tips en anestesia», donde los expertos de las diferentes áreas brindan consejos prácticos, de fácil aplicación y que permitan la resolución de los problemas cotidianos a los que nos enfrentamos día a día.

La toma de decisiones se debe estructurar con base en las mejores evidencias científicas, pero siempre deben estar integradas con la experiencia personal del clínico, los valores y expectativas del paciente y las condiciones de la institución donde se labora y no sólo seguir en forma exclusiva los algoritmos propuestos de manejo.

Con frecuencia el paciente refiere que el anestesiólogo no le explicó los procedimientos a realizar, las opciones de manejo, las posibles complicaciones y los efectos adversos de una forma detallada. Con frecuencia se piensa que dar detalles al paciente puede aumentar su ansiedad y entonces, tomamos una actitud paternalista de las decisiones compartidas entre paciente, familia y anestesiólogo; con frecuencia escuchamos a nuestros pacientes decir «lo dejo todo en sus manos»; pero ante una complicación el paciente y su familia argumentarán que no se les explicó el riesgo o los efectos adversos<sup>(5)</sup>.

La cirugía y la anestesia someten al paciente a situaciones de estrés durante el período perioperatorio, lo que obliga a establecer la capacidad del enfermo de responder a esas demandas y somete al anestesiólogo con la responsabilidad de hacer valoraciones preanestésicas correctas, y si se considera que el riesgo es inasumible, se debe desaconsejar la cirugía.

Es lógico pensar que existen distintos tipos de cirugía y que no todas ellas representan el mismo grado de agresión, existe un riesgo inherente a cada una de ellas, y esto es lo que hay que considerar al momento de evaluar el riesgo individual de cada caso<sup>(6)</sup>.

La satisfacción del paciente es una importante herramienta para evaluar la calidad del manejo anestésico-quirúrgico. La satisfacción del paciente con los cuidados anestésicos es habitualmente reportada como muy alta. Myles en un estudio observacional con 10,000 pacientes, reportó que el 96.8% se encontraron con una alta satisfacción después del primer día de la operación<sup>(3)</sup>. Royse en su estudio con 701 pacientes, reportó que el 95.8% de los enfermos estuvo «muy satisfecho» o «satisfecho» a los tres días posteriores de la cirugía, basado en la Escala de Calidad de la Recuperación Posoperatoria (*Postoperative Quality of Recovery Scale, PQRS*)<sup>(7)</sup>.

Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica revelan que las demandas por mala práctica se dividen en: 15% en las especialidades médicas, 34% en anestesia y obstetricia y 48% en otras especialidades quirúrgicas<sup>(8)</sup>.

No existe otra posibilidad para lograr menos demandas por mala práctica, así como disminuir la morbimortalidad perioperatoria y lograr una alta satisfacción de nuestros pacientes que capacitarse regularmente<sup>(9)</sup>.

El anestesiólogo puede demostrar su profesionalismo a través de establecer una buena relación de confianza con el paciente en el período prequirúrgico, aliviar su ansiedad, eliminar sus temores erróneos, aclarar todas sus dudas y así mejorar la imagen de la especialidad.

Si deseamos mejorar el papel y el reconocimiento de nuestros enfermos hacia nosotros mismos, debemos ser visibles para los pacientes y sus familias como verdaderos médicos en el período perioperatorio<sup>(10)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Hariharan S. Conocimientos y actitudes de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo. Una Revisión. *Anestesia en México*. 2009;21:174-178.
2. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365:629-636.
3. García SMJ, Prieto M, Galdo JR, Palacio MA. ¿Podemos modificar la imagen que tiene el paciente del anestesiólogo? *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1996;43:204-207.
4. Tohmo H, Pälve H, Illman H. The work, duties and prestige of finnish anaesthesiologists: patients view. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47:664-666.
5. Neuman MD. Patient satisfaction and value in anesthesia care. *Anesthesiology* 2011;114:1019-1020.
6. Pastor Torres LF, Antigao RR, Pérez MH, Junquera PCM, Navarro SE, Ortigosa AFJ, Poveda SJJ, Ribera CJM. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardiópata sometido a cirugía no cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:186-193.
7. Royse CF, Chung F, Newman S, Stygall J, Wilkinson DJ. Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the Postoperative Quality of Recovery Scale. *Eur J Anaesth* 2013;30:106-110.
8. Mello MM, Brennan TA. The role of medical liability reform in federal health care reform. *N Engl J Med* 2009;361:1-3.
9. Agrawal A, Aronson JK, Britten N, Ferner RE. Medication errors: problems and recommendations from a consensus meeting. *Br J Clin Pharmacol* 2009;67:592-598.
10. Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH. Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12276 patients. *J Clin Anesth* 2010;22:13-21.