

¿Sedación? Límites y responsabilidades

Dr. Luis Héctor Soto Toussaint*

* Comité de Hospitales. Asociación de Anestesiólogos de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

¡Dale una sedadita! Todos los Anestesiólogos Mexicanos hemos escuchado esta frase. ¿Sabrá quién lo dice, que es exactamente lo que desea? ¿Será, que la intención es trasladar una menor sensación de peligro a los pacientes? ¿O, será que los cirujanos que así lo solicitan, tienen un pleno desconocimiento de lo que los Anestesiólogos entendemos por realizar una técnica de sedación? ¿Será que este término es el heredado del otrora termino: «dormidita»? La demanda actual de la sociedad es a tener procedimientos diagnósticos o terapéuticos placenteros; esto condiciona el actuar de ambos: cirujanos y pacientes. Los cirujanos con un concepto del término sedación el cual ha quedado desvirtuado, y lo más riesgoso: en nuestro gremio de Anestesiólogos, hemos sido permisivos en corregir a quien nos demanda una «sedación» y que el objetivo final deseado, está muy lejos de lo que el término señala. Se ha difundido una definición de «sedación» de manera desvirtuada y sobrevalorada en sus alcances⁽¹⁾, que como tal, tiene la técnica de sedación; con estas apreciaciones ha disminuido de manera alarmante y sensible la seguridad que se debe a los pacientes.

Sea cual sea la razón, deberemos primero ponernos de acuerdo los Anestesiólogos, que es lo que nosotros como gremio, entendemos por «sedación». Para la Real Academia de la Lengua; sedar (del latín *sedāre*) es apaciguar, calmar, sosegar... Son conceptos asimilables a la ansiólisis. Dicho término se aplica a un procedimiento que busca calmar al paciente sin anular su consciencia.

La Definición de ASA⁽²⁾ al respecto de Sedación: «El estado de la consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros mientras se mantiene una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a órdenes verbales y/o estímulos táctiles». En todos estos escenarios se mantiene como premisa, la existencia de una disminución de la consciencia, pero sin perderla del todo y la capacidad del paciente de responder a estímulos verbales o físicos.

La pérdida de la conciencia es la frontera que define el actuar del Anestesiólogo; La administración de fármacos necesarios para lograr la pérdida de la conciencia y asimismo lograr un estado analgésico adecuado, conlleva a una serie de

Cuadro I. Secuencia de niveles de sedación. Definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia

	Sedación mínima (Ansiólisis)	Sedación moderada (Sedación consciente)	Sedación-analgesia profunda	Anestesia general
Respuesta	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta determinada a estímulos verbales o táctiles	Respuesta determinada después de estímulos repetidos o estímulos dolorosos	Sin respuesta, aun con estímulos dolorosos
Vía aérea	Patente	No se requiere intervención	Puede requerir sostén	Sostén siempre necesario
Ventilación espontánea	Presente	Adecuada	Puede ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada
Función cardiovascular	Sin cambios	Usualmente estable	Usualmente estable	Puede estar deteriorada

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

respuestas, procesos y reacciones en el paciente⁽³⁾, y somos nosotros los especialistas adecuados para su manejo, control y vigilancia. Nos enfrentamos a el deseo perenne de los cirujanos de querer lograr una ausencia total de consciencia durante un procedimiento médico determinado, aun a pesar de recibir diferentes estímulos (incluyendo los dolorosos), cuando en realidad lo que están solicitando es una técnica de anestesia general endovenosa de una duración determinada. Cuando se le explica por parte del médico tratante a un paciente, que el procedimiento será llevado a cabo con una Sedación Ligera, el entendido del paciente será que la sencillez del mismo, es de una seguridad absoluta y que de ninguna manera se podrá complicar. ¿En cuántas ocasiones, se refieren los Gineco-obstetras en que ante la necesidad de efectuar un legrado uterino instrumental, nos pidan que sólo le demos una «sedadita»? Claro, ellos dan por sentado, que podrán efectuar el procedimiento señalado con solo quizá, un poco de midazolam. Que permisividad del Anestesiólogo, al no corregir y mencionar que no es una técnica de sedación, y que lo que se requiere es una anestesia general endovenosa de corta duración y así hacerlo saber a paciente y familiar.

El cuadro anterior (Cuadro I) demuestra que la sedación profunda y/o la sedación inconsciente es sinónimo de anestesia general. Es el momento de preguntarnos a efecto de no ser permisivos con la Técnica: La Triada: inconsciencia-inmovilidad-analgésia ¿se logra con una sedación? En la consecución de los objetivos de otorgar a los pacientes un procedimiento placentero y sin dolor y con la menor erogación posible, entendiendo esto de la manera que el lector lo quiera entender, ha llevado a algunos médicos a realizar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de manera incorrecta, indebida e ilegal de técnicas anestésicas de anestesia general por personal médico no especialista en Anestesiología^(4,5), por personal de enfermería y aun por parte de técnicos quienes los auxilian en sus procedimientos, queda claro el riesgo al que someten a los pacientes por desconocimiento de las reacciones y consecuencias de la administración de fármacos ansiolíticos y opiáceos, en dosis, formas y tiempos totalmente inadecuados⁽⁶⁾. Muchos de nosotros hemos sido llamados con urgencia a resolver una situación crítica a las áreas de endoscopia digestiva o urológica, así como en imagenología o en el laboratorio de hemodinámica y aun en consultorios, y al llegar nos encontramos con un panorama semejante a éste: paciente con un cuadro clínico franco de hipoxia, en trismus y con huellas peribucales de secreciones y sangrado, muchas de las ocasiones con bradicardia o asistolia. ¿Cuál es nuestra responsabilidad? ¿Cuáles son los alcances legales? Desde el momento en el que nosotros aceptamos el caso, estamos tácitamente consintiendo y por tanto estamos asumiendo una responsabilidad con las consecuencias legales implícitas en el ejercicio de nuestra especialidad. Por otro lado, es innegable que en la actualidad es común que se requiera de

los Servicios de Anestesiología en áreas alejadas de nuestro hábitat natural⁽⁷⁾: el quirófano; y es debido a que han surgido nuevas técnicas y procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, que se tienen que realizar en sitios con instalaciones especialmente preparados para ellos. Y tenemos el caso de Endoscopia Digestiva⁽⁸⁾, urológica, Ecocardio, RMN, CT Scan, Radioterapia, etc. En los cuales los equipos son nativos y no se pueden transportar siendo nosotros quienes tenemos que acudir a ellos, La NOM-006-SSA3-2011, contempló estas situaciones y se refiere a estos escenarios y marca las pautas de actuación, así como los materiales requeridos en el Apéndice B; En algún o algunos de los procedimientos que se realizan fuera del quirófano, es aplicable la técnica de sedación, que permita la ansiólisis del paciente, aun cuando habrá otros procedimientos que si requieran de la aplicación de Anestesia General, ya sea Inhalada, o Intravenosa. Estos escenarios representan un reto para el Anestesiólogo, dado que estaremos conviviendo con personal poco entrenado en el armamentario farmacológico adecuado, equipamiento y materiales insuficientes, además de estar en áreas con monitoreo inadecuado y que no cuentan la mayoría de las veces con máquinas de anestesia y si las hay, son las de desecho de las áreas quirúrgicas. Es común que en imagenología nos encontremos que con lo único con lo que contamos a efecto de llevar a cabo nuestra labor es una fuente de oxígeno de pared, un borboteador y una línea larga y sucia, así como unas puntas nasales en un estado semejante. En estos escenarios la técnica anestésica variará de acuerdo con las condiciones del paciente y las necesidades del procedimiento, y varían desde la Sedación Consciente hasta la Anestesia General con el grado de profundidad adecuado para lograr la triada de inconsciencia-analgésia-inmovilidad; en la gran mayoría de los casos, se utiliza la sedación consciente, ya que una buena parte de los procedimientos no causan dolor, y sólo son causantes de estrés, por lo que una adecuada ansiólisis, será suficiente.

¿CUÁL ES NUESTRA POSICIÓN LEGAL COMO ANESTESIÓLOGOS?

El Dr. Sergio Ayala Sandoval al respecto de la responsabilidad profesional atinadamente señala: el término significa: responderé y el concepto es: se entiende la capacidad de un sujeto de derecho de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos realizados consciente y libremente. Por lo tanto es la calidad o condición de responsable y la obligación de reparar o satisfacer por sí mismo o por otro, toda pérdida, daño o perjuicio que se hubiere ocasionado; ello implica aceptar las consecuencias de un acto realizado con capacidad (discernimiento), voluntad (intención) y dentro de un marco de libertad. Todas las personas estamos sujetos a relaciones jurídicas y asimismo tenemos una personalidad jurídica, que

es la aptitud que la ley reconoce al ser humano en lo individual, o a los entes colectivos —sociedades— de ser sujetos de Derechos y Obligaciones; Como Anestesiólogos tenemos un Lineamiento de actuación establecido por el Estado, y el cual se encuentra comprendido en la NOM-006-SSA3-2011,⁹ en donde claramente establece definiciones esclarecedoras cuando hablamos de nuestra posición en relación a técnicas de sedación y anestesia general. Esta es la manera como se espera que actuemos y como tal se resolverá en un caso litigioso.

La responsabilidad del médico especialista en anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados perianestésicos adecuados para cada situación.

- 4.1. Anestesia general, a las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- 4.10. Medicina perioperatoria anestésica, a la serie de procedimientos que tienen por objeto brindar atención pre-, trans- y postanestésica, en función de cualquier procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- 4.13. Procedimientos anestésicos, a todas las acciones que se desarrollan durante el proceso denominado anestesia, a que se refiere esta norma.
- 4.14. Sedación, al estado de conciencia, provocado por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos que pudieran generar molestia, conservando la capacidad de responder a las órdenes verbales y a los estímulos táctiles.
- 7.2. Los establecimientos para la atención médica, donde se realicen procedimientos de anestesiología, deberán contar

con el equipo mínimo necesario para garantizar su práctica en condiciones de seguridad para el paciente, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

- 7.4. Los gabinetes de diagnóstico y tratamiento, en los que se requiera la aplicación de algún procedimiento anestésico, deberán disponer del equipamiento mínimo indispensable que se señala en el Apéndice B (Normativo) de esta norma.

Existe pues, el fundamento Normativo de nuestro actuar, y por tanto con independencia a las costumbres nominativas que al respecto del término «sedación» que se han establecido en nuestro País, tendremos que ser nosotros⁽¹⁰⁾, quienes de una manera decidida eduquemos a los médicos y a la sociedad, en qué es lo que se espera de una técnica anestésica determinada y para el caso que hoy nos ocupa, seamos profesionales y en el momento de la entrevista dejemos en claro qué es lo que se espera de una sedación como tal y qué técnica anestésica es la más adecuada para el manejo del procedimiento al que va a ser sometido. El cumplimiento de la Norma del Expediente clínico en lo tocante a el Consentimiento Informado, nos pide ser claros en explicar los beneficios y los riesgos de una técnica determinada y es nuestra responsabilidad el hacerlo y no dejar ninguna duda.

En muchos litigios abiertos por presunta negligencia médica se resalta el hecho de que el Anestesiólogo en alguna manera fue permisivo y no realizó la corrección que se necesitaba a fin de dejar perfectamente claro, qué es lo que se pretendía, cómo es que se pretendía realizar, y cuáles eran los riesgos y complicaciones que se podían esperar. Quizá con esta firmeza pudiésemos «perder» a nuestros cirujanos, pero nunca olvidemos que estaremos salvaguardando lo más importante: nuestra libertad e integridad.

En resumen: competencia profesional.

REFERENCIAS

1. Gironés A. ¿Existe la sedación anestésica? Una infravaloración peligrosa. SENSAR. 2013.
2. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2002;96:1004-1017.
3. Calvo VJM. Anestesia-analgésica frente a sedación profunda para pruebas diagnósticas o terapéuticas en pacientes pediátricos. ¿Quién debe realizarla? *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2009;56:203-205.
4. Perel A. Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer propofol for procedural sedation: a Consensus Statement of 21 European National Societies of Anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol*. 2011;28:580-584.
5. Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2010;27:592-597.
6. Knape JTA, Adriaansen H, van Aken H. Guidelines for sedation and/or analgesia by non-anesthesiology doctors. Section and Board of Anesthesiology, European Union of Medical Specialists. *European Journal of Anesthesiology*. 2007;24:563-567.
7. Mille-Loera JE. Seguridad perioperatoria en anestesia fuera de quirófano. *Rev Mex Anest*. 2013;36:S13-S19.
8. Warner ME. The value of sedation by anesthesia teams for complex endoscopy: perhaps not what you'd think. *Anesth Analg*. 2014;119:222-223.
9. NOM-006-SSA3-2011
10. Vázquez-Márquez PI ¿Cómo alcanzar el profesionalismo en la práctica de la Anestesiología? *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2013;36:288-293.