

EDITORIAL

Vol. 41. No. 1 Enero-Marzo 2018
pp 5-6

Cirugía y anestesia segura salvan vidas

Dr. G. Manuel Marrón-Peña*

* Académico Emérito Academia Mexicana de Cirugía. Ex director de Postgrado y Educación Continua. Secretaría de Salud. Constituyente del Colegio Mexicano de Anestesiología.

Solicitud de sobretiros:

Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.
Nueva York Núm. 32, despacho 803,
Col. Nápoles, Delegación Benito Juárez,
Tel./fax: 5669 1457
E-mail: comexane@prodigy.net.mx

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

Una de las más singulares incongruencias de la vida médica es la de los médicos provocando muertes o produciendo lesiones y daños a sus pacientes, considerando que su misión, su deber deontológico y su obligación social es precisamente la contraria, es decir, preservar la vida y restaurar la salud de los enfermos⁽¹⁾.

Por lo tanto, en la Medicina Moderna, ningún descubrimiento ha demostrado ser más benéfico para el ser humano durante los últimos 171 años, que el de la anestesia, porque en el curso de las intervenciones quirúrgicas ha evitado, evita y seguirá evitando inmensos sufrimientos, permitiendo con ello que la cirugía se efectúe en forma exitosa, sin dolor y cada vez con más seguridad, calidad y atrevimiento, lográndose a través de ella progresos muy superiores en el postrer siglo y medio que todos los tenidos en los milenios previos, en donde por la falta de anestesia, el común denominador era la elevada y siempre dolorosa morbilidad quirúrgica. En 1846 se demostró la factibilidad de la anestesia inhalatoria con éter⁽²⁾. Desde ese momento hubo cuidados, principios y reglas de seguridad para la administración del gas que no se explicitaron, pero sí se comunicaron en forma verbal de médico a médico. Con estos hechos inició la *lex artis ad hoc* para el ejercicio de la anestesiología, esta última a su vez progresó rápida y paulatinamente, aparecieron nuevos anestésicos, nuevas tecnologías y nuevas formas de aplicación que ahora hacen necesario una enseñanza más profesional de la anestesiología para los anestesiólogos en formación y para los ya titulados, ya que su desarrollo y expansión durante su corta existencia (sólo un poco más de 150 años) ha sido meteórica⁽³⁾.

Otro descubrimiento trascendental en el progreso de la anestesiología y de la medicina, fue la anestesia regional en su técnica de aplicación neuro-axial, primero la de tipo espinal por Augusto Bier, quien el 16 de agosto de 1898 depositó cocaína en el espacio subaracnoideo por primera vez en un humano, dando inicio a la raquianestesia⁽⁴⁾, la cual se ha aplicado a millones de individuos con fines quirúrgicos con éxito y con un mínimo de complicaciones durante más de 120 años; sin embargo, e igual que pasó con el éter, las reglas de seguridad para su utilización no se explicitaron y más aún, todavía en el mundo no están escritas todas las normas oficiales de seguridad que garanticen la calidad de su uso, aunque por sí solo, el paso del tiempo se ha encargado de hacerlo, enseñándose la técnica y los cuidados de la misma en forma demostrativa sobre el propio paciente y dentro de la sala de operaciones. Existen, cabe decirlo, señalamientos generales de seguridad publicados por los distintos cuerpos colegiados de la anestesiología mundial (WFSA, CLASA, ASA, ASRA, etc.) y en las sociedades y colegios de anestesiología de cada país⁽⁴⁾. Lo mismo pasó con el bloqueo peridural, ambas técnicas ahora

mejor conocidas como anestesia neuroaxial, son la base junto con la anestesia general de la práctica de una anestesiología segura⁽⁵⁾ que hoy en día ha recibido un justo y merecido reconocimiento por parte del IOM (*Institute of Medicine* de los EUA) que declaró en 1999 que *errar es humano* y en el año 2000 que *la anestesiología es un modelo de seguridad a seguir por todas las especialidades*, porque la mortalidad por anestesia de acuerdo con un estudio realizado por el instituto referido de ese país, dio como resultado: un fallecimiento por cada 300,000 procedimientos anestésicos (Figura 1)⁽⁵⁾.

La declaración anterior dio como resultado inmediato la protesta de algunos autores entre los que destacan: Lagasse que publica en 2002: «Anestesia segura: ¿modelo o mito?»⁽⁵⁾. En donde refuta al IOM diciendo que: los criterios de inclusión de dicho estudio no incluyen a toda la población de EUA. Señala además, que se deben tener pacientes electivos y de urgencia. ASA I-V internados en hospitales de todos los niveles, en donde hay enfermos de cualquier estatus con o sin seguro médico y no sólo a los fallecidos en quirófano o que fueron motivo de una demanda por mal praxis.

La mortalidad real por anestesia ha disminuido de 1:1,000 en los inicios y después de su descubrimiento, para llegar en la década de los años 60 según Usubiaga a 1:10,000 y que años después se estableciera en 1:13,000 y que hoy según el propio Lagasse esté en 1:14,000, lo cual no hace mucha diferencia con la cifra previa.

Du Caillar, por otro lado, asegura que en los años 90 la muerte por anestesia siguió siendo por las mismas causas de antaño sólo que actualmente se sitúa en un rango de 1.100,000⁽⁴⁾.

Sabemos que el monitoreo perianestésico ha contribuido a la disminución de la mortalidad por anestesia, que los médicos anestesiólogos están más capacitados, también se sabe que la

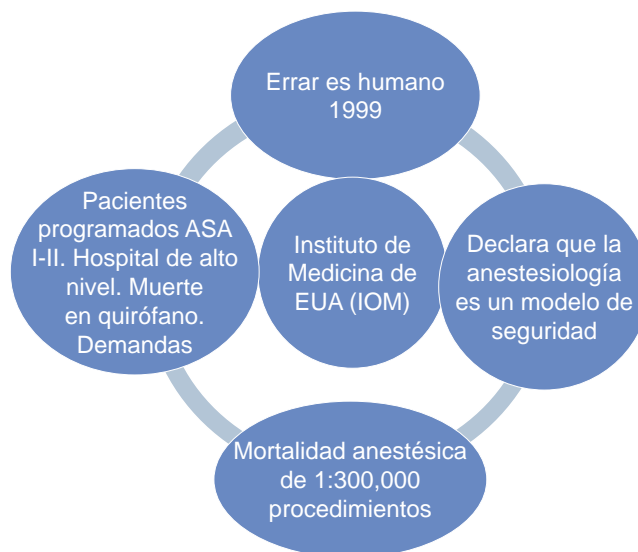


Figura 1. Reconocimiento a la anestesiología como: «modelo de seguridad».

morbimortalidad tiene relación directa con efectos de nuevos fármacos, tipo de monitoreo, equipo nuevo, pero principalmente con distracción y distractores del anestesiólogo.

En México, las cifras de morbimortalidad actuales son para la anestesia regional de 1 por cada 150,000 procedimientos y para la anestesia general de 1 por cada 50,000 anestestesias.

En conclusión la anestesiología no está exenta de riesgos al igual que cualquier otra actividad humana, pero sí es segura y sirve como modelo de seguridad a otras disciplinas médico-quirúrgicas.

REFERENCIAS

1. Uribe VMH. Seguridad en la anestesia obstétrica: la mejor prevención de eventos adversos, incidentes y accidentes. En: Carrillo ER, Marrón PM. Clínicas mexicanas de anestesiología: actualidades anestésicas en ginecología y obstetricia. Vol. 19. México: Ed. Alfil; 2013. pp. 285-300.
2. Marrón-Peña M. Historia de la anestesia gineco-obstétrica en México. Rev Mex Anest. 2013;36:212-218.
3. Carrillo ER. Introducción. En: Carrillo ER. Clínicas mexicanas de anestesiología: calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología. Vol. 17. México: Ed. Alfil; 2012: XI.
4. Marrón PM. Calidad y seguridad en anestesia-analgésia subaracnoidea. En: Carrillo ER. Clínicas mexicanas de anestesiología: calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología. Vol. 17. México: Ed. Alfil; 2012. Cap. 6, pp. 65-109.
5. Moreno ACR. ¿Es la anestesiología una especialidad médica segura? En: Carrillo ER. Clínicas mexicanas de anestesiología: calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología. Vol. 17. México: Ed. Alfil; 2012. Cap. 5, pp. 49-65.