

CONCIENCIA Y MEMORIA DURANTE ANESTESIA GENERAL

Sigue de pág. 1

múltiples sitios de acción para múltiples efectos que producen los agentes anestésicos que empleamos en la práctica diaria; obviamente los investigadores siguen buscando el aclarar los procesos específicos de mecanismos de acción de los fármacos ya conocidos y el potencial desarrollo de nuevas drogas con el mismo fin, que pudieran ser equipotentes en su eficacia clínica, pero con otros mecanismos de acción, o vías de eliminación para disminuir al máximo los efectos colaterales de cada uno de ellos; a la vez la industria farmacéutica aún continúa en la búsqueda del agente anestésico ideal; sin embargo el papel de los anestesiólogos clínicos basados en el estudio, conocimiento, actualización y destrezas adquiridas en su entrenamiento, buscan la mejor manera de conseguir interacciones específicas al combinar varios fármacos para cada caso en particular, procurando que el paciente tenga el confort, la seguridad y la vigilancia adecuada para que cada procedimiento anestésico se lleve a cabo de la manera más racional, óptima y de calidad acorde al tipo de paciente.

Si se toma en consideración que la HIPNOSIS, al igual que los otros componentes del estado anestésico, tienen una fisiopatología diferente, resultaría lógico comprender que durante un evento anestésico, si no administramos la dosificación suficiente, podríamos tener infradosis o en caso contrario sobredosis del fármaco; si a esto le agregamos el estado clínico del paciente (obstétrica, cardíaca, traumatológica, séptica, o con cuidados intensivos) que pudiera verse seriamente modificado en su hemodinamia por la interacción medicamentosa, por tal motivo, el anestesiólogo en muchas ocasiones administraría una dosis relativamente baja para un procedimiento quirúrgico; si además pensamos en el aspecto de infraestructura hospitalaria, en muchas ocasiones el mismo anestesiólogo es quien permite que se trabaje sin el monitoreo adecuado, en instancias públicas y/o privadas; en un sitio porque no hay con que, y en otro sitio porque sale muy caro; así como también la verificación objetiva y precisa de la rutina que implica el revisar el equipo y aparataje del material con que trabaja el anestesiólogo, es fácil encontrar fallas o errores en los mantenimientos

preventivos y muchos más en los correctivos de los equipos de anestesiología; al emplear interacciones anestésicas para alcanzar el estado anestésico adecuado, llevamos a cabo una serie de combinaciones de drogas de las cuales en muchas ocasiones no entendemos bien su perfil farmacocinético. ¿Entonces que puede suceder??

Efectivamente puede hacerse presente un evento de despertar transoperatorio, que por sí solo ya genera un conflicto de intereses, primero para el paciente, segundo para el anestesiólogo, para el equipo multidisciplinario que participa en el evento quirúrgico, terapéutico y/o diagnóstico que participa en el evento, con el consecuente potencial de daño psicológico hacia el mismo paciente y la detonación de un síndrome de estrés posttraumático, que por sí solo puede ser motivo de una demanda médico legal, es por esto que dentro de la práctica de la Medicina Perioperatoria, éste, debe ser prevenido desde sus factores predisponentes y evaluados en una certera consulta preanestésica, llevando a cabo las condiciones necesarias para prevenir su aparición, cosas tan simples como una buena información al paciente y familiares, así como una eficaz medicación preanestésica, pueden ser de utilidad; sin embargo durante el período transoperatorio, existen factores de tipo no médicos y médicos, tales como mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos de anestesia, fármacos que no cumplen con la calidad y caducidad suficiente para emplearse, técnicas "light", errores en el ajuste y/o titulación de dosis, escenario clínico, tipo de paciente, tipo de cirugía, etc.; también en el período postoperatorio se debe identificar de manera intencionada y dar la credibilidad al paciente cuando nos comenta su impresión del evento que se le realizó, si un paciente tiene memoria explícita, tendremos la evidencia clínica que algo sucedió y que se debe identificar como despertar transoperatorio o "awarenes", que implica por sí mismo el hecho de ser detectado desde la emersión del paciente en quirófano, área de cuidados postanestésicos y las primeras 48 horas tratado, vigilado e informado detalladamente al paciente, familiares, al equipo multidisciplinario, al anestesiólogo

y el entorno hospitalario, para establecer el procedimiento de control subsecuente junto con el especialista de salud mental, para evitar en la medida posible la incidencia de síndrome de stress posttraumático.

Estos casos tienen una incidencia de 0.13% en países desarrollados, considerando además un riesgo ASA mayor, el paciente menciona memoria auditiva, parálisis muscular, recuerdo del evento y dolor que son efectos no deseados en la práctica de la anestesiología moderna.

Sin embargo cualquier información al público en general deberá basarse en evidencia, por tal razón se debe entender que este evento se puede presentar en cualquier momento y en cualquier paciente, siempre y cuando el anestesiólogo no lo identifique oportunamente, pero para ello, debe tener en mente que el despertar transoperatorio existe y tiene la obligación de informar cabal y gentilmente al paciente y familiares del potencial riesgo de despertar transoperatorio como una complicación más del procedimiento anestésico, entonces debemos apegarnos a la NOM para la práctica de la anestesia y enterar desde la consulta preanestésica la existencia de dicho fenómeno.

Durante el transanestésico es obligación del anestesiólogo otorgar una atención médica de calidad y eficacia para que no se presente esta complicación, sin embargo, muchas veces el estado clínico del paciente hace que el anestesiólogo modifique sus tratamientos de acuerdo al escenario clínico. Lo ideal sería contar con un tipo de monitorización que se integrara en el expediente clínico, pero sería muy costoso, por tal razón ya existen en la ASA algoritmos para prevenir el riesgo de despertar en todos los pacientes, donde se indica de una manera clara y precisa: qué riesgos, qué tipo de paciente pudiera ser más lábil, pero lo más importante es dar el seguimiento del caso y confrontar al paciente y familiares para un manejo multidisciplinario antes de que se presenten secuelas.

En México el primer caso clínico publicado en la Revista Mexicana de Anestesiología, data del año 1971, donde se comenta la dificultad de determinar un adecuado estado de hipnosis transoperatorio; "... con las técnicas de anestesia

Continúa en página 5

CONCIENCIA Y MEMORIA DURANTE ANESTESIA GENERAL

Sigue de página 4

balanceada se ha observado un número cada vez más elevado de casos en los cuales los pacientes conservan la conciencia y recuerdan eventos ocurridos en el período transanestésico... recomendando no olvidar abrir la llave del vaporizador... así como la dificultad para diagnosticar anestesia superficial o bien la ausencia de la misma...” En este reporte se muestra desde ese entonces el reto que implica una adecuada técnica de anestesia general en cualquier escenario clínico, con el advenimiento de “tendencias o modas o técnicas clásicas”; actualmente el concepto de plano anestésico ha cambiado, por el de adecuada anestesia e implica una interacción de efectos clínicos, con fármacos de calidad, con dispositivos de administración que tengan mantenimiento preventivo y correctivo, monitorización de los efectos clínicos, pero la clave fundamental sigue siendo el médico anesthesiólogo responsable de la administración de los mismos, ya que la sinergia medicamentosa que requerimos para lograr el estado anestésico, implica un conocimiento claro y preciso de la farmacocinética, de la farmacodinamia, de emplear e interpretar el monitoreo necesario, para ajustar la titulación óptima para cada fármaco, del buen uso y cuidado que

demos a las estaciones (equipos) de anestesia, siempre guiados por el juicio crítico, ético, clínico, médico y profesional del médico responsable.

Actualmente en nuestro país se cuenta con un gran número de hospitales con equipo e insumos que de manera indirecta permiten la integración de un algoritmo que nos puede orientar acerca de la actividad electroencefalográfica cerebral, durante los procedimientos de anestesia general, sin embargo, aún es un equipo que no se encuentra en la mayoría de nuestros hospitales, considero que debe emplearse con el juicio clínico acorde al caso médico en cuestión, con la finalidad de evitar el dispendio, optimizar los recursos y garantizar de alguna manera un confort y seguridad para el paciente.


En la Tercera Actualización de la Edición 2006 del Cuadro Básico de Instrumental y Equipo Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación, se detalla la actualización de las Unidades de Anestesia en Básica, Intermedia y de Alta Especialidad, donde ya, el monitoreo indirecto cerebral, se incluye como una herramienta de manejo útil para la práctica de la Anestesiología en México.

La World Health Organization comenta “...errar es humano, cubrir un error es imperdonable; pero no aprender no tiene excusa ni pretexto...”; siendo esto una de las señales preventivas en la práctica de la Anestesiología, que nos deben orientar hacia una mejora continua relacionada a la actitud y compromiso en el desempeño de las actividades asistenciales que implica la Medicina Perioperatoria, donde el papel del anesthesiólogo es fundamental en el equipo multidisciplinario para la más adecuada toma de decisiones ante un evento quirúrgico, diagnóstico y / o terapéutico que solicite el apoyo por parte de nuestra especialidad.

Bibliografía:

- 1.- Rev Mex Anest. 2004,27;1: 100-103
- 2.-Anesthesiology 2007, 107: 1-2
- 3.-Anesthesiology 2005, 102; 447-471
- 4.-Anesthesiology 2006, 105; 400-412
- 5.-Anesthesiology 2007, 107; 195-198
- 6.-Rev Mex Anest. 1971; Vol 20 (3)
- 7.-APSF NEWSLETTER Fall 2006-2007

DR. JUAN HEBERTO MUÑOZ CUEVAS
COORD. DE CAPÍTULOS
C.M.A., A.C.



COLEGIO MEXICANO DE ANESTESIOLOGÍA, A. C.

XXXV DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA PERIOPERATORIA

CURSO ANUAL

17 AL 20 DE JUNIO 2009

SEDE:
WORLD TRADE CENTER

DR. ARTURO SILVA JIMENEZ.
PROFESOR TITULAR

DR. JAIME RIVERA FLORES
PROFESOR ADJUNTO



COMITÉ CIENTÍFICO DR.
DR. PASTOR LUNA ORTÍZ

CONCILIO DE CAPÍTULOS:
DR. HEBERTO MUÑOZ CUEVAS

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

AVALADO POR:

La Universidad Nacional Autónoma de México

QUINTO CURSO “RESPONSABILIDADES JURIDICAS DEL PROFESIONAL EN MEDICINA” 2009

INICIO 25 DE FEBRERO

Dr. Sergio Ayala Sandoval
Profesor Titular

Lic. Gerardo Martínez Ortiz.
Profesor Adjunto

VALOR CURRICULAR 40 HRS.

INFORMES OFICINAS DEL C. M. A.