

Lunes, 02 de junio de 2014, 1:15-14:30

Actualización en Anestesia

Dra. Selma H. Calmes, Anestesióloga Jubilada

Muchos pacientes con secuelas de poliomielitis temen a la anestesia. Era común que estas personas se sometieran a múltiples cirugías en la infancia y los cuidados de la anestesia no estaban tan avanzados como lo están ahora. ¡La anestesia moderna ha mejorado mucho desde la época de las epidemias de poliomielitis! En esta sesión una anestesióloga, familiarizada con la práctica anestésica moderna y la poliomielitis, responderá a las preguntas recientes más frecuentes formuladas por pacientes con post-poliomielitis. Si el tiempo lo permite, el público puede hacer sus propias preguntas.

1. "¿Realmente necesito hacerme una colonoscopia? Se requiere anestesia y le tengo temor".

El cáncer de colon es el cáncer que, en tercer lugar, se diagnostica más comúnmente y la tercera causa principal de muerte por cáncer en los EE.UU. Alrededor del 5% de los estadounidenses serán diagnosticados con cáncer de colon en un momento de sus vidas. La colonoscopia (observación de la parte inferior del intestino con un endoscopio flexible, para identificar tempranamente un posible cáncer de colon) es en la actualidad la forma más aceptada para identificar el cáncer de colon en etapas tempranas; ha sido bien documentada para salvar vidas porque las lesiones tempranas pueden identificarse y eliminarse. Se han desarrollado recientemente nuevos exámenes (colonoscopia virtual, pruebas de mutación de ADN en heces y análisis inmunoquímico de sangre oculta en heces [FOBT, por sus siglas en inglés]), pero sólo la colonoscopia virtual se ha comparado con la colonoscopia. La comparación es favorable, pero no es posible tratar las lesiones encontradas. Si se encuentran lesiones, aún así debe hacerse la colonoscopia. También puede haber problemas con el pago del seguro médico para la colonoscopia virtual.

La colonoscopia se recomienda para las personas mayores de 50 años, o antes si se tienen antecedentes familiares de cáncer de colon o de otros factores de riesgo. Usted debe tener una preparación del intestino para eliminar las heces y que el endoscopista pueda ver las lesiones; por lo general, la anestesia (sedación) se da para la comodidad del paciente mediante la insuflación con gas del intestino, ya que se requiere distender el colon, y eso es incómodo.

El paciente necesitará comprometerse a la realización de ciertas pruebas de detección sistemática de cáncer de colon. La decisión de cuál es la mejor opción de detección depende de usted y de la experiencia de su médico. La colonoscopia debe realizarse por un gastroenterólogo experimentado y certificado, y en un centro ambulatorio acreditado. El riesgo de la anestesia es pequeño en comparación con el riesgo de padecer cáncer de colon.

2. ¿Por qué es tan difícil vincularme con anticipación con el anestesiólogo que llevará mi caso?

¡La distribución diaria del personal de anestesiología es compleja! Y resulta extremadamente difícil saber de antemano quién va a intervenir en un caso determinado en un día particular. Hay un flujo constante de este personal (algunos se enferman) y el resto del personal necesario para procedimientos técnicos, casos de emergencia o de anestesia obstétrica, puede desplazarse de un cubículo operatorio a otro y así sucesivamente. Además, el tamaño del grupo de anestesia es cada vez mayor y no es raro ver grupos de más de 100 anestesiólogos.

Así que, ¿qué se puede hacer ante estos problemas? Dos posibilidades útiles son las siguientes:

- a. Si es posible, trate de programar su operación en un importante hospital universitario. Esto da una mejor oportunidad de obtener atención de calidad (no sólo en anestesia). Revise los datos de acreditación en la página de internet de la *Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención de la Salud*. Muchos estados en EE.UU. también tienen datos de calidad del hospital en sus ciber sitios. La mayoría de los hospitales universitarios cuentan con clínicas preoperatorias en las que se examinan a los pacientes antes del procedimiento. Éstas son de gran ayuda en la identificación y preparación de los pacientes difíciles. También cuentan con una gran variedad de médicos expertos en muchas áreas. Especialmente importante en este caso son la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la presencia de médicos capaces de manejar la insuficiencia respiratoria en el periodo postoperatorio.
  - b. Recurra a su cirujano para dirigir su ingreso al departamento de anestesia. Los cirujanos y anesthesiólogos trabajan juntos todos los días y, a menudo, se convierten en "equipos" para hacerlo más fácilmente con un paciente difícil. Cuando se esté planificando su operación, explique sus problemas post-poliomielíticos (¡son señales de alerta la escoliosis, la insuficiencia pulmonar y un historial de uso del pulmón de acero!) y pida que se documenten durante la programación y que el cirujano pueda hablar con el departamento de anestesia antes del procedimiento a fin de advertir al personal de anestesia sobre el ingreso de usted y alertarlos sobre los problemas que tiene.
3. ¿Qué hay de nuevo en la anestesia y que yo necesite saber?

Esta es una breve lista. Las respuestas pueden ampliarse según el tiempo disponible en la sesión.

- a. Mejor medición de la calidad de la atención en la anestesia y un mayor reconocimiento de los problemas que se tienen y cómo podrían mejorarse.
- b. Conocimiento cada vez más profundo de los problemas de ventilación y una mejor atención de los problemas respiratorios postoperatorios.
- c. Reconocimiento de que muchos pacientes quedan con bloqueo neuromuscular residual y de las posibles complicaciones.
- d. Conveniencia de utilizar tanto la anestesia regional como la anestesia general en conjunto para obtener un mejor resultado.
- e. Reconocimiento de que hay escasez de medicamentos anestésicos estándar debido a cambios en la industria farmacéutica. Esto ha causado muchos problemas.
- f. ¿La literatura médica documenta los problemas en los pacientes con post-poliomielitis? Una revisión de 2013 no encontró problemas inusuales y se reportó que la anestesia regional no causa exacerbación del Síndrome Post-Polio (SPP).

4. ¿Cuáles son los problemas en la cirugía bariátrica (cirugía intestinal que puede facilitar la pérdida de peso) para los pacientes con post-poliomielitis?

Esto suena como una "solución rápida" para la obesidad, pero es un área llena de posibles problemas. No hay reportes de pacientes post-poliomielitis que se hayan sometido a cirugía bariátrica.

Los posibles problemas se relacionan con la obesidad (diabetes, apnea del sueño, hígado graso, mayor dificultad para anestésiar a las personas obesas), con el tipo de realización del procedimiento (ambulatorio o intrahospitalario), con la técnica operatoria (banda gástrica ajustable laparoscópica ("*lap band*") o derivación gástrica ("*bypass*") y dependiendo de quién realice la operación. La banda gástrica (colocación de una banda de plástico flexible con un puerto de inyección alrededor de la parte superior del estómago que se infla según sea necesario) suena simple y rápido, pero las bandas puede tener complicaciones y ser necesario extraerlas.

Los mejores resultados se obtienen con equipos especializados, incluyendo un dietista, y la realización del procedimiento en centros médicos académicos. ¡Es esencial un seguimiento de largo plazo!