

# LA EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

## IMPLICANCIAS MÉDICO - LEGALES

Dr. Fabián Vítolo  
NOBLE S. A. ®

La morbimortalidad anestésica se ha reducido en forma significativa en los últimos 25 años de la mano de avances tecnológicos que permiten un monitoreo muy preciso de los parámetros fisiológicos del paciente durante el acto anestésico. La frecuencia de los reclamos por responsabilidad profesional originados en daños anestésicos también ha declinado y hoy la causa más común de demandas son las lesiones dentarias originadas en intubaciones dificultosas.

Sin embargo, en aquellas ocasiones en que se producen accidentes mayores, con pacientes que quedan con secuelas graves (neurológicas y otras), las demandas suelen ser millonarias: el promedio –año 2008- supera los dos millones de pesos. En estos casos, los argumentos de la parte actora suelen ser siempre los mismos:

Que el paciente no fue adecuadamente evaluado por el anestesista

- Que no se tuvieron en cuenta antecedentes de importancia (vía aérea difícil, reflujo gastroesofágico)

- Que no se optimizó el estado del paciente para que llegara al acto anestésico en las mejores condiciones (obesidad, tabaquismo, hipertensión, asma)

- Que no se informó al paciente acerca de riesgos especiales de su situación clínica, impidiéndole tomar una decisión informada.

- Que no se controló adecuadamente al paciente en el postoperatorio.

Es en estos casos catastróficos donde los peritos de la defensa suelen verse en problemas para demostrar que el anestesista fue diligente y prudente en la valoración de los riesgos de su paciente. La visita preanestésica no suele estar documentada como tal en forma aparte, sino que en el mejor de los casos figura dentro de la ficha anestésica general, en donde suele consignarse el ASA y algún antecedente aislado (muchas veces los ítems preimpresos de ayuda memoria permanecen en blanco). Los testimonios realizados por los testigos en los juicios tampoco ayudan: generalmente todos coinciden en que el anestesista conoció al paciente en el quirófano minutos antes del

procedimiento, independientemente de la complejidad del mismo y de las características del paciente. Así se hace difícil poder demostrar un meticuloso plan anestésico.

Es común que en este tipo de demandas la parte actora cite dos artículos de nuestro Código Civil:

### **Artículo 512.**

*La culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación, y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar.*

### **Artículo 902.**

*Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos.*

Resulta evidente entonces que ante un caso de daño presumiblemente anestésico, el profesional deberá demostrar que cumplió con las diligencias que requería la situación y, dadas las graves complicaciones posibles y previsibles, que lo hizo con la mayor prudencia exigible a un profesional de la misma especialidad y bajo las mismas circunstancias. Y dentro de lo exigible se encuentra una adecuada evaluación y preparación anestésica registrada por escrito en la historia clínica.

*“La actuación de un médico anestesista configura uno de los supuestos en los cuales se agrava el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, pues el recto ejercicio de la medicina es incompatible con actitudes superficiales” (Fallo de Cámara en lo Civil y Comercial de Rosario, Sala II 1997/12/16, D., C.A c. S.B.S.A. La Ley, 1998-F852)*

### **¿Quién debe realizar la evaluación preanestésica?**

Los anesthesiólogos son responsables por sus actos y tienen autonomía científica y técnica respecto de los cirujanos y otros integrantes del equipo quirúrgico. Al igual que otros médicos, tienen el derecho y la obligación de conocer a sus pacientes tanto como otros especialistas a fin de poder hacer un diagnóstico, decidir una técnica y elegir las drogas más apropiadas según la situación con el suficiente tiempo de anticipación antes de que se inicie la cirugía.

La evaluación preanestésica es una responsabilidad indelegable del médico anesthesiologo que no puede ser transferida a cardiologos o clinicos. Estos profesionales no suelen estar relacionados con el ambito quirurgico, por lo que la valoración del riesgo que pueden hacer es indefectiblemente incompleta. El estado clinico de un paciente es sólo un ítem más a tener en cuenta en la evaluación preanestésica. La ponderación del riesgo en esta especialidad supone más que simplemente evaluar el ASA de un paciente y definir un plan, sino que también incluye la determinación del grado de reserva funcional orgánica y la definición desde el preoperatorio de aspectos del manejo anestésico fundamentales para el anesthesiologo.

Muchos de estos aspectos escapan a las observaciones que puedan realizar clinicos o cardiologos y representan claros factores de riesgo que deben ser evaluados por el anesthesiologo. Entre ellos podemos citar la evaluación de la vía aérea, el hábito corporal, la apertura mandibular, la previsión de una intubación difícil, la necesidad de instrumental especial, antecedentes familiares de hipertermia maligna, accesos vasculares, etc.

Una amigdalectomía en un niño sano generalmente tiene una clasificación

ASA I y sin embargo es una cirugía con alto porcentaje de complicaciones, referidas a la manipulación de la vía respiratoria y a la propia técnica quirúrgica.

Las interconsultas dirigidas a otros profesionales deben ser dirigidas, solicitando opiniones concretas frente a problemas específicos (ej: ¿de qué origen es la arritmia y qué tratamiento requiere?), para evitar respuestas tales como "no hay contraindicación para la cirugía". No se trata de pedirles a médicos interconsultores autorización para un procedimiento que es responsabilidad del anesthesiologo.

Los exámenes preoperatorios de rutina tampoco reemplazan a la evaluación personal del paciente realizada por el anesthesiologo. De hecho distintos trabajos demuestran que:

- Los exámenes de laboratorio de rutina no son, en forma independiente, el camino más efectivo para evaluar a los pacientes, puesto que no generan información significativa para su preoperatorio. La mayoría de los estudios estiman que aproximadamente el 60% de los laboratorios preoperatorios pueden ser eliminados sin efectos adversos para el paciente

- Gran parte de las anomalías inesperadas encontradas en exámenes preoperatorios no son anotadas en la historia clínica, lo cual implica un riesgo médico-legal extra.

- Aumentan los costos sin justificación.

Un estudio de la Universidad de La Florida encontró que la evaluación preanestésica produjo información importante para cambios en el preoperatorio en más del 15% de los pacientes sanos (ASA I-II) y en el 20% de la población general como

resultado de un adecuado interrogatorio y examen físico. Las condiciones más comunes que modificaron el plan inicial fueron: reflujo gastroesofágico, diabetes mellitus insulino-dependiente, asma y sospecha de intubación difícil.

### ¿Por qué debe realizarse la evaluación preanestésica?

La evaluación preanestésica se define como todo el proceso de estudio que precede a la administración de una anestesia, tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos. La misma debe realizarse con pacientes de todas las edades que van a ser sometidos a anestesia general, regional, sedación profunda o superficial, para cirugía electiva u otros procedimientos. La evaluación anestésica requiere muchas veces la interacción de varios grupos de especialistas: anesthesiologos, cirujanos, clinicos de distintas especialidades, enfermeras, servicios de apoyo (laboratorio, radiología, etc.). La secuencia de la intervención de estos grupos debe estar bien coordinada y no necesariamente ser siempre la misma.

Algunos de los objetivos de la evaluación preanestésica son:

- Recopilar la información médica sobre el paciente, realizar las interconsultas que sean necesarias y contar con los exámenes de laboratorio necesarios para determinar el riesgo perioperatorio

- Optimizar las condiciones médicas del paciente (especialmente ancianos, diabéticos, hipertensos y cardiopatas y fumadores)

- Anticipar necesidades especiales (tubos, laringoscopios etc)

- Educar al paciente, reducir su ansiedad y ayudarlo a decidir ante diferentes alternativas de técnicas anestésicas y manejo del dolor postoperatorio. El consentimiento informado para la anestesia debe ser independiente del quirúrgico y la visita preanestésica es el ámbito ideal para discutir beneficios, riesgos y alternativas.

- Brindar indicaciones puntuales para el día de la cirugía: horas de ayuno, medicación que debe mantener (ej antihipertensivos) y medicación que debe suspender (ej anticoagulantes, diuréticos, digitálicos, etc), etc.

### ¿Cuándo debe realizarse la evaluación preanestésica?

Si bien este sigue siendo un tema de controversia, hay coincidencia generalizada en que debe ser llevada a cabo con la suficiente antelación.

En el año 2004 se presentó en el Senado de la Nación un proyecto de ley que buscaba incorporar la consulta preanestésica obligatoria para todos los pacientes que fueran sometidos a anestesia general, neuroleptoanalgesia o bloqueos centrales.

Dicho proyecto establecía en su Art. 3º que la consulta debía realizarse como mínimo siete días antes del día del procedimiento de diagnóstico y tratamiento, para el caso de pacientes con ASA clases II, III, IV y V. En el caso de los pacientes ASA clase I la visita debía ser realizada como máximo hasta 30 días antes de realizar el acto médico si no hubiera una enfermedad intercurrente en ese lapso de tiempo.

La mayoría de las recomendaciones al respecto son mucho más flexibles que las esbozadas en dicho proyecto de ley (que nunca fue promulgada) y permiten que la evaluación pueda efectuarse en un período de tiempo muy variable, dependiendo de factores tales como las características demográficas del paciente, sus condiciones clínicas, el tipo y la invasividad del procedimiento a realizar y la organización de la institución donde se efectúa dicho procedimiento.

La Sociedad de Anestesiología de Chile publicó en agosto de 2007 sus recomendaciones sobre evaluación preanestésica. Al analizar el momento de dicha evaluación sostiene que en términos prácticos la misma puede realizarse varios días antes, el día previo o el mismo día de la cirugía. En términos generales se recomienda que en procedimientos de gran invasividad o en pacientes con patología agregada grave, la evaluación sea realizada varios días antes, en procedimientos de invasividad intermedia o en pacientes con patología agregada leve a moderada puede hacerse el día antes o inmediatamente antes de la cirugía y, finalmente en procedimientos poco invasivos o en pacientes sin patología agregada, la evaluación puede hacerse inmediatamente antes de la cirugía.

Sugiere dicha Sociedad la creación de Unidades de Evaluación Preoperatoria en aquellas instituciones en donde se operan pacientes con patologías múltiples o se realizan cirugías de alta complejidad.

### **Documentación**

Independientemente de cuándo se realice, la consulta preanestésica debe documentarse adecuadamente y con cierto nivel de detalle. Son estos detalles los que muchas veces marcan la diferencia entre una defensa exitosa y la imposibilidad de demostrar una conducta diligente y previsor por parte del profesional.

Todos los estándares coinciden en que la historia y el examen físico son los componentes más importantes de la evaluación preanestésica, superando en utilidad al uso rutinario de exámenes de laboratorio o pruebas cardiovasculares o respiratorias. Ante un daño grave, el anesthesiólogo deberá remontar una empinada cuesta si no logra demostrar un adecuado interrogatorio y examen físico dirigido al riesgo anestésico.

La historia deberá incluir:

- Nombre del paciente, sexo y edad
- Fecha de la evaluación
- Hora
- Cirugía o Procedimiento a realizar: (aclarar además si es de urgencia o programado)
- Antecedentes Clínicos de importancia:
  - HTA
  - Enfermedad Coronaria
  - IAM
  - EPOC
  - Asma
  - Alergia (medicamentos, alimentos, látex)
  - Reflujo gastroesofágico, disfagia u otras alteraciones de la motilidad gastrointestinal que pudiesen aumentar el tiempo de vaciamiento gástrico y aumentar el riesgo de regurgitación y aspiración. También puede ocurrir lo mismo por trastornos metabólicos (diabetes mellitus) o causas de otro tipo (obesidad, embarazo, urgencia, ileo etc). Se debe tener presente que la broncoaspiración representa el 3% de los eventos adversos durante la Anestesia, según el American Society of Anesthesiologists Closed Claims Study.
  - DBT
  - Obesidad
  - Otros

- Medicación: medicamentos utilizados en forma regular o esporádica.
- Hábitos: tabaquismo, alcohol, drogas
- Antecedentes quirúrgicos y anestésicos
- Hora de última ingesta: dato fundamental cuando la evaluación se hace el mismo día de la cirugía

Para optimizar el poco tiempo que se suele disponer, en general se recomienda la elaboración de cuestionarios, ya que mejoran la eficiencia de la entrevista.

- El Examen Físico deberá incluir:

- . Peso, TA, FC
- . Examen general cardiovascular y pulmonar
- . Datos positivos
- . Examen de la vía aérea superior: esta evaluación es fundamental y no puede dejar de estar registrada. Ante un daño originado en una intubación defectuosa, el anesthesiólogo deberá demostrar que había valorado los factores de riesgo que se vinculan con una eventual dificultad en la intubación. Al respecto se han descrito diferentes parámetros clínicos y antropométricos que pudieran estar relacionados con una intubación difícil que incluyen la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana, la apertura bucal y el puntaje de riesgo de Wilson.

Cada uno de estos tests por sí solos tienen una sensibilidad baja a moderada y una especificidad moderada a buena y tienen muy poco poder de discriminación al ser utilizados aisladamente. Aunque el valor clínico de estos parámetros es limitado, el examen combinado de la clasificación de Mallampati con la distancia tiromentoniana brinda las mejores posibilidades para predecir una intubación difícil, comparada con la realización de tests aislados u otras combinaciones. Por último, la evaluación clínica de la flexo-extensión del cuello complementa la exploración física de la vía aérea superior.

- Se deberán consignar también en la ficha preanestésica:

- Los datos positivos de los exámenes complementarios y laboratorio.

- La existencia de prótesis dentales o lentes de contacto.

- La clasificación de riesgo A.S.A

- El plan anestésico

- Instrucciones dadas al paciente: horas de ayuno, medicación que debe suspender o mantener, ropa, etc.

#### **Consentimiento Informado**

El momento de la visita preanestésica, sobre todo cuando se realiza días antes de la cirugía, brinda una excelente oportunidad al anesthesiólogo para educar al paciente y reducir su ansiedad. Es el momento ideal para tranquilizarlo explicándole el cuidado intraoperatorio y adelantarle el cuidado postoperatorio (ej: necesidad de ventilación mecánica, manejo del dolor, etc).

Como profesional con autonomía técnica y científica, es el anesthesiólogo y no el cirujano quien debe informar acerca de la naturaleza del procedimiento anestésico a realizar, sus beneficios, riesgos y alternativas. Se recomienda por lo tanto el desarrollo de un protocolo de consentimiento informado especialmente confeccionado para el tipo de anestesia planificada en donde, además de los riesgos generales, se especifiquen los riesgos especiales de ese paciente (los cuales fueron recabados por el anesthesiólogo luego de un cuidadoso interrogatorio y examen físico.)

#### **Recomendaciones Finales**

Pese a los avances tecnológicos y a la estandarización de los procesos, las complicaciones anestésicas mayores con daños graves no podrán ser eliminadas del todo. Algunos pacientes se broncoaspirarán, otros tendrán reacciones anafilácticas, algunas intubaciones fracasarán y otros pacientes tendrán complicaciones cardiovasculares o respiratorias. Son hechos esperables en la práctica diaria.

El 80% de los eventos adversos en anestesia son causados por factores humanos. El ASA Closed Claims Project encontró, al

analizar las demandas, que la mayoría se originaban en daños a adultos jóvenes y sanos en cirugías programadas. La base de datos de dicho análisis no corresponde a un grupo de pacientes enfermos, cuya patología juegue un papel determinante en el resultado y permite entonces destacar cómo el cuidado perioperatorio contribuye en los resultados adversos.

Cuando estos eventos adversos ocurren, es muy probable que el profesional y la institución reciban una demanda millonaria. La situación de la defensa se verá fortalecida si la documentación puede demostrar la diligencia y prudencia del profesional al evaluar a su paciente.

#### **NOBLE RECOMIENDA FUERTEMENTE A SUS INSTITUCIONES ASEGURADAS QUE INCORPOREN EN SUS HISTORIAS CLÍNICAS:**

**A. FICHA PREANESTÉSICA ESPECÍFICA** (Con ítems preimpresos basándose en lo comentado en este artículo)

**B. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA ANESTESIA**

Aquellas instituciones que deseen ejemplos de estos documentos pueden solicitarlos por mail a NOBLE: [fabian.vitolo@noble-arp.com](mailto:fabian.vitolo@noble-arp.com)

#### **Bibliografía**

1. Sociedad de Anestesiología de Chile. Recomendaciones sobre evaluación preanestésica. Revista Chilena de Anestesia Vol 36, Agosto 2007, N° 2
2. Proyecto de ley 3414-S-04. Textos completos de proyectos parlamentarios. Senado de la Nación. [www1.hcdn.gov.ar](http://www1.hcdn.gov.ar)
3. Pachón Vázquez, Mauricio. Valoración de riesgo en anestesia. Rev. Col. Anest. 23:103, 1995
4. Ibarra, Pedro F. y col: Presentación de un novedoso sistema para optimizar la consulta preanestésica. Rev. Col Anest. 24: 145, 1995
5. Recio, Angela y col. Ayuno en cirugía electiva Rev. Col Anest. 22: 323, 1994