

Editorial

¿Anestesia basada en el cirujano o en el paciente?

La anestesiología desde sus orígenes ha permitido en forma progresiva la realización de técnicas quirúrgicas con mayor complejidad, de tal forma que el espectro de posibilidades se ha ampliado desde la realización de cirugías que en un principio pretendían mejorar la expectativa de vida del paciente, hasta la realización hoy en día de cirugías que se hacen para corregir problemas de autoestima o que tienen que ver con el mejoramiento de la autoimagen, más que con la funcionalidad en sí de los órganos o tejidos que se reparan.

Es así como actualmente se operan pacientes con técnicas indicadas para la obesidad morbidita, sin estar clasificados evidentemente como tales, apenas con sobrepeso; para los pacientes resulta una manera expedita de bajar el peso, tienen capacidad económica para ello, y existen cirujanos y equipos con disposición a hacerlo en variedad de tarifas y cuotas.

En cualquiera de estos casos, bien sean o no cirugías médicamente indicadas, los cirujanos y los anestesiólogos deben interactuar en el manejo interdisciplinario de este tipo de pacientes. Adicionalmente en algunos casos, los cirujanos en una actitud que va más allá de la interacción entre especialistas, exigen del anestesiólogo involucrado, la realización de técnicas o procedimientos anestésicos que son más económicos o que disminuyen el sangrado intraoperatorio, aunque en algunos casos podrían acompañarse de mayor morbilidad. Es el caso de las técnicas regionales altas para las mamoplastias (peridural torácica o subaracnoidea alta) y las técnicas de hipotensión controlada en cirugía estética. Aunque estas técnicas se han descrito en la literatura, en manos entrenadas, y en pacientes indicados, en ocasiones es evidente que más allá de una indicación médica o anestésica, es más relevante la disminución del costo total del procedimiento, y un aumento del beneficio económico final, que la mayor morbilidad potencial sobre el paciente.

Con situaciones como éstas, los conflictos éticos saltan a la vista. En el caso específico de la mamoplastia de aumento, exigirle al anestesiólogo la realización de una técnica con el único argumento de que es más económica, trasciende los límites de la ética. Aunque esta técnica ya ha sido descrita, el beneficio de su uso masivo es cuestionable, pues se desconoce la incidencia y magnitud de los eventos adversos relacionados con ella. Generalmente estos eventos adversos no se publican.

Igual sucede con la hipotensión controlada en la realización de cirugías estéticas. Existen descripciones en las que se menciona su uso desde hace mucho tiempo^{2,5}, para facilitar la realización de este tipo de procedimientos, con menor incidencia de sangrado en el campo operatorio. Esta es una condición que beneficia al cirujano y al paciente si el sangrado global y/o el tiempo quirúrgico son menores. Al respecto algunos de estos estudios contradicen dichos beneficios^{6,7}. Ahora bien, asumiendo que la hipotensión controlada sea benéfica, su uso no puede generalizarse a todos los pacientes. No es lo mismo una técnica hipotensiva en sujetos jóvenes que en mayores, y más aún si están asociados de comorbilidades (hipertensión, hipotiroidismo, enfermedad coronaria). Si el beneficio de una técnica hipotensiva es menor que el riesgo de una complicación intraoperatoria,

prima el beneficio neto para el paciente. En este caso el escaso sangrado en el campo operatorio pasa a ser un problema secundario que se puede manejar de otras maneras. Las complicaciones que se han relacionado con esta técnica van desde el aumento de las probables zonas de presión hasta la hipoperfusión de órganos centrales como corazón, cerebro y/o riñón^{8,9,10}.

En algunas ocasiones y en aras de la seguridad del paciente habrá que elegir una técnica que no va a ser del gusto del cirujano.

Adicionalmente, en el caso de la cirugía estética, se dan casos de cirugías no claramente indicadas en pacientes con riesgos potenciales de alta morbilidad perioperatoria. Por ejemplo, una cirugía de dermolipectomía ambulatoria en una mujer de 71 años, con antecedente de hipertensión e hipotiroidismo. En este caso, la necesidad de la cirugía la define la capacidad de pago del paciente, no la verdadera indicación quirúrgica.

Muchos estudios soportan los problemas psiquiátricos que potencialmente subyacen en los pacientes obesos y de cirugía estética y que deberían ser estudiados y/o resueltos antes de la cirugía¹¹⁻¹⁶, con la presión social que cada vez es más importante, en nuestro ámbito. Otra vez se destaca un conflicto ético, al realizar un procedimiento en un paciente que no está claramente indicado o incluso está contraindicado, por la necesidad de resolver la solicitud de un paciente que de alguna manera logra tener la capacidad de pago para sustentar dicha solicitud.

La frontera entre lo contraindicado éticamente y lo indicado médicamente solo podrá resolverse acudiendo al sentido crítico y ético de los cirujanos involucrados en estos procedimientos. Es obvio que si para un cirujano el sentido ético no le genera conflicto al exigir determinada técnica anestésica, más riesgosa pero más barata, o programar un procedimiento ambulatorio que debería ser hospitalizado en aras de ahorrar un día de hospitalización, mucho menos le generará conflicto cuando deba operar un paciente con una alta probabilidad de problemas psiquiátricos subyacentes o alto riesgo de complicaciones, aunque tenga una adecuada capacidad de pago.

Los anestesiólogos tenemos la opción de actuar como médicos, anteponiendo siempre el criterio médico y ético antes de cohonestar con este tipo de situaciones. Hoy en día, en Colombia y en el mundo, las posibilidades laborales nos permiten ser más exigentes en nuestra forma de relacionarnos con los cirujanos y con las instituciones, y así mismo anteponer un sentido ético en las actuaciones de nuestra vida, lo que probablemente nos haga sentir mejor y más gratificados con nuestro trabajo.

Evidentemente y como ocurre en todas partes, hay quienes se sentirán mas gratificados con la remuneración, sin dirimir si las actuaciones colindan o no con un conflicto ético. Mejorar la interacción entre el cirujano y el anestesiólogo permitirá concertar las actuaciones en estos escenarios en donde sea pertinente dirimir los conflictos éticos. Una junta quirúrgica previa, y la evaluación preoperatoria y anestésica permitirán discutir estos potenciales conflictos, mejorará el desempeño de los cirujanos y los anestesiólogos y dará elementos para aumentar la seguridad de los pacientes, objetivos en los que finalmente se debe centrar nuestra atención, en el quehacer diario de la anestesiología.

Javier H. Eslava-Schmalbach, MD, MSc, PhD
Profesor Asociado
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Referencias

1. Lai CS, Yip WH, Lin SD, Chou CK, Tseng CK. Continuous thoracic epidural anesthesia for breast augmentation. *Ann Plast Surg* 1996;36(2):113-6.
2. Enderby GE. Hypotensive anaesthesia in plastic surgery. *Br J Plast Surg* 1961;14:41-3.
3. Enderby GE. The value of hypotensive anaesthesia in plastic surgery. *Lond Clin Med J* 1961;2:18-23.
4. Tucker J. Hypotensive anaesthesia for plastic surgery. *Aust N Z J Surg* 1958;27(4):283-7.
5. Derganc M. [Induced hypotension in plastic surgery.]. *Vojnosanit Pregl* 1956;13(5-6):260-2.
6. Jacobi KE, Bohm BE, Rickauer AJ, Jacobi C, Hemmerling TM. Moderate controlled hypotension with sodium nitroprusside does not improve surgical conditions or decrease blood loss in endoscopic sinus surgery. *J Clin Anesth* 2000;12(3):202-7.
7. Kop EC, Spauwen PH, Kouwenberg PP, Heymans FJ, van Beem HB. Influence of controlled hypotension versus normotension on amount of blood loss during breast reduction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007.
8. Mercatello A. [Changes in renal function induced by anesthesia]. *Ann Fr Anesth Reanim* 1990;9(6):507-24.
9. Patel H. Experience with the cerebral function monitor during deliberate hypotension. *Br J Anaesth* 1981;53(6):639-45.
10. Enderby GE, Patel H, Hackett M, Poole M. The effects of deliberate hypotension and foot down tilt on the incidence of deep vein thrombosis during plastic surgical operations: a pilot survey. *Anaesthesia* 1976;31(9):1273-7.
11. Mowlavi A, Lille S, Andrews K, Yashar S, Schoeller T, Wechselberger G, et al. Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: identifying the problem patient. *Ann Plast Surg* 2000;44(1):97-106.
12. Thomas JR, Sclafani AP, Hamilton M, McDonough E. Preoperative identification of psychiatric illness in aesthetic facial surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2001;25(1):64-7.
13. Alagoz MS, Basterzi AD, Uysal AC, Tuzer V, Unlu RE, Sensoz O, et al. The psychiatric view of patients of aesthetic surgery: self-esteem, body image, and eating attitude. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27(5):345-8.
14. Danino AM, Chahraoui K, Frachebois L, Jebrane A, Moutel G, Herve C, et al. Effects of an informational CD-ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery: a randomised trial. *Br J Plast Surg* 2005;58(3):379-83.
15. Ferraro GA, Rossano F, D'Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005;29(3):184-9.
16. Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005;29(6):503-9.