

(SEIS AÑOS DE PROTOCOLOS, DOCUMENTACIÓN Y DIÁLOGO)

La experiencia anestesiológica en Sala Blanca de FEMI en el Sanatorio Americano



Dr. Gonzalo Barreiro
Médico Anestesiólogo e
Intensivista
Coordinador Anestésico de Sala
Blanca de UNCO
Sanatorio Americano. FEMI.
Miembro del Comité Ejecutivo
de la Federación
Mundial de Sociedades de
Anestesiología (WFSA).
gbe@montevideo.com.uy

En 1998 fui elegido por los colegas anestesiólogos de FEMI y luego de ser aprobado por el Consejo Directivo del Sanatorio Americano, comencé a trabajar como coordinador de la Anestesiología en el entonces nuevo proyecto de la Sala Blanca de FEMI. Dicho proyecto fue desarrollado para proporcionar, dentro de la actividad del Fondo Nacional de Recursos (FNR), cirugía de colocación de prótesis de rodilla y de cadera, ya sea por fractura o artrosis.

La actividad comenzó en Febrero de 1999 y se han realizado más de 5000 operaciones hasta el presente. Han participado en dicho proyecto 35 anestesiólogos de 18 instituciones de FEMI y 2 colegas de Montevideo.

Independientemente de un trabajo científico de revisión que saldrá publicado a la brevedad, parece adecuado utilizar este medio de difusión para compartir con múltiples colegas de estas y otras especialidades algunos elementos de nuestra experiencia.

De ahora en más paso a relatar el artículo en primera persona del plural ya que esto ha sido un esfuerzo de mucha gente y no obviamente solo del que escribe el artículo. Además no pondré nombres porque seguramente será injusto olvidando alguna persona vinculada al proyecto durante estos seis años.

La organización de la actividad anestésica nos ha permitido poner en práctica aspectos filosóficos muy arraigados en nuestra forma de trabajar y aportar la experiencia recogida coordinando otras actividades anestésicas. Los pilares de nuestra organización han sido la existencia de protocolos, la documentación sistemática de nuestra actividad y el diálogo constante con todos los actores.

1) La importancia de trabajar con protocolos.

En primer lugar los protocolos brindan garantías para el paciente, el que recibe una asistencia basada en conductas racionales, analizadas y puestas al día constantemente de acuerdo

do a los avances científicos. El paciente recibe siempre lo que pensamos todos que es lo mejor para él en forma igualitaria, representando esto último un muy querido sentimiento del cuerpo médico nacional.

En segundo lugar para los Anestesiólogos y enfermería permite entrenarse en las mismas actividades con conductas siempre similares. Da también la garantía de que es todo un servicio que practica la misma conducta y que ésta no depende de modos o usos individuales, muchos de ellos difíciles de justificar en forma racional.

En tercer lugar da garantías al sanatorio, porque el nivel asistencial se mantiene a pesar de la rotación del personal técnico y también baja los costos ya que permite la previsibilidad de las compras.

Un protocolo no debe ser bajo ningún aspecto, un "yeso" que limite injustificadamente el accionar técnico. Existen por un lado pacientes con situaciones asistenciales tales que obligan a discutir aspectos puntuales. Son pocos pero existen. Por otro lado hay que recordar que a la Sala Blanca vienen anestesiólogos formados con años de actividad. Ellos varcaron su amplia experiencia en tratar pacientes de riesgo, ayudando a elaborar los protocolos y respetando los mismos posteriormente. Sin embargo todos sabemos que existen varias formas de "hacer las cosas bien", o dicho de otra manera, todos tenemos nuestras rutinas. Sin forzar las situaciones se logró consenso en los grandes marcos asistenciales, pero también se permitió esa variación individual, inevitable y positiva, proveniente de la experiencia personal e intransferible que dan los años.

A título de ejemplo describimos someramente algunas de las pautas del pre, intra y postoperatorio.

Definimos la suspensión de un paciente por causas anestésicas en el Sanatorio como un fracaso asistencial. Dicha situación provoca grandes trastornos al paciente y a su familia y además genera gastos injustificados al sistema asistencial. De esa manera pusimos especial énfasis en la evaluación anestésica en su lugar de origen antes de su traslado, no pretendiendo sustituir la evaluación de otros especialistas sino complementarla. Algunas veces esto no se ha podido cumplir por razones varias, pero muchas veces dicha consulta ha permitido solicitar nuevos exámenes evitando un viaje inútil o ha permitido tomar alguna medida especial en algún caso puntual. En estos años de trabajo la suspensión de una cirugía por causa anestésica ha sido excepcional.

La principal causa de complicaciones graves, incluyendo la muerte, en este tipo de pacientes es el trombo embolismo pulmonar (TEP). Nuestro protocolo plantea una aproximación múltiple al problema. Por un lado la realización de anestesia rápida de elección (95% de casos) la que se acompaña estadísticamente de una disminución del TEP postoperatorio.

Por otro lado nos fijamos como objetivo postoperatorio una hemoglobina no superior a los diez gramos lo que corroboramos por hemograma. Por último utilizamos la terapia con heparinas de bajo peso molecular. De acuerdo con normativas de consenso internacional, si el tratamiento se había iniciado en el preoperatorio (hecho habitual en pacientes de riesgo como los fracturados) se suspenden las mismas 24 horas antes. Para el post operatorio se administran 12 horas después de finalizada la intervención. En este tipo de se basa nuestra conducta en lo que se refiere a la disminución de trombosis perioperatoria. Fue necesario también establecer las pautas sobre cantidad y tipo de reposición hidroelectrolítica y expansores, prestando especial atención a la medida de pérdidas por sangrado. Para esto se estandarizó el control de enfermería que cuenta lo administrado y lo recuperado, a lo que se agrega la doble pesada de gases y compresas.

Otro elemento importante fue acordar cualitativa a ser nuestra política de terapia del dolor en el postoperatorio. Para ello contamos con las bombas de infusión de analgesia intravenosa controlada por el paciente (PCA). Las mismas permiten, además de la infusión continua, que el paciente accione el sistema inyectándose un bolo de analgésicos controlado tanto en cantidad como en frecuencia. Esto por un lado tranquiliza al paciente que se siente más independiente en su tratamiento y por el otro libera en algo al personal de enfermería, el que puede dedicar ese tiempo a otras tareas asistenciales. En caso de analgesia insuficiente con el sistema antedicho se realizan "rescates" de AINES y eventualmente opiáceos fraccionados. La enfermería de piso ha recibido el sistema con beneplácito ya que facilita el manejo del tema dolor postoperatorio y además ha sido un celoso defensor del protocolo.

Al protocolo general se accede fácilmente ya que está en forma escrita y también en forma electrónica en la sala de operaciones de Sala Blanca. El protocolo de terapia del dolor se encuentra en cada sector de enfermería donde se internan los pacientes de UNCO.

2) La importancia de documentar. La documentación es clave para el paciente en cuestión, ya que en caso de ser necesario nuevamente se puede recabar información en la ficha anestésica. Es clave para fines científicos ya que el análisis del conjunto mejora la asistencia del "próximo paciente". Por último tiene connotaciones positivas evidentes del punto de vista administrativo y médico legal.

El desarrollo de la informática ha facilitado todo lo referente a este punto. En el inicio del proyecto todavía no estaba desarrollada la red informática del sanatorio en las áreas asistenciales como ahora. Para lograr nuestros fines utilizamos una computadora que ya no estaba en uso en el sanatorio y usamos el programa gratuito Epifino de la OMS. Hicimos junto a los colegas una base de datos de más de 60 ítems que contemplan preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato. A esto le agregamos un campo de complicaciones intra y postoperatorios. Las mismas fueron seleccionadas entre las aceptadas por la JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations) y otras derivadas de estudios nacionales previos sobre el tema. La pregunta de si la complicación fue detectada por un monitor y cual, aconsejada por la WFSA, sirvió para evaluar la utilidad de los monitores utilizados en forma sistemática de acuerdo a pautas internacionales.

En ese momento algunos colegas no tenían experiencia con el uso de computadoras. Fue por eso que de-

sistimos de llenar una forma de papel y volcarla luego por personal administrativo del sanatorio. Desde el inicio todos colegas, con mayor o menor experiencia informática, volcaron ellos mismos la información a la computadora, imprimiéndose dos copias, una para la historia del sanatorio y otra para el Fondo Nacional de Recursos. El proyecto no tuvo costo para el sanatorio y nos permite tener hoy un archivo anestésico único en el Uruguay en este tipo de procedimientos.

Actualmente la red de informática del sanatorio nos provee una computadora de última generación donde los colegas pueden además "navegar" en Internet y trabajar con correo electrónico entre otras posibilidades.

Como un ejemplo de cómo la documentación sistemática mejora la asistencia, la revisión de las fichas mostró, concordando con la experiencia internacional, la frecuencia de problemas hemodinámicos intraoperatorios. Estos se producen por el estado físico preoperatorio de los pacientes con una edad media de 72 años, la coexistencia de cardiopatía previa, el sangrado intraoperatorio y los fenómenos embólicos. Aconsejados por varios de nuestros colegas y hechas las consultas a anestesiólogos brasileros con amplia experiencia en anestesia regional, a partir del caso 3000 se comenzó a utilizar la Bupivacaína isobara en lugar de la hiperbárica para realizar la anestesia raquídea. Los resultados han sido muy positivos disminuyendo en forma significativa tanto las complicaciones hemodinámicas como el uso de drogas vasoactivas. Como efecto secundario positivo, al ser una droga con mayor duración, durante el postoperatorio inmediato (incluyendo el traslado a la habitación) se obtiene unas primeras horas de analgesia postoperatoria muy efectivas.

3) La importancia de dialogar. El diálogo entre los diferentes médicos que prestan asistencia es lo que define a ésta como interdisciplinaria. Dicho de otra manera no alcanza con que varias especialidades asistan al paciente. Es indispensable que se escuchan entre ellas para lograr los mejores resultados. El diálogo por un lado permite entender el por qué otros colegas toman algunas decisiones. A su vez, el tener nosotros que dar razones de nuestro proceder, obliga muchas veces a reconocer que ciertas conductas no están claramente definidas científicamente y muchas veces ni siquiera por la experiencia personal. Es por eso que intentamos, con mucha receptividad de parte de los colegas, de establecer líneas fluidas de diálogo con los traumatólogos, internistas, hemoterapeutas, intensivistas, etc. lo que ha representado una experiencia muy enriquecedora.

La enfermería es el pilar asistencial de cualquier lugar de internación y forman parte clave del equipo asistencial. Son los que están al lado del paciente, en el "frente de batalla" y por eso su opinión es tan importante. El diálogo con enfermería es constante y no solamente para indicar qué



hacer si no, mucho más importante, el por qué. Sus comentarios y sugerencias han sido de gran ayuda para mejorar la asistencia en sala de operaciones y también en el área de internación.

La lista de distribución a través del correo electrónico para intercambiar conocimientos, artículos y experiencias entre los anestesiólogos de FEMI fue creada desde el inicio del proyecto. Actualmente cuenta con más de 40 integrantes y es otra manera de dialogar usando la herramienta informática. Esto tampoco tiene costo extra y ha permitido el contacto fluido y el envío de material (a veces traducido desde el inglés) con la satisfacción de recibir respuestas, comentarios y sugerencias.

Todo esto, trabajar ordenadamente, sabiendo cuál es el rol de cada uno y el por qué de las cosas ha colaborado con la creación de un buen ambiente de trabajo. Todo esto no alcanzaría si no se contara con interlocutores respetuosos del intercambio de opiniones, hecho en lo que hemos tenido mucha suerte, tanto en el personal de enfermería como en el médico y las autoridades del sanatorio. El buen ambiente de trabajo crea un espíritu de cuerpo muy importante cuando se plantean dificultades asistenciales.

Creemos estar brindando a nuestros pacientes los medios adecuados y obteniendo resultados comparables con centros especializados de otros países. Estamos también convencidos que los colegas anestesiólogos de FEMI que han participado del proyecto están vertiendo toda esta rica experiencia en sus instituciones de origen, para beneficio de sus pacientes. En el futuro inmediato destacamos la primera publicación científica sobre el tema la prevención y tratamiento de la embolia no crónica, el tratamiento enfocado sobre los pacientes que sufren dolor postoperatorio importante a pesar de la aplicación del protocolo, la cirugía de recambio de prótesis (ya iniciada), la organización de un mecanismo sistemático de ahorro de sangre, la incorporación de la Sala Blanca a los planes de educación médica continua y la incorporación de colegas jóvenes para completar su formación.

Por último pensamos que el principal valor de esta comunicación no es tanto la exposición de la metodología, sino el hecho de haberla llevado a cabo para beneficio de los pacientes, con un poco de disciplina y un mucho de colaboración.

Son seguramente puntos bastante simples pero, como dice el dicho popular, "lo bueno va de la mano de lo sencillo".

