

## **Carta al Editor de la Revista del Hospital Ramos Mejía, con Pedido de Publicación**

### **REFLEXIONES Y OBJECIONES SOBRE EL TRABAJO DEL DR. TRIPOLONI Y COLS.**

#### **“Hernias de la Ingle: Anestesia Local sin Monitoreo”**

**Dra. Diana M. Finkel**

**División Anestesiología H.G.A.R.M. – G.C.B.A.**

#### **1º Parte - Comunicación de la División Anestesiología:**

#### **¿ QUÉ SE ENTIENDE POR MONITOREO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO?**

Leído con mucha atención e interés el trabajo recientemente publicado en la Revista del Hospital, escrito por el Dr. Daniel Tripoloni y cols., la División Anestesiología quiere aportar su visión crítica y constructiva sobre el particular, persuadidos que el único objetivo que persigue nuestro accionar profesional es el beneficio, la seguridad y el bienestar de nuestro pacientes.

#### **➤ EL TÍTULO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Como introducción al tema, nos parece pertinente aportar algunos conceptos sobre los requisitos que debería cumplir todo trabajo científico (1): “**De la gramática lógica:** ...las expresiones extremas del tipo ‘todo o nada’, ‘todos’, ‘siempre’, etc... deben ser minuciosamente considerados por el que lee un texto con fines críticos. Se trata de descubrir si expresiones tan extremas y terminantes, están fundamentadas por el contexto o justificadas por los datos...” “**De la comunicación:** ¿para quién vamos a escribir? El fin básico de toda comunicación es el de modificar o de influir de alguna manera la conducta del receptor de aquélla. Su fuerza persuasiva dependerá de su claridad, de su falta de ambigüedad, y este hecho se relaciona estrechamente con el conocimiento que tenga su destinatario del código empleado en la confección del mensaje. No se puede persuadir a quien no se conoce, ni tampoco a quien desconoce nuestro idioma. Sin una comunidad de intereses y sin acuerdo previo sobre el código empleado es poco probable que un artículo, independientemente de su naturaleza, pueda producir efecto alguno en el destinatario de la comunicación” o de producir un efecto no esperado y erróneo, agregamos nosotros... “**Del título propiamente dicho:** ...un buen título debe ser explicativo. Debe atraer la atención del lector a fin de alentarle en la lectura del trabajo completo.... Un título muy vago o muy general tampoco dice mucho o dice mal sobre el contenido del trabajo...” . “**De las secuencias lógicas de las proposiciones:** ... los razonamientos incorrectos que en virtud del contexto en que están integrados parecen correctos se denominan **falacias**. Es importante saber reconocer este tipo de razonamientos, que a veces adoptan un carácter tan sutil y persuasivo que podrían inducirnos a error respecto de la validez de los argumentos que pretenden apoyar algunas hipótesis...” . Dentro de las falacias, de tipo formales o informales, nos interesan éstas últimas, respondiendo la estructura del título y del trabajo en sí a sus dos subtipos: *falacias de atingencia* y *falacias de ambigüedad*. (1-2)

**En este punto podría someterse a controversia el rotundo “anestesia local sin monitoreo” que, por un lado, tiene un efecto muy convocante a la lectura su contenido (“atraer la atención del lector a fin de alentarle en la lectura del trabajo completo”), pero a la vez obliga por honestidad científica e**

*intelectual de los autores, a demostrar con una fuerza de evidencia coherente, lo formulado desde los objetivos del trabajo* (“...se trata de descubrir si expresiones tan extremas y terminantes, están fundamentadas por el contexto o justificadas por los datos”... “los razonamientos incorrectos que en virtud del contexto en que están integrados parecen correctos se denominan *falacias*”).

*¿Puede un diseño retrospectivo, que no alcanza, mediando una básica lectura crítica, a constituir un diseño “casos y controles”, responder a ese requisito?* Cualquier tipo de diseño retrospectivo ciertamente limita por su fuente indefinida y múltiple de sesgos en un tema tan especial como detección de complicaciones, efectos adversos, incidentes, accidentes, satisfacción de pacientes, y menos aún, toma de decisiones en relación con cambios de conductas clínicas poblacionales. Ciertamente, es indispensable para estudiar incidencia, diseñar prospectivamente un artículo de este tipo. (3)

Otro factor clave relacionado con la construcción del título es que los términos empleados sean inequívocos y su definición operacionalizadamente conocida por los autores y reconocida por los lectores. En este sentido *¿ se conoce el verdadero significado de la palabra “monitoreo”?*

### ➤ MONITOREO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

*Según el diccionario de la lengua española*, el sustantivo “monitor” proviene del vocablo latino homónimo y se refiere a aquello que alerta, advierte, notifica, vigila, avisa o instruye. *En su sentido más general* el monitor es un sistema que sirve para avisar a alguien sobre el estado actual y real de una cosa o sobre la presencia de una situación que exige atención especial. *En su sentido más específico*, el monitor es el complejo constituido por un aparato que detecta y mide señales de las variables fisiológicas generadas por el paciente, y el profesional que las interpreta y actúa en consecuencia. Las señales que son detectadas pueden ser de dos tipos: eléctricas (cardioscopio, electromiógrafo, electroencefalógrafo, etc.) y no eléctricas (diferencias de presiones, tensión de los gases en diferentes componentes orgánicos, el flujo de sustancias líquidas del organismo, los desplazamientos de diferentes componentes orgánicos, el grado de saturación de hemoglobina por el oxígeno, etc.). (4)

Según Westhorpe y Cass (5), un monitor consta de tres componentes:

- *Un sensor* capaz de detectar y poner en evidencia el fenómeno que debe controlarse o vigilarse mediante una señal.
- *Un sistema que convierte la señal en información interpretable* - a ser comprendida y utilizada –
- *Un sistema que evalúa si la información mencionada se halla dentro de los límites establecidos previamente como normales.*

Cada componente puede estar conformado *por una persona o un aparato mecánico o eléctrico*, según la forma en que se combinen los tres elementos aludidos. Así, se distinguen cuatro tipos de monitores, de los cuales, los tres primeros son los habitualmente empleados en quirófano y en anestesia, analgesia y reanimación.

**Monitor Clase I:** tanto la percepción de la señal como la recolección y la interpretación de los datos están a cargo de un ser humano que solo cuenta con la ayuda de sus sentidos. *El mejor ejemplo es la vigilancia del médico* que conoce la fisiología del paciente, la normalidad de sus parámetros vitales y la conducta que debe tomarse en relación con la interpretación de las señales recolectadas.

**Monitor Clase II:** el sensor es un adminículo eléctrico o mecánico, pero la recolección, la organización y la interpretación de los datos está a cargo de un ser humano. Ejemplos de este tipo de monitor son el estetoscopio precordial, el esfigmomanómetro, etc.

**Monitor Clase III:** el hombre solo interpreta la información detectada y organizada por el aparato. Obviamente, requiere la presencia de un profesional que, a partir de la interpretación correcta del fenómeno detectado, actúe o no, según el caso. *El ejemplo típico es el cardioscopio.*

**Monitor Clase IV:** todas las funciones que se han mencionado son desempeñadas por un aparato. Un ejemplo de este tipo de monitor, con potencial aplicación en anestesiología y cuidados críticos es la nueva tecnología de computadoras que ejecutan algoritmos de control basados en técnicas de “lógica borrosa” (operativos *fuzzy logic*), compuestos por un sistema de *sensores, bombas infusoras de control de bucle cerrado, programas farmacocinéticos y farmacodinámicos, controladores y actuadores* (6).

En resumen, **monitorear significa** no sólo reconocer la presencia de la cosa o evento que demanda nuestra atención, sino que además implica **interpretar los datos** detectados por el sistema, **decidir cuánto se alejan de los parámetros de normalidad, tomar decisiones apropiadas** para evitar o bloquear los resultados negativos o adversos del fenómeno que se detecta sobre la fisiología, y **evaluar la eficacia de la conducta tomada** (4).

*Aproximadamente el 60% del tiempo de la tarea del anestesiólogo en quirófano consiste en la vigilancia transoperatoria del paciente.* Un 10% está destinado a la confección del parte anestésico, y el 30% restante, a la atención del campo operatorio, el control de las infusiones y la administración de la técnica anestésica elegida. El diagnóstico y tratamiento de eventos críticos forman parte también de estos tiempos.

Todas estas tareas implican “monitoreo”, palabra que en la jerga médica se toma por la simple colocación de un cardioscopio, y en ocasiones, la atención del mismo por un cardiólogo, colega que tiene tareas fundamentales y calificadas dadas su incumbencia y su competencia profesionales, que va mucho más allá de “mirar un monitor cardíaco”. Las Normas y Reglamentaciones vigentes han interpretado que es *un exceso* que un especialista calificado tenga que invertir tiempo y saber valiosísimo en una tarea que es parte a su vez de las obligaciones y competencias de otro, éste es el anestesiólogo. Sería igualmente un exceso la presencia de un neumonólogo, de un intensivista, de un nefrólogo, de un neurólogo, de un infectólogo, siendo que las tareas relacionadas a los aparatos, sistemas y objetos de estudio motivo de interés de estas especialidades forman también parte de las incumbencias del anestesiólogo, aplicadas al contexto perioperatorio.

**Como decíamos en el párrafo anterior, las autoridades de aplicación han determinado, no sólo que no es necesario que el monitoreo lo haga el cardiólogo (Resolución de la Secretaría de Salud de la MCBA de octubre de 1992, Normas 1 y 2) sino que este acto médico es función del anestesiólogo, sea cual fuere el procedimiento anestésico: general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada (Resolución Nº 642 del Ministerio de Salud de la Nación de agosto del 2000). Por ello, lo que la Norma defiende y antepone es el derecho a la seguridad que tiene el paciente de ser cuidado, monitorizado, controlado por el profesional más idóneo** (7)

Por otra parte, yendo al análisis del **verdadero rol del cardioscopio como test diagnóstico**, está claramente demostrado en la literatura que este aparato oscila **entre los monitores de mayor capacidad discriminativa**, baja complejidad y bajo costo, de ahí que se trate del monitor básico del quirófano. Sin embargo, *su buena capacidad de detectar anomalías, a costa de producir una tasa de falsos positivos alta (buena sensibilidad), se asocia con una baja probabilidad posttest para confirmar diagnósticos (especificidad)*, y dentro de ellos, sólo aquellos eventos relacionados con arritmias y trastornos isquémicos de miocardio (aún cuando en este último tipo de cuadro baja notoriamente su sensibilidad frente a otros estudios de mayor valor predictivo). **En definitiva, se trata de un test de bajo accuracy**, circunstancia que otorga globalmente, uno de los menores valores predictivos posttest, **si no se asocia a otros parámetros de vigilancia con una estrategia de empleo**

**de tests múltiples en paralelo- inspección y observación del paciente, toma de pulsos periféricos y centrales, tensión arterial, control de la dinámica ventilatoria, etc.** -, con el objetivo de *aumentar la sensibilidad* (capacidad de “detectar enfermos” y descartar diagnósticos presuntivos); si es necesario, de ocurrir un evento “anormal”, se deberán ir sumando tests en serie, con criterio conjuntivo de positividad (a los efectos de *aumentar la especificidad*, es decir, capacidad de “descartar sanos” y confirmar un diagnóstico presuntivo). Es, por otra parte, un tipo de monitor altamente *operador-dependiente y estadio de anormalidad-dependiente*.

**El corolario de este análisis es que la sola colocación del cardioscopio es de escaso valor si no se acompaña de la vigilancia profesional idónea que sepa interpretar y dar un valor predictivo coherente en su justo contexto clínico, con o sin fármacos analgésicos o sedantes, con o sin comorbilidad, con o sin anestésicos locales por infiltración** (4, 8-10). ***El monitoreo, nuevamente, y a riesgo de ser reiterativos, es un acto médico indispensable de vigilancia múltiple en todo paciente quirúrgico.***

**Los Dres. Tripoloni y cols., dicen que** “si bien hay evidencias del más alto grado acerca de la factibilidad y seguridad de la hernioplastia con A.L.S.M., persisten cuestionamientos legales que atentan contra su difusión”. Y “mientras la Sociedad Americana de Anestesiología recomienda el monitoreo intraoperatorio, la Asociación Argentina de Anestesiología ha logrado proclamar su obligatoriedad a través de la Resolución Nº 642 del Ministerio de Salud de la Nación de agosto del 2000...”

**Vale la pena detenernos frente a estas aseveraciones. En primer lugar**, coincidirán tanto los autores como los lectores de la Revista, que la realización de cirugías con anestesia local sin monitoreo es una de las prácticas más convencionales en diversos ámbitos asistenciales – públicos y privados -, *demonstrando que lo que persiste es la no difusión del consuetudinario incumplimiento de un requisito legal*, para utilizar una expresión análoga a la de los Dres. Tripoloni y cols.. **En segundo lugar**, respecto de *la evidencia científica que sostiene factibilidad y seguridad de la hernioplastia con A.L.S.M.*, el tipo de diseño de más alto grado para estudiar en *terapéutica y etiología o daño* es el metaanálisis, o en su defecto, la existencia de más de un ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA) doble ciego multicéntrico: la búsqueda de alta evidencia llevada a cabo para esta comunicación ha arrojado resultados nulos: ***no hallamos ningún metaanálisis ni ECCAs multicéntricos que demuestre la factibilidad y seguridad de no monitorizar a los pacientes sometidos a procedimientos bajo anestesia local infiltrativa; por otra parte, de la bibliografía citada por los autores, no hay tampoco ningún diseño similar.*** El único trabajo que podría acercarse a lo enunciado es el de Callesen y cols., el cual, más allá de sus reconocidos autores, tiene un diseño discutible para ratificar ese enunciado y su lectura crítica sería motivo de otra comunicación. Pero aún así, *validándolo*, es claro que *fundamentar la seguridad de la “anestesia local sin monitoreo” es una afirmación arriesgada* que quizás responda a un ámbito y a un sistema de cuidados de los pacientes que responden a otra realidad. La misma realidad que hace que en el Sistema de Salud de EEUU exista la figura de *profesionales paramédicos*, cuya dinámica de trabajo consiste en realizar tareas asistenciales bajo la coordinación de los médicos especialistas en el área que corresponda, situación inconcebible desde nuestra legislación y perspectiva científica. También prestigiosas instituciones científicas internacionales como la O.M.S., inclusive la WFSA (Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología), propone a países emergentes de África y Asia que ciertos actos médicos sean llevados a cabo por *idóneos*, dada la falta de profesionales médicos en esas regiones, ni siquiera de falta de médicos calificados como especialistas ¿deberíamos entonces atenarnos a esa recomendación, en vista de la grave crisis de la Salud Pública que alude el Dr. Tripoloni y sus colaboradores?. Lo que es peor, si ésta fuera la situación de emergencia presente – guerras tribales y civiles, hambruna generalizada,

epidemias y pandemias feroces - ¿lo volcaríamos en un trabajo científico, con la recomendación de no cumplir con las normativas vigentes?

**Felizmente, las autoridades de nuestro país han interpretado correctamente la problemática;** porque la Asociación de Anestesia, de Analgesia y Reanimación de Buenos Aires y la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, de Analgesia y Reanimación (tales las nombres correctos de las sociedades científicas a las cuales se refieren los autores), les han demostrado con real fuerza de evidencia la necesidad (*la factibilidad y la seguridad*) que conlleva el monitoreo del paciente quirúrgico por los especialistas – y no lo inverso -. ***No podemos pecar de ingenuidad al pensar que nuestras autoridades se dejarían presionar o amedrentar por instituciones científicas: es ofensivo que se escriba que una asociación científica “ha logrado proclamar su obligatoriedad a través de la Resolución N° 642 ...” y que hay personas que volitivamente “persistan con cuestionamientos legales que atenten contra la difusión” de la evidencia científica de no monitorizar – no cuidar, no vigilar, no controlar – a nuestros pacientes,*** (que por otra parte, es tan difícil de hallar en una búsqueda sistematizada de evidencia). Ofensivo, decimos, tanto para con los comités de expertos que han trabajado para reunir la fundamentación científica y a las instituciones profesionales que respaldaron con su prestigio tales decisiones de recomendar monitorizar a todos los pacientes – no solo las asociaciones de anestesiología, a estos consensos se suman la Asociación Argentina de Cirugía, de Cardiología, de Medicina Familiar, y otras relacionadas, en comités conformados *ad hoc* -, como ofensivo es para con las autoridades que parecerían ser objeto de manipulaciones, cediendo a ellas sin resistirse.

Por último, se alude el concepto del factor **riesgo**, y cuando hablamos de *riesgo*, nos referimos a toda posibilidad de que algo negativo o inesperado suceda como consecuencia de una acción. Si bien en cirugía y en anestesiología se los define como fenómenos aislados, desde un contexto legal son inseparables. Cuando hablamos de *riesgo*, entramos tanto en el terreno de la probabilística, de la heurística, del análisis de decisiones basadas en probabilidades clínicas y en su concepto legal, que escapan nuevamente a la discusión del tema actual, pero que alcanzarán a comprender los destinatarios de esta comunicación, la importancia supina que tienen (11-17).

## ➤ REFLEXIONES DE CARÁCTER METODOLÓGICO

Al decir de *Samaja* (18), “*el producto de un proceso de investigación científica* exige a la práctica profesional que contemple, junto con la producción de conocimiento fáctico relevante, un elemento de *universalización* y de *demostración*. Lo primero (universalización), en la medida en que trata de producir un conocimiento del objeto en sus aspectos no meramente circunstanciales, sino *generales* (es decir, exportables a otros tiempos y a otros espacios); lo segundo (demostración), por cuanto la aspiración a valer en el dominio público, exige que se someta a los criterios normativos mediante los que una comunidad científica dada legitima la circulación de conocimientos y la estabilidad de sus creencias básicas...” Sin embargo, el prestigioso epistemólogo aclara más adelante: “las prácticas profesionales, en cambio, no están sometidas a este doble imperativo de la universalización y la validación de sus conclusiones cognoscitivas: les basta con alcanzar una adecuada *eficacia local, particular*, lograda en los marcos del problema práctico que intentan resolver y un tolerable respeto a las normas éticas y técnicas que rigen el campo de la *incumbencia profesional*”. Éste es el punto de crítica más relevante que hallamos aplicado al trabajo que nos ocupa.

**Desde la estructura del trabajo**, ya se comentó al inicio de esta comunicación que este artículo adolece de obvios defectos para demostrar sus postulados: de la comunicación, de la gramática lógica,

de las secuencias lógicas de las proposiciones, de la existencia de falacias, de la fuente indefinida de sesgos.

**En cuanto a su diseño**, podría haber sido formulado como un trabajo de casos y controles retrospectivo, pero no queda claro el tipo de rigurosidad en la metodología de recolección de datos, la falta de definiciones operativas básicas en algunas variables claves analizadas, la ausencia de aclaración del sistema operativo de medición de satisfacción de los pacientes y sus preferencias (existiendo valiosas y validadas herramientas para ponderar y operacionalizar ambos elementos), la falta de un *Odds Ratio* para determinar el verdadero alcance de la diferencia entre grupos y el análisis – obviamente, dificultado por el tipo de diseño – de la exposición al factor de riesgo en cuestión. **La reflexión es que, aún cuando se hubiera llevado a cabo un diseño impecable, es imposible con este tipo de formulación retrospectiva, hacer inferencias poblacionales.** No puede de ninguna manera aseverarse que “la experiencia presentada y otras publicadas con anterioridad que la ausencia de efectos sistémicos propia de la anestesia local infiltrativa hace innecesario el monitoreo transoperatorio en pacientes con bajo riesgo...” Se están llevando a cabo estimaciones con una temeridad alarmante. Sin volver al concepto erróneo de lo que significa *monitorear o monitorizar*.

En otro orden de cosas, lamentamos que los colegas no nos hayan convocado a participar activamente en un consenso para la realización de un trabajo que atañe particularmente a nuestro quehacer profesional (aquellas *incumbencias profesionales* aludidas por Samaja) – de hecho, cuando nosotros abordamos trabajos científicos relacionados directamente con prácticas quirúrgicas, compartimos la edificante tarea científica con los colegas cirujanos, no sólo porque es más enriquecedor, sino porque cada especialidad es la más idónea para aportar la mejor evidencia disponible dentro de su campo -. Específicamente, con el Dr. Tripoloni hemos compartido generosamente en otras oportunidades, información valiosa de nuestras publicaciones para la confección de trabajos, incluso con su tesis de doctorado.

### ➤ OTROS ERRORES DE CONCEPTO Y DE ADECUACIÓN

Además del grave error de concepto motivo de esta comunicación – **significado del término monitoreo** – queremos hacer breves aclaraciones respecto de otros ítems:

□ **El monitoreo, ya entendido como acto global de vigilancia transoperatoria, no estaría dirigido únicamente a observar los efectos de drogas intravenosas analgésicas o sedantes, ni a atender exclusivamente a la vigilancia de pacientes con comorbilidades. *El monitoreo como acto médico global* está dirigido inclusive a la observación de eventos relacionados a efectos colaterales, adversos y complicaciones derivados de la absorción sistémica o de la cardiotoxicidad y neurotoxicidad intrínsecas o por sobredosis de anestésicos locales, entre otros aspectos del cuidado del paciente quirúrgico.**

**Estos fármacos no son inocuos, como parece desprenderse del párrafo donde los autores afirman “ausencia de efectos sistémicos propia de la anestesia local infiltrativa”.** El más hábil experto en anestesia infiltrativa no está exento a la posibilidad de la ocurrencia de estos fenómenos. Y todo paciente, tenga el *estado físico* que tenga, y tenga el *riesgo quirúrgico* que tenga, puede desarrollarlos, si bien la preexistencia de comorbilidades aumenta su probabilidad de ocurrencia. **Todos estos conceptos pueden ser corroborados por los lectores en cualquier texto de farmacología general.**

***En cuanto a la ocurrencia de efectos colaterales y adversos, no se diagnostica lo que no se busca***, y muchos de los efectos colaterales sistémicos producidos por los anestésicos locales son adjudicados a “ansiedad del paciente”, a “incomodidad”, a “lipotimia generada por estrés”, a “excitación psicomotriz psicógena”, y aún muchos de ellos son asintomáticos. ***En cuanto a los eventos verdaderamente***

*críticos*, felizmente no ocurren tantos como sugiere la real potencialidad de los mismos. Su incidencia real es menor gracias a los sistemas homeostáticos que protegen al paciente, lo que no quita que puedan desencadenarse. Con un criterio análogo hacemos profilaxis antibiótica o antitrombótica en la mayoría de los pacientes quirúrgicos. Si no se aplica **el monitoreo de los pacientes**, jamás se prevendrán y diagnosticarán muchos de los eventos adversos y críticos potenciales.

□ **La clasificación de la ASA no es “riesgo quirúrgico”**, sino expresa estado físico de los pacientes. Por lo tanto, pierde allí valor predictivo como test diagnóstico.

□ **Los gerontes no tienen mayor tolerancia al dolor**. Este concepto, arraigado al imaginario popular, lleva al error de considerar que los gerontes puedan tener fallas en sus sistemas de nocicepción o cambios en el umbral al dolor. La diferencia es *conductual* – los ancianos están más resignados a sufrir dolor, son más *pacientes* y menos demandantes ante el dolor que verdaderamente sufren, y que no será evidenciado en un nivel declamativo, sino en la conducta dolorosa – desde la posición antálgica, el gesto y la repercusión hemodinámica o ventilatoria de la experiencia dolorosa -.

□ **A propósito, este grupo poblacional es el que mayor prevalencia de comorbilidad presenta**. *Diríamos, entonces, que sería la población donde nos resultaría más difícil excluir comorbilidad para hacerlos “mejores candidatos” a esta propuesta de “no monitoreo”, como postulan los autores.*

□ Pasando a un terreno anecdótico en el cual no queremos abundar por considerarlo poco robusto en evidencia, nos sorprende que el Dr. Tripoloni y sus colaboradores no hayan constatado ningún caso de necesidad de conversión de la técnica anestésica entre los casos seleccionados retrospectivamente – otra consecuencia del mal diseño -, **cuando en los registros de nuestra División tenemos una interesante casuística de pacientes sometidos a anestesia local sin monitoreo en los cuales tuvimos que salir de quirófano**, desatendiendo temporalmente por razones de fuerza mayor a los pacientes bajo nuestro cuidado – como bien dicen los autores, **situación que la Norma permite** - y reasignarnos a ese quirófano, colocando monitores, vías intravenosas, sedando o administrando analgesia intravenosa, cambiando la táctica anestésica hacia un bloqueo regional o una anestesia general – tenemos archivados los partes anestésicos de las anestésicas generales y regionales centrales para los pacientes no programados inicialmente para ello -; en definitiva, cuidando al paciente desprovisto hasta ese momento de un facultativo a su cabecera.

Más allá de “lo anecdótico”, los destinatarios de esta comunicación coincidirán en que **no es correcto plantear como protocolización de trabajo en cirugía ambulatoria de carácter programado, que los anesthesiólogos asignados a otras cirugías programadas deban salir a atender estas urgencias potenciales – y no tan potenciales, según nuestros registros – desatendiendo su propio quirófano, aún cuando la Norma nos ampare, ni tener que contar con el auxilio eventual de los anesthesiólogos de guardia** (cuya tarea está circunscripta al Departamento de Urgencias), ocasionada por la imprevisión del sistema de salud imperante.

□ **Que los pacientes, resignados a que sus cirugías de pospongan por prioridades de patología ante la escasa dotación de anesthesiólogos de planta, acepten ser sometidos a anestesia local infiltrativa sin monitoreo – con tal de ser operados de una vez - no parece ser una metodología demasiado ortodoxa per se como táctica de selección y determinación de preferencia de pacientes.** Quizás se les planteó la preferencia en forma sistematizada a través del cálculo de *QALYs*, mediante los métodos de *Time Trade Off*, *Escala Visual Análoga*, o *Standard Preference Gamble*, patrón oro de medición de preferencia cuando se agrega el factor “riesgo” a la elección personal, y lo desconocemos (19-20). Del mismo modo, **tampoco conocemos la escala de medición de satisfacción de los pacientes**, usada en la encuesta posterior telefónica.

□ **Ya que el grupo de investigadores encabezado por el Dr. Tripoloni está interesado en implementar un sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria normalizada, lo invitamos a compartir**

*nuestros protocolos* basados en muy serios trabajos desarrollados por anestesiólogos (21), por otra parte, plateados desde la jefatura de esta División al presentar su Proyecto de Trabajo a la Dirección Médica en ocasión de ganar el cargo concursado. Nuevamente, hablando de un trabajo conjunto, aludimos también a modo de Protocolo de Consenso, las Actas del XXXI Congreso Mundial del International College of Surgeons – Simposio Satélite de Anestesiología llevado a cabo en Buenos Aires en 1998, en relación con el manejo de las áreas de recuperación en cirugía ambulatoria manejadas por anestesiólogos que monitorean a los pacientes atendidos por sus cirujanos. Sin perjuicio de que los autores sigan, mientras tanto, consultando a los enfermeros de nuestra Sala de Recuperación Postanestésica – ojalá en un futuro cercano, Unidad, como la designan los autores – sobre los protocolos de cuidados postanestésicos generados en consenso entre el Departamento de Enfermería y la División Anestesiología, como hasta ahora.

*Con una perspectiva epistemológica y semántica, “anestesia local sin monitoreo”, “procedimiento equis sin cuidados del paciente”, equiparables a “cirugía sin barbijo” o “sutura sin antisepsia”, no parecen conceptos correctos desde perspectivas científicas, éticas, deontológicas, legales ni humanas...*

**Descontando la probidad moral de los autores del trabajo, los invitamos a que generemos conjuntamente nuestra propia y seria evidencia científica:** como mínimo, un diseño prospectivo con cohortes de pacientes sometidos a distintas técnicas anestésicas – local, regional central o periférica, general – **pero con todos nuestros pacientes monitorizados, cuidados, controlados... nunca fuera de las normas éticas y morales escritas, consensuadas y compartidas por quienes nos movemos exclusivamente por la mejor calidad de atención médica de nuestros pacientes.**

## Referencias Bibliográficas

- 1.- Wikinski J.A., Usubiaga J.E., Hernández H.H. El Trabajo Científico – Método para la preparación y redacción de artículos médicos, bioquímicos y afines. Editorial Diagraf – Buenos Aires – 2º edición (1977).
- 2.- Wikinski J.A. La explicación científica en el artículo médico. Rev. Arg. Anest. (1999), 57, 2: 107-118.
- 3.- Fiscella L.F., Martínez D.F., Graziola E.D., y cols. Complicaciones graves y fatales en anestesia. Análisis prospectivo en 20.840 intervenciones quirúrgicas. Rev. Arg. Anest. (1991), 49, 4: 197-263.
- 4.- Wikinski J.A. y Papagni H. A. El monitor – El Monitoreo – Normas de monitoreo. En: “ Monitoreo en anestesia”, M.A. Jejjier y G.A. Ferrentino (eds.). Editorial FAAAAR - Buenos Aires – 1º edición. Tomo I. Cap. 1. Pág. 1-21.
- 5.- Westhorpe R.N., Cass N.M. The role of the anesthesiologists in patient monitoring. Anesth. Intensive Care. (1988); 16: 47-49.
- 6.- Hervás Abellán J.G., Ruiz Merino R., Fabregat López J., y cols. Control automático de la infusión de bloqueantes neuromusculares: perspectivas desde la lógica borrosa (Fuzzy Logic). En: Relajantes Musculares en Anestesia y Terapia Intensiva. J.A. Álvarez Gómez, F. González Miranda y R. Bustamante Bozzo (eds.). Editorial Arán – Madrid – 2º edición. Cap. 10. Pág. 147-164.
- 7.- Flores J.C. El monitoreo: un deber ineludible del anestesiólogo. Rev. Arg. Anest. (1997), 55, 3: 137-142.
- 8.- Lantos J. y Velázquez A. Seminario sobre Toma de Decisiones en Medicina. Test Diagnósticos. Programa de Efectividad Clínica – Análisis de Decisiones en Salud e Introducción a las Evaluaciones Económicas. U.B.A. – Htal. Italiano ( 2006).

- 9.- Pauker G.P., Kassirer J.P. Decision Analysis. *N. Engl. J. Med.* (1987); 316: 250-258.
- 10.- Hunink M. Decision Making in Health Care and Medicine. Multiple test results. Cambridge University Press (2001).
- 11.- Paladino M.A. Incidentes, accidentes y complicaciones intraoperatorias. *Rev. Arg. Anest.* (2003), 61, 2: 115-130.
- 12.- Wikinski J.A., Papagni H.A. Algo más sobre monitoreo del paciente bajo anestesia. *Rev. Arg. Anest.* (2000), 58, 4: 245-256.
- 13.- Wikinski J.A., Piaggio A. la responsabilidad profesional del anestesiólogo y el riesgo anestésico. *Rev. Arg. Anest.* (1995), 53, 3: 195-204.
- 14.- Wikinski J.A., Piaggio A., Deluca C.A. y Paladino M.A. Responsabilidad profesional del anestesiólogo. La evaluación preoperatoria, el riesgo quirúrgico y factores de riesgo anestésico (1° parte). *Rev. Arg. Anest.* (1995), 53, 4: 278-289.
- 15.- Wikinski J.A., Piaggio A., Deluca C.A. y Paladino M.A. Responsabilidad profesional del anestesiólogo. La evaluación preoperatoria, el riesgo quirúrgico y factores de riesgo anestésico (2° parte). *Rev. Arg. Anest.* (1996), 54, 2: 110-135.
- 16.- Klein J.G. Five pitfalls in decision about diagnosis and prescribing. *Br. Med. J.* (2005); [bmj.com](http://bmj.com).
- 17.- Tversky A. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science* (1974); 185: 1124-1131.
- 18.- Samaja J. Epistemología y Metodología – Elementos para la teoría de la investigación científica. Eudeba – Buenos Aires – 3° edición (2005). Parte I: El proceso de investigación y sus dimensiones.
- 19.- Malek M. Implementing QALYs. [www.evidence-based-medicine.co.uk](http://www.evidence-based-medicine.co.uk). (2003); 2, 1: 1-7.
- 20.- Naglie G., Krahn M., Naimark D., et al. Primer on Medical Decision Analysis – Part 3: Estimating Probabilities and Utilities. *Med. Decis. Making* (1997); 17: 136-141.
- 21.- Castaño M. y Minatti W. Implementación de programas de cirugía y anestesia ambulatoria, una experiencia a desarrollar. *Rev. Arg. Anest.* (2001), 59, 2: 107-123.