

LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Dra. Susana Herrero

Dr. Luciano Aguilera

Servicio de Anestesiología-Reanimación

Dpto. de Cirugía Radiología y Medicina física

Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Hospital de Basurto. BILBAO

Es una amplia especialidad con presencia en la Universidad, que está englobada dentro del “tronco médico” con un periodo formativo de cuatro años¹. Abarca distintas áreas dirigidas a la atención y cuidado del paciente *quirúrgico, médico* y también contribuye al alivio del dolor agudo incluida la analgesia en el parto, y del crónico.

Su contribución científica y profesional ha sido fundamental tanto para la evolución quirúrgica² [se pueden intervenir intrauterino, neonatos, así como ancianos que superan los cien años], como para el desarrollo de los cuidados intensivos.

¹ La Comisión Nacional dependiente de los Ministerios de Sanidad y Educación, así como la Sociedad Española de Anestesiología-Reanimación han solicitado, a la vista de lo que ocurre en el resto de la Unión Europea, el incremento del periodo a **cinco años**.

² El 16 de Octubre de 1895 el dentista **William Thomas Green Morton** realizó con éxito la primera anestesia general con éter, en el *Massachusetts General Hospital Boston*.

Las diferentes áreas asistenciales las podemos dividir en:

RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO O EN LAS EXPLORACIONES INVASIVAS:

- Periodo preoperatorio.- Es responsabilidad de nuestra especialidad evaluar y preparar desde todos los puntos de vista a l@s pacientes, para que mediante una técnica anestésica / sedación [tabla I] adecuada puedan ser intervenidos, dar a luz, realizarse una endoscopia, colocación de un desfibrilador o ser tratado mediante radiología intervencionista. Dependiendo también del estado del paciente y del procedimiento a realizar deberemos elegir el tipo de anestesia [técnica y fármacos] más indicados.
- La intervención/procedimiento quirúrgico.- También somos los encargados de controlar la homeostasis³ y facilitar los procedimientos quirúrgicos / exploraciones invasivas. Los anestesiólogos debemos aprender a extraer datos sobre el estado del paciente a partir de la monitorización de parámetros como la saturación de oxígeno, la frecuencia cardiaca, la tensión arterial así como las complicaciones derivadas del propio procedimiento. Debemos conocer la manera en que cada tipo de anestesia y el procedimiento que se le está realizando, va a influir sobre el paciente, y de esta forma intentar anticiparnos a los problemas de todo tipo [hemodinámicos, respiratorios, etc.] que pudieran surgir.

³ Los anestesiólogos han sido clasificados como los "internistas" durante el periodo preoperatorio

Saber reconocer cualquier complicación/situación crítica durante el peroperatorio⁴ y lo que es más importante, ponerle solución, es también parte fundamental de nuestro cometido.

Tabla I Técnicas anestésicas

- Anestesia general
- Anestesia locoregional
- Sedación monitorizada

La aportación de la especialidad a la analgesia en el parto ha contribuido al bienestar de las parturientas⁵

- Periodo postoperatorio: Tras la intervención quirúrgica y hasta la recuperación total de la anestesia, seguimos siendo responsables del paciente. Es por esto que permanecerá durante un periodo de tiempo en una URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica), de la que nosotros somos los responsables.

No obstante puede ocurrir que la situación clínica derivada del peroperatorio aconseje el ingreso del paciente en una Unidad de Cuidados Críticos [Unidad de Reanimación Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios , UVI, etc.]

⁴ Peroperatorio incluye el pre, intra y postoperatorio inmediato, es decir desde que es intervenido hasta que se le da alta a la planta.

⁵ La anestesióloga norteamericana **Virginia Apgar** publico en 1953 su test de valoración del recién nacido.

- **ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO.-**

La implicación de la Anestesiología-Reanimación en los Cuidados Intensivos no es sino la extrapolación de nuestra labor asistencial dentro del quirófano a otros lugares del hospital. Por ello no es de extrañar que primeras UCIs de nuestro entorno fueron desarrolladas por los Servicios de Anestesiología-Reanimación^{6 7 8}

Los pacientes críticos [PC] hospitalarios son los enfermos, que por la gravedad de su situación clínica no pueden ser atendidos en una planta de hospitalización habitual ya que requieren mayor atención tanto medica como de enfermería, gran número de fármacos y habitualmente de un extenso aparataje [ventiladores, maquinas de hemofiltración, monitores etc] que no pueden ser utilizados en cualquier planta hospitalaria. El PC prehospitario es aquel que por cualquier causa está en una situación de compromiso vital que requiere una actuación urgente ya sea antes de su ingreso o inmediatamente a su llegada al hospital.

Se trata de pacientes de alto riesgo con una elevada morbilidad y mortalidad, cuyo tratamiento, como ya ha sido comentado anteriormente, es complejo. Las competencias para su cuidado no

⁶ En verano de 1952 y con ocasión de la epidemia de poliomielitis en Copenhague el anestesiólogo noruego **Dr. Bjorn Ibsen** ventiló manualmente, con la ayuda de estudiantes de medicina a través de la traqueotomía, a numerosos pacientes, disminuyendo la mortalidad de 90% al 45%. En 1956 fundo en el *Hospital Kommune Copenhagen*, considerada como la primera UCI europea.

⁷ En la Unión Europea la Anestesiología es la especialidad que con frecuencia mayor es la responsable de la atención a los pacientes ingresados en la UCI., no obstante únicamente España Gran Bretaña y Suiza [no integrado en la UE] tienen reconocida la especialidad primaria de Medicina Intensiva.

⁸ Desde el año 1964, siendo Jefe de Servicio el **Dr. D Fermín Fernández-Cano**, el Servicio de Anestesiología-Reanimación atiende a todos los pacientes críticos en el *Hospital de Basurto*. En 1965 en la *Fundación Jiménez Díaz de Madrid* se fundó la primera Unidad de cuidados intensivos siendo su responsable el anestesiólogo **Dr. Alfredo Arias**.

están incluidas en la formación del resto de especialidades médicas/quirúrgicas y presentan cuadros clínicos que las especialidades antes citadas no están acostumbradas a tratar. Es responsabilidad de nuestra especialidad estabilizar y colaborar en la recuperación de estos enfermos, siendo necesario en muchas ocasiones tomar medidas extraordinarias como sedación y conexión a ventilación mecánica, canalización de vías centrales o catéteres arteriales, hemodiálisis... Somos los encargados del cuidado integral del PC (sueroterapia, antibioterapia, control del dolor, nutrición ...) hasta que pueda ser derivado a una planta hospitalaria.

Además nuestra especialidad está implicada dentro de los hospitales en la atención a la parada cardiaca, siendo responsable de la RCP avanzada⁹.

Si bien la ética es consustancial a toda la profesión médica, no cabe duda que es un aspecto muy importante en esta área asistencial, donde en cierto modo se prologa la vida artificialmente. En base a las preferencia de los deseos expresados por los enfermos [testamento vital] o según su situación clínica podemos estar implicados en la toma de decisiones trascendentales como las relacionadas con su ingreso en la unidad, o en la ***limitación del esfuerzo terapéutico***.

- **TRATAMIENTO DEL DOLOR.-**

Considerando que una de las misiones básicas de la especialidad es la abolición del dolor, no es extraño que fueran los

⁹ En 1957 el anestesiólogo austriaco **Dr. Peter Safar**, fue el que estableció las bases de la actual RCP y en 1960 fundó la primera unidad de cuidados intensivos polivalentes del *Baltimore City Hospital*, considerada como la primera UCI de Estados Unidos

anestesiólogos¹⁰ los primeros que se interesaron en el desarrollo de técnicas y procedimientos para el alivio del dolor en el cáncer mediante las Unidades de Tratamiento del Dolor; en la actualidad también están orientadas hacia el dolor crónico no oncológico y al tratamiento del dolor agudo posquirúrgico. La puesta en funcionamiento de la Unidades de dolor agudo postoperatorio, han contribuido también al alivio del dolor del paciente intervenido, de manera especial en las primeras horas/días.

¹⁰ El anestesiólogo italiano **Dr. John Bonica** fundó en 1960 la primera Clínica multidisciplinaria del dolor en el *University Hospital of Seattle*.