

Una Nueva Escala para Valorar el Riesgo Anestésico

Dr. Benito M. Cortes Blanco

Jefe del Departamento de Anestesiología y Quirófano.

Departamento de Anestesiología del Hospital General de Zona No. 16.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Torreón Coahuila. México.

cortes_bemax@hotmail.com

Es de llamar la atención el artículo especial publicado en este número de *Anestesia en México*, donde el Dr. Daniel Mora García hace una detallada descripción de 10 parámetros para evaluar el riesgo de que un paciente sometido a anestesia pudiera tener un evento desafortunado.¹ Los anestesiólogos estamos acostumbrados al manejo de diversas escalas que nos ayudan a establecer el plan peri anestésico, poder platicar con nuestros pacientes y sus familiares, con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico, sobre las alternativas de la técnica anestésica, sus beneficios y riesgos, así como del pronóstico inmediato y a largo plazo. De todas las escalas disponibles, la valoración del estado físico, no del riesgo anestésico, de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) es con mucho, la que más usamos y se transcribe en detalle:

I. Sano. Paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica.

II. Enfermedad sistémica leve. La afectación sistémica es causada por el proceso patológico u otra afectación patofisiológica.

III. Enfermedad sistémica grave, sin limitación funcional. Afectación sistémica grave o severa de cualquier causa.

IV. Enfermedad sistémica grave con amenaza de la vida. Las alteraciones sistémicas no son siempre corregibles con

la intervención quirúrgica.

V. Paciente moribundo. Situación desesperada, en la que el paciente tiene pocas posibilidades de sobrevivir.

Esta escala es muy conocida y fácil de utilizar. En nuestro país ha cobrado tal importancia que es tomada en cuenta por los seguros de gastos médicos en relación al ASA-Tiempo, al igual que tiene utilidad en las demandas de mala práctica. Se trata de mediciones rápidas y aplicables a casi todos los pacientes que se anestesian día con día.

Otra escala que ha cobrado familiaridad en nuestra especialidad es la clasificación de Goldman para riesgo cardíaco. Esta escala es una clasificación que utilizan los cardiólogos cuando se les solicita una valoración preoperatoria, con orientación en los aspectos cardiovasculares de los pacientes. Se trata de un instrumento más elaborado, que cataloga a los enfermos en cuatro grupos como se observa en las tablas 1 y 2.

Otra de las mediciones frecuentes en nuestra práctica diaria, es la escala de Mallampati² para valoración anticipada del grado de dificultad o facilidad en la intubación orotraqueal. (Figura 1) Se basa en la visualización de las estructuras faríngeas, y es importante señalar que esta evaluación debe de hacerse con el paciente sentado. Incluye los siguientes cuatro parámetros:

Grado I. Visualización de paladar blando, úvula y de los pilares faríngeos.

Grado II. Se visualiza la úvula con dificultad, no se visualizan

Tabla 1. Clasificación de Goldman del riesgo cardíaco	
Parámetro	Puntaje
IAM < de 6 meses	10
Edad <= 70 años	5
S3, galope o distensión yugular	11
Estenosis aórtica importante	3
Ritmo diferente a ritmo sinusal, o TSESV o TS en el ECG	7
Más de 7 EV prematuras	7
PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 50 mmHg, K ⁺ < 3 mEq/L, CO ₃ H ⁻ < 70 mEq/L, BUN > 50 mg/dL, Creatinina > 3mg/dL, SGOT anormal, signos de enfermedad hepática crónica	3
Cirugía intraperitoneal	3
Cirugía aórtica	3
Cirugía urgente	4
Total	53

Tabla 2. Grados de riesgo de acuerdo a la clasificación de Goldman del riesgo cardiaco			
Clase	Puntos	Muerte origen Cardíaco	Otras complicaciones
I	0 - 0.5	0.2%	0.7%
II	6 - 12	2%	5%
III	13 -25	2%	11%
IV	<= 26	56%	22%

los pilares faríngeos.

Grado III. No se Visualiza el paladar blando.

Grado IV. Solo se visualiza el paladar duro.

La valoración de Cormack y Lehane ³ que se aprecia en la figura 1, es otra escala útil en el manejo de la vía aérea, pero en esta se valora la visualización laríngea con uso del laringoscopio. Señala también cuatro grados:

Grado I. Visualización de la laringe en su totalidad.

Grado II. Visualización de la parte inferior de la laringe y aritenoides.

Grado III. Visualización solo de la epiglotis.

Grado IV. Visualización del paladar blando.

Y así podría ir describiendo varias escalas que usamos día con día: Aldrete, Ramsay, NYHA, Glasgow, APACHE, entre otras mediciones que son determinantes para la valoración de muchos y muy diversos parámetros, en escenarios clínicos generales o especiales. Todas estas escalas han sido utilizadas en su tiempo, habiéndose demostrado su utilidad por diversos investigadores, en diferentes grupos

de edad, así como en diferentes países. Sus limitaciones son variables, si bien, la mayoría de ellas tienen un índice de certeza pronóstica aceptable.

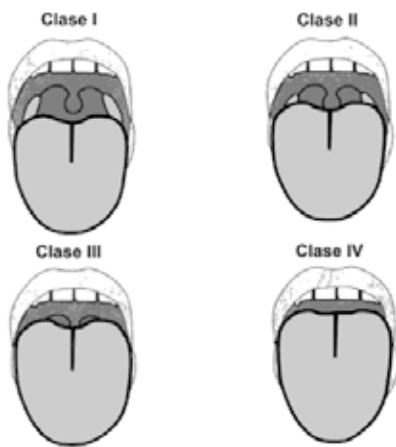
¿Por qué sería importante una nueva escala de valoración de riesgo en nuestro país? La primera respuesta que viene a mi mente es la importancia de valorar parámetros de riesgo en población mexicana, con una escala creada por un mexicano. Esto facilitaría muchos aspectos; desde la actualización de la NOM-170 para la práctica de anestesia en México, hasta la información legal con datos de connacionales, que en mucho nos ayudaría en los casos de demandas médico legales.

La valoración del riesgo anestésico Mora-México es una excelente propuesta razonada con evidencias probadas y ya publicadas, mezcladas con la experiencia del autor. Como menciona Mora García en su artículo: "Una escala de probabilidades de riesgos en anestesia debe de incluir los parámetros que pudieran modificar las respuestas usuales a todas las técnicas empleadas en anestesiología, además de ser útil para todas las edades. Esta escala también debe incluir las alteraciones más frecuentes de los pacientes, que de alguna forma pudieran modificar la evolución trans y post anestesiológica". Como médicos anestesiólogos estamos obligados a cumplir la normatividad 170 y elaborar una valoración clínica completa desde el periodo preanestésico, la cual deberá de incluir un interrogatorio, exploración física y revisión de los exámenes de laboratorio y gabinete, sin olvidar las interconsultas obligadas de acuerdo a la patología de cada paciente. Esta entrevista con el enfermo y/o su familia incluye la explicación del plan anestésico y obtener la firma del consentimiento informado. Esta obligación-privilegio nos favorece para entablar una relación médico-paciente, relación que en anestesiología se ha perdido gracias a que la mayoría de los colegas cirujanos consideran a los pacientes como de su propiedad. Cuando se crea esta relación con los pacientes, la figura del anestesiólogo cobra vida y con ello, se logra la confianza que abate la angustia y temor por la anestesia.

Los riesgos que inciden en la morbimortalidad anestésico-quirúrgica son muchos y muy heterogéneos: cirugía mayor, vascular, coloproctal, urológica, plástica prolongada, sepsis, enfermedades con depresión de la respuesta inmune, compromisos múltiples con alteraciones cardiopulmonares y metabólicas. El autor enlista 10 parámetros en su propuesta: edad, obesidad, hipersensibilidad, número de fármacos, vía aérea difícil, enfermedades previas, tolerancia al esfuerzo, antecedentes anestésicos y quirúrgicos, tipo de cirugía, y la duración de esta, son de fácil y rápida valoración y tienen una correspondencia razonable con el puntaje propuesto por el autor, y el grado de riesgo del I al V, como se puede observar en la tabla 2. Para facilitar la comprensión de este nuevo instrumento, Mora García describe cada uno de los parámetros propuestos, y añade algunos ejemplos de combinaciones razonables.

No se trata de una escala más, se trata de un instrumento

Clasificación de Mallampati



Clasificación de Cormack-Lehane



Figura 1. Comparación de la escala de Mallampati y de Cormack-Lehane

mexicano fundamentado en las evidencias de la literatura al respecto, razonadas en base a la amplia experiencia del autor. Este documento denota su inquietud personal para que contemos con una escala sencilla, que engloba un número breve de parámetros clínicos de fácil medición, que no requieren de sofisticados aparatos o exámenes de laboratorio, y que inciden en el pronóstico post anestésico y quirúrgico de nuestros pacientes, y además nos da un apoyo jurídico para el desahogo de las demandas tan en boga hoy día. ⁴

Considero que en nuestro país deberíamos de establecer algunos protocolos de investigación con esta propuesta de evaluación, ya que por un lado estaríamos dando sustento y validación científica, a la escala propuesta, y por el otro, tendríamos un instrumento estudiado en pacientes

mexicanos, lo que nos daría una medición propia y aplicable en nuestro medio.

Referencias

- 1.Mora GD. Valoración de Riesgo Anestésico Mora-México: Una Propuesta Razonada en Evidencias. *Anest Mex* 2005; 17:23-27
- 2.Mallampati SR. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J* 1985; 32: 429-434.
- 3.Cormack-Lehane. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 1984;39:1105-1111.
- 4.Wikinski JA, Piaggio A, Papagni H. Riesgo quirúrgico, riesgo anestésico y riesgo terapéutico como eximentes de responsabilidad jurídica. *Rev Argent Anesthesiol* 2002;60:137-165.

Nota del Editor

Anestesia en México cambia su frecuencia de publicación trimestral a ser cuatrimestral. Este cambio obedece a múltiples factores, entre los cuales dos son los de mayor importancia:

1.La grafofobia mencionada por Sigler y Cordero en dos de nuestras revistas del 2004, es con mucho, el factor más importante para espaciar la frecuencia de la revista. Los editores de nuestro órgano informativo hemos buscado diversas formas para motivar las publicaciones de todo tipo, que tengan relación con la anestesiología y ciencias afines. El resultado ha sido pobre, por lo que se hizo una pequeña encuesta telefónica que mostró varias razones por las que los anesthesiólogos no publicamos. La gráfica es elocuente y nos muestra la necesidad de crear sistemas educacionales durante la residencia y en los programas de actualización continuada, encaminados a motivar la urgente necesidad que existe en nuestro país para hacer publicaciones. No se trata de publicar por publicar, sino de publicar para mostrar a los demás nuestras experiencias, los resultados de nuestras investigaciones por sencillas que estas sean, de

compartir el conocimiento, de hacer revisiones de conceptos de interés general o temas novedosos. No se trata de que cada anesthesiólogo mexicano intente publicar. ¡No habría suficiente espacio ni capacidad para revisar y editar tanta información! La meta es superar paulatinamente esta crisis de valores académicos, que como lo menciono en la editorial de este número, afecta a todos los países del mundo. Los invito a que demos un poco más de nosotros mismos, y mostremos interés por estos aspectos.

2.Un motivo secundario por el cual *Anestesia en México* será una revista cuatrimestral es de carácter económico. La Federación Mexicana de Anestesiología, A.C. debe de repartir sus egresos en diferentes programas de enseñanza, gremiales, sociales y de asistencia. Mantener una revista cada dos a tres meses es muy costoso, aún cuando la versión actual sea solo a través del Internet. Al respecto, nuestra meta es mantenerla actualizada, de buena calidad, interesante y útil a sus lectores.

Como Editor en Jefe, no me es del todo satisfactorio hacer estos cambios. No obstante, y atendiendo a las recomendaciones de expertos en la materia, se ha tomado esta decisión que espero sea comprendida y aceptada por nuestros lectores. Esperemos con paciencia, con tenacidad y coraje a nuevos y mejores tiempos para nuestra revista *Anestesia en México*, órgano oficial de comunicación científica de la anestesiología mexicana.

Con respeto

Dr. Víctor M. Whizar-Lugo
Editor en Jefe

Motivos para no publicar

