Consenso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica sobre las recomendaciones para el manejo de pacientes electivos de bajo riesgo

Rev Col. Anest Noviembr 2009 – enero 2010. Vol. 37- No. 4: 390- 403

CONSENSO

Consenso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica sobre las recomendaciones para el manejo de pacientes electivos de bajo riesgo[1]

Colombian Society of Anesthesiology and Resuscitation and Colombian Plastic Surgery Society Consensus [1]

Pedro Ibarra[*], *Jorge Arango*[**], *Jorge Bayter*[***], *Jorge Castro*[****], *Julián Cortés*[*****], *Martha Lasuarro*[******], *Eduardo Lema Flórez*[*******]

Recibido: Noviembre 6/2009 Aceptado Diciembre 11/2009

SUMMARY

This document defines some particular aspects involved in practising anaesthesia in plastic surgery which are intended to improve patient safety. It presents strategies for reducing the most common serious preventable complications, such as thrombotic, embolic and infectious events. It should be stressed that these goals have been established and must be achieved with surgeons and anaesthesiologists' participation. These recommendations provide detailed are additions to the Minimum Standards which SCARE has developed.

Key words: consensus, surgery, plastic, outpatients, safety. (Source:MeSH, NLM)

RESUMEN

Este documento define algunos aspectos particulares al ejercicio de la anestesia en cirugía plástica que pretenden mejorar la seguridad de los pacientes. Se hace énfasis en la presentación de estrategias para reducir las complicaciones graves prevenibles más comunes, como los eventos de trombosis, embolias e infecciones. Se establece que estas metas se logran con la participación de los cirujanos y de los anestesiólogos. Estas recomendaciones son adiciones puntuales a las normas mínimas que ha desarrollado la SCARE.

Palabras claves: *conferencia de consenso, cirugía plástica, procedimientos quirúrgicos electivos, seguridad. (Fuente: DeCS, BIREME)*

[1] Discutido y aprobado: Congreso Colombiano de Anestesiología: sábado 21 de marzo 15:30 – 19:00. Sesión plenaria foro 'Anestesia en Cirugía Plástica' con la participación de delegados de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica (SCCP) Discutido y aprobado por el foro de filiales SCARE- FEPASDE- .Grupo de trabajo de Seguridad en Anestesia para Cirugía Plástica; Bogotá, lunes, 8 de junio 2009.

[*] MD, anestesiólogo.Trauma, anestesia y cuidado crítico Clínicas Colsanitas; Comite de educación WFSA, Comité seguridad SCARE/CLASA, coordinador postgrado Anestesia Unisanitas. Bogota, Colombia. E-mail: halagenado@yahoo.com

[**] MD, anestesiólogo Clínica Bio Forma, Medellín

[***] MD, anestesiólogo Clínica Fosar, Bucaramanga

[****] MD, anestesiólogo Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín

[*****] MD, anestesiólogo CiruLaser Andes, Bogotá

[******] MD, anestesiólogo clínica Corporcultura, Bogotá

[*******] MD, anestesiólogo Hospital Universitario del Valle, Instituto para Niños Ciegos y Sordos; profesor asistente Universidad del Valle

Rev. Col. Anest. Noviembre 2009 – enero 2010. Vol. 37- No. 4: 390- 403

CONSENSO

Consenso de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica sobre las recomendaciones para el manejo de pacientes electivos de bajo riesgo[1]

Colombian Society of Anesthesiology and Resuscitation and Colombian Plastic Surgery Society Consensus [1]

Pedro Ibarra, Jorge Arango**, Jorge Bayter***, Jorge Castro****, Julián Cortés*****, Martha Lascano******, Eduardo Lema Flórez*******

Recibido: Noviembre 6/2009 Aceptado Diciembre 11/2009

PRIMERA NORMA DE SEGURIDAD

Como primera norma de seguridad, la sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, SCARE, reconoce las normas mínimas de seguridad en Anestesiología como de obligatorio cumplimiento en todo procedimiento en el cual interveng un anestesiólogo. Dichas normas son, a demás, avaladas por la Confederación Latinoamericana de sociedades en Anestesiólogía, CLASA.

Las Normas Mínimas vigentes están disponibles en el sitio Web de las SCARE. **www.scare.org.co**

CAUSAS DE MORTALIDAD EN CIRUGIA PLASTICA

Las causas de morbilidad y mortalidad más comunes descritas en la literatura y por la experiencia local son: [18-27]

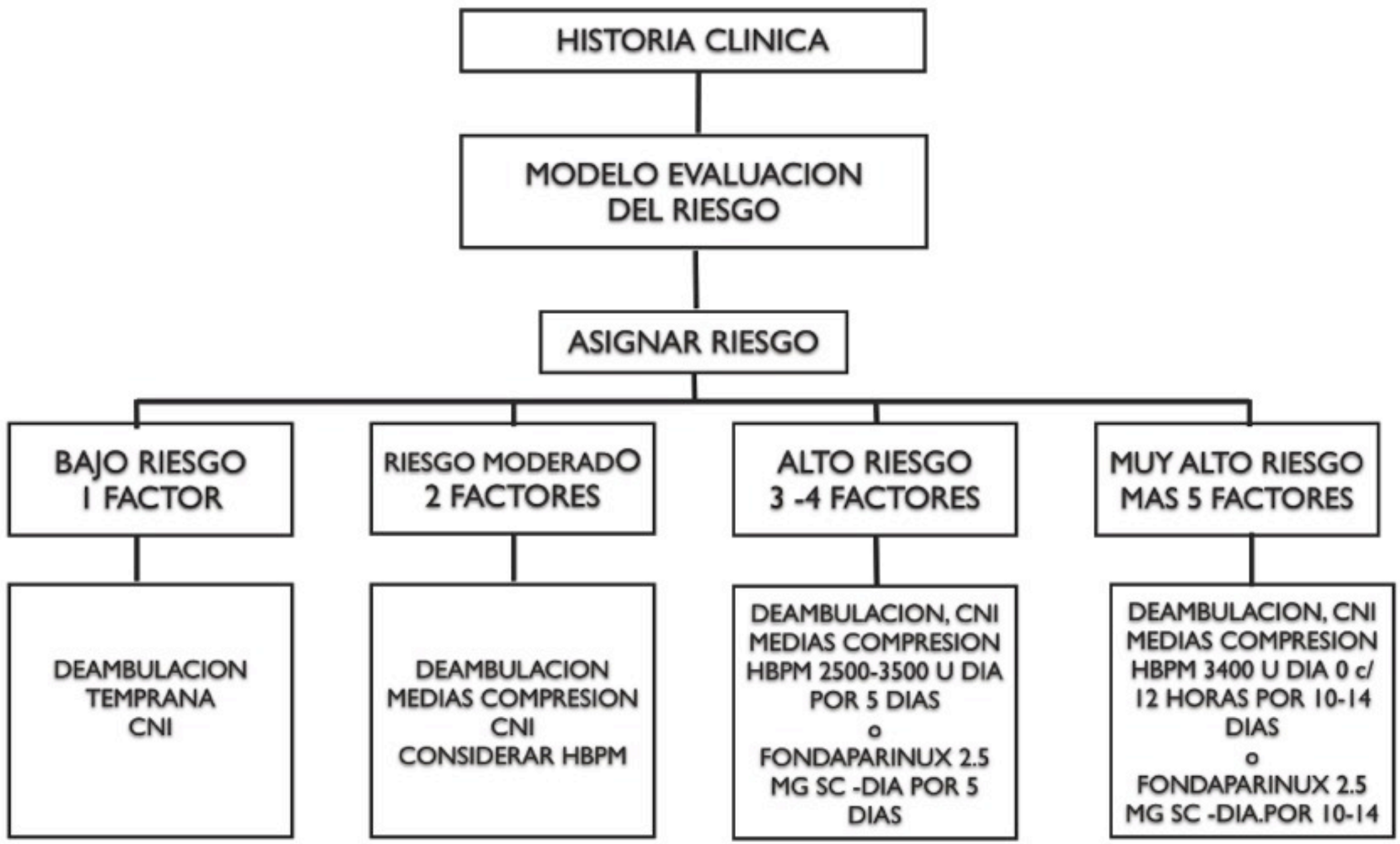
a. Eventos relacionados con la trombosis venosa. [21] La incidencia va desde 0.35% en ritidoplastia hasta 30% en procedimientos combinados. [27,28]
b. Infecciones: pueden relacionarse con perforación de víscera, infección de las colecciones como hematomas o serosas, o por contaminación [29]
c. Embolismo graso
d. Edema pulmonar
e. Lesiones vasculares
f. Otras

PRIORIDAD DEL DOCUMENTO DE SEGURIDAD

Con base en este conocimiento, el primer tema a intervenir debe ser la prevención de la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), dada su frecuencia, morbi-mortalidad y posibilidad de prevención, mediante la elaboración de guías que sean razonables, aceptables y aplicables por los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes. En EUA, solo el 60% de los cirujanos plásticos conoce y aplica las recomendaciones en este sentido[22,28]. El objetivo en nuestro medio es poder disminuir la principal causa de complicaciones y muertes en cirugía plástica y llevar este indicador a los niveles más bajos posibles.

Una revisión muy difundida acerca de la profilaxis en trombosis venosa en cirugía plástica es la de Davison [21] quien adoptó el esquema de Caprini. [30] Este esquema/algoritmo es el más popular en el área de plástica.

ALGORITMO DAVIDSON CAPRINI PARA LA PREVENCION DE TVP Y TEP



DEFINICION DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

Se define un grupo de pacientes de riesgo aumentado, estos pacientes son:

a. Pacientes con 5 factores o mas de riesgo de trombosis venosa:
   De este esquema deben excluirse los pacientes que se someten a procedimientos con sedación, en estos solo se indica la CNI con o sin MCE, según puntos adicionales a la cirugía.
b. Pacientes que se someten a procedimientos de más de cinco horas (aunque hay reportes de la seguridad de estos, la literatura es consistente en confirmar la duración como factor de riesgo) [31]
c. Pacientes que se someten a liposucciones de gran volumen (definidas como >5000 mls) [32]
d. Pacientes que se someten a procedimientos combinados que incluyan la abdominoplastia
e. Pacientes que llegan a ciudades de gran altitud (>2000 mts) dos o menos días antes de la cirugía
f. Pacientes que aspiren a viajar con duración de 4 o más horas antes de una semana POP (anexo 1: recomendaciones de la SCCP y la Aeronáutica Civil).
g. Pacientes que se someten a lipoinyecciones glúteas[2]

QUE HACER CON LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO

Se propone que este grupo de pacientes de riesgo aumentado, tengan una supervisión por el Cirujano tratante, de al menos 18 hrs POP. [33] Esto implica que las instituciones que realicen estos procedimientos deban poseer estas disponibilidades de observación POP o vigilancia domiciliaria[3]. Se busca identificación de signos de trombosis venosa, sangrado, colecciones y signos precoces de otras complicaciones como infecciones [29]

a. En todos estos procedimientos de riesgo aumentado debe haber control de hematocrito previo a su alta, excepto numeral e, f y g [34]
b. Los pacientes que aspiren a viajar antes de una semana POP deben tener recomendaciones expresas del alto riesgo de morbilidad por trombosis venosa al sumar el riesgo perioperatorio al del viaje y autorización expresa del cirujano

OTRAS RECOMENDACIONES

Todo paciente que tenga cuidado por anestesiología, DEBE tener una evaluación preanestésica explicita, anexa a la historia.

a. Similar a la recomendación en cirugías no estética, no se recomienda ningún examen preanestésico rutinario, más que por indicación clínica o por historia.
b. Se recomienda la suspensión durante al menos una semana preoperatoria, de medicamentos / substancias que no tengan clara la farmacología / interacción con medicaciones anestésicas (drogas homeopáticas, naturistas, gingko biloba etc.) [35-37]
c. La técnica anestésica debe ser la que el equipo quirúrgico considere más apropiado de acuerdo a su experticia y el consentimiento del paciente. Hay experiencias nacionales muy buenas con técnicas de anestesia regional [38] o general [17] o sedación [39]

OTRAS RECOMENDACIONES

d. Se recomienda aclarar al paciente por escrito el alto riesgo de la interacción de substancias como cocaína, anfetaminas, éxtasis y demás drogas de recreo y los medicamentos anestésicos y vasoactivos.
e. Se recomienda que se anexe esta aclaración para que el paciente la firme con el consentimiento
f. Se puede considerar tomar una muestra de orina/sangre preoperatoria para análisis de toxicología en caso de eventos adversos, previo consentimiento del paciente. [40] Si no consiente debe registrarse en la historia clínica. Si se toman, deben ser claramente rotuladas y preservarse hasta el alta del paciente.
g. El alta del paciente ambulatorio, debe ser hecha por un MEDICO responsable de verificar el estado del paciente. Nunca puede ser delegada a personal no médico.

OTRAS RECOMENDACIONES

a. Todo paciente debe recibir profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión. Puede administrarse en la inducción anestésica
b. Uso de Solución de Klein con límites máximo tolerable de 50 mg/kg [41], y hasta 35 mg/kg [42] si hay comorbilidades que se consideren de riesgo para dosis más altas. [43]
c. Si el paciente recibe anestesia se recomienda disminuir las dosis de la lidocaína en la solución de infiltración en liposucción.
d. NO se recomienda el uso de bupivacaína, u otros anestésicos locales diferentes a lidocaína en la solución tumescente. [32]
e. Se recomienda disponer de soluciones de alimentación parenteral lipídicas (tipo Lipofundin®) como medicamento esencial para controlar eventos de toxicidad por

OTRAS RECOMENDACIONES

f. El efecto de dermoclisis debe considerarse en liposucción para minimizar la administración adicional de fluidos y evitar la sobrecarga hídrica, complicación relativamente frecuente en liposucciones. [45]
g. Es altamente deseable evaluar los pacientes de liposucción un día después del procedimiento por el cirujano. [29]
g. Anotar explícitamente en los registros del paciente las substancias no convencionales que se administren, procurando que todas las que se usen tenga registro INVIMA vigente.
h. La transfusión sanguínea debe considerarse un evento indeseable, luego deben usarse estrategias para evitarla, por su riesgo inherente.
i. La combinación de procedimientos estéticos/plástico con no plásticos (por ej. procedimientos ginecológicos, como histerectomía, colporrafia) deben evitarse por el alto riesgo de morbilidad (infecciones, magnificación del riesgo de TVP, etc.)
j. Se debe incentivar la toma de pólizas de seguros de hospitalización / complicaciones por los pacientes de cirugía plástica

PROPUESTA DE CAMBIOS EN EL CONSENSO. EN EL MARCO DEL FORO DE CIRUGIA PLASTICA CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIA MEDELLIN 2011

CON RESPECTO A LA DEFINICION DE PACIENTES DE ALTO RIESGO.

- Se propone bajar de 5 a 4 factores de riesgo de TVP
- se propone bajar el volumen de lipoaspirado en liposuccion de 5 a 3 litros
- se propone bajar la duración de la cirugia de 5 a 4 horas.

PROPUESTA DE CAMBIOS EN EL CONSENSO. EN EL MARCO DEL FORO DE CIRUGIA PLASTICA CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIA MEDELLIN 2011

CON RESPECTO A LA DEFINICION DE PACIENTES DE ALTO RIESGO.

- Incluir Paciente post by pass gástrico.
- Paciente Obeso con IMC mayor de 30.

PROPUESTA DE CAMBIOS EN EL CONSENSO. EN EL MARCO DEL FORO DE CIRUGIA PLASTICA CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIA MEDELLIN 2011

CON RESPECTO A LA PROFILAXIS CONTRA TVP Y TEP

- Si el paciente aspira a viajar en la primera semana debe continuar la profilaxis hasta 3 días después de llegar a la ciudad donde se dirige.

PROPUESTA DE CAMBIOS EN EL CONSENSO.
EN EL MARCO DEL FORO DE CIRUGIA PLASTICA
CONGRESO COLOMBIANO DE ANESTESIA
MEDELLIN 2011

CON RESPECTO A LA PROFILAXIS CONTRA TVP Y TEP

- Aumentar de 5 a 7 días la profilaxis en los pacientes de alto riesgo como recomienda el CHEST.

“LA CIRUGIA PLASTICA MAS SEGURA ES AQUELLA QUE NO SE HACE”