



OPINIÓN

¿Existe la sedación Anestésica?

Una infravaloración peligrosa

A. Gironés Muriel^a^aHospital Universitario Sanitas La Moraleja

Resumen

En nuestro medio es muy común oír a nuestros pacientes hablar de una simple sedación. Este concepto de sedación, ha quedado desvirtuado en nuestra actividad como anestesiólogos por diversas causas -incluso entre compañeros de profesión-, que utilizan de manera equivocada dicho termino.

En nuestro medio es muy común oír a nuestros pacientes hablar de una *simple sedación*. Este concepto de *sedación* ha quedado desvirtuado en nuestra actividad como anestesiólogos por diversas causas (incluso entre compañeros de profesión) que lo utilizan de manera equivocada aunque éste sea de uso común, incluso, en la literatura médica.

Se ha creado una definición de sedación desvirtuada y sobrevalorada apoyada, a su vez, por las distintas entidades que gestionan la sanidad, tanto pública como privada. Esto ha originado una peligrosa infravaloración de dicha técnica anestésica con la consiguiente merma de recursos; tanto humanos, técnicos como económicos para su correcta realización. Todo ello ha afectado sensiblemente a la “seguridad para el paciente” que siempre debe imperar en estos procedimientos.

Esta banalización ha llevado incluso a la realización algunos procedimientos anestésicos por parte de personal no especializado en anestesiología, hecho con el que la **Sociedad Española de Anestesiología** no está conforme y que puede suponer un grave perjuicio legal a aquella persona o institución clínica que la practique sin la debida titulación en Anestesiología.

Las complicaciones derivadas del uso de hipnóticos cuya utilización está reservada, en España, para profesionales que no tengan la adecuada capacitación es un delito punible.

La llamada sedación se aplica para múltiples procedimientos y la comprensión de dicho término lleva a un estado de confusión tal entre pacientes, médicos y gestores de salud que desde aquí apoyamos la afirmación tantas veces expresada por algún compañero.

***Que la sedación profunda,
la sedación inconsciente,
la sedación superficial,
la sedación basal, la sedación pediátrica...
NO EXISTEN REALMENTE***

Para la Real Academia de la Lengua; sedar (*del latín sedare*) es apaciguar, calmar, sosegar... Son conceptos asimilables a la **ansiolisis**. Dicho termino se aplica a un procedimiento que busca calmar al paciente sin anular su consciencia.

Desgraciadamente el uso de esta bella palabra ha quedado relegada como si el calmar y sosegar no formara parte de nuestro trabajo.

Es común aplicar el concepto de sedación a lo que propugna la ansiolisis pero mucho más frecuente es aplicar el concepto

“sedación” a un termino que debería referenciarse como anestesia general, siendo este un problema de seguridad cuando los conceptos no se aplican con exactitud.

Para la literatura médica, la sedación representa muchos conceptos. Todos sinónimos de la ansiolisis ya comentada. Para mi gusto está la que propugna la American Society of Anesthesiologist (ASA) en 1996 que introduce el termino, sedación /analgesia (ahora la llaman sedación moderada) y que es muy precisa:

Sedación-analgésica: “el estado de la consciencia que permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros mientras que se mantiene una adecuada función cardiopulmonar y la habilidad de responder de forma adecuada a ordenes verbales y/o a estímulos táctiles”.

En todas estas definiciones siempre se mantiene la premisa de una **disminución de la consciencia pero sin perderla del todo y la capacidad de responder a estímulos verbales o físicos.**

Después definen conceptos como sedación profunda que la ASA va modulando en las posteriores revisiones. Llegando al final a una serie de argumentaciones que no hacen sino enmarañar un concepto de anestesia general. Pues advierten del difícil diagnostico entre anestesia general y la que ellos llaman “sedación profunda” relegándola de las recomendaciones del último documento y advirtiéndolo que las necesidades preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias de todas las sedaciones, incluidas la llamada sedación moderada (antes sedación-analgésia) son similares a las de una anestesia general ordinaria.

Con la demanda de la sociedad de procedimientos terapéuticos o diagnósticos placenteros, asistimos, por tanto, al nacimiento de la común y mal llamada **sedación profunda, de menor status que la anestesia general.** Un concepto que define una **ausencia de consciencia** durante el procedimiento médico a pesar de recibir diferentes estímulos (especialmente los dolorosos). Se vende al público como una técnica sencilla, sin riesgos y que permite mejorar el confort de multitud de procedimientos y técnicas diagnósticas. Asistimos a una nueva forma

de nominalizar la conocida: **anestesia general en ventilación espontánea**, bajo un término no aceptado por gran parte de la comunidad anestésica y que supone una disminución de los parámetros de seguridad que deberían asistir al paciente.

Tenemos, por tanto, unos conceptos que se mezclan y que no logran definir convenientemente a la sedación como un acto anestésico bien definido y por tanto valorable.

INCONSCIENCIA, INMOVILIDAD, ANALGESIA

Son las tres esferas que definen clásicamente una actuación anestésica general. Y las tres se superponen en nuestro quehacer diario. Unos conceptos que todo el mundo entiende y que sirven para poner de relieve la tremenda complejidad de procesos implicados en la mal llamada sedación.

¿Sedación inconsciente?

La pérdida de la consciencia es la gran frontera para definir una actuación anestésica. La inconsciencia farmacológica implica muchos procesos y es un *continuum* sin frontera definida, trayendo consigo una serie de reacciones o respuestas en nuestro organismo que alguien debe controlar, pues **siempre pueden suponer un riesgo vital.** Estamos hablando de la depresión respiratoria, de la disminución del gasto cardiaco y de la paulatina pérdida de reflejos protectores principalmente. Esto lleva a la afirmación que; **una pérdida de consciencia farmacológica siempre debería ser realizada por alguien capacitado para atender a estas tres respuestas y hacerlo de manera exclusiva.** En esto hay un acuerdo en todos los documentos de consenso, incluso los que admiten el término sedación profunda

¿Y la analgesia?

Al contrario de lo que el profano en conceptos anestésicos entiende (incluidos nuestros colegas médicos no especialistas), la movilidad no implica “despertar” o consciencia. Son conceptos que se desarrollan en territorios distintos de nuestro organismo. El **movimiento** durante un procedimiento diagnóstico o terapéutico cuando es provocado por un estímulo doloroso **puede suceder aunque el**

paciente se encuentre con un grado de inconsciencia bien profundo. Los anestesiólogos, por tanto, desarrollamos la analgesia necesaria en cada proceso de una manera global, cuidando las implicaciones de los distintos fármacos en las tres esferas referidas anteriormente. Sabemos pues que la ausencia de consciencia no implica ausencia de dolor y viceversa.

Y por extensión, hablar, por ejemplo, de una **sedación pediátrica** para minimizar la técnica anestésica y así trasladar una menor sensación de peligro a los padres es incurrir en **errores de concepto** y un posible engaño a dichos progenitores.

En las llamadas técnicas quirúrgicas menores o en las pruebas diagnósticas indoloras, como una resonancia magnética, que requiera una actuación anestésica, esta puede realizarse con o sin pérdida de consciencia. En el caso de los pacientes pediátricos, el sedar o “calmar” a un pequeño y ordenarle que no se mueva mientras realizamos dicha técnica se antoja una tarea ardua, cuando no imposible. En estos supuestos, donde es necesario una **inmovilidad, una desconexión del medio** y, a veces, **analgesia**, es cuando estamos hablando de técnicas anestésicas generales, con variantes, pero anestésicas generales al fin y al cabo.

De la misma manera, el grado de profundidad anestésica que se aplica en procedimientos como las **colonoscopias o las endoscopias digestivas** es la misma que se aplica a un legrado evacuador o a una resección de pólipos en vejiga, por poner algunos ejemplos. Se alcanza el mismo grado de hipnosis, analgesia y control de la inmovilidad, pero la percepción de la técnica parece ser distinta.

Para llegar al manejo de estas “técnicas de anestesia general en espontánea”, en las que no es necesario aplicar una ventilación mecánica, el anestesiólogo debe controlar no sólo la farmacocinética de los distintos

fármacos utilizados sino también controlar las posibles consecuencias deletéreas de su efecto. Una capacitación o adquisición de conocimientos que se consiguen con un aprendizaje tutelado tras varios años de estudio y práctica de la especialidad vía MIR en España.

No se puede entender el fin ni el resultado de **diversos cursos de capacitación de tan sólo dos o tres días de duración.** Unos cursos que ofrecen una supuesta formación para desarrollar dicha “sedación profunda”. Algunos avalan incluso el uso de hipnóticos como el propofol, algo inexplicable cuando **se tardan años en formar a un anestesiólogo/intensivista para tal fin.**

Así lo entiende:

1. La Sociedad Española de Anestesiología
2. La Sociedad Europea de Anestesia
3. El Documento de Helsinki en su declaración sobre la seguridad del paciente en la anestesia

Propugnando en su momento el error de infravalorar dichas anestésicas.

Publicado en blog 2013

Conflicto de intereses:

El autor es miembro de la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación) y de la asociación profesional AACM (Asociación de Anestesiólogos de la Comunidad de Madrid)

Correspondencia al autor

Alberto Gironés Muriel.

agirones@gmail.com

Unidad de Anestesia y Reanimación

Hospital Universitario Sanitas La Moraleja