



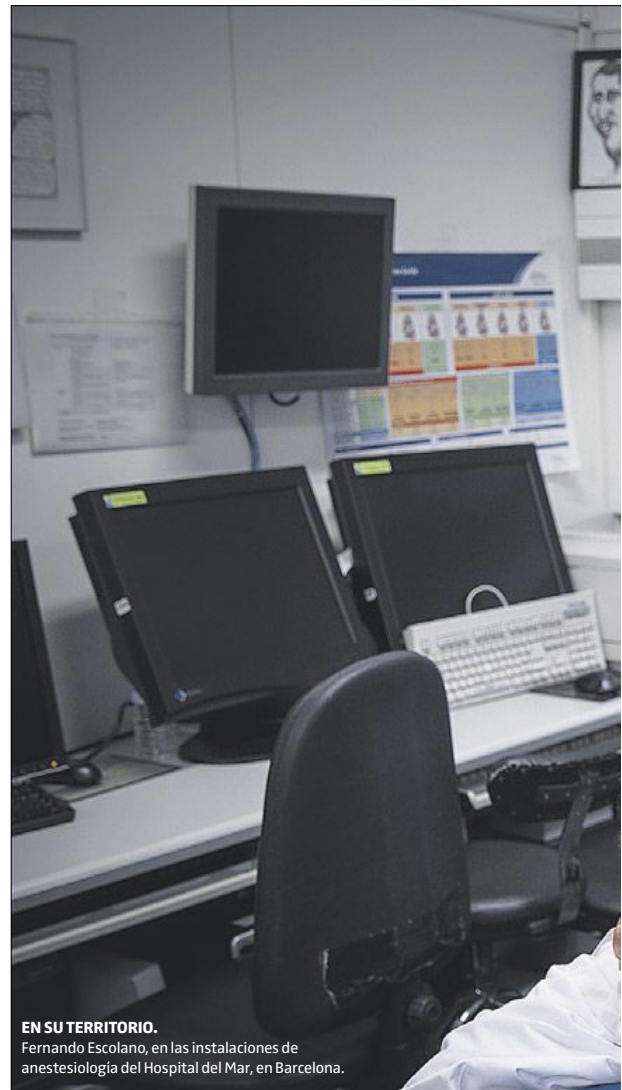
► 1 Diciembre, 2015

## Fernando ESCOLANO

Responsable de Anestesiología y Reanimación en el Hospital del Mar de Barcelona

# «Ser anestesiado en un hospital es tan seguro como subir a un avión»

Su función en el quirófano es tan determinante como la del cirujano que toma el bisturí y abre el tejido para reparar un órgano, pero a él nadie le conoce. Fernando Escolano (Teruel, 1957) combina los fármacos hipnóticos, relajantes, sedantes y anestésicos con el objetivo de que el paciente al que se los inyecta en vena alcance una situación mental confortable: que ni se angustie ni sienta dolor. Los derivados del opio siguen siendo los reyes del estado de inconsciencia indolora con que se blinda a los enfermos de malestares insoportables en los quirófanos de todo el mundo. El doctor Escolano controla lo que ocurre en el cerebro y el corazón de quien está siendo operado.



**EN SU TERRITORIO.**  
 Fernando Escolano, en las instalaciones de anestesiología del Hospital del Mar, en Barcelona.

Ángels  
**GALLARDO**

**—Muchos preoperados temen más la anestesia que el bisturí. ¿Está justificado?**

—Ese temor viene de la época del éter y del cloroformo, que se dejaron de utilizar hace 50 años. El miedo ha quedado en la mente de la gente, pero ya no está justificado. En los años 70, uno de cada 10.000 anestesiados moría por este motivo. Ahora, las muertes de origen anestésico son una por cada 100.000.

**—¿Cómo se ha conseguido?**

—Ha mejorado la evaluación preoperatoria del paciente. Antiguamente, llegaban al quirófano sin haber sido preparados. Ahora identificamos a los enfermos de alto riesgo y podemos tratarlos para que lleguen en estado óptimo a la operación.

**—¿Hasta qué punto es seguro someterse ahora a una anestesia?**

—Ser anestesiado en un hospital es tan seguro como subir a un avión. Muchos pacientes me lo preguntan,

y yo le digo: ¿Cuál es el medio de locomoción más seguro? El avión. De vez en cuando, alguno se cae. Eso es verdad. No podemos decir que no haya mortalidad por anestesia, pero, en general, es muy segura.

**—¿Qué controlan con los monitores instalados en el quirófano?**

—Hacemos un electrocardiograma continuo y podemos detectar una isquemia y cualquier tipo de arritmia. Todo eso queda grabado. También controlamos la presión arterial y el nivel de oxígeno que contiene la sangre del paciente.

**—¿Y en el aspecto anestésico?**

—Podemos evaluar el índice espectral, que es la profundidad hipnótica o anestésica que hemos inducido. Esto lo captamos poniéndole al paciente un sensor que le rodea la frente y traza un electroencefalograma continuo. Los monitores actuales miden, además del nivel de conciencia, el umbral de dolor intraoperatorio. El enfermo no debe tener dolor, pero sí existe, lo captamos antes de que le suba la tensión arterial o sufra taquicardia, que era la vía de

información por la que deducíamos que existía dolor.

**—¿Puede haber dolor estando anestesiado?**

—Sí. El paciente no es consciente pero puede tener dolor. Antes lo deducíamos si esa persona le caían lágrimas o se le disparaba el pulso. Entonces le añadíamos más anestésico.

**—¿Y ahora?**

—Ahora también se le van añadiendo sustancias, o se hace una perfusión continua con una bomba inteligente que actúa en función de la evolución intraoperatoria. Tenemos muchos más indicadores.

**—En el quirófano, además de la enfermería, suele haber dos especialistas: un cirujano y un anestesiólogo. ¿Sí?**

**—El cirujano acostumbra a tener fama, poder y autoridad, mientras que, en general, el anestesiólogo es un desconocido.**

—Eso es así.

**—Pero ambos son determinantes.**

—Igual de importantes. Legalmente, también. Cada uno tenemos nuestra responsabilidad.

**—¿Por qué entonces uno cuenta con más reconocimiento que el otro?**

—Porque el cirujano tiene contacto con el paciente: lo ve antes de operar, cuando está ingresado en planta y posteriormente, tras el alta.

**—¿A ustedes no los ve el paciente?**

—Nos ve en la evaluación anestésica, pero no siempre será el mismo especialista que después estará durante la intervención. Cuando el paciente entre en el quirófano, los fármacos que le inyectemos le causarán amnesia, con lo que se olvidará de todo lo que le expliquemos. Lo volveremos a ver en el periodo de reanimación, pero seguirá bajo los efectos anestésicos. Y, si no hay complicaciones, no lo veremos más. El cirujano, sí.

**—¿Cómo viven ese anonimato? ¿Como una cierta injusticia?**

—Sí. Y mucho. Es injusto. Porque ese paciente durante unas horas ha dependido totalmente de ti. Quien cuida del enfermo mientras el cirujano

«Los derivados del opio son los anestésicos más utilizados, como desde antes de Cristo»



CARLOS MONTAÑÉS



opera somos nosotros. Pero nadie piensa en ello.

**—¿Trabajan bien comunicados?**

—Totalmente. Antes de iniciar una intervención hemos intercambiado información y ambos sabemos si el paciente es complejo o no. Y si puede necesitar más sangre de la habitual.

**—¿Cuánto tardan en dormirse?**

—Es inmediato. Dos segundos si yo voy rápido inyectándole las sustancias. Si alguien me advierte de que no se duerme fácil, le sugiero que cuente del 10 al cero. En el siete ya se ha dormido.

**—¿Se sabe qué ocurre en la mente de las personas anestesiadas?**

—En teoría están en una situación de hipnosis total. El monitor que traza el electroencefalograma continuo informa de la actividad cerebral. Por debajo del umbral de 60 no tiene capacidad de oír, recordar o pensar. Soñar, tal vez sí. Ahí está en un nivel hipnótico perfecto. Por debajo de 40 nos estamos pasando de hipnosis y hemos de reducir las dosis. Si hay dolor, el umbral sube.

**—¿Qué tipos de fármacos emplean?**

—Siempre hay un ansiolítico, que es una benzodiacepina de vida muy corta y no deja resaca posoperatoria. Un hipnótico con el que el paciente se duerme, también de acción corta y pocos efectos secundarios. Y, para quitar el dolor, un opiáceo. Siempre se han utilizado opiáceos. Ahora son derivados sintéticos del opio. Si es una anestesia general, añadimos un relajante muscular, que ayuda mucho al cirujano por si el paciente intentara hacer fuerza.

**—¿Cuál de ellos es imprescindible?**

—La analgesia. El opiáceo. El paciente no debe sentir dolor. Si lo tiene, sufrirá ritmo cardíaco lento o taquicardia, con serias repercusiones.

**—¿De qué forma un anestésico impide que se sienta dolor?**

—Actúa sobre los receptores cerebrales, en el córtex cerebral, y en la médula espinal, los centros que inducen la sensibilidad. Si te están abriendo la carne, esa información va al cerebro. Si estuvieras despierto, te retraerías e intentarías irte. Si es anestesia local, se duerme el nervio.

«Al enfermo terminal se le inyecta morfina porque le da euforia y no piensa en morir»

**—¿De esas familias de fármacos, cuál es la que más ha evolucionado?**

—La que menos, la anestesia. Los opiáceos modernos se introdujeron en la farmacopea a principios del siglo XX, aunque el opio ya lo habían utilizado los egipcios 1.000 años antes de Cristo. Ellos utilizaban la mandrágora y la amapola.

**—Ahora ya no se tarda en despertar después de la anestesia.**

—No. Cada sustancia tiene un antagonista. Se despiertan en pocas horas y sin resacas.

**—¿Qué función tiene administrar morfina a los enfermos terminales?**

—Anestesiarnos. Quitarles el dolor, si lo tienen. Adormecerlos. Provocarles una sedación. La morfina es euforizante. Se considera que va bien que en la fase terminal de la vida se sienta una cierta euforia.

**—¿Euforia?**

—Sí. Se intenta que el paciente no esté pensando que se está muriendo. La morfina les induce una cierta obnubilación. Les quitamos el dolor y les nublamus la capacidad de estar

pensando *me quedan las horas contadas*. No siempre esa morfina acelera el proceso de la muerte, depende de la dosis que se utilice.

**—¿Esa función es la que buscaban los fumadores de opio?**

—De hecho, sí. Tras fumar opio hay un momento de euforia, seguido de adormecimiento y, finalmente, malestar. El opio acaba causando náuseas y vómitos. Los chinos lo fumaban para desinhibirse de la vida. Para desconectar del mundo.

**—Sus pacientes, en el hospital, ya llegan adormecidos al quirófano.**

—Sí. La noche antes de la intervención deben tomar un ansiolítico, para poder dormir tranquilos y de forma confortable. Nos llegan un poco atontaditos. Tranquilos.

**—¿Antes de operar, el enfermo ha probado todo lo que le van a inyectar? ¿Se sabe a qué es alérgico?**

—No. Por supuesto que no. No se sabe si todo le sentará bien o no, eso es imposible. Pero todas las sustancias tienen ahora su antagonista, y con ellos podemos suprimir el efecto. ≡