

## Primum non nocere

**Autora:** Ada Toledo

Unidad de sueño y ventilación mecánica - Hospital María Ferrer

**Correspondencia:**  
E-mail: ada\_toledo@yahoo.com.ar

### Al Editor:

Según muy bien expuso el Dr Barimboim en su artículo "Apnea del sueño como factor de riesgo en intervenciones quirúrgicas"<sup>1</sup> las anestias se pueden complicar más en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea de sueño (SAHS) no tratados. Las estadísticas así lo demuestran.

Es importante que recordemos que un paciente que requiere entrar al quirófano lo hace para mejorar cierto padecimiento y no para adquirir un nuevo problema de salud como podría ser una complicación post-quirúrgica. La teoría ya describe todas las complicaciones posibles que un paciente con SAHS no tratado puede padecer durante un acto anestésico, falta llevar a la práctica toda la información que ya tenemos. Es decir, si la anestesia la realizan los anestesiólogos y los pacientes con SAHS se complican al no tener diagnóstico, deberíamos involucrar a estos especialistas con el diagnóstico de este grupo de riesgo.

Dentro de la visita pre anestésica, los especialistas ya utilizan el peso y altura por lo que no les sería muy complicado averiguar el IMC y así pesquisar al que tenga uno mayor al 35. Edad, sexo, HTA son preguntas de rutina en esa visita. No sería muy difícil, pero sí de mucha utilidad, agregar al cuestionario las preguntas de ronquido, cansancio o apneas evidenciadas, haciéndoles saber a los especialistas que es tan importante

preguntar sobre este tema como saber si el paciente que entrara al quirófano fuma. Por último, y sumamente económico, el evaluador debiera contar con una cinta métrica para explorar la circunferencia del cuello no mayor a 40 cm, y de ser mayor algo debería activar el botón rojo de alerta para que ese paciente sea beneficiario de una derivación a un centro especializado en diagnóstico y tratamiento de SAHS.

El paciente con SAHS debiera tener una oportunidad diagnóstica mientras realiza su visita pre anestésica de una cirugía programada, de lo contrario, si surgiera una complicación deberíamos empezar a hablar de mala praxis. El STOP-BANG resulta ser una herramienta práctica al momento de reducir complicaciones anestésicas y debiese ser implementado por anestesiólogos a la brevedad.

Nuestra obligación como neumonólogos especialistas en patología de sueño es no demorar el diagnóstico de un paciente derivado por un servicio de anestesia que debiera ingresar, tan pronto este correctamente tratado, al quirófano.

**Conflictos de interés:** La autora declara no tener conflictos de interés.

### Bibliografía

1. Barimboim, E. Apnea del sueño como factor de riesgo en intervenciones quirúrgicas. RAMR 2014; 3: 257-264.