

Editorial

Complicaciones y comunicación

Varios estudios han examinado la seguridad del bloqueo neural (espinal, epidural, caudal) en un gran número de pacientes. Todos estos estudios han confirmado la rareza de daño neural asociado a este tipo de anestesia¹⁻³. Estas complicaciones pueden asociarse a efectos tóxicos del agente inyectado, colocación incorrecta de la aguja o el catéter, agentes infecciosos o compromiso de la médula espinal debido a compresión o a efecto de masa. Efectos adversos asociados al procedimiento quirúrgico, posición del paciente, o una condición médica previa del paciente, pueden también presentarse como una complicación de la anestesia regional⁴, además de la terapia concomitante. Algunas condiciones médicas tienen riesgos bien documentados, como el caso del uso de la anestesia espinal en pacientes con estenosis aórtica, por lo que se requiere una evaluación cuidadosa por parte del anestesiólogo para escoger la mejor técnica anestésica en el caso de una anestesia regional.

Las complicaciones neurológicas de la anestesia regional, generalmente se descubren una vez que el paciente deja la sala de recuperación. Bloqueo motor persistente, puede indicar oclusión o espasmo de la arteria espinal anterior, o compresión medular debido a hematoma epidural.

La colocación de agujas o catéteres epidurales se asocian a un 2.8 – 11.5% de trauma vascular asociado con sangrado epidural mínimo que se resuelve generalmente sin secuelas⁴. En una revisión reciente de pacientes sometidos a anestesia

espinal entre 1904 y 1994, se encontraron 61 casos de hematoma epidural asociados a anestesia espinal⁵. En 42 de estos 61 pacientes (68%), el hematoma espinal ocurrió en pacientes con evidencia de anormalidad hemostática; 25 de estos habían recibido heparina intravenosa, 12 pacientes tuvieron evidencia de coagulopatía o trombocitopenia o se encontraban bajo tratamiento con antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes orales o dextran 70, inmediatamente antes o después de una anestesia espinal.

A pesar de estos hallazgos, existe una tendencia marcada a administrar anestesia espinal en pacientes que reciben estos medicamentos, ya que la asociación de complicaciones neurológicas con anestesia espinal, son raras o de poca significancia clínica.

Recientemente, han aparecido varios comunicados de hematoma espinal asociados al uso concomitante de anestesia espinal y heparinas de bajo peso molecular (HBPM)^{6,7}. La enoxiparina, es actualmente la única heparina de bajo peso molecular aprobada por la FDA, para su uso en los Estados Unidos de Norteamérica. La información para la prescripción recomienda una dosis mucho mayor que la usada en Europa, para el manejo de la prevención de complicaciones tromboembólicas en pacientes postquirúrgicos. Este puede ser un factor de importancia en el desarrollo de estas complicaciones derivadas del uso de la enoxiparina y bloqueo espinal. Debido a este tipo de situaciones se reco-

mienda que no se administre bloqueo espinal a pacientes que reciben HBPM, cuando menos durante las primeras 12 horas de su administración con el objeto de prevenir esta complicación.

En el presente número se presenta una carta del Dr. Francisco J. Higuera Ramírez, de la Dirección General de Insumos para la Salud, de la Secretaría de Salud, México, dirigida al Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, Presidente de la Sociedad Mexicana de Anestesiología, haciendo referencia a este tipo de complicaciones asociadas a terapia antitrombótica en pacientes que reciben anestesia epidural, espinal o punción raquídea⁸.

El tipo de complicaciones mencionadas arriba, no es nuevo y prácticamente han aparecido con la introducción de nuevos medicamentos en el armamentario quirúrgico. Si bien, los anestesiólogos no se involucran directamente con la prescripción de este tipo de fármacos (HBPM), las complicaciones derivadas de su uso/administración y las técnicas anestésicas comunes en este tipo de pacientes, deben de formar una patrón de vigilancia con el objeto de impedir que este tipo de asociación ocurra y prevenir este tipo de complicaciones, las cuales pueden ser de tremendo impacto asistencial y profesional. Es imperativo además, normar conductas de seguimiento postoperatorio en este tipo de pacientes con el objeto de evitar el uso concomitante de HBPM, o de ser necesarios, elegir otro tipo de método anestésico. El uso de este tipo de fármacos (HBPM) se ha asociado con una importante disminución en el número de complicaciones tromboembólicas en el postoperatorio; por lo que en aquellos pacientes en los que el riesgo tromboembólico es alto, deberá considerarse otro tipo de técnica anestésica con el objeto de evitar esta situación. Este tipo de conducta profesional, sin embargo involucra una serie de factores que someten al anestesiólogo a otro "factor de presión", en su práctica profesional. Se atribuye a Sir William Osler la siguiente frase *"es asombroso lo poco que debe leer el médico para su ejercicio profesional, sin embargo no asombra lo mal que puede hacerlo"*. Si esta afirmación fue correcta en tiempos de Osler, ¡actualmente no lo es!. Sin embargo, es frecuente y casi rutinario el que la población en general y algunos médicos en particular se refieren a nosotros como "anestesistas", haciendo una inflexión peyorativa del término y en muchas ocasiones dudando de su formación profesional. Parafraseando a Osler, es asombroso lo mucho que se le exige al anestesiólogo ante una complicación y asombroso a

la vez, lo poco que se conoce de su especialidad y lo mal que puede ser juzgado. El uso de monitoreo adecuado, la elección correcta de una técnica anestésica, la exigencia profesional de una jornada laboral adecuada, la lentitud entre casos, la negativa de administrar anestesia a dos casos a la vez, el uso de medicamentos caros, son condiciones que pueden hacer cesar a un anestesiólogo en algunos países⁹. El uso de menor personal, técnicas anestésicas convencionales, rapidez en la asistencia, el anestesiólogo versátil, siempre dispuesto a trabajar dos o tres jornadas laborales, siempre dispuesto a manejar dos o tres casos a la vez, escasa vigilancia postoperatoria, son curiosamente aspectos asistenciales que han favorecido la incidencia de complicaciones asociadas al manejo anestésico y cuyo abandono constituye este "factor de presión", con aquellos que se oponen a este cambio en el *status quo* a pesar de claros daños hacia los pacientes.

El tipo de complicaciones señaladas arriba, dejan de ser anecdóticas y son el resultado directo de una falta de comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico: anestesiólogo y cirujano, y en el último de los casos por otros miembros del equipo al cuidado del paciente, los interconsultantes. Es evidente, que una mala comunicación, inadecuada o escasa, mantendrán al paciente a su cuidado en un estado de alta probabilidad de morbilidad. La participación más activa del anestesiólogo en el cuidado del paciente podrá disminuir esta probabilidad de morbilidad asociada a riesgos inherentes a la situación médica del paciente y al uso simultáneo de técnicas, drogas o instrumentaciones, que pueden alterar la evolución clínica en el postoperatorio. Como se señaló arriba, la prescripción de medicamentos antitrombóticos o HBPM, no son generalmente indicadas por el anestesiólogo; como tal, la especialidad anestesiológica, es una especialidad de servicio y su definición actual, se relaciona más con el bienestar del paciente y el mantenimiento de la fisiología "normal" del paciente, que la mera administración de anestésicos y al mantener un paciente quieto durante el procedimiento quirúrgico.

Es necesario que la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico sea una práctica cotidiana y que el protagonismo sea retirado dentro de la madurez que implica el cuidado del paciente. El aprender a elegir una técnica adecuada con madurez y convicción, debería ser uno de los objetivos de la residencia médica, el ganarse el respeto profesional por nuestros colegas, cirujanos y demás, de

berá ser una practica formalmente establecida con el estudio, la información y la capacidad de discutir los casos con el cirujano, a fin de disminuir, prevenir o evitar este tipo de asociaciones potencialmente peligrosas.

José J. Jaramillo-Magaña
Director Editorial

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Av. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, Tlalpan
14269, México D.F.
jamj@mail.internet.com.mx

REFERENCIAS

1. Usubiaga JE. Neurological complications following epidural anesthesia. *Int Anesthesiol Clin* 1975;13:1
2. Philips OC, Ebner H, Nelson AT. Neurological complications following spinal anesthesia with lidocaine. A prospective review of 10,440 cases. *Anesthesiology* 1969;30:284-289
3. Kane RE. Neurologic deficits following epidural or spinal anesthesia. *Anesth Analg* 1981;60:151-155
4. Wedel DJ. Complications of central neural blockade. 3rd Panamerican Symposium on Regional Anesthesia and Pain. (Memorias) Cancun, México 1997:61-66.
5. Vandermeulen EP; Van Aken H, Vermeylen J. Anticoagulants and spinal-epidural anesthesia. *Anesth Analg* 1994;79:1165-1177.
6. Hynson JM, Katz JA, Bueff HU: Epidural hematoma associated with enoxaparin. *Anesth Analg* 1999;82:1072-1075
7. Rabito SF, Ahmed S, Feinstein L, Winnie AP. Intrathecal bleeding after the intraoperative use of heparin and urokinase during continuous spinal anesthesia. *Anesth Analg* 1996;82:409-411
8. Higuera Ramírez FJ. Reacciones adversas. *Rev Mex Anest* 1998;21:74
9. Eichhorn JH. Risk management in anesthesia. *Rev Mex Anest* 1997;20:84-90