



Anestesia regional en el paciente críticamente enfermo

Dra. Guadalupe Zaragoza-Lemus,* Acad. Dr. Raúl Carrillo-Esper**

* Anestesióloga-Algóloga-Anestesia Regional. Instituto Nacional de Rehabilitación.

** Academia Mexicana de Cirugía, Fundación Clínica Médica Sur, UTI.

Actualmente se discute la evaluación del rol de la anestesia regional (AR) en el paciente de alto riesgo, así como los beneficios potenciales. La AR es una herramienta invaluable durante y después de la cirugía, para el tratamiento del dolor en una gran variedad de procedimientos quirúrgicos (Cuadro I). Sin embargo, los beneficios en el set no quirúrgico han sido poco estudiados. La anestesia regional es una modalidad atractiva para el paciente críticamente enfermo, enfocado en el alivio y control del dolor sostenido, con un perfil de efectos sistémicos benéficos. Las indicaciones para AR en este grupo de pacientes no están limitadas a la analgesia postquirúrgica y quirúrgica, sino que se expanden al manejo de los asuntos relacionados al trauma, condiciones médicas y procedimientos dolorosos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los pacientes en la UCI presentan cambios especiales para el anestesiólogo regionalista; incluyen coagulopatías, infecciones, estados inmunocomprometidos, sedación y problemas asociados con la ventilación, así como factores que potencialmente incrementan el riesgo de toxicidad sistémica (Cuadro II).

BLOQUEOS ESPECÍFICOS EN LA UCI

Anestesia neuroaxial. Los catéteres epidurales se usan comúnmente en pacientes elegidos para ser admitidos en la UCI. Además de mejorar el control del dolor, se ha reportado una facilitación del destete del ventilador y me-

joría pulmonar después de cirugía de pulmón, trasplante de pulmón y trauma torácico. En un estudio reciente respecto de los efectos sedantes de la anestesia epidural, Lu y colaboradores reportaron disminución de los niveles de cortisol en los pacientes de UCI que recibieron lidocaína epidural medida por los potenciales evocados auditivos pero sin deferencia en la escala de Ramsay. La anestesia espinal ha perdido popularidad, aunque los pacientes de alto riesgo de falla circulatoria se han beneficiado de un control superior asociado; éste puede no ser fácil.

BLOQUEOS DE NERVIOS PERIFÉRICOS (BNP)

Entendiendo que el paciente debe ser posicionado para el procedimiento y no hay contraindicaciones presentadas virtualmente, cualquier bloqueo de nervios periféricos es realizable en el paciente en condiciones críticas. Especiales precauciones en el paciente bajo sedación profunda; ni pensar un abordaje interescalénico. Posibles técnicas en la UCI incluyen bloqueos de extremidades inferiores, los cuales pueden ser usados para el control del dolor después de fracturas o cirugía; o para alcanzar simpaticolisis e incrementar la perfusión de la extremidad afectada. El bloqueo abdominotransverso (TAP) es una opción útil aunque controversial después de cirugía abdominal mayor, como laparotomía o laparoscopía.

Cuadro II. Consideraciones especiales en la UCI.

1. Coagulopatías
2. Inmunocompromiso e infección
3. Problemas relacionados con la ventilación/sedación
4. Toxicidad sistémica de los anestésicos locales (AL)
5. Alteraciones de electrolitos, ácido-base y falla renal
6. Confusión inadvertida de la vía de infusión del AL

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Después de una lesión mayor a la cavidad torácica o al abdomen superior, la anestesia regional puede brindar excelente control del dolor y ventajas en la ventilación mecánica, pudiendo mejorar la ventilación espontánea y la rehabilitación pulmonar. Posibles técnicas son la epidural torácica, bloqueo paravetebral, intercostal e interpleural. Aunque han mostrado evidencia positiva, aún son controversiales. Para facilitar una extubación y rehabilitación tempranas, la epidural torácica ha reportado ser útil en trasplante pulmonar; el mantenimiento de los catéteres incluye observación de datos de infección o sangrado y monitoreo de coagulación.

Reciente interés ha resurgido en el bloqueo del ganglio estrellado, que da simpaticolisis unilateral para el tórax, cuello y región de la cabeza. Se ha reportado éxito en el salvamento de extremidad isquémica en pacientes con enfermedad vascular periférica, y en el tratamiento de extravasación por vasopresores. Además se ha usado para reducir el vasoespasmo de arterias

intracraneales y extracraneales después de hemorragia subaracnoidea o clipaje de aneurisma, en el tratamiento de arritmias ventriculares, fibrilación ventricular sostenida, tormenta eléctrica o estabilización después de reversión ventricular asistida.

IMPLICACIONES FUTURAS

A la luz de muchas ventajas de la anestesia regional en los pacientes críticamente enfermos, se necesita una investigación sistematizada para dar mayor claridad a los efectos de eficacia y seguridad, en ambos, en el hospital y en pacientes crónicos. Aunque numerosos estudios de prueba controlados y grandes estudios de cohorte se han realizado para estudiar los efectos intraoperatorios y postoperatorios de las técnicas neuroaxilar y periféricas, sólo se dispone de una evidencia de graduación 4 o 5 para brindar la anestesia regional, ya sea anestésica o analgésica, en el paciente críticamente enfermo.

REFERENCIA

1. Stundner O, Memtsoudis S. Regional Anesthesia and Analgesia in Critically Ill Patients. Reg Anesth Pain Med. 2012;37:537-544.