

TIPS EN ANESTESIA

Vol. 42. Supl. 1 Julio-Septiembre 2019
pp S42-S43

¿Es la anestesia neuroaxial la mejor opción en el paciente geriátrico?

Dr. Néstor Armando Sosa-Jaime,* Dr. Filemón Linares-Nolasco,** Dr. José Emilio Mille-Loera***

* Anestesiólogo Jefe del Departamento de Anestesiología de la UMAE. Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI de IMSS.

** Anestesiólogo, Intensivista Jefe del Departamento de Inhaloterapia de la UMAE, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI de IMSS.

*** Anestesiólogo-Subdirector Médico del Instituto Nacional de Cancerología, México.

La anestesia neuroaxial, desde su advenimiento hasta la actualidad es una técnica anestésica frecuentemente elegida por los anestesiólogos; pero surge la pregunta, ¿será la mejor opción, en el paciente geriátrico? Esta es una pregunta que siempre nos debemos hacer. Habrá que saber si el paciente está de acuerdo con el procedimiento anestésico o si tiene dudas o miedo a la anestesia neuroaxial; ¿es correcto tratar de convencer al enfermo para realizar dicho método anestésico?

¿Si el paciente solicita anestesia neuroaxial, deberá tomarse en cuenta y tal vez aceptar la sugerencia del paciente, aunque la indicación médica sea dudosa o la experiencia del anestesiólogo en anestesia regional no sea la más idónea?

Todas estas interrogantes nos debemos plantear ante un paciente geriátrico, ya que el estado físico de cada uno de los enfermos es muy diverso y depende del estilo de vida de cada individuo, habrá que explorar sobre las enfermedades cronicodegenerativas que padezcan y las repercusiones sistémicas que estén provocando en el organismo.

Las personas de la tercera edad, son un grupo especial de pacientes a los cuales confrontamos, día a día con mayor frecuencia dado el avance de la anestesiología y al incremento paulatino de la esperanza de vida de los humanos en las últimas décadas. Como anestesiólogos debemos entender los cambios fisiológicos y psicológicos, así como las enfermedades habituales en este grupo de pacientes, para estar en situación de brindarles un cuidado profesional adecuado y con ello minimizar las complicaciones.

Si bien, en la actualidad no existen estándares de manejo anestésico para los ancianos, es conveniente conocer las ventajas y desventajas que ofrecen las técnicas de anestesia general y neuroaxial en cualquiera de sus variedades, y así poder establecer un plan de manejo basado en evidencias.

La anestesia regional parece ofrecer algunas ventajas sobre

la anestesia general, como son la menor incidencia de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar, menos complicaciones pulmonares y una menor incidencia de síndrome de *delirium* postquirúrgico; aunque esto es controvertido ya que algunos están a favor y otros están en contra. La hipotensión arterial es más frecuente en los bloqueos neuroaxiales debido a los cambios en el sistema nervioso autónomo y a una reducida respuesta vascular periférica. En los ancianos con enfermedad cardiovascular avanzada que son sometidos a cirugía mayor es más fácil establecer un manejo cardiovascular cuando se utiliza anestesia general. Algunos procedimientos, como las plastías inguinales se pueden realizar con anestesia local, y la cirugía de extremidades con bloqueos regionales que cada día están más en el arsenal del anestesiólogo, derivado al uso cotidiano del ultrasonido en las técnicas regionales, con mucho mayor éxito y seguridad ⁽¹⁾.

Los factores que facilitan un bloqueo neuroaxial más extenso en los ancianos, son la degeneración gradual del sistema nervioso central y periférico, la disminución del volumen del LCR espinal y los cambios en la configuración de la columna lumbo-torácica. Lo más importante en el manejo anestésico de estos pacientes es optimizar el estado físico durante el período perioperatorio en la medida de lo posible particularmente en la cirugía programada, ya que esto influirá en la calidad de la anestesia.

Si se opta por anestesia regional con sedación, deben ser medicamentos de muy corta duración para la sedación para tratar de minimizar los efectos adversos. También debemos tener en cuenta la farmacodinamia y farmacocinética de nuestros anestésicos locales, la composición y características de los órganos y tejidos del cuerpo así como los cambios fisiológicos y función del organismo. Siempre debemos tener en cuenta la absorción, la distribución y el incremento en la sensibilidad y

el aumento en la duración y el efecto de los anestésicos locales en el paciente de edad avanzada. Cuando agregamos algún anestésico local con adrenalina debemos tener en cuenta que podría aumentar la neurotoxicidad por isquemia, además de la prolongación del tiempo del bloqueo⁽²⁾.

En la revisión de E. Pushpanathan, estudio multicéntrico en el Reino Unido del 2018, concluye que en los pacientes geriátricos a los cuales se les proporcionó anestesia neuroaxial, se prolonga la analgesia postoperatoria en forma considerable⁽²⁾.

Situación que puede ser benéfica para el paciente en el postoperatorio inmediato, ocasionando menos consumo de analgésicos y mayor confort para nuestros pacientes. Recordemos que los pacientes con una anestesia regional inadecuada pueden estar en un riesgo mayor que los que reciben anestesia regional óptima o anestesia general.

Otro factor que puede estar a favor de la anestesia regional en este grupo etario de pacientes, es la presentación de *delirium* postoperatorio, ya que como sabemos esta entidad aumenta la morbilidad y mortalidad en los pacientes que lo presentan en cualquiera de sus variedades. En la publicación de Ya-Wei Li se comenta a favor de la anestesia combinada con bloqueo epidural y anestesia general, argumentando que la analgesia es superior y el consumo de analgésicos en el postoperatorio es significativamente menor, así como la presentación de *delirium*, por lo que concluye estar a favor de la anestesia neuroaxial⁽³⁾.

Otro de los factores a comparar entre anestesia general y anestesia neuroaxial, es la mortalidad; en los pacientes geriátricos, ¿influye el tipo de anestesia que le otorguemos?

Cuando se compara en este grupo de pacientes la mortalidad a corto plazo al parecer no existen diferencias en la mortalidad, en cuanto al tipo de anestesia. En el trabajo de Timothy Brox, se atendieron a 7,585 pacientes con fractura

de cadera con edad promedio de 80 años, de los cuales 4,257 recibieron anestesia general y 3,059 anestesia neuroaxial y 269 anestesia combinada; ellos midieron la mortalidad a 30, 60 y 365 días no encontrando diferencias estadísticamente significativas a favor de la anestesia neuroaxial⁽⁴⁾.

Por otra parte, la percepción de satisfacción de los pacientes que fueron sometidos a una técnica de anestesia neuroaxial debe considerarse; ya que para muchos pacientes mayores la consideraron no satisfactoria, derivado de las dificultades técnicas; ya sea por la falta de movilidad del enfermo, la fusión de los espacios intervertebrales, más de un intento del bloqueo neuroaxial, etc. Esto lo percibe el paciente como agresión a pesar de que se le explique la situación, muchos de nuestros pacientes prefieren anestesia general, argumentando que prefieren no sentir nada⁽⁵⁾.

Como siempre en medicina hay que individualizar a cada uno de nuestros pacientes y más cuando se trata de enfermos geriátricos que van a ser sometidos a cirugía; deberá considerarse el tipo de enfermedades cronicodegenerativas, que tanto está limitado su estado físico, tipo de intervención quirúrgica por realizarse, duración del acto anestésico-quirúrgico, la posición necesaria para llevar a cabo la intervención quirúrgica y si ésta será cómoda para el paciente.

Todas estas interrogantes se nos vienen a la cabeza para decidir entre anestesia general o anestesia neuroaxial como la mejor opción para mi paciente.

Aparentemente, a los ojos de los demás la anestesia neuroaxial y la anestesia regional son muy benéficas para los pacientes geriátricos, siempre que se tengan en cuenta qué medicamentos se van a utilizar y algo muy importante que nunca debemos dejar de lado, la experiencia del anesthesiologo y su «*expertise*» con la anestesia neuroaxial y regional.

REFERENCIAS

1. Lin C, Tsui BCH. Practical regional anesthesia guide for elderly patients. *Drugs Aging*. 2019; <https://doi.org/10.1007/s40266-018-00631-y>.
2. Pushpanathan E, Setty T, Carvalho B, Sultan P. Systematic review of postoperative pain outcome measurements utilised in regional anesthesia randomized controlled trials: a anesthesiology research and practice. 2018; Article ID 9050239, 13 pages <https://doi.org/10.1155/2018/905023>.
3. Wei Li Y, Juan Li H, Jin Li H, Feng Y, Yu Y, Yang Guo X, et al. Effects of two different anesthesia-analgesia methods on incidence of postoperative delirium in elderly patients undergoing major thoracic and abdominal surgery: study rationale and protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Anesthesiology*. 2015;15:144. doi: 10.1186/s12871-015-0118-5.
4. Brox WT, Chan HP, Cafri G, Inacio M. Similar mortality with general or regional anesthesia in elderly hip fracture patients. *Acta Orthop*. 2016;87:152-157.
5. Lavado JS, Goncalves D. Explorando las preferencias anestésicas de los pacientes y la percepción de la anestesia locorregional. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2019; 8 de enero. Pii: S0034-9356 (18) 30238-X. doi: 10.1016/j.redar.2018.12.004.
6. Lo JC, Srinivasan S, Chandra M, Patton M, Budayr A, Liu L H, et al. Trends in mortality following hip fracture in older women. *Am J Manag Care*. 2015;21:206-214.
7. Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhosi J, Foo I, Goodall J, Harrop-Griffiths W, Jameson J, Love N, Pappenheim K, White S. Perioperative care of the elderly 2014 Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. 2014;69:81-98. doi: 10.1111/anae.12524.