



\* Médico Anestesiólogo-Algólogo,  
Maestro en Ciencias Médicas,  
Clínica del Dolor, Hospital Ángeles  
México. Ciudad de México, México.

**Correspondencia:**  
**Dr. Gabriel E Mejía-Terrazas**  
**E-mail:** gisibyg@yahoo.com.mx  
www.clinicadeldolormexico.com

## Adecuada información para tomar adecuadas decisiones

### *Adequate information to make appropriate decisions*

Dr. Gabriel E Mejía-Terrazas\*

**Citar como:** Mejía-Terrazas GE. Adecuada información para tomar adecuadas decisiones. Rev Mex Anesthesiol. 2022; 45 (4): 225. <https://dx.doi.org/10.35366/106339>

*Somos lo que hacemos día a día; de modo que la excelencia no es un acto, es un hábito.*

Aristóteles

Como todos los sábados por la mañana, al revisar las novedades del *National Center for Biotechnology Information*, en esta ocasión llamó mi atención una revisión sistemática sobre los efectos neurológicos del bloqueo interescalénico -dicho sea de paso, éste es uno de los procedimientos anestésicos más apreciados por quien esto escribe-, conocido desde la época del oscurantismo de la parestesia, pasando por la estimulación eléctrica y llegando a su siglo de oro debido a la ultrasonografía; sin embargo, como todas las técnicas anestésicas, presenta sus inconvenientes y dificultades.

Somos afortunados de ver cómo en los últimos años ha habido un aumento en la utilización de las técnicas regionales, aunque éste ha sido discreto; no obstante, a pesar de conocer los efectos favorables que produce el bloqueo interescalénico no sólo en el control del dolor, sino también en los efectos inmunológicos, la disminución de complicaciones, la oxigenación cerebral (todos los cuales están bien documentados en la literatura mundial), aún sigue habiendo reticencia en su utilización como técnica anestésica única en la cirugía de hombro, dado que no se utiliza sola, sino en conjunto con anestesia general. En un estudio de 27,201 pacientes sólo 15.4% recibió anestesia regional en combinación con anestesia general y el restante 84.5% recibió anestesia general sola<sup>(1)</sup>; en otros estudios la proporción va de 20 a 80% de la cirugía ambulatoria de hombro, esto puede estar motivado por diferentes argumentos, principalmente la presencia de complicaciones, una de las cuales es la paresia diafragmática, que se presenta en un porcentaje no despreciable de casos, pero hay que preguntarse qué tan grave puede ser ésta, por ejemplo en pacientes sanos, donde por lo general es bien tolerada, puesto que se presenta como una disnea leve, quizá los únicos pacientes que podrían no tolerarla serían aquellos con neumopatías, que tan relacionada puede estar su presencia con la experiencia del operador

(ya que, como sabemos, el ultrasonido es operador-dependiente), con la calidad de la imagen generada por el equipo que utilizamos y con el tipo de pacientes a los que les aplicamos el bloqueo, por ejemplo obesos o con cuello corto. Ahora bien, ¿cuántos pacientes tienen una complicación pulmonar derivada de este efecto adverso?, estas situaciones se encuentran aún sin contestar. Estos puntos son hoy en día una laguna del conocimiento muy grande, pero afortunadamente esto ha favorecido el desarrollo de nuevas técnicas que intentan sustituir el bloqueo interescalénico, que son muy prometedoras, y pretenden mejorar el desarrollo del bloqueo y la anatomía del área interescalénica.

Otra de las razones para no utilizar dicho procedimiento es justamente la presencia de complicaciones derivadas de su utilización y dentro de éstas las más temidas probablemente serían las de índole neurológicas, las cuales (a decir de algunas publicaciones) son una de las razones para no extender su uso de forma generalizada en cirugía de hombro, que de acuerdo con los resultados de la revisión mencionada al inicio, este argumento en el momento actual probablemente va sea insostenible, debido a que el rango de incidencia de síntomas neurológicos fue de 0 a 3% con mayor presencia en la primera y segunda semana con una disminución importante entre la segunda semana y el primer mes, y sin ninguna secuela al año de realizada la cirugía<sup>(2)</sup>.

Debemos ser conscientes de que el cuidado anestésico va a favorecer los resultados postoperatorios, por lo que esta disparidad en la utilización de técnicas anestésicas va a tener un efecto sobre dichos resultados; por tanto, en nuestro quehacer diario y teniendo en cuenta nuestro compromiso de ofrecer al paciente la mejor técnica anestésica donde el beneficio supere al riesgo y rompiendo el paradigma de «la mejor técnica es la que mejor doy», debemos estar conscientes de que las técnicas regionales prácticamente en todos los ámbitos son una opción que cumple con este equilibrio. Esto es una invitación a superarnos como gremio y a mejorar la atención de los pacientes que tenemos a nuestro cargo, esto como una visión de una práctica anestésica moderna, pero manteniendo la calidez y calidad que nos representa.

### REFERENCIAS

1. Danninger T, Stundner O, Rasul R, Brummett CM, Mazumdar M, Gerner P, et al. Factors associated with hospital admission after rotator cuff repair: the role of peripheral nerve blockade. *J Clin Anesth.* 2015;27:566-573.
2. Mutter T, Logan GS, Neily S, Richardson S, Askin N, Monterola M, et al. Postoperative neurologic symptoms in the operative arm after shoulder surgery with interscalene blockade: a systematic review. *Can J Anaesth.* 2022;69:736-749.

