

Unidad 4

ANESTESIA EN PABELLÓN



Índice

Índice	2
1. Anestesia local:	3
1.1. Tipos de anestésicos locales:	3
1.2. Vasoconstrictores y anestesia local:	4
1.3. Efectos adversos de la anestesia local:	4
1.4. Prevención de complicaciones:	5
1.5. Procedimiento de anestesia local:	5
2. Anestesia regional:	7
2.1 Efectos fisiológicos:	7
2.2. Indicaciones:	8
2.3. Contraindicaciones:	8
2.4. Anestesia epidural:	8
2.5. Anestesia raquídea:	9
3. Anestesia general.....	11
3.1. Evaluación preanestésica:	10
3.2. Premedicación:	11
3.3. Etapas de la anestesia:	11
3.4. Inducción:	12
4. Vía aérea difícil.....	13
4.1. Evaluación de la vía aérea:	13
4.2. Preparación para el manejo de la vía aérea difícil:	14
5. Emergencias anestésicas.....	16
5.1. Manejo de emergencias anestésicas:	16
Referencias bibliográficas	17

Habitualmente cuando hablamos de anestesia nos referimos al conjunto de procedimientos requeridos para realizar técnicas quirúrgicas sin dolor ni reacciones adversas.

Anestesia es la anulación de la sensibilidad, mientras que el bloque específico de la sensibilidad dolorosa se denomina analgesia.

Con frecuencia nos interesa que el paciente no esté consciente durante el procedimiento, y a ese “sueño inducido” se le llama hipnosis. El último procedimiento que se incluye en el término genérico de anestesia es la inmovilización del paciente, lo que conseguimos induciendo una relajación muscular.

Las diferentes modalidades de técnica anestésica incluyen todos o algunos de estos cuatro procedimientos, en diferente medida.

1. Anestesia local:

Los anestésicos locales son agentes químicos que interrumpen la conducción nerviosa en una zona localizada, de forma transitoria y reversible.

Los anestésicos locales provocan bloqueo de la transmisión del potencial de acción y, por tanto, evitan la transmisión nerviosa específica de dicha fibra anestesiada.

Tabla 2. Secuencia de acción de los anestésicos locales

1. Inyección del anestésico local
2. Difusión a través de la membrana del nervio
3. Equilibrio de formas ionizadas-no ionizadas en axoplasma
4. Fijación del anestésico con su receptor de membrana
5. Bloqueo del canal del sodio
6. Disminución del punto de despolarización
7. Inhibición en la progresión del potencial de acción
8. Bloqueo anestésico

1.1. Tipos de anestésicos locales:

- Ésteres: procaína, tetracaína, clorprocaína, benzocaína. Inestables en solución, en plasma son metabolizados por la pseudocolinesterasa y otras esterasas plasmáticas. Uno de los productos de la hidrólisis es el ácido paraaminobenzoico (PABA), que le confiere un alto poder de hipersensibilización. Por esta razón, cayeron en desuso.
- Amidas: lidocaína, mepivacaína, bupivacaína, prilocaína, etidocaína, ropivacaína. Estables en solución y se metabolizan en el hígado. Su desarrollo supuso un incremento notable de la seguridad en todas las intervenciones donde se utilizan anestésicos locales.

1.2. Vasoconstrictores y anestesia local:

El uso de vasoconstrictores junto con los anestésicos locales está justificado por la mejora del perfil de seguridad del anestésico y también por la mejor visualización que proporcionan al campo quirúrgico. El más empleado es la adrenalina y la fenilefrina.

VENTAJAS:

- Prolonga la duración del efecto y aumenta la intensidad del bloqueo.
- Desciende la velocidad de absorción, por lo que aumenta la dosis máxima (disminuye la toxicidad sistémica) y reduce el sangrado del campo quirúrgico.

DESVENTAJAS:

- Riesgo de necrosis por vasospasmo y retraso en la cicatrización.
- Disminuye el pH (los excipientes hacen que tenga un pH más ácido para evitar la labilidad de las catecolaminas) con el consiguiente aumento de dolor al realizar la infiltración.
- Riesgo de arritmias, HTA e infarto de miocardio.

CONTRAINDICACIONES:

- HTA moderada-grave, coronariopatías, diabetes, embarazo.
- Tratamientos con IMAO, antidepresivos tricíclicos o fenotiazinas.
- Hipertiroidismo, feocromocitoma, esclerodermia.
- En zonas acras: dedos de las manos y de los pies, nariz, oreja o pene.
- Piel desvitalizada o traumatizada.

1.3. Efectos adversos de la anestesia local:

Los efectos adversos pueden producirse de forma local y sistémica:

- Local: dolor, equimosis/hematoma, infección, lesión del tronco nervioso, lesión de la estructura subcutánea.
- Sistémica: la mayoría de los efectos secundarios se producen por sobredosificación, generalmente por inyección i.v. accidental. Existe una mayor toxicidad a mayor potencia, a mayor velocidad de administración, de absorción y difusión, y a mayor toxicidad intrínseca del anestésico local (p. ej., la bupivacaína tiene mayor toxicidad intrínseca que la lidocaína, aunque su velocidad de absorción en el punto de inyección es más lenta).
- Derivados de la toxicidad por sobredosificación: Aparece cuando se superan las dosis máximas recomendadas (sobredosificación absoluta) o por dosis correctas aplicadas de forma intravascular (sobredosificación relativa).

1.4. Prevención de complicaciones:

Para evitar las posibles complicaciones descritas anteriormente, siempre tendremos en cuenta las siguientes recomendaciones:

- No sobrepasar las dosis máximas y usar concentraciones del 1%.
- Esperar el tiempo de latencia previo a intervenir quirúrgicamente (5-10 min).
- Preguntar por alergias (indagar sobre procedimientos dentales previos).
- Aseptizar generosamente la zona a infiltrar.
- Aspirar la jeringa "siempre" antes de presionar el émbolo, y presionar suavemente. Si aparece aspiración sanguínea, interrumpir la anestesia presionando levemente la zona con una gasa estéril y desechar la jeringa, continuando la infiltración con una nueva.

Si en el momento de la punción apareciera un dolor intenso y generalmente irradiado, es porque hemos lesionado una terminal nerviosa; en este caso, hay que retirar un poco la infiltración perineural y continuar infiltrando en otra zona.

- Preguntar a menudo al paciente para valorar precozmente cualquier complicación.
- Evitar hacer comentarios inapropiados que asusten al paciente y mantener siempre contacto verbal con él.

1.5. Procedimiento de anestesia local:

Existen tres tipos de anestesia local: a) tópica (epidérmica, mucosa); b) local por infiltración (percutánea), y c) por bloqueo regional (nervio periférico menor o mayor). Vamos a describir estas modalidades y las peculiaridades de cada procedimiento:

- Anestesia tópica:

La anestesia local tópica (AT) consiste en la aplicación directa del agente anestésico sobre la piel o las mucosas produciendo una inhibición de los estímulos dolorosos, táctiles y térmicos.



Anestesia ocular oftálmica:

La anestesia tópica eliminar el dolor y permite una exploración cómoda, al eliminar el blefarospasmo y el lagrimeo; por ello, resulta de extrema utilidad en la valoración de:

- Laceraciones y abrasiones corneales.
- Quemaduras oculares, originadas por agentes físicos o químicos.
- Úlceras corneales, sobre todo las producidas por cuerpos extraños y lentes de contacto.

La técnica se realizará siempre tras la valoración sensorial y visual:

1. Se indica al paciente que dirija la mirada hacia arriba.
2. Se aplican 2 gotas del colirio anestésico en la conjuntiva tarsal inferior (fondo de saco). La tetracaína (colirio anestésico) tiene una latencia de 3-4 min y su efecto permanente durante 30-40 min.



- **Anestesia por infiltración**

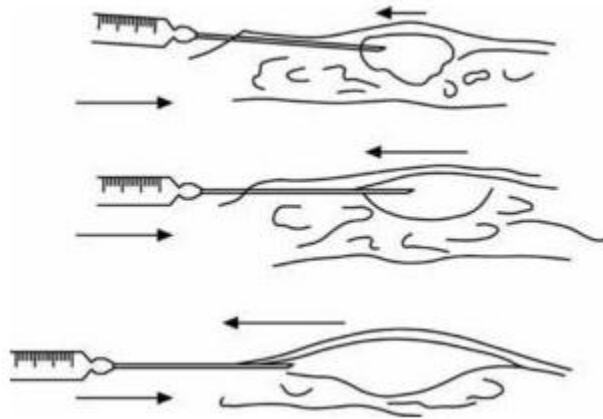
Es de elección en la mayoría de las intervenciones de cirugía menor. El agente anestésico se infiltra extravascularmente en el tejido subcutáneo y en la dermis. Allí actuará sobre las terminaciones nerviosas, inhibiendo su excitación. Existen tres formas para la infiltración del anestésico local.

1. Infiltración angular.
2. Infiltración perifocal o perilesional.
3. Infiltración lineal.

La elección depende del tipo de intervención, del tamaño de la zona a anestesiarse y de las características de la lesión:

- Las lesiones superficiales (nevus, dermatofibromas) son susceptibles de la infiltración angular.

- Las lesiones subcutáneas como quistes, abscesos o lesiones vasculares se deben infiltrar con la infiltración perilesional. Esta forma es también útil para las lesiones superficiales, pero no es aconsejable realizar la angular en las descritas en este apartado, por el riesgo de puncionar el quiste, absceso, etc.
- Las laceraciones de la piel se infiltrarán siguiendo los márgenes de la misma de forma lineal perilesional o intralesional.



2. Anestesia regional:

La anestesia regional es un tipo de anestesia que bloquea la sensibilidad en una zona específica del cuerpo, como un brazo o una pierna, mediante la inyección de un anestésico local en los nervios o alrededor de ellos. A diferencia de la anestesia general, la anestesia regional no afecta el nivel de conciencia del paciente.

Bloquea la conducción nerviosa mediante el uso de drogas depositadas a nivel del neuroeje, produciendo un bloqueo somático y autonómico.

Se divide en dos tipos: la Anestesia raquídea (o intradural o subaracnoidea) y la Anestesia epidural.

2.1 Efectos fisiológicos:

- Cardiovascular: dependiendo del grado de bloqueo simpático del sistema nervioso autónomo provoca una caída de la PA y la FC. La magnitud del bloqueo simpático es una expresión de la extensión del bloqueo anestésico; en anestesia subaracnoidea se extiende al menos 2 dermatomas más hacia cefálico que el bloqueo sensorial, y en anestesia epidural ambos bloqueos son de similar magnitud.

Este efecto provoca disminución del retorno venoso al corazón y redistribución de la volemia al lecho esplácnico y extremidades inferiores.

Junto a la caída de la PAM, disminuye el flujo sanguíneo coronario.

- Termorregulación: se provoca hipotermia secundaria por redistribución del calor central hacia la periferia por vasodilatación, lo que a su vez provoca un aumento de la pérdida de calor.
- Respiratorio: Se produce una disminución del volumen de reserva espiratorio con disminución de la capacidad vital, por parálisis de la musculatura accesorio. Tiene escasa relevancia en pacientes sanos, no así en pacientes con patologías respiratorias.
- Gastrointestinales: hiperperistalsis intestinal, lo que puede provocar náuseas y vómitos, por bloqueo simpático.
- Renal: disminuye la VFG y el flujo plasmático renal, siendo de escasa relevancia clínica.
- Conciencia: puede producir somnolencia y reducir las necesidades de hipnóticos en pacientes quirúrgicos.

2.2. Indicaciones:

La anestesia regional se indica en todo procedimiento quirúrgico que puede realizarse con un nivel sensitivo anestésico sin riesgo para el paciente y en ausencia de contraindicaciones.

Está indicada en pacientes con riesgo de complicaciones tromboembólicas, ya sea cirugía de cadera o rodilla o cirugía vascular. También cuando se desea monitorizar el nivel de conciencia intraoperatorio, como en resecciones transuretrales de próstata. Puede asociarse o no con anestesia general superficial, lo que ayudaría a disminuir la estancia hospitalaria y la morbilidad perioperatoria en pacientes de alto riesgo, como pacientes con disminución de reserva cardiorrespiratoria que serán sometidos a cirugías abdominales altas y/o torácicas, en asociación con anestesia regional.

2.3 Contraindicaciones:

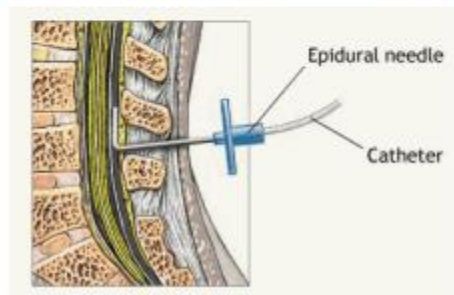
- Absolutas: rechazo del paciente, Coagulopatías, colapso circulatorio, infección del sitio de punción, aumento de la presión intracraneal
- Relativas: Coagulopatías de laboratorio y/o ingesta de fármacos antiagregante o anticoagulantes, hipovolemia, falta de experiencia del operador, enfermedad neurológica preexistente, dolor lumbar crónico.

2.4 Anestesia epidural:

- Abordaje:

El nivel de punción dependerá del sitio quirúrgico. Para procedimientos de periné y extremidades inferiores se prefiere abordaje lumbar bajo, para cirugías de hemiabdomen inferior, se prefiere abordaje lumbar alto. A nivel de hemiabdomen superior o tórax se puncionará a nivel torácico.

- Factores que afectan el bloqueo epidural:
 - Lugar de inyección y tamaño de las raíces: El bloqueo se inicia antes y es más intenso en segmentos cercanos al sitio de inyección y de inicio más lento en grandes troncos nerviosos.
 - Edad, peso y talla: Se requieren volúmenes mayores en pacientes jóvenes. No hay una relación clara entre pacientes jóvenes y distribución de la solución. La talla es solo relevante en tallas extremas, los pacientes más altos requieren volúmenes mayores.
 - Volumen, concentración y dosis de anestésicos: las dosis de anestesia epidural sucesivas aumentan el bloqueo sensitivo y la duración del bloqueo.
 - Presión del espacio epidural: factores fisiológicos y patológicos pueden aumentar la presión epidural, como embarazo, ascitis y tumores.
 - Posición: las diferencias de posición tienen un efecto mínimo en la difusión del bloqueo.
 - Velocidad de Inyección: la difusión de la solución epidural no varía significativamente con el aumento de velocidad de inyección.



2.5 Anestesia raquídea:

La anestesia raquídea, también conocida como anestesia espinal, es un procedimiento en el que se inyecta un anestésico local en el espacio subaracnoideo de la columna vertebral, justo debajo de la médula espinal, para bloquear la sensación de dolor y otras sensaciones en la parte inferior del cuerpo. Se utiliza comúnmente para cirugías en el abdomen, piernas, ingle y genitales, así como para el manejo del dolor después de la cirugía.

- Ventajas:
 - Rápido inicio de acción.
 - Menos efectos secundarios sistémicos que la anestesia general.
 - Mayor control del dolor en comparación con la anestesia local.
 - Posibilidad de mantener al paciente despierto durante el procedimiento.
- Efectos secundarios:
 - Hipotensión
 - Náuseas y vómitos
 - Cefalea (puede ocurrir después de la inyección)
 - Dificultad para orinar.



3. Anestesia General:

La anestesia general es un coma inducido médicamente con pérdida de reflejos protectores, como resultado de la administración de uno o más agentes anestésicos generales. Se lleva a cabo para permitir procedimientos médicos que de otro modo serían intolerablemente dolorosos para el paciente; o donde la naturaleza del procedimiento en sí mismo impide que el paciente esté despierto.

Se puede administrar una variedad de medicamentos, con el objetivo general de garantizar la pérdida del conocimiento, la amnesia, la analgesia, la pérdida de reflejos del sistema nervioso autónomo y, en algunos casos, la parálisis de los músculos esqueléticos.

3.1 Evaluación preanestésica:

Antes de un procedimiento planificado, el anestesiólogo revisa los registros médicos y/o entrevista al paciente para determinar la mejor combinación de medicamentos y dosis y el grado en que se requerirá un monitoreo para garantizar un procedimiento seguro y efectivo. Los factores clave en esta evaluación son la edad del paciente, el índice de masa corporal, el historial médico y quirúrgico, los medicamentos actuales y el tiempo de ayuno.

3.2 Premedicación:

Antes de la administración de un anestésico general, el anestesista puede administrar uno o más medicamentos que complementen o mejoren la calidad o la seguridad del anestésico.

Una premedicación comúnmente utilizada es la clonidina, un agonista adrenérgico alfa-2. La premedicación con clonidina reduce la necesidad de agentes de inducción anestésica, de agentes volátiles para mantener la anestesia general y de analgésicos postoperatorios. También reduce los temblores postoperatorios, las náuseas y los vómitos postoperatorios y el delirio de emergencia.

Se ha descubierto que la melatonina es efectiva como premedicación anestésica tanto en adultos como en niños debido a sus propiedades hipnóticas, ansiolíticas, sedantes, antinociceptivas y anticonvulsivas. A diferencia del midazolam, la melatonina no afecta las habilidades psicomotoras ni dificulta la recuperación. La recuperación es más rápida después de la premedicación con melatonina que con midazolam, y también hay una incidencia reducida de agitación posoperatoria y delirio.

3.3 Etapas de la anestesia:

Etapa 1:

También conocida como inducción, es el período entre la administración de agentes de inducción y la pérdida del conocimiento. Durante esta etapa, el paciente progresa de analgesia sin amnesia a analgesia con amnesia. Los pacientes pueden mantener una conversación en este momento.

Etapa 2:

También conocida como la etapa de excitación, es el período posterior a la pérdida de conciencia y marcado por la actividad excitada y delirante. Durante esta etapa, la respiración y la frecuencia cardíaca del paciente pueden volverse irregulares. Además, puede haber movimientos incontrolados, vómitos, suspensión de la respiración y dilatación pupilar. Debido a que la combinación de movimientos espásticos, vómitos y respiración irregular puede comprometer las vías respiratorias del paciente, se usan medicamentos de acción rápida para minimizar el tiempo en esta etapa y alcanzar la Etapa 3 lo más rápido posible.

Etapa 3:

También conocida como anestesia quirúrgica, los músculos esqueléticos se relajan, se detienen los vómitos, se produce depresión respiratoria y los movimientos oculares se ralentizan y luego se detienen. El paciente está inconsciente y listo para la cirugía.

Etapa 4:

También conocida como sobredosis, ocurre cuando se administra demasiada medicación anestésica en relación con la cantidad de estimulación quirúrgica y el paciente tiene un tronco encefálico grave o depresión medular, lo que resulta en un cese de la respiración y un posible colapso cardiovascular. Esta etapa es letal sin soporte cardiovascular y respiratorio.

3.4 Inducción:

Los agentes anestésicos pueden administrarse por varias vías, que incluyen inhalación, inyección (intravenosa, intramuscular o subcutánea), oral y rectal. Una vez que ingresan al sistema circulatorio, los agentes son transportados a sus sitios de acción bioquímicos en los sistemas nervioso central y autónomo. La inyección intravenosa funciona más rápido que la inhalación, y tarda entre 10 y 20 segundos en inducir la inconsciencia total.

Los agentes de inducción intravenosa de uso común incluyen propofol, tiopental de sodio, etomidato, metohexital y ketamina. La anestesia por inhalación se puede elegir cuando el acceso intravenoso es difícil de obtener (por ejemplo, niños), cuando se anticipa dificultad para mantener la vía aérea o cuando el paciente lo prefiere. El sevoflurano es el agente más utilizado para la inducción inhalatoria, ya que es menos irritante para el árbol traqueobronquial que otros agentes. Como secuencia de ejemplo de fármacos de inducción:

- Preoxigenación para llenar los pulmones con oxígeno para permitir un período más largo de apnea durante la intubación sin afectar los niveles de oxígeno en la sangre.
- Lidocaína para sedación y analgesia sistémica para intubación.
- Fentanilo para analgesia sistémica para intubación.
- Propofol para sedación para intubación.
- Cambio de oxígeno a una mezcla de oxígeno y anestésico inhalatorio.



MONITORIZACIÓN:

- Electrocardiografía continua (ECG o EKG): se colocan electrodos en la piel del paciente para controlar la frecuencia y el ritmo cardíacos. Esto también puede ayudar al anestesiólogo a identificar los primeros signos de isquemia cardíaca.
- Oximetría de pulso continua (SpO₂): se coloca Un dispositivo, por lo general en un dedo, para permitir la detección temprana de una caída de la de un paciente de hemoglobina de saturación con oxígeno (hipoxemia).
- Control de la presión arterial.
- Medición de la concentración del agente: las máquinas de anestesia generalmente tienen monitores para medir el porcentaje de agentes anestésicos inhalados utilizados, así como las concentraciones de exhalación. Estos monitores incluyen medición de oxígeno, dióxido de carbono y anestésicos por inhalación (por ejemplo, óxido nitroso, isoflurano).

- Medición de oxígeno: casi todos los circuitos tienen una alarma en caso de que el suministro de oxígeno al paciente se vea comprometido. La alarma se activa si la fracción de oxígeno inspirado cae por debajo de un umbral establecido.
- Capnografía mide la cantidad de dióxido de carbono exhalado por el paciente en porcentaje o mmHg, lo que permite al anestesiólogo evaluar la adecuación de la ventilación.
- Medición de temperatura para discernir hipotermia o fiebre, y para permitir la detección temprana de hipertermia maligna.

4. Vía aérea difícil:

En anestesiología, una vía aérea difícil (VAD) se refiere a la situación en la que un profesional con entrenamiento convencional experimenta dificultades para ventilar al paciente con mascarilla facial o realizar la intubación endotraqueal, o ambas. Estas dificultades pueden deberse a factores relacionados con el paciente, el entorno clínico o las habilidades del operador.

Definiciones clave:

- Ventilación difícil: Incapacidad para mantener una saturación de oxígeno superior al 90% con una mascarilla facial y oxígeno al 100%.
- Intubación difícil: Se requiere tres o más intentos de intubación o más de 10 minutos para lograr la intubación traqueal.
- Fracaso de la vía aérea: Se refiere a la incapacidad de ventilar o intubar al paciente.

4.1. Evaluación de la vía aérea:

Es crucial realizar una evaluación preoperatoria de la vía aérea para identificar posibles dificultades y tomar medidas preventivas. Esto incluye:

- Revisión de la historia clínica del paciente en busca de antecedentes de intubaciones difíciles, apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico, asma o hiperreactividad bronquial.
- Examen físico de la vía aérea: evaluar la apertura bucal, la distancia tiromentoniana, la protrusión mandibular y la movilidad cervical.

La evaluación adicional: la probabilidad o naturaleza de la dificultad prevista de la vía aérea. Es importante valorar la presencia de predictores de ventilación difícil o tener una aproximación a la capacidad funcional del paciente o su tolerancia a la apnea, ya que pacientes con deterioro de la función pulmonar, obesa o embarazada, otorgarán un menor tiempo para intubar antes de ser ventilados a presión positiva. Evaluar las múltiples características de las vías respiratorias para determinar la posibilidad de una vía aérea difícil o una aspiración. Uso de métodos de evaluación a través de ecografía para marcación de membrana cricotiroidea en pacientes obesos o con predictores de mayor complejidad. Uso de tac de cuello y tórax para evaluación de masas que puedan obstruir la vía aérea. Nasofibroscopia para evaluación dinámica de vía aérea.

4.2. Preparación para el manejo de la vía aérea difícil:

La base para el éxito de la intubación se basa en la evaluación, la planificación y la preparación de los instrumentos y elementos que se requieren durante el proceso de intubación. Muchas veces este rol lo realiza el equipo que acompaña al operador de vía aérea, ya sea el enfermero, auxiliar de anestesia o kinesiólogo, pero es labor del médico a cargo revisar y solicitar los elementos que él requerirá para realizar la intubación como la aspiración, el tamaño de tubo, probar la red de oxígeno, son elementos que si no se chequean podrían llevar a un resultado negativo. Importante destacar que el lugar donde se realiza el procedimiento debe contar con el personal adecuado, la comodidad, espacio físico necesario, y contar con una red de oxígeno y aspiración.

Como son varios los elementos se sugieren tener “check list” o ayuda memoria para que no se olvide contar con ningún elemento (ver anexo 1):

- Asegurarse de que el equipo de gestión de la vía aérea esté disponible en la sala.
- Asegurarse de que la unidad de almacenamiento portátil contenga un equipo especializado para el manejo de la vía aérea difícil esté inmediatamente disponible.
- Si se sabe o se sospecha que hay una vía aérea difícil: Asegurarse de que haya una persona cualificada presente o disponible para ayudar cuando sea necesario.
- Informar al paciente de los riesgos y procedimientos especiales relacionados con el manejo de la vía aérea difícil.
- Colocar al paciente en la posición adecuada, administrarle oxígeno suplementario antes de iniciar el manejo de la vía aérea difícil, y continuar administrando oxígeno suplementario siempre que sea posible durante el proceso, incluida la extubación.
- Asegurarse de que la monitorización está de acuerdo con las normas de la ASA para la monitorización básica de la anestesia inmediatamente antes, durante y después.



5. Emergencias anestésicas:

Las emergencias anestésicas son complicaciones inesperadas que pueden ocurrir durante o después de la administración de anestesia, y requieren atención médica inmediata. Estas emergencias pueden variar desde reacciones alérgicas graves hasta problemas respiratorios o cardiovasculares.

- Anafilaxia:

Una reacción alérgica grave que puede causar dificultad para respirar, hinchazón y una caída drástica de la presión arterial. Requiere tratamiento urgente con epinefrina.

- Hipotensión:

Una disminución repentina de la presión arterial, que puede ser causada por la anestesia o por otros factores. Puede requerir fluidos intravenosos y medicamentos para aumentar la presión arterial.

- Problemas respiratorios:

Dificultad para respirar, falta de aire o incluso paro respiratorio, que pueden ser causados por la anestesia o por otros problemas médicos subyacentes. Puede requerir intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

- Arritmias cardíacas:

Alteraciones en el ritmo cardíaco que pueden ser peligrosas y requieren tratamiento con medicamentos o cardioversión.

- Hipertermia maligna:

Una reacción rara pero potencialmente mortal a ciertos anestésicos, que causa un aumento rápido de la temperatura corporal, rigidez muscular y problemas respiratorios. Requiere tratamiento con un medicamento llamado dantroleno.

- Delirio de Emergencia (DE):

Un estado de agitación y confusión que puede ocurrir durante la recuperación de la anestesia. Aunque generalmente se resuelve por sí solo, puede ser angustiante para el paciente y sus familiares.

- Intoxicación por anestésicos locales:

Puede ocurrir por inyección intravascular accidental o por acumulación en el cuerpo debido a problemas hepáticos, cardíacos o renales. Provoca toxicidad y requiere atención médica.

5.1 Manejo de emergencias anestésicas:

- Reconocimiento temprano:

Es crucial identificar los signos y síntomas de una emergencia anestésica para iniciar el tratamiento lo antes posible.

- Acceso rápido a recursos:

Se necesita un acceso rápido a medicamentos, equipos y personal capacitado para manejar la emergencia.

- Monitorización:

La monitorización continua de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y otros parámetros es esencial para detectar problemas.

- Tratamiento específico:

El tratamiento varía según la emergencia, pero puede incluir administración de oxígeno, fluidos intravenosos, medicamentos para la presión arterial o el ritmo cardíaco, y en algunos casos, intubación y ventilación mecánica.

- Prevención:

En algunos casos, se pueden tomar medidas para prevenir ciertas emergencias, como la selección cuidadosa de la anestesia, la monitorización adecuada y la preparación para situaciones de emergencia.

Referencias bibliográficas

Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo Editores, 2000.

Parra V., Mariño s. Capítulo 32: “Anestesia regional, espinal-epidural”. Anestesiología Clínica, Herrera O. Tercera edición, Editorial Mediterráneo. 2008:281-295.

Espinoza A., Capítulo 33: “Complicaciones de la Anestesia Neuroaxial”. Anestesiología Clínica, Herrera O. Tercera edición, Editorial Mediterráneo. 2008:297-301.

Hernandez A, Sherwood ER. Anesthesiology principles, pain management, and conscious sedation. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21st ed. St Louis, MO: Elsevier; 2022:chap 14.

Leard A, Green RJ, Eakins P. The formulation and introduction of a ‘can’t intubate, can’t ventilate’ algorithm into clinical practice. Anaesthesia 2009; 64: 601-8.

Recomendaciones Clínicas de la Sociedad de Anestesiología de Chile para el manejo de la Vía Aérea Díficil. Sachile.cl. [citado el 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.sachile.cl/upfiles/rc/RC_Via_Aerea_Dificil_SACH.pdf



Reservados todos los derechos. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de Vasper capacita. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.