

Es hora de abrir los ojos

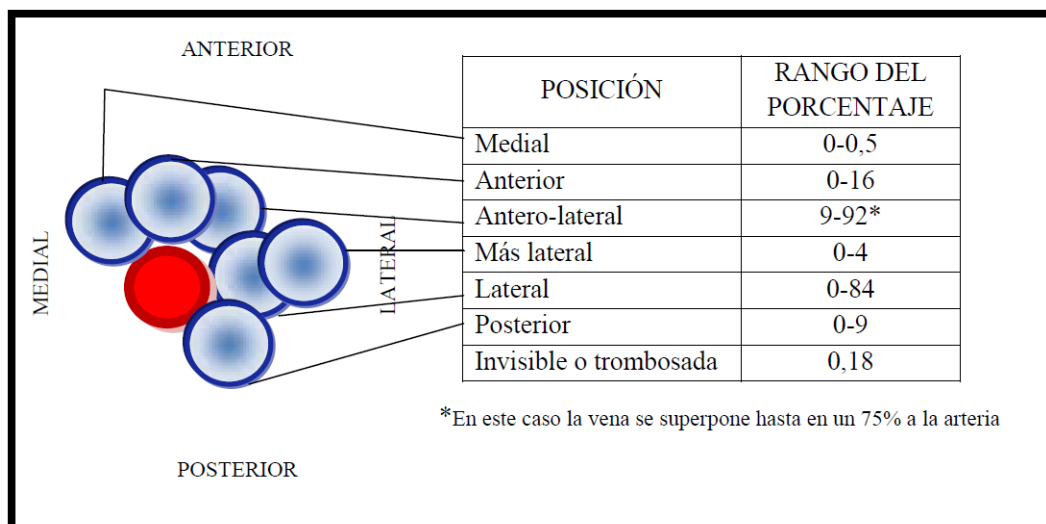
Lucas Cordoví de Armas, MD, MsC, PhD, Profesor Titular.
Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital Clínico Quirúrgico
“Hermanos Ameijeiras”

En el prefacio a la séptima edición de su libro ANESTHESIA de 2009 ¹, Ronald D. Miller dedica 118 palabras de un total de 752 (15,7 %), a anteceder al lector sobre la introducción en su obra, de un nuevo capítulo completo, el 53, dedicado a la anestesia regional guiada por ultrasonido cuya responsabilidad de redacción fue entregada a Andrew T. Gray, un verdadero experto en la materia. Sin embargo, Miller, a pesar de la brevedad que exige un prefacio, no deja de mencionar las implicaciones filosóficas que entraña todavía, la incorporación de estas técnicas en el ámbito de la Anestesiología y no escatima palabras para poner en tela de juicio, no solamente la práctica, sino la enseñanza de las técnicas tradicionales guiadas por reparos anatómicos externos, para realizar la anestesia regional. Aunque resulta un tanto riesgoso, podría uno aventurarse a afirmar que casi toda anestesia regional puede sustituirse por una anestesia general cuando por alguna razón el bloqueo de la conducción nerviosa no es factible, pero, para la necesidad de accesos vasculares profundos no existen enfoques tan simplistas y lo que es más acuciante, la perentoriedad de estas vías, desbordan con mucho, las fronteras de la medicina peroperatoria.

Puede decirse con toda certeza que hace más de un cuarto de siglo se sabe que la aplicación clínica del ultrasonido facilita estos accesos pues en 1984 Legler D. y Nugent M. ² publicaron su informe cuyo título es una oración afirmativamente categórica: “*Doppler localization of the internal jugular vein facilitates central venous cannulation*”. Desde entonces, pueden identificarse, en las más socorridas y prestigiosas bases de datos de información biomédica, decenas de informes en los cuales sus respectivos autores ofrecen resultados que indican la indudable recomendación de esta tecnología.

Hay una lista de fuertes razones (como las económicas que tanto agobian al mundo contemporáneo) para analizar con responsabilidad la incorporación de la ecografía en la práctica de los abordajes vasculares pero quizás, la más poderosa es la que emerge de un fenómeno totalmente insoslayable de parte del operador: por extraordinariamente entrenado que el especialista esté y por mucho dominio de la anatomía que éste haya alcanzado, las variaciones anatómicas son tales, que el mismo, con toda seguridad se enfrentará a complicaciones (hasta 40% ³) y dificultades. En el mejor de los casos, según un estudio publicado en 1983 ⁴, habrá un 5 % de infelices que sufrirán el encarnizamiento de quien no se deja vencer.

Una revisión reciente ⁶ ofrece argumentos convincentes acerca de las notables variaciones anatómicas existentes en la relación topográfica de la vena yugular interna con la carótida primitiva. Véase la siguiente figura:



Esta gráfica habla por sí sola, es obvio que usando puntos de referencia externos, aun cuando el paciente sea un modelo anatómico, factores de carácter fortuito, pueden con alta probabilidad, empañar los resultados y hasta el pronóstico.

En una carta al editor de *Anesthesia & Analgesia* sugerentemente titulada “Inserción de catéter venoso central: es finalmente el momento de comenzar a ver” (*Central venous catheter insertion: it is finally time to start looking*), los suscriptores Felipe Urdaneta y Nikolaus Gravenstein ⁷ expresan su decepción al ver que Bailay y colaboradores ⁸ en un *survey* que registraba información acerca del uso de la ecografía, identificaron que para la inserción de catéteres venosos centrales, la mayoría de los anestesiólogos cardio-torácicos encuestados, teniendo posibilidades de emplear esta técnica, (más segura, costo-efectiva y exitosa) continuaban empleando, el método tradicional de inserción de tales artificios.

En su carta Urdaneta y Gravenstein citan una interesante sentencia “El uso de la guía ultrasonográfica durante la cateterización venosa central se encuentra entre las 10 primeras herramientas que los proveedores de salud pueden usar con bases de evidencia para mejorar la seguridad del enfermo”.⁹

Se conoce muy bien la inmensurable montaña de dificultades económicas por las que transita el Sistema Nacional de Salud de Cuba, que estamos convocados a emplear más el método clínico en el ejercicio del diagnóstico pero sabemos también cuan alto valor tiene la vida y su calidad en nuestra sociedad, somos entonces los expertos quienes tenemos que adelantarnos en estos temas por difícil que parezca cualquier enunciado.

¿Seguimos a tientas o abrimos los ojos?

REFERENCIAS

1. Miller RD, Erikson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL. Anesthesia. Seventh Edition. Washington. Churchill-Livingston. 2009: 2.
2. Legler D, Nugent M. Doppler localization of the internal jugular vein facilitates central venous cannulation. *Anesthesiology*. 1984 May;60(5):481-2
3. Ruesch S, Walder B, Tramer M: Complications of central venous catheters: Internal jugular versus subclavian access: A systematic review. *Crit Care Med* 2002; 30:454-460
4. Jobes DR, Schwartz AJ, Greenhow DE, Stephenson LW, Ellison N. Safer jugular vein cannulation: recognition of arterial puncture and preferential use of the external jugular route. *Anesthesiology*. 1983 Oct;59(4):353-5
5. Troianos CA, Kuwik RJ, Pasqual JR, Lim AJ, Odasso DP. Internal jugular vein and carotid artery anatomic relation as determined by ultrasonography. *Anesthesiology*. 1996 Jul;85(1):43-8.
6. Maecken T, Grau T. Ultrasound imaging in vascular access. *Crit Care Med*. 2007 May;35(5 Suppl):S178-85. Review
7. Urdaneta F, Gravenstein N. Central venous catheter insertion: it is finally time to start looking. *Anesth Analg*. 2007 Sep;105(3):879.
8. Bailey PL, Glance LG, Eaton MP, Parshall B, McIntosh S. A survey of the use of ultrasound during central venous catheterization. *Anesth Analg*. 2007 Mar;104(3):491-7.
9. Rothschild JM. Ultrasound guidance of central vein catheterization. In: *On making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. Rockville, MD: AHRQ Publications, 2001; Chapter 21: 245–55