



Editorial

Actualización en neuroanestesia

Update on neuroanesthesia

Adrian W. Gelb*

Departamento de Anestesia y Cuidados Perioperatorios, Universidad de California, San Francisco, California, EE.UU.



El cerebro es nuestro órgano más preciado, el que define quiénes somos. Su importancia se destaca por el hecho de que en muchos países la pérdida de las funciones vitales del cerebro es una definición de muerte. En la práctica cotidiana de la anestesiología, nosotros manipulamos farmacológicamente la función cerebral para lograr la anestesia, y con frecuencia no pensamos específicamente en lo que está ocurriendo con el cerebro y cómo interactúa con nuestros medicamentos. La neuroanestesia es una situación totalmente distinta. En este caso el cerebro es el órgano operado y es fundamental entender nuestras acciones con relación al cerebro para un resultado exitoso. Este suplemento especial de la REVISTA COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA brinda al clínico, independientemente de si es un neuroanestesiólogo a tiempo completo u ocasional, una actualización sobre los desarrollos importantes en el área. El objetivo es tener una serie de artículos relativamente cortos, clínicamente pertinentes, para poner al anestesiólogo en ejercicio al día sobre los avances.

El presente suplemento informa al lector acerca de los cambios que se están produciendo en la práctica neuroquirúrgica, pero desde la perspectiva del anestesiólogo. Dos áreas en las que ha habido mayores avances son los procedimientos mínimamente invasivos y la craneotomía con el paciente despierto. La craneotomía con el paciente despierto para el tratamiento de tumores es desafiante para todo el equipo, pero ha ganado popularidad porque los desenlaces quirúrgicos son mejores y los nuevos agentes anestésicos han permitido considerar idóneos a un mayor número de pacientes y a pacientes

más enfermos¹. Los procedimientos mínimamente invasivos como la cirugía transesfenoidal, la estimulación cerebral profunda y los abordajes intraventriculares, todos se han beneficiado de una mejor tecnología. El anestesiólogo requiere entonces de nuevos conocimientos sobre los abordajes quirúrgicos, las necesidades y las complicaciones, cuando todo el procedimiento se realiza con video o bajo la guía de otras imágenes².

Durante la última década se ha mantenido la controversia sobre la opción anestésica preferida para pacientes sometidos a neurocirugía. Igualmente, ha habido interés en buscar una alternativa al manitol para la relajación cerebral, y se ha evaluado la solución salina hipertónica a diversas concentraciones. Estos debates y las opiniones actuales están debidamente cubiertas en 2 artículos en este suplemento^{3,4}.

El trauma craneoencefálico y los aneurismas cerebrales siguen siendo situaciones relativamente comunes en neuroanestesia. Se han presentado cambios, aún cuando pequeños, en el manejo clínico y estos se describen en los artículos de revisión en el suplemento^{5,6}. Durante los últimos 5 años ha habido un interés considerable en el uso de la oximetría cerebral para monitorear el cerebro durante diversos tipos de cirugía. La revisión en el suplemento constituye un abordaje pragmático al razonamiento sobre esta tecnología y sobre cómo o cuándo pudiera ser de utilidad⁷. Finalmente, es importante recordar que el cerebro no es un órgano aislado, sino una parte integral del organismo

* Autor para correspondencia: University of California San Francisco, 521 Parnassus Avenue, C450, San Francisco, CA 94143, United States.

Correo electrónico: gelba1@anesthesia.ucsf.edu

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.007>

0120-3347/© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

y, por ende, pueden presentarse enfermedades neurológicas en conjunto con otros eventos normales o anormales. Este suplemento incluye un reporte de caso sobre la rotura de una malformación arteriovenosa (MAV) en el embrazo.

Conflictos de intereses

El autor es consultor de Masimo Inc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chui J. Anesthesia for awake craniotomy: An update. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):15–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.002>.
2. Fábregas N, Hurtado P, Gracia I, Craen R. Anesthesia for minimally invasive neurosurgery. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):22–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.013>.
3. Zuleta-Alarcon A, Castellon-Larios K, Mejía MCN-d, Bergese SD. Total intravenous anaesthesia versus inhaled anaesthetics in neurosurgery. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):9–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.011>.
4. Llorente G, de Mejía MCN. Mannitol versus hypertonic saline solution in neuroanaesthesia. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):29–39, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.010>.
5. Mejía Mantilla JH, González Arboleda LF. Anesthesia for patients with traumatic brain injury. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):3–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.004>.
6. Lecours M, Gelb AW. Anesthesia for the surgical treatment of cerebral aneurysms. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):45–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.09.002>.
7. Meng L, Gelb AW. Cerebral oximetry: Three questions to ask. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(S1):52–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.06.001>.