



CARTAS AL DIRECTOR

“Posición Vallejo” para la anestesia espinal difícil

The Vallejo position for difficult spinal anesthesia

Sr. Director:

En nuestra práctica diaria hemos tenido que atender muchas veces algún paciente en que la indicación técnica, tras una cuidadosa valoración preoperatoria, era la anestesia locoregional con colocación de catéter epidural, ya sea formando parte de una anestesia combinada, bien de una epidural estricta o acompañando a una anestesia general que requiriera un buen control del dolor postoperatorio o una rehabilitación postoperatoria inmediata. En algunas ocasiones, la dificultad de la realización de la técnica prevista nos ha llevado a un cambio de estrategia, en el que la anestesia epidural siempre lleva la peor parte.

En todos los tratados de anestesiología se recomienda que ante una dificultad técnica en la localización del espacio epidural está indicado el cambio de técnica¹ y utilizar, en ese caso, la anestesia general. Sin embargo, siempre salta la duda: ¿qué se entiende por dificultad en la técnica?, ¿cuándo hablamos de epidural imposible?, ¿debemos renunciar a aplicar una técnica que creemos indicada para un paciente porque hayamos agotado el tiempo que se cree que está destinado a su preparación anestésica?, ¿cuánto es ese tiempo?, ¿debemos renunciar a colocar un catéter epidural porque hayamos sobrepasado el número de punciones recomendado?, ¿cuál es el número límite de punciones?, ¿cuántas punciones se podría realizar por cada interespacio?, ¿cuántas si se emplea un abordaje medio?, ¿cuántas si el abordaje es paramedial? Si el paciente está sedado, si se ha infiltrado el sitio de punción y, por lo tanto, está asegurada la ausencia de sufrimiento por parte del paciente, ¿se debe renunciar a una técnica que puede reducir el sufrimiento en el postoperatorio o incluso acortar el tiempo de recuperación del paciente porque se está tardando más que la media en la finalización de su preparación?, ¿no hay un agravio comparativo hacia la especialidad cuando otro especialista tarda en sondar al paciente el tiempo que estime oportuno hasta que lo consigue o cuando se tarda en extraer un material de osteosíntesis más de lo acostumbrado?

No hay, o por lo menos no he encontrado, ninguna revisión que hable del número de fracasos en la colocación de catéter epidural para la cirugía programada que obligue a un cambio en la estrategia anestésica. Sí hay bibliografía acerca de fracasos en la efectividad de los catéteres en determinadas situaciones en las que el objetivo de la técnica es conseguir analgesia, como es el caso de la analgesia epidural obstétrica².

Por eso, quería compartir una experiencia clínica que me ha posibilitado poder colocar catéteres epidurales en pacientes difíciles. Mi experiencia es en el ámbito de la cirugía protésica de rodilla y cadera, en donde podemos encontrar pacientes con manifestaciones artrósicas en la columna lumbar que condicionan un difícil acceso, tanto para la anestesia intradural como la epidural con colocación de catéter.

La sedación previa, en la mayoría de las ocasiones, dificulta establecer una buena comunicación con el paciente para que adopte la postura adecuada. A esto, se suma que cuando la anatomía del paciente condiciona una dificultad que trae como consecuencia una prolongación de la duración de la técnica, el cansancio acompañante hace difícil conseguir que el paciente siga las indicaciones precisas.



Figura 1 Obsérvese el giro lateral de la mesa y la posición vertical de la paciente forzando la apertura de las vértebras lumbares.

En una de las ocasiones en que estaba realizando una técnica en un paciente en que se aglutinaban todas las circunstancias que condicionaban una dificultad real para el éxito de la estrategia prevista y que la prolongación de los intentos podía limitar la terminación del parte quirúrgico programado, un ayudante sugirió la idea de volcar la mesa quirúrgica los grados suficientes para obligar al paciente a abrir y fijar la columna lumbar. La modificación de la postura del paciente le obligó a sujetarse al ayudante para conseguir una estabilidad y, de esta forma, se consiguió que el paciente adoptara un posición más firme. Normalmente, se gira la mesa aproximadamente 20 o 30 grados en su sentido longitudinal (fig. 1) (lo que sería un giro lateral si el paciente estuviera en decúbito supino), quedando el borde lateral cercano al médico que realiza la técnica más bajo que el borde lateral lejano de la mesa. Se debe ayudar al paciente a que su espalda siga estando vertical y no se vuelque hacia adelante para que la tendencia del paciente a estabilizarse le haga forzar a aumentar el arco dorsal y lumbar.

Mediante esta modificación en la posición clásica de abordaje epidural he conseguido localizar el espacio epidural en todos los pacientes que he tenido hasta ahora en los que hubiera desesperado y hubiera acabado modificando la técnica anestésica. Como la sugerencia vino de un ayudante de quirófano que se llama Agustín Vallejo, en mi hospital la conocemos como la “posición Vallejo” de abordaje epidural.

Hoy en día, hay alternativas a la anestesia intradural-epidural para la cirugía protésica, que no necesariamente tendría que desembocar en la utilización de la anestesia general y que pueden ser realizadas incluso en el postoperatorio inmediato para el control del dolor postoperatorio (p. ej., bloqueo 3:1 continuo); sin embargo, en pacientes donde la indicación del abordaje epidural prevalezca y condicione la realización de la cirugía, la colocación del paciente en la posición explicada puede facilitar el éxito de la estrategia anestésica propuesta al paciente.

Bibliografía

1. Gomar C, Carrero E, Sala X. Bloqueos anestésicos regionales. En: Tratado de anestesia y reanimación de Luis Miguel Torres Morera. Madrid: Editorial Arán; 2001. p. 1298.
2. Fernández Martínez MA, Ros Mora J, Villalonga Morales A. Fallos en la analgesia epidural obstétrica y sus causas. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2000;47:256-65.

M.A. Palacio Rodríguez

Anestesiólogo, Hospital Nuestra Señora de la Salud, Granada, España

Correo electrónico: mianestesista@hotmail.com