



## Consideraciones de seguridad en diferentes técnicas anestésicas para cirugía plástica.

Luis Eduardo Carreto- Narvaez. Médico Anestesiólogo. TJPLAST Centro Avanzado de Cirugía Plástica. Tijuana Baja California Norte. México.

acuatica777@hotmail.com.

### Resumen

La cirugía plástica exige estándares muy altos, una recuperación rápida y costos bajos de cirugía y anestesia. La demanda de cirugía plástica ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años. 17.1 millón de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos o procedimientos cosméticos fueron realizados en el reporte del 2016. La cirugía más frecuente ha sido la cirugía de mamas. Las unidades de cirugía ambulatoria en cirugía plástica se han desarrollado extensamente en la mayoría de los hospitales, en donde se realiza turismo quirúrgico. El mantener al paciente dentro de rangos aceptables de seguridad en el perioperatorio es responsabilidad del anestesiólogo, el cirujano y del hospital o clínica en donde se debe proveer todas las facilidades en cuanto a infraestructura y recursos materiales. En cuanto al bloqueo neuroaxial y sedación, es utilizado en cirugías de mama, liposucción y abdominoplastía. La anestesia general se puede utilizar en prácticamente toda la cirugía plástica si así se deseara. Actualmente se utilizan agentes de eliminación rápida que

favorecen un alta de recuperación y hospitalaria rápida.

**Palabras clave.** Cirugía ambulatoria, seguridad en cirugía plástica, técnicas anestésicas en cirugía plástica.

### Abstract.

Plastic surgery demands very high standards, a rapid recovery and low costs of surgery and anesthesia. The demand for plastic surgery has grown exponentially in recent years. 17.1 million surgical and non-surgical procedures or cosmetic procedures were performed in the 2016 report. The most frequent surgery has been breast surgery. Ambulatory surgery units in plastic surgery have been extensively developed in most hospitals, where surgical tourism is performed. Keeping the patient within acceptable safety ranges in the perioperative period is the responsibility of the anesthesiologist, the surgeon and the hospital or clinic where all facilities in terms of infrastructure and material resources must be provided. As for neuroaxial block and sedation, it is used in breast surgery, liposuction and tummy tuck. General anesthesia can be used in virtually all plastic surgery if desired. Currently,



rapid elimination agents are used that favor a high recovery and hospitalization.

**Keywords.** Ambulatory surgery, safety in plastic surgery, anesthetic techniques in plastic surgery.

## Introducción

Ofrece control de la vía aérea, control hemodinámico más estricto en relación a la anestesia locoregional (bloqueos epidural y subaracnoideo), actualmente se utilizan agentes de eliminación rápida que favorecen un alta de recuperación y hospitalaria. Las desventajas están relacionadas al costo del equipo y medicamentos. Así como los efectos indeseables inherentes de los fármacos usados

La cirugía plástica históricamente se ha considerado segura, sin embargo, como en cualquier cirugía existen riesgos, aunque los pacientes no lo entiendan y a veces sean minimizados por los propios cirujanos plásticos. Por lo que los cirujanos plásticos y los anesthesiólogos deberán evaluar a los pacientes y seguir de manera rigurosa los mismos estándares adoptados para otras cirugías, incluyendo una detallada evaluación preoperatoria, exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete, además del monitoreo en el intraoperatorio y postoperatorio inmediato para mejorar la seguridad del paciente (1,3).

La elección de una determinada técnica anestésica para un procedimiento de cirugía plástica debe tener como objetivo la recuperación rápida del paciente, ser segura y costo benéfica para el paciente.

Los procedimientos más frecuentes incluyen la cirugía de senos (aumento o

reducción), liposucción, abdominoplastía y cirugías faciales.

Las complicaciones anestésicas en cirugía plástica afortunadamente son raras, sin embargo, a pesar de su baja incidencia pueden ser catastróficas. El mantener al paciente dentro de rangos aceptables de seguridad en el perioperatorio es responsabilidad del anesthesiólogo, el cirujano y del hospital o clínica en donde se debe proveer todas las facilidades en cuanto a infraestructura y recursos (4).

Habitualmente las técnicas anestésicas más utilizadas son la anestesia local y sedación IV, anestesia locoregional y sedación, y anestesia general balanceada.

Algunas ventajas de la anestesia local y sedación incluyen el bajo costo de los agentes utilizados (anestésicos locales, benzodiazepinas, narcóticos y ketamina), recuperación rápida con mínimos efectos colaterales. Sin embargo, existe la posibilidad de toxicidad de los anestésicos locales y en ocasiones el inadecuado nivel de anestesia. Estas técnicas se utilizan frecuentemente en cirugías faciales y en algunas liposucciones de volúmenes pequeños.

**En cirugías faciales, hay que tener presentes los siguientes puntos:**

1. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la integridad del proceso ventilatorio, ya sea espontáneo o mecánico.
2. Asegurar en lo posible la estabilidad hemodinámica, con frecuencia por la



edad de los pacientes, tratamos con hipertensos, hay que tratar de que si el paciente es hipertenso, que cuando menos esté regularmente controlado.

3. Estar familiarizado con rescate lipídico, y tener los medios necesarios siempre a disposición inmediata, ya que con frecuencia se superan los límites máximos recomendados en el cálculo de las dosis de la lidocaína.

En cuanto al bloqueo neuroaxial y sedación, es utilizado en cirugías de mama, liposucción y abdominoplastía. Tiene ventajas en la disminución de la secreción de epinefrina y cortisol, buena analgesia y anestesia, así como el uso de agentes y equipo de bajo costo. Entre las desventajas encontramos la anestesia inadecuada en algunos segmentos con el consecuente uso de polifarmacia compensatoria; vía aérea no asegurada con el consecuente riesgo de perder su permeabilidad con sedaciones excesivas, así como la toxicidad de los anestésicos locales.

La anestesia general se puede utilizar en prácticamente toda la cirugía plástica si así se desea. Ofrece control de la vía aérea, control hemodinámico más estricto en relación a la anestesia locoregional (bloques epidural y subaracnoideo), actualmente se utilizan agentes de eliminación rápida que favorecen un alta de recuperación y hospitalaria. Las desventajas están relacionadas al costo del equipo y medicamentos. Así como los efectos indeseables inherentes de los fármacos usados.

Recordar que el estrés fisiológico relacionado con el procedimiento quirúrgico es inversamente proporcional al nivel de seguridad del procedimiento, por lo que se deberá tomar en consideración al momento de elegir el lugar en que se realizará la cirugía. Los principales factores que contribuyen para aumentar el estrés fisiológico son los relacionados con las pérdidas sanguíneas durante la cirugía, la hipotermia, la liposucción y/o la abdominoplastía en combinación con otros procedimientos, la duración del procedimiento y los factores de riesgo asociados con trombosis o embolia pulmonar.

Finalmente, la duración de la cirugía de más de cuatro horas contribuye importantemente con la posible aparición de complicaciones, por lo que habrá que buscar el abreviar tiempos prolongados, o agilizar la cirugía con dos equipos quirúrgicos si se requiere (1).

## Referencias

1. Saldanha O. Predictive factor for complications in plastic surgery procedures – suggested safety scores. *Rev Bras Cir Plast* 2014;29(1):105-113.
2. Perioperative considerations for patient safety during cosmetic surgery – preventing complications. WA Ellsworth, CB Basu, RE Iverson. *Can J Plast Surg* 2009;17(1):9-16.
3. Granados-Tinajero S. Anestesia en liposucción de grandes volúmenes. En *Anestesia por Especialidades y Anestesia y Cirugía Plástica Seguras*. Ediciones ILCSA, Tijuana 2016, pp359-374.
4. Anaesthetic complications in plastic surgery. Soumya Sankar Nath, Debashis Roy, Arrukh Ansari, and Sundeep T. Pawar. *Indian J Plast Surg*. 2013;46(2):445-452.