

Apuntes prácticos para el manejo del DRENAJE PERIOPERATORIO DE LCR para la PREVENCIÓN DE LA ISQUEMIA ESPINAL en CIRUGÍA DE REPARACIÓN DE AORTA:



Clínica:

Déficit neurológico en forma de paraparesia, paraplegia o incontinencia.

Algunas medidas preventivas:

- Evitar hipotensión (PAM>90mmHg).
- Optimizar hemoglobina.
- Drenaje lumbar externo de LCR.**
- Cirugías en varios tiempos, tiempos de clampaje cortos.

Factores de riesgo de isquemia espinal: Entre otros:

- El principal factor de riesgo es la longitud y localización del segmento pórtico a tratar (por el gran número de arterias intercostales o lumbares cubiertas con la consiguiente reducción en la perfusión de la red colateral).
- T9-T12 es el segmento más crítico por la Arteria radicular magna (Arteria de Adamkiewicz) que sale a esa altura unilateralmente y que juega un papel fundamental en la perfusión de la ME.
- Otras afecciones de la red colateral ej afectación de la A.subclavia izquierda o Iliacas internas también aumenta el riesgo de isquemia ME.
- Enfermos con vasculopatía previa importante.
- Tiempos de clampaje aórtico prolongados.

Cuando aparece:

En la mayoría en los 2-3 días postoperatorios.

Indicaciones:

- Preoperatoriamente*:
- Preventivamente a los pacientes/cirugías de riesgo alto.
No se suele poner de forma rutinaria.

Indicaciones sugeridas:

- Tratamiento de segmentos pórticos >20cm.
- Cirugía vascular infrarrenal previa.
- Oclusión de iliacas internas o subclavia izquierda.

*Si la punción es hemática se suspende cirugía.

Si se pone bien para que no se obstruya hasta la cirugía se conecta a una bomba con salino a 1ml/h.

-Postoperatoriamente: Si aparece clínica de isquemia espinal**.

Pero es menos eficaz, se tarda un tiempo en poner y pueden quedar pacientes con déficit. Y el riesgo de que estén con coagulopatía postquirúrgica o anticoagulados.

**Tras colocar catéter si no lo tenía hacer Angio-TC y descartar complicaciones tratables quirúrgicamente. (Cuidado en el desplazamiento al TC de perder el drenaje o de drenar bruscamente LCR, cerrar para movilizaciones).

Complicaciones:

-La más grave la hemorragia cerebral en sus diversas formas clínicas (el factor más relacionado el drenaje de un volumen elevado de LCR). Si sale LCR hemático retirar drenaje, optimizar coagulación y prueba de imagen.

-Es frecuente la cefalea.

-Otros: Infección (meningitis) , mayor riesgo cuanto más días esté colocado el drenaje.

MANEJO POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD DE CRITICOS POSTQUIRÚRGICOS:

(Se puede usar también intraoperatoriamente).

Objetivo: **Presión* <10mmHg.** (*Aunque no es estrictamente una "PIC" la denominaremos así).

Nivel: El nivel O (Level) es el hombro o aurícula derecha. ("Equivalente al CAE en este caso").

Mantener presión de perfusión espinal PAM alta (>90mmHg) y PIC<10mmHg.

Se deja el catéter generalmente los tres primeros días.

Al cuarto día se cierra y se deja monitorizada la PIC y si no aparece clínica se retira.

En el caso de que haya clínica bajar la presión objetivo a 7mmHg y se deja 7 días.

El volumen de drenado de LCR medio en la literatura es de aprox 192ml cada 24h.

En el drenaje se coloca una llave de tres pasos en una luz se coloca el sistema con la bolsa reservorio de drenaje y en otra luz el sistema de presión como cualquier arteria.

Se coloca a nivel cero (hombro) y se deja **abierto** para **que drene unos 10cc/h** (máx 15cc) (80cc/turno) mientras la PIC sea mayor de 10 mmHg. Se va ajustando la altura para que drene 10cc/h.

Horariamente se cierra momentáneamente para medir la PIC se registra y se vuelve a dejar abierto.

Cerrar el drenaje para movilizaciones, aseos, etc. (vigilar que no aparezca clínica y volver a abrir al finalizar).

Mientras el paciente no tenga clínica podemos relajar los objetivos de la presión y tolerar cifras mas altas para disminuir el drenaje de LCR y disminuir el riesgo de hemorragia cerebral.

Profilaxis tromboembólica/anticoagulación con el drenaje (**¿?**).

Bibliografía:

-Perioperative cerebrospinal fluid drainage for the prevention of spinal ischemia after endovascular aortic repair

Gefäßschirurgie 2017 · 22 (Suppl 2):S35–S40

<https://doi.org/10.1007/s00772-017-0261-z>

Published online: 16 May 2017