

Inducción anestésica

Debe ser suave evitando la respuesta hipertensiva a la [intubación](#) pero también las caídas tensionales.

Se produce un estado de inconsciencia mediante la administración de un [hipnótico](#) por vía intravenosa ([Anestesia total intravenosa](#)), inhalatoria (Anestesia total inhalada) o por ambas a la vez (balanceada). Actualmente se realiza combinación de varias técnicas, en lo que se llama anestesia multimodal. Los componentes fundamentales que se deben garantizar durante una anestesia general son: hipnosis, analgesia, amnesia, control autonómico y relajación muscular.

Tanto el tiopental sódico como el propofol pueden ser usados y producirán una disminución de la [presión intracraneal](#) (PIC), ambos tienen efectos similares sobre la hemodinámica y el metabolismo cerebral, reducen el CMRO₂ y el flujo sanguíneo cerebral (FSC) y mantienen la autorregulación y la respuesta al CO₂.

Para la intubación traqueal utilizaremos relajantes no despolarizantes ([Cisatracurio](#)) y esperamos que la relajación sea completa para minimizar las elevaciones de la presión sanguínea e intratorácica.

Para evitar la respuesta hipertensiva a la laringoscopia podemos utilizar lidocaina (1-1.5 mg/kg), betabloqueantes tipo esmolol o labetalol o opioides.

El tubo orotraqueal será anillado y su fijación firme para evitar su retirada durante la posterior colocación definitiva del paciente.

Las intervenciones neuroquirúrgicas son largas y la cabeza del paciente queda muchas veces inaccesible por lo que es importante asegurar la vía aérea, y vigilar que al colocar el enfermo en posición, el TET no se introduzca en el árbol bronquial, así pues debemos auscultar la correcta ventilación de ambos hemitórax, procediendo posteriormente a una fijación cuidadosa con esparadrapo hipoalérgico y evitando las cintas alrededor del cuello que podrían producir obstrucción venosa.

En los pacientes en posición prona o sentada puede ser útil sujetar las tubuladuras de forma que su peso no pueda arrastrar el tubo y colocar taponamiento faríngeo.

Los ojos deben ser cuidadosamente protegidos evitando compresiones y lesiones corneales (observar su situación con el paciente en decubito prono).

La fijación del cabezal es dolorosa y produce una respuesta hipertensiva parecida a la de la intubación traqueal y que debe ser abolida de la misma forma.

Debemos monitorizar la temperatura corporal mediante termómetro nasofaríngeo teniendo como objetivo la normotermia.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=inducccion_anestesia

Last update: **2025/05/03 23:59**



