

LA SECCION ANESTESIA EN LA 2^a CATEDRA
DE CLINICA QUIRURGICA

Prof. Dr. Delfor del Valle y Dr. Osman G. Yanzon

En el año 1942 el 25 % de las anestias fueron realizadas por especializados. En el transcurso de este año es más del 35 %. Haremos referencia a algunas de esas técnicas:

1. **Pre-operatorio.** — En principio, se trata de llevar al paciente a la normalidad, antes de ser intervenido, con transfusiones de sangre, reducción de la urea, etc.

También se presta especial atención a los focos sépticos haciendo aplicaciones con Prontosil con el nebulizador. (2)

2. **Pre-medicación.** — En todos los casos indicamos la pre-medicación anestésica: día anterior bebida polibromurada, a la noche Luminal (0.10 gr.).

Dos horas antes de la operación Barbitúrico (0,10 gr.).

Una hora antes de la operación Pantopón, Una amp. más atropina medio c.c. (juntas). En menores de 7 años sólo Atropina de un tercio a un cuarto c.c.

La Atropina, al provocar la sección fisiológica del vago, *suprime reflejos peligrosos* a punto de partida operatoria; *impide la formación de secreciones* que al constituir una especie de barrera entre el aire alveolar y la sangre provocaría anoxia, respiración ruidosa y amplia. Los sedantes, además de mantener al *paciente tranquilo, reducen notablemente la cantidad de anestésico* al disminuir el metabolismo celular.

3. **Anestesia caudal continua.** — El 5 de febrero se realizó la primera anestesia caudal continua (6) en una flebectomía bilateral, con el material de la raquídea continua.

Ahora hemos construído un equipo que consiste en una aguja de níquel, maleable, de calibre 12 que se adapta directamente a

una goma de paredes gruesas de 2 mm. de luz. Tiene 7 1/2 cmts. de largo para evitar el riesgo de perforar la dura madre (con una aguja de 9 cmts. obtuve L. C. R. en dos cadáveres en un total de 40). Nuestra experiencia es muy reducida pero de resultados satisfactorios: 6 intervenciones entre las que se cuenta 1 apendicectomía y el segundo tiempo de un cáncer de recto en una señora de 76 años. Hemos usado soluciones de Novocaína al 2 % y una mezcla de Novocaína 1 % y Pantocaína 0.1 % en agua destilada más 0,4 cc. de adrenalina en 66 cc. de solución anestésica. En un solo caso se infiltró con local, verificándose más tarde que la anestesia alcanzó el ombligo. A unos 5 cmts. de la punta del coxis se notará un pequeño relieve en la línea media y dos salientes óseas laterales, que son las dos astas sacras.

4. **No inflamables.** — En la operación radical del neo de mama se temía el uso del bisturí eléctrico por el peligro de explosión con los gases anestésicos; por cuyo motivo se nos ocurrió asociar e lpenothal por vía endovenosa (4) con el Protóxido de azoe (1) (no es inflamable). Se inyecta en forma intermitente Pentothal (total 1 gr.) al tiempo que se administra Protóxido con un 15 a 40 % de oxígeno. En los 4 casos no hubo shock ni vómitos en el post-operatorio.

5. **Operaciones cortas.** — En operaciones cortas, como abrir un absceso, una curación dolorosa, reducir una luxación, etc., usamos Protoóxido, Etileno o bien Pentothal; el despertar es casi inmediato, sin trastornos y pueden deambular pocos minutos después.

6. **Cirugía abdominal.** — La elección recae en la raquídea continua o gases (ciclopropano con o sin éter).

La anestesia con éter en el aparato de gases, siempre que la inducción se haya hecho con otro anestésico, resulta tan buena como con ciclopropano si bien hemos observado mayor frecuencia de vómitos. El anestésico general de elección en cirugía mayor de abdomen o tórax es el ciclopropano. Requiere solo 10 % (7) de gas para obtener sueño quirúrgico. Se le ha objetado que provoca vaso dilatación capilar pero eso no molesta al cirujano acostumbrado ya que solo se limita a hacer ligaduras en los vasos más grandes; en realidad la hemorragia es mayor por contraste con

la anestesia local y raquídea en que está disminuída la afluencia de sangre, en uno por vasoconstricción y en el otro por hipotensión.

La insuficiente relajación la explicamos de la siguiente manera: en muchos casos con veinte por ciento de ciclopropano ya hay relajación y si se sigue emitiendo gas dentro del circuito se produce apnea cuando la concentración está próxima al 40 %. Pero en cierto número de casos el centro está tan deprimido que se ven obligados a suspender la emisión del gas para evitar la apnea y entonces no consiguen relajación. Discípulo de Cooper, aprendí aún en estos casos a obtener relajación tomando la precaución de ofrecerle la menor resistencia posible al aire respirado en forma tal que aún un imperceptible aleteo respiratorio mantiene suficiente oxigenación, controlada por el color de la sangre, de la piel y el pulso.

Técnica de Guedel: (3) Desde Noviembre de 1942 hemos aplicado la respiración controlada en más de cien anestias. La técnica preconizada por el autor se llevó a cabo en sesenta casos en la forma siguiente:

La inducción se hace haciendo respirar al paciente el contenido de la bolsa, 50 % de ciclo y 50 % de oxígeno, dejando ya que el oxígeno metabólico fluya durante todo el tiempo de la intervención. El filtro con la cal sodada abierto. A las dos o cuatro respiraciones hace una pausa respiratoria (pérdida de la conciencia) en ese momento se imprimen compresiones rítmicas a la bolsa tomando el anestesista por su cuenta el control respiratorio hasta cerrar peritoneo. Al cabo de un minuto se vacía la bolsa y se llena con (3 - 1) es decir tres litros de ciclo y un litro de oxígeno, esa mezcla 3 - 1 se repite dos o tres veces y ya se tiene una relajación comparable a la de la anestesia raquídea. Unicamente para abdomen superior o intervenciones muy largas practicamos la intubación al segundo lleno de 3 - 1. En los otros casos colocamos una cánula faríngea.

Muy frecuentemente comprobamos arritmias a las que muchas veces no hicimos ninguna terapéutica, en otras, disminuimos o aumentamos la anestesia (existe un plano de las arritmias de 20 a 50 % de ciclo) en otros casos agregamos éter y el pulso se hizo regular. En otros, inyectamos previamente evipán endove-

noso como preconiza Guedel consiguiendo en esta forma mantener inalterable el pulso.

En cuarenta operaciones aplicamos la respiración controlada en aquellos casos en que podría resultar beneficiosa la hiperoxigenación pero con dosis pequeñas de gas; eran pacientes de gran riesgo quirúrgico, shockados, (3) etc.

7. **En el post-operatorio** no dudamos en sedar el dolor cada vez que es necesario y siempre planteamos el interrogante de si hay shock.

Resumen

Podemos observar como va circunscribiéndose la anestesia ordinaria a su estricta indicación y que la elección de la anestesia va ligada al estudio en particular de cada enfermo. Vemos posibilidades de que la anestesia raquídea continua pueda llegar a descargar en su hermana menor, la caudal continua, todas las intervenciones sobre periné. De como dos anestésicos recomendados para cirugía menor, pentothal y protóxido pueden asociados, ser de gran valor en cirugía mayor. También vimos que sin ningún riesgo se consigue anestesia instantánea donde antes no se calmaba el dolor por ser éste de poca duración.

El incesante avance de la cirugía está apoyada firmemente por la anestesia que trata de brindarle al bisturí la máxima comodidad para realizar su obra reconstructiva sin que por ello dañe al organismo.