

ANESTESIOLOGIA: BLOQUEO ESPINAL

Preguntas y discusión

Dr. ENRIQUE BARMALMON.—Frente a un enfermo en quien la anestesia espinal fracasa, donde el anestesta es llamado de urgencia, ¿qué conducta se aconseja seguir?

Dr. JUAN C. SCASSO.—Realmente es una situación un poco desagradable, el hecho de enfrentarse al cual no se conoce en ninguno de sus territorios, como acabamos de ver hoy; no conocemos su capacidad funcional en ningún aspecto, en ningún sentido, y tenemos que defendernos en el terreno: el enfermo está inquieto, el cirujano está inquieto, y nosotros tenemos que tratar de que se termine la intervención.

Las técnicas a usar, como ya dije en mi trabajo, pueden ser varias, cualquier tipo de anestesia, siempre tratando de averiguar cuál es el proceso patológico que prima en el enfermo, y tratando de hacerle el menor daño posible; muchas veces nos encontramos con el enfermo sin premedicar siquiera; tenemos que recurrir a la medicación I. V., no siempre con la acción que deseamos obtener; podemos recurrir a la anestesia local, a la que el cirujano ya recurrió automáticamente; finalmente si es un proceso puramente síquico, recurrimos a los barbitúricos, desde luego, no buscando una acción analgésica que desborda su acción, pues el barbitúrico fue ideado, planeado y usado para hacer hipnosis, pero no para hacer anestesia; usando anestésicos o analgésicos I. V., del tipo de los opiáceos, o sucedáneos del tipo de la meperidina; o finalmente, si el proceso, o en el caso que el enfermo lo permita, se hará una anestesia general inhalatoria.

Dr. MANUEL RODRIGUEZ LOPEZ.—¿Qué experiencia y cuántos casos tiene el ponente sobre la raquipercaína en cirugía ginecológica y qué opina sobre la misma en la grávida y no grávida?

Dr. JUAN C. SCASSO.—Mi experiencia con percaína es muy pequeña, tan es así que ni siquiera me he atrevido a traer estadísticas; lo mismo con la procaína. He visto usar raquipercaína, y he visto que es un espléndido anestésico, y que se realizan cosas interesantes. Con el Dr. Rodríguez López he tenido la satisfacción de ver anestestias para operaciones de "largo metraje", de muchas horas, Wertheim con linfadenectomía, por ejemplo, donde la enferma beneficia de una buena anestesia. A veces, nos vemos con la obligación

de completar esa anestesia, que tampoco alcanza, por eso yo a veces pienso que eso se podría hacer con una técnica un poco distinta a la dosis única, ya que con la raquí fraccionada, mismo con percaína, se podría obtener una prolongación de la acción.

En cuanto al uso en la embarazada, tengo experiencia también muy pequeña, pero desde el punto de vista teórico, la anestesia espinal en la embarazada es ideal, puesto que no interfiere en absoluto con el metabolismo fetal; pero hay una cosa que frena, y es que en la literatura mundial, los accidentes máximos en cirugía con raquí anestesia, se han visto en las enfermas embarazadas; desde luego, que como dije hoy, no lo inculpo directamente al proceso anestésico en sí, sino a las faltas, o inconvenientes de técnica, y falta de vigilancia muchas veces. Creo que con cuidado, también se puede usar y perfectamente en la embarazada desde luego.

Dr. MANUEL RODRIGUEZ LOPEZ.— Considero insuficiente la respuesta. El problema radica en lo siguiente, y es que la embarazada por una especial sensibilización —diríamos nosotros— requiere la mitad de la dosis de la no grávida; si a una grávida le damos la misma dosis que a una no grávida, tenemos accidentes mortales. Hace veinte años que no tenemos ningún accidente en raquípercaína: usamos 7,5 mg. entre L4 y L5, durando 2 ½ a 3 horas, y completando con anestesia general, si el tiempo no alcanza, por lo menos como pasa en la linfadenectomía. Nosotros éramos reacios a aplicar anestesia raquídea, por dos casos desgraciados que tuvimos hace veinticinco años, hasta que estudiando el problema y ver toda la literatura mundial a nuestro alcance, llegamos a ver bien el problema, y hoy inyectamos 4 ½ mg. a la mujer embarazada, y hacemos sistemáticamente con raquípercaína cesáreas, sin ningún inconveniente, y que si inyectáramos los 7 ½ mg. cosa que no le hace nada a la no grávida, tendríamos posiblemente accidentes difíciles, y problemas muy serios.

Dr. L. CHERTKOFF.— El Dr. Rodríguez López ha contestado su propia pregunta y a la vez, la formulada por el Dr. Rey Vercesi: "Si hay pruebas de la mayor sensibilidad de la mujer grávida a la raquípercaína y de su mayor peligrosidad." Creo que la posición del Dr. Rodríguez López se inclina en este sentido.

Dr. JUAN C. SCASSO.— Quiero agregar que evidentemente es un concepto no enunciado, lo de la dosis en la embarazada. No sólo es la dosis con percaína, sino que con procaína sucede lo mismo, y con cualquier tipo de anestésico, y con cualquier tipo de medicamento, la embarazada es una enferma en una situación especial; como lo dije al final de mi trabajo en las conclusiones, que no sólo para la anestesia general, sino para toda la medicina, todo es cuestión de dosis, paciencia y competencia.

Dr. CARLOS A. CHIFFLET.— Comparación de las ventajas y desventajas entre raquídea y epidural o peridural.

Dr. ISZO GRUNWALD.—Yo diría que la anestesia peridural tiene las ventajas de la raquianestesia, menos sus inconvenientes, principalmente uno de ellos, que se detuvo el Dr. Scasso en señalarlo, que es la cefalea. La posibilidad de infección, por supuesto, una meningitis bacteriana, es mucho más grave que una infección del espacio peridural, pero usando técnicas asépticas, no existe esa posibilidad. Por eso repito, la peridural tiene todas las ventajas de la raquianestesia, menos una desventaja, la cefalea; y otra más: que la raquianestesia da una relajación marcada, mientras que la peridural deja en libertad la acción muscular, y eso tiene importancia, fundamentalmente en enfermos que padecen de alguna forma de insuficiencia respiratoria, donde una raquianestesia, suprimiendo músculos respiratorios accesorios, podría ser de repercusión importante en la situación del paciente. En favor de la raquianestesia, debemos decir que la técnica peridural es más lenta y un poco más dificultosa; mientras que la raquianestesia es un poco más simple, y su instalación es mucho más rápida.

Dr. JUAN C. SCASSO.—La técnica de la anestesia epidural, en los libros de anestesia, dice que está indicada cuando está contraindicada la raquí; yo creo que eso no es una verdad; la anestesia epidural es una excelente anestesia, lo único que tiene en contra, a mi modo de ver, es la dificultad, y —en la era actual que vivimos de la velocidad— es un poco lenta, pero de beneficios reales para el enfermo. En cuanto a lo que habla el Dr. Grunwald de la insuficiencia respiratoria que puede condicionar la anestesia subdural, debo insistir sobre la vigilancia clínica del enfermo. En lo que se refiere a insuficiencia respiratoria una anestesia espinal bien hecho y controlada no tiene por que dar insuficiencia respiratoria, si tiene un anestesista al lado, o un técnico que sepa manejar un aparato de anestesia, no ponerle un tubo de oxígeno para que huela, sino darle O_2 y sacarle CO_2 .

Dr. RODRIGUEZ LOPEZ.—Si esta Asamblea oyera la opinión del doctor Mautone, que es muy modesto, pero es hombre de gran experiencia en el Interior; por eso quiero darle la palabra a mi viejo amigo y compañero, el Dr. Mautone, para que diga su experiencia de San Carlos.

Dr. MAUTONE.—La experiencia nuestra, en parte, ha sido obligatoria, porque como no teníamos mayores medios para realizar anestésias, teníamos que recurrir a la raquí, al comienzo de nuestra práctica. Empezamos con novocaína, puesto que no teníamos percaína. Ya en otro Congreso hicimos hincapié en la cuestión de usar 5 mg. de percaína, porque nosotros hicimos la experiencia basados en un trabajo de la Clínica de Bengolea en el que se aconsejaban pequeñas dosis, y empezamos por hacer 6 mg., y bajamos a 5 y 4 y 3 mg., en los casos de mayor riesgo; y estábamos recordando en este momento una traumatizada de riñón, con riñón estallado, un caso de circunstancias angustiosas, porque no encontrábamos anestesista, ni transfusión; estaba sin presión arterial, y pese a esa hipotensión, le hicimos una raquídea, y marchó muy bien. Es decir, que consideramos de mucha importancia la dosis pequeña; y actualmente lo estamos empleando en las cesáreas, sin nin-

gún peligro, sin ningún accidente serio. No hace muchos días, ocurrió algo que ocasionó un poco de alarma; una hipotensión prolongada, 2 horas después de haber salido de la mesa operatoria, la enferma estaba aparentemente bien, no tenía pulso, se sonreía cuando le hablaban, pero la presión estaba por el suelo, y se le hizo noradrenalina, estimulantes, un poco de Trendelenburg; empezó a reaccionar, y a las 2 horas más o menos, ya se había recuperado. Hay que aclarar que se trataba de un embarazo gemelar de dos criaturas que pesaban una 4 kg. y pico y la otra 3 kg. y pico; yo pensé si no habrá intervenido la depresión brusca del vientre, la salida del líquido amniótico, y las criaturas, y que eso también colaborara en la hipotensión.

Dr. RODRIGUEZ LOPEZ.—Nosotros traemos la experiencia a este Congreso, de raquipercaína de más de veinte años. La usamos casi sistemáticamente en Ginecología del Hospital Pereira Rossell, y la usamos siempre que podemos en clientela privada, cuando podemos convencer a las pacientes que es una anestesia atóxica sin ningún riesgo; no tenemos ninguna muerte. Tenemos cientos de anestесias, y la hacemos con una técnica muy sencilla; hacemos la solución en el Hospital, trayendo el medicamento de Suiza, en suero fisiológico, es decir, soluciones isobaras; todos sabemos los peligros de las hiper e hipobaras; inyectamos 1,5 c.c. de solución al 0,5 %, entre IV^o y V^o lumbar; inyectamos 2 c.c. de efedrina al 5 % I. M., y obtenemos anestесias que duran 3 horas y 3 horas y media, mientras que la novocaína dura 45 minutos escasos. A los 20 minutos de la raquipercaína, desaparece la angustia que tienen con la novocaína; no tienen cefaleas, ni ningún otro accidente; de manera que somos fieles a esta anestesia, y la usamos casi sistemáticamente, en este momento, para nosotros, en nuestra experiencia prácticamente sin riesgos, y además es la anestesia más atóxica, y está en manos de un cirujano que la hace concomitantemente, dominando el campo operatorio, y habiéndola practicado él, bajo su responsabilidad; no les quiero sacar a ustedes lógicamente, a los anestесistas, el campo de su especialidad, pero creo que el cirujano debe mandar en el campo quirúrgico.

Dr. SAMUEL REY VERCESI.—Quería recordar la época en que hacía anestesia epidural caudal, y como dijo el relator con 60 c.c. se conseguían anestесias superiores al nivel umbilical. En una oportunidad, habiéndose equivocado el que manejaba la peringa en una epidural continua, siguió dando volúmenes mayores, y se llegó a una anestesia hasta la clavícula, sin la menor repercusión general, un poco certificado esto porque por el espacio peridural, no puede haber penetración del líquido anestésico a la parte craneal. De cualquier manera, en 120 anestесias, que se hicieron en ese momento en Ginecología, yo llegué un poco a la convicción de que la anestesia epidural en manos entrenadas, no podía fracasar, sino en 2 ó 3 %, y que el nivel a alcanzar dependía un poco de lo que quería el anestесista. Y encuentro un poco, que frente a cierto riesgo mortal de la raquí, la epidural tiene alguna ventaja; es fácil colocar la goma por entre las piernas de la enferma, consiguiendo así una anestesia continua, y prolongando la anestesia todo lo que sea necesario. En algunos casos, con fines terapéuticos, hemos podido hacer inyecciones con-

tinuas epidurales, durante horas, controlando ataque de eclampsia, con hipertensiones de más de 30 cms., consiguiendo un descenso de la presión con esta maniobra terapéutica que en aquel momento estaba aconsejada.

Dr. PEDRO LARGHERO YBARZ.—No es el mero cumplimiento de una fórmula habitual el decir que aquí caben algunas felicitaciones. Primeramente al coordinador que ha elegido un tema con gran inteligencia, gran juicio, porque le ha permitido comenzar un proceso de reivindicación de uno de los procedimientos anestésicos que había sido injustamente desechado en nuestro medio y desechado por una campaña, a veces encarnizada, muy a menudo, promovida por los que no lo habían practicado. Por consiguiente, yo felicito al coordinador por la elección de este tema; lo felicito por la elección de los relatores, porque no podía haber elegido mejores ponentes de los dos procedimientos de anestesia raquídea, que yo estoy seguro que por el dominio del tema que han demostrado en todos sus aspectos, en el técnico, en el farmacológico, en el fisiopatológico y en el clínico; y además, por la seriedad y la claridad de su exposición, constituirá seguramente, motivo de reflexión, para los que hasta este momento, habían desechado, o pretendían que la raquianestesia, y la epidural, debían desaparecer del arsenal terapéutico, en el manejo de los enfermos. Yo considero que los inconvenientes mayores que ha tenido la raquianestesia es que han convertido al cirujano en anestesista, y en el momento actual, no hacemos ninguna raquianestesia, sin tener el anestesista que la vigile, o la haga él; y los accidentes que hemos tenido, han sido imputables, seguramente, a la falta del anestesista, porque lo importante no es el acto de la inyección, sino que la anestesia comienza cuando se retira la aguja. Nosotros tenemos la manía de juntar papeles, y un día reunirlos y analizarlos y sacar algunas conclusiones. Yo he hecho el análisis de las 14.000 últimas historias de mi Servicio, de las cuales 7.729 intervenciones quirúrgicas:

Anestesis en el Servicio

Raquídeas	2.195	28,4 %
Generales	3.183	41,2 %
Locales	2.351	30,4 %

Nosotros hicimos un ensayo de comparación de diferentes tipos de anestesia, empleados en nuestro Servicio, y los empleados en el Servicio de Anestesis del Hospital Manuel Quintela; yo pude comparar las anestesis en los dos hospitales, y llegué a la conclusión que era 65 % de anestesis generales, 35 % de anestesis locales, y el 1 % epidurales en este último; es decir, que en ese Servicio se había eliminado la anestesia raquídea. También nosotros hemos hecho el análisis de las muertes, en nuestro Servicio. Accidentes: 33 accidentes en estas 7.729 operaciones. Para la raqui, hay 8 accidentes con 5 muertes, lo que da un porcentaje de 2,2 %; para la general hay 24 accidentes que fueron cuidadosamente analizados con 16 muertes, estas 16 muertes fueron analizadas y llegamos a la conclusión que eran 6 por hemorragia, por la gravedad del paciente, pero 10 muertes eran evidentemente de responsabi-

dad exclusiva de la anestesia, lo que da un porcentaje de muertes de 3,1%; y en cuanto a la anestesia local, hay 3 accidentes, con 2 muertes, lo que hace un porcentaje de 0,84%. Por consiguiente, el cotejo de las cifras surge seguramente, ya que las cifras están basadas en suficiente número de casos, que la acusación que se hace a la raqui-anestesia de ser más martífera que la anestesia general, no surge de estas cifras.

Dr. L. CHERTKOFF.— En cuanto a las conclusiones, o al resumen de lo expuesto aquí, en realidad no puedo agregar nada a los trabajos de Scasso y Grunwald, que fueron completos, y que pusieron bien en evidencia las posibilidades de este método de anestesia, sin exagerar su valor, pero poniendo en orden todos los elementos que dispone el anestesista con ellos.

Las preguntas y discusiones se centraron en algunos aspectos y hay uno al cual se refirió el Dr. Scasso: que hay gente que niega el valor de la raqui-anestesia y gente que la defiende “à outrance”; justamente el interés nuestro al traer este tema, es que creemos que aún no se ha hecho una valoración de este método, en nuestro país, y creemos que somos nosotros los anestesistas, los verdaderos responsables. No creo, como dijo el Dr. Rodríguez López, que sea el cirujano que deba controlar la anestesia, porque evidentemente, no se puede operar un enfermo y controlarlo. Hemos pasado de la época en que la anestesia general era hecha por un idóneo, cediendo el cirujano parte de sus poderes, con resultados satisfactorios para él y el paciente. También con estos métodos no creo que el cirujano se sienta defraudado porque haya un anestesista a la cabecera del enfermo.

Tanto la anestesia raquídea como la epidural, alcanzarán una valoración objetiva en nuestro ambiente, en la época que sean practicadas por anestesistas con plena capacitación para ello. Espero, como dije al comienzo, que esto provoque un interés en la práctica del método, y que los cirujanos colaboren con nosotros en ese interés.

Por otra parte, agradezco la concurrencia que fue muy numerosa, y el honor que me han conferido. Muchas gracias.

11º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

Martes 6 de diciembre. Hora 9 y 30

TEMA:

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

COORDINADOR:

Dr. JOSE SUAREZ MELENDEZ

- 1) "Concepto fisiológico. El Mal de Pott en el ciclo de la tuberculosis": *Dr. Hugo Malosetti.*
- 2) "Tratamiento médico de la tuberculosis vertebral": *Dr. Osiris Cesconi.*
- 3) "Tratamiento quirúrgico. La artrodesis vertebral": *Dr. Roberto Masliah.*
- 4) "Tratamiento quirúrgico. El abordaje directo del foco vertebral": *Dr. José Suárez Meléndez.*

PREGUNTAS

DISCUSION

CONCLUSIONES