

NEUROLEPTOANALGESIA Y ANESTESIA TOPICA EN LAS ENDOSCOPIAS Y CIRUGIA MENOR DE LA VIA AEREA SUPERIOR.

Drs. Eduardo Figallo A. (1); Ernesto Salem A. (2); Rodrigo Travezán (3).

INTRODUCCION

Las endoscopías de la vía aérea superior, por razones inherentes a su anatomía topográfica e instrumentación, pueden comprometer en algunos instantes, total o parcialmente, el intercambio gaseoso respiratorio, lo cual en la mayoría de estos pacientes, portadores de una patología por dilucidar o descartar, puede traducirse en episodios de hipoxia aguda, con el natural detrimento de las funciones vitales e incluso en algunos casos, poniendo en peligro la vida del paciente.

La existencia de este problema ha preocupado por igual a cirujanos y anestesiólogos y los ha llevado a tratar de desarrollar técnicas que aseguren una adecuada ventilación pulmonar durante estos procedimientos. En la literatura se pueden encontrar numerosos trabajos clínicos que expresan esa inquietud.

La anestesia tópica o local que ofrece la ventaja de la respiración espontánea de parte del paciente a través de todo el procedimiento, requiere en cambio la colaboración efectiva del mismo, factor que muchas veces no se encuentra en muchos de dichos pacientes, sobre todo en aquellos de índole emotiva, psíquicamente mas desarrollados, o de nivel socio-económico elevado.

Partícipe de esa inquietud y dado lo elevado del número de estas endoscopías que se realizan en los Departamentos de Cabeza y Cuello y de Tórax del Instituto, hemos desarrollado un método, el que creemos dada la experiencia hasta hora obtenida en nuestra serie de casos, puede ofrecer tanto al paciente como al cirujano u operador, la seguridad y condiciones necesarias para llevar a feliz término estos procedimientos.

MATERIAL

La casuística pertenece en su totalidad al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Esta serie comprende 24 pacientes de ambos sexos, todos adultos con excepción de dos niños de 12 y 24 años respectivamente. De esta serie, 21 pacientes pertenecieron al Departamento de Cabeza y Cuello y 3 al Departamento de Tórax.

La mayoría de ellos fueron ambulatorios, en los cuales se había intentado previamente la anestesia tópica sin buenos resultados, debido a la poca colaboración de los mismos.

Los pacientes internados eran en su mayoría casos problemas de la vía aérea superior, que requerían de estos estudios, en las mejores condiciones de seguridad.

EQUIPO Y DROGAS USADAS:

- Equipo para bloqueo translaringeo que consta de una jeringa de 2 cc y agujas de 5 cc. Nº 20.
- Atomizador Devilbiss para la anestesia tópica de la orofaringe.
- Una cánula para la instilación traqueal de la sol. de Cocaína.
- Sol. de Cocaína al 10%: 2 cc para el bloqueo translaringeo; 2 cc para la intilación traqueal cuando ésta era necesario y además cantidad suficiente para la atomización orofaríngea.
- Neuroleptoanalgésicos: Dihidrobencoperidol en sol. al 0.25% en fcos. de 10 cc. cada uno;
Fentanest en sol. al 0.005% en fcos. de 10 cc cada uno.

(1) Dr. Eduardo Figallo A. Jefe del Departamento de Anestesia del I.N.E.N., Profesor Encargado del Programa de Anestesia de la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
(2) Dr. Ernesto Salem A. Jefe del Departamento de Cabeza y Cuello del I.N.E.N. — Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad "Cavetano Heredia".
(3) Dr. Rodrigo Travezán C Médico-Asistente del Dep. de Cabeza y Cuello del I.N.E.N.

MÉTODOS

Tanto los pacientes internados como los ambulatorios fueron conducidos a la Sala de Inducción situada dentro del perímetro de la Sala de Operaciones del Instituto. Todos los pacientes estuvieron en ayunas, no habiendo recibido ninguno de ellos medicación pre-anestésica.

Los pacientes ambulatorios provenientes de los Consultorios Externos del Instituto, fueron sometidos a un descanso de 20 a 30 minutos en posición decúbito dorsal, antes de iniciar en ellos el procedimiento.

Los pacientes internados fueron considerados como en condiciones basales y en ellos el procedimiento se inició a su arribo a la Sala de Inducción.

Una dosis inicial de 4 cc de una mezcla de Dehidrobenezoperidol y Fentanest (2 cc de cada uno: 5 mgrs. y 0.1 mg. respectivamente) fué administrada lentamente por vía endovenosa a todos los pacientes.

Diez minutos más tarde se procedió a efectuar el bloqueo translaríngeo siguiendo la técnica habitual. Inmediatamente se procedió a efectuar la anestesia tópica de la cavidad orofaríngea con una sol. de Cocaína al 10% empleando el atomizador Devilbiss. En algunos pacientes que se mostraron intranquilos o no colaboraban con el procedimiento, se hizo necesario añadir endovenosamente 2 cc. de la mezcla de neuroleptoanalgésicos, de acuerdo a la condición física del paciente.

Todos los pacientes tuvieron control inicial y terminal de la presión arterial y pulso. En la mayoría de ellos, una jeringa de 10 cc fijada al brazo del paciente fué suficiente para poder suplementar, cuando fué necesario, la dosis inicial de Neurolepticos, pero en algunos casos el mal estado general o la severa obstrucción respiratoria, hicieron necesario utilizar una llave de doble vía y una infusión endovenosa continua.

Durante el procedimiento endoscópico los pacientes permanecieron sedados pero concientes, capaces de obedecer las órdenes del operador.

Terminada la endoscopia los pacientes internados permanecieron en observación hasta su recuperación de los e-

fectos de las drogas en ellos usadas. Algunos de ellos requirieron el uso de oxígeno por máscara para asegurar una mejor oxigenación.

Los pacientes ambulatorios permanecieron igualmente en observación hasta su completa recuperación, momento en el cual se retiraban a sus domicilios siempre acompañados de sus familiares.

RESULTADOS

Los resultados logrados con la combinación de la anestesia tópica y translaríngea con una sol. de Cocaína al 10%; previa sedación del paciente con una dosis adecuada de Neuroleptoanalgésico, que varió entre los 2.5 - 5 mgrs. para el Dehidrobenezoperidol y 0.1-0.2 mgrs. para el Fentanest por vía endovenosa, fueron francamente satisfactorios.

Aunque no podemos establecer conclusiones definitivas debido al número aún corto de pacientes al tiempo de la presentación de este trabajo, los resultados han sido tan satisfactorios que se ha establecido como un método de rutina para las exploraciones endoscópicas y casos de Cirugía Menor (extirpación de pólipos, aplicaciones tópicas) de parte del Departamento de Cabeza y Cuello del Instituto. I como método de elección para pacientes poco colaboradores en los casos de broncoscopias del Departamento de Tórax de nuestro Hospital.

DISCUSION

Desde hace mucho tiempo se conoce el efecto depresor de los derivados promazínicos sobre los reflejos faríngeos y laríngeos. Los neuroleptoanalgésicos evidentemente parecen compartir esta propiedad, tal como lo prueba anteriores reportes de intubaciones endotraqueales realizadas únicamente con una dosis adecuada de estas drogas (1).

La sedación producida por la mezcla de neurolepticos, en la dosis por nosotros usadas, parece no ir acompañada de los efectos depresores de las funciones respiratoria y cardiovascular comunes a los narcóticos, barbitúricos y tranquilizantes.

La anestesia tópica indirecta de la laringe a través del bloqueo translaringeo, ha sido introducida hace mucho tiempo en la clínica; la rapidez de su efecto, su inocuidad y su efectividad ha sido comprobada en múltiples ocasiones. Sin embargo se hace siempre necesario suplementarla con la anestesia tópica de la orofaringe, para evitar la presencia de reflejos a punto de partida del glososfaringeo que podrían dificultar la instrumentación.

Cuando se trata de efectuar broncoscopias se hace necesario la instilación de la misma solución de Cocaína al 10% en la tráquea a través de una cánula ad-hoc.

La anestesia tópica translaringea y orofaringea, permite el uso de dosis menores de neuroleptanalgésicos, evitando las desventajas de la sobredosis con estos últimos, especialmente en lo que a depresión respiratoria se refiere.

A pesar de la apreciable cantidad de Cocaína en sol. al 10% que se emplea en esta técnica, no hemos tenido hasta ahora ninguna reacción tóxica o de tipo simpático mimético severa, con excepción de una fugaz taquicardia en algunos de los pacientes mas jóvenes, lo que

estaría de acuerdo con el rol bloqueador de los receptores alfa-adrenérgicos atribuido al Dihidrobenzoperidol (2, 3, 4, 5).

CONCLUSIONES

La combinación de sedación neuroleptoanalgesia, anestesia tópica translaringea y orofaringea, constituye en nuestra opinión un método altamente satisfactorio, para ser empleado en las endoscopías y aún en procedimientos de cirugía menor en la vía aérea superior, ya que asegura una adecuada sedación, sin entorpecer la conciencia del sujeto y la ventilación espontánea a través de todo el procedimiento.

Sin embargo, como las drogas en el usadas pueden producir potencialmente reacciones tóxicas, tal es el caso de la Cocaína, o depresión acentuada de la respiración en algunos pacientes, tal es el caso de la mezcla de neuroleptanalgésicos; recomendamos que se realice siempre en ambiente de hospitales, clínicas o consultorios que cuenten con el adecuado equipo de oxigenación y de asistencia ventilatoria y mejor aún con el concurso de un anestesiólogo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Dres. Oreste Ceraso y Col.
Neuroleptoanalgesia con R-4749 y R-42263
Prensa Médica Argentina, 52, 1292 (1965).
- 2.—Corseen G. y Col.
Neuroleptoanalgesia and. Anesthesia for open heart surgery.
"Anesthesiology" (in press).
- 3.—Tornetta, F. J. y Col.
Liver function studies in Droperidol-Fentanyl anesthesia,
"Anesth. and Analg.", 43, 544-559, 1961.
- 4.—Jelnosky, J. y Col.
A study of some of the pharmacological action of a combination of phentanyl and dehidrobenzoperidol. Conference on the use of Phentanyl and Dehidrobenzoperidol Medical Board Room, University of Pennsylvania Hospital, September, 1962.
- 5.—Yelnosky, J. y Col.
A study of some of the Pharmacological effects of Dehidrobenzoperidol, Medical Board Room, University of Pennsylvania Hospital, September 25, 1962.