

RIESGOS ANESTESICOS Y RIESGOS QUIRURGICOS *

Por el Dr. BENJAMIN BANDERA,
académico de número

La colaboración entre los distintos elementos que se asocian para realizar una operación quirúrgica, se ha iniciado desde hace tiempo y se afirma cada vez más. El cirujano elabora su diagnóstico e indica la operación, después de haber estudiado al enfermo en todos sus aparatos y sistemas, ayudado por los exámenes de laboratorio que fueron necesarios y, en ciertos casos, consultando el parecer de los especialistas. Firme en su opinión, plantea el problema de técnica quirúrgica y entonces requiere un nuevo colaborador, el anestésista, el que hace su examen, se entera del resultado de las exploraciones y elige, de acuerdo con el padecimiento, el estado del paciente, la operación que se va a realizar y el cirujano, el tipo de anestesia que le conviene.

Cuando los hechos se realizan en ese orden el acuerdo es completo; pero hay ocasiones en que diferentes circunstancias impiden establecerlo previamente, la evaluación de los riesgos respectivos no se conoce por uno y por otro, pueden surgir accidentes o evoluciones desfavorables, que si no se pudo evitar, sí por lo menos se pudo prever. A buscar esta perfecta coordinación, a llevar a los cirujanos nuestros puntos de vista, tienden estas líneas, que si resultan poco interesantes para mis oyentes, les pido mis excusas, alegando tan sólo para mi descargo, que son breves.

No sé si los señores cirujanos evaluarán el riesgo quirúrgico en forma parecida a como lo hacemos los anestésistas. Para nosotros existe la siguiente clasificación, que admite cuatro grupos designados con las letras

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 26 de febrero de 1947.

A, B, C y D. En el primero, se colocan los pacientes que van a someterse a una operación sencilla y cuyo estado general, salvo la enfermedad de que padecen, es satisfactorio, órganos esenciales en buena condición y órganos de eliminación sanos. En el segundo, clasificamos a los enfermos en que uno de los factores ha variado, quedando el otro sin alteración: individuo en buenas condiciones sufriendo una operación seria, o bien, paciente en malas condiciones sometido a una operación sencilla. En el tercero, los dos factores son adversos: se trata de una operación de importancia en un paciente en condición delicada. Por último, el grupo D se refiere a aquellos casos en que se juzga inminente un desenlace fatal en la misma mesa de operaciones. Esta clasificación ha sido adoptada por la generalidad de los anestelistas de diversos países y figura en las hojas de observación de todos nuestros hospitales.

La clasificación es sencilla y, salvo en casos excepcionales, es suficiente para el trabajo diario. Hay ocasiones en que el riesgo quirúrgico coincide con el anestésico; pero hay otros, por cierto numerosos, en que hay completa divergencia. Voy sólo a considerar dos grupos de pacientes en que puede observarse esta separación: los nerviosos y los niños.

Son los pacientes que designamos con el calificativo de nerviosos, extremadamente frecuentes. No se trata de enfermos con padecimientos catalogados en la neuropatología, sino simplemente individuos con reacciones emotivas más o menos exageradas, que no dominan el miedo natural a las operaciones quirúrgicas; o bien, personas con desequilibrios nerviosos que se colocan en los límites de la patología o están comenzando a penetrar en ella. El término es impreciso, lo confieso, pero es de aplicación tan frecuente que es perfectamente comprensible.

Ahora bien, en enfermos de estas características, que van a someterse a una operación sencilla, se les clasificará indebidamente en el grupo A. El cirujano, teniendo en cuenta los elementos del problema y aun para dar ánimo a su paciente, pusilánime o excitable, recalca la sencillez de la operación y el buen estado físico y, sin embargo, estos pacientes pueden dar sorpresas desagradables. Consideremos a un individuo con miedo: se produce en él una excitación del simpático, una descarga de adrenalina y, como consecuencias: aumento de las dimensiones de la pupila; el centro respiratorio se hace más sensible facilitando la entrada del oxígeno y la expulsión del anhídrido carbónico; estos cambios respiratorios hacen que la respiración se haga por la boca en vez de por la nariz; el glucógeno hepático se moviliza y el azúcar sanguíneo sube para proporcionar energía a

los músculos; los latidos cardíacos aumentan y la presión sanguínea se eleva; se acorta el tiempo entre el reflejo y la acción; y en suma el estado es impropio para admitir el sueño anestésico. Por todo esto, el punto de iniciación de la anestesia se ha elevado considerablemente y la inducción será larga, podrá presentar un período de excitación fuerte y prolongado, con todos sus peligros; el gasto de anestésico será mayor y el postoperatorio puede presentar trastornos.

Este cuadro se modifica con una premeditación adecuada, único y eficaz recurso de que disponemos; pero por desgracia, fiados en la sencillez de la intervención, aquélla es insuficiente o nula y el cuadro ya descrito se presenta. Por esos mismos caracteres no se nos envía a esta clase de enfermos; y es en la misma mesa de operaciones donde encontramos un problema que puede dar graves preocupaciones.

El cirujano que conoce a su paciente nos puede advertir de sus condiciones, sin alarmarlo. Hay enfermos que confiesan su miedo; otros que alardean de valor y que en el momento necesario desencadenan todo lo que habían reprimido; otros son efectivamente tranquilos, pero dolores frecuentes, insomnios, les enervan al punto de convertirlos en casos difíciles. Un ejemplo vulgar lo constituye un enfermo que ha pasado una noche con dolor de muelas, "rage de dent", como con justicia le llaman los franceses, y a quien hay que anestesiar para operación tan sencilla, como lo es por lo común una extracción dentaria.

Todos los tipos de enfermos es necesario conocerlos previamente y premedicarles de acuerdo con su estado nervioso y no con la operación que va a ejecutar. No olvidemos que el miedo, el dolor, la excitación nerviosa, sea cual sea su origen —anestesias anteriores, accidentes ocurridos a familiares o amigos—, elevan el metabolismo y, para abatirlo, si no se cuenta con la premedicación, necesitaremos anestésicos potentes y en suficiente cantidad.

No olvidemos también que esos estados de miedo provocan, como ya se dijo, excitación del simpático, hiperadrenalinemia y en ocasiones fibrilación ventricular. En esa condición de descargas de adrenalina, basta un estado de anoxia cardíaca motivada por el período de excitación, pongamos por caso, para que pueda desencadenarse el paro cardíaco brusco por fibrilación ventricular y no son raros los ejemplos, por desgracia. Recuerdo el que refiere mi inolvidable Maestro el doctor Ulises Valdés, de un individuo que al llegar a la sala de operaciones, antes de que se iniciara

anestesia, quedó muerto, con toda probabilidad, por el mecanismo indicado. (Anales del Sanatorio Valdés. Vol. 1, 1925.)

Los niños son malos riesgos anestésicos. Es una opinión vulgar la que expresa que los niños son seres que duermen fácilmente, casi sin peligro, y que el manejo de los anestésicos en ellos es por demás sencillo. En mi concepto, es todo lo contrario. Los niños son extremadamente delicados para anestesiarse y son los que con mayor frecuencia presentan accidentes de más o menos gravedad. En efecto, considero cuatro factores que hacen difícil la administración de los anestésicos en esta edad: 1º Los niños tienen el metabolismo alto. 2º Los niños son fácilmente excitables y rara vez cooperan a la fácil administración de un anestésico. 3º La premedicación es difícil y delicada de administrar. 4º Con facilidad presentan accidentes debidos a diferentes causas:

1º Desde el nacimiento, la curva del metabolismo en el niño presenta un ascenso muy marcado hasta llegar a los 8 ó 9 años, en que sufre un pequeño descenso, para subir a un nivel casi igual en la pubertad y comenzar a bajar en pendiente acentuada hasta los 20 años, y de ahí comenzar suave descenso hasta la ancianidad.

Son pues los niños de la primera infancia los que nos presentarán esta circunstancia desfavorable, aumentada por la excitación nerviosa. Ya se ha dicho que toda anestesia que se comienza con nivel alto necesita de anestésicos potentes y en mayor cantidad, por lo que es conveniente abatir dicho punto con una premedicación adecuada.

2º Con grandísima frecuencia vemos niños a quienes es necesario anestesiarse a la fuerza, después de que han fracasado todos los recursos del convencimiento, halagos, amenazas, etc.

Generalmente se trata de niños mimados a quienes la presencia de la madre o el padre les infunde mayores bríos para resistirse, por lo que es conveniente librarles de ellos al iniciar una anestesia y sólo recurrir a medidas extremas en caso de que todo haya fracasado, cuidando de no ir a provocar un accidente con una dosis exagerada de anestésico, absorbido en las respiraciones desordenadas de un chico que se defiende.

3º El organismo virgen del niño se deprime con las sustancias habituales de la premedicación. Durante los tres o cuatro primeros años, no se acostumbra suministrarle nada, como no sea atropina en dosis pequeñas. A partir de esa edad, se les añaden barbituratos, ingeridos o en

administración rectal, y al alcanzar los 9 ó 10 años, se les puede empezar a inyectar morfina o aplicar avertina. El manejo de estos medicamentos está sujeto más que a una cifra de años, al estado general de los niños, a veces en perfecta discordancia, y no por rareza observaremos que dosis iguales en niños comparables producen efectos diferentes. La premedicación en los niños es delicada, requiere prudencia y experiencia, ya que si un adulto nos inquieta cuando llega muy deprimido a la operación, en tratándose de niños nos preocupa hondamente y debemos de tomar todo género de precauciones para el desarrollo de la anestesia.

4º Por último, como consecuencia de los elementos ya citados, los niños desarrollan durante la anestesia accidentes de importancia variable, que pueden ir desde el espasmo laríngeo más o menos intenso y tenaz, hasta la apnea y hasta la muerte súbita. El dominio del vago en los niños es un hecho demostrado y trae como consecuencias la aparición de espasmos, entre los que los laríngeos son más temibles para la anestesia por inhalación. Ya señalamos la utilidad de la administración de sustancias que moderen o abatan el tono de este sistema.

Quiero referirme ahora a un factor que citan las obras americanas como favorecedor de tremendos desenlaces: me refiero al llamado "status lymphaticus". Descrito en 1889 por Paltauf, como síndrome caracterizado por un timo grande, hiperplasia linfoidea generalizada, hipoplasia vascular y susceptibilidad para la muerte repentina por causas triviales, se le veía aparecer en niños finos, delicados, en operaciones sencillas, en las que el anestesista decía haber obrado como era su costumbre y en donde la autopsia no revelaba nada anormal, salvo hiperplasia del timo y del tejido linfoide.

Nunca se dió una explicación adecuada a esos hechos ni se pudo establecer una relación entre el aspecto exterior del niño y el desarrollo de tan peligroso estado.

Leo en la obra de R. R. Macintosh, titulada *Essentials of General Anesthesia* y publicada su tercera edición en Londres 1945, que en el año de 1926 se formó un comité por el Consejo de Investigación Médica y la Sociedad de Patología de Gran Bretaña e Irlanda, para definir la condición denominada "status lymphaticus" y demostrar su existencia. Después de examinar las estadísticas sobre el peso del timo en diferentes edades, se analizaron 23 casos de muerte durante la anestesia atribuidas a choque. En sólo 4 el timo tenía dimensiones mayores, y aun en éstos, no se pudo encontrar la demostración de que esa glándula hubiera tenido

participación en la muerte. No se encontró relación entre el peso del timo y el tejido linfático del organismo. El Comité concluyó que no había evidencias para considerar al "status lymphaticus" como entidad patológica. Ante esos argumentos cae una explicación a esas muertes ocurridas durante la anestesia y a numerosos accidentes que sin llegar a ese desenlace se presentan en estos pequeños pacientes. Faltos de un estado constitucional, tenemos que buscar, de todas maneras, una explicación que nos satisfaga; pero la incógnita aún queda en pie, porque lo que se ha dicho es vago, impreciso y no nos da una base para poder prever un accidente de esta naturaleza. El hecho es que hay un estado del niño susceptible a la acción depresora de los anestésicos. En ellos la dosis que en otros no ocasiona sino un plano anestésico conveniente, trae consigo palidez, respiración superficial y débil, gran relajamiento muscular y, si ese estado no se despista en sus principios, se interrumpe la administración del anestésico y se lucha por salir de él, se produce un desenlace fatal. La causa de esa susceptibilidad, de esa liability para los anestésicos, nos escapa y sólo nos queda el principio general de una cuidadosa administración y de una vigilancia estrechísima, cuando se trata de anestesiar a un niño.

Por esto, señores cirujanos, pedimos de ustedes que, cuando operen a un paciente nervioso o a un niño, piensen en las dificultades que puede ofrecer la anestesia y en sus peligros y, sin considerar únicamente la benignidad o sencillez de la operación, prevengan al anestesista, establezcan de mutuo acuerdo una buena premedicación y nunca insistan en la inocuidad de una anestesia general, cuando se trata de esos pacientes. Realícense estas operaciones en sitios donde se cuente con toda clase de recursos para combatir un accidente: aléjese a la familia de la sala de operaciones donde puede ser un factor de disgusto o de tragedia; no se confíe esta clase de pacientes a anestesistas noveles y sin recursos; recuérdese que aquí la responsabilidad es sólo nuestra y se aumenta proporcionalmente a la sencillez de la operación.