

BLOQUEOS DE CONDUCCION EN PROCTOLOGIA Y UROLOGIA*

DR. HÉCTOR REYES RETANA**

PARECERÁ quizá incongruente el asociar los Bloqueos de Conducción en dos especialidades tan diferentes como son la Proctología y la Urología; sin embargo en Anestesiología no es así, pues es en la cirugía de estas especialidades donde los Bloqueos de conducción, efectuados, no indiscriminadamente, sino haciéndolos en sus indicaciones, tanto por el tipo de pacientes de que se trata, entre los cuales, más en Urología, se encuentra un número grande de los colocados en el grupo de los ancianos, como por las posiciones adoptadas para poder practicar cómodamente y en buenas condiciones la cirugía.

Al hablar de Bloqueos de conducción me refiero en particular al Bloqueo espinal o Raquia y a los Bloqueos peridurales.

La Proctología, especialidad relativamente joven, pues antes era practicada por el Cirujano General, con procedimientos rápidos y generalmente incompletos, que ocasionaban frecuentemente secuelas más graves que el padecimiento tratado, ha adquirido su auge actual debido principalmente a dos factores: 1º La posición en que se coloca al paciente para ser intervenido y 2o. el uso de los espejos rectales que permiten la exposición de la mucosa completamente. Pero estos dos tan importantes factores han venido a complicar para el anestesiólogo el transoperatorio.

La posición proctológica, decúbito ventral, con un cojín colocado abajo de las espinas ilíacas, levantando la pelvis y haciendo que el tórax y las piernas se encuentren en un nivel inferior y en algunas ocasiones con un ligero Trendelenburg, hace que las condiciones de aereación del paciente no sean óptimas, y si además tenemos en consideración la gran relajación necesaria para la introducción y mantenimiento del espejo rectal, nos encontramos que, bajo anestesia general

* Trabajo de conjunto de la Sección de Anestesiología de la Academia y la Sociedad Mexicana de Anestesiología, leído por su autor en la sesión del 20 de marzo de 1963.

** Servicio de Anestesia del Hospital Francés de México. Sociedad Mexicana de Anestesiología.

y usando relajantes musculares, frecuentemente y sobre todo en procedimientos largos y en pacientes de edad avanzada, o fumadores crónicos, la oxigenación puede encontrarse comprometida y el bióxido de carbono fácilmente se retiene con todas las consecuencias que de ello se derivan. Estos factores y algunos más, como son la ventaja de mejores postanestésicos y postoperatorios inmediatos, nos hicieron pensar en el uso de los bloqueos utilizando en un principio exclusivamente la raquia y en particular la llamada en "silla de montar", usando soluciones hiperbáricas a base de glucosa. Este estupendo procedimiento tiene la desventaja de no poder usarse más que en dosis únicas, obligando al cirujano a limitar su cirugía a un tiempo determinado, o teniendo que llevar a cabo la fase final de la intervención con anestesia general, perdiéndose con ello gran parte de las ventajas buscadas.

La aparición en el mercado de sustancias poco tóxicas, como es la xilocaína, que puede usarse en dosis relativamente altas sin presentar fenómenos de intolerancia, permitió a los anesthesiólogos el uso de los bloqueos peridurales con un gran margen de seguridad; además el uso de cateter para administración fraccionada por tiempo indeterminado del anestésico nos ha permitido usar este procedimiento para intervenciones verdaderamente prolongadas como son las resecciones abdominoperineales, así como dejar el cateter para control del dolor en el postoperatorio inmediato.

El bloqueo peridural tiene además la ventaja de no producir cefaleas postoperatorias, lo cual ha hecho que con él, prácticamente en todos los casos, substituyamos al bloqueo espinal, y para la mayor parte de los casos no necesitamos subirlo a un nivel más alto del décimo segmento dorsal.

Desgraciadamente para estos tan buenos procedimientos hemos encontrado muchos escollos, siendo quizá el principal la oposición de algunos cirujanos, que desconociéndolos se les oponen, como también en un principio, se opusieron a la intubación endotraqueal en las anestésias generales. Otra dificultad muy importante es la resistencia del paciente que se niega a dejarse puncionar la espalda, por simple horror o por temor de sufrir consecuencias neurológicas posteriores. Esta dificultad la hemos salvado en la mayoría de los casos, poniéndonos de acuerdo con el cirujano que empieza a tratar psicológicamente a sus pacientes para que llegue ya a la consulta pre-anestésica en una mejor disposición. Otro factor que no podemos pasar por alto es el mal recuerdo que tanto en los pacientes, pero sobre todo en los cirujanos, ha dejado un buen número de fracasos resultantes de la falta de habilidad de los anestésicos al principiar a practicar el método. Sin embargo puede decirse que en el servicio donde yo trabajo, y en el cual se practica una gran cantidad de intervenciones proctológicas, el 90% de las anestésias, para éstas son bloqueos peridurales, y que la gran mayoría de los pacientes y los cirujanos se encuentran muy satisfechos con ellos.

En urología los bloqueos de conducción han sido bien recibidos desde que Bier

en Alemania, a fines del siglo pasado practicó sus primeros bloqueos subaracnoideos, y durante muchos años se ha practicado toda clase de intervenciones de la especialidad, desde el tratamiento de un simple varicocele hasta una nefrectomía con este procedimiento; sin embargo, con el advenimiento de la anestesiología moderna y consecutivamente con la aparición de especialistas bien preparados para manejarla y con el mejor conocimiento, evaluación y manejo del paciente, el uso de los bloqueos se ha limitado a sus verdaderas indicaciones.

Un gran por ciento de los pacientes quirúrgicos del urólogo, son individuos ancianos, con severas alteraciones respiratorias, en los cuales se practican operaciones en el vientre bajo o pelvis, donde un bloqueo produce una gran relajación sin interferir con la mecánica respiratoria, que en los casos de cirugía transuretral ya se encuentra comprometida por la compresión ejercida sobre el diafragma por las vísceras, como resultante de la posición de litotomía que es necesario usar.

En términos generales podemos decir que la mayoría de las intervenciones urológicas son aquellas en las cuales se usan aparatos eléctricos con corrientes de alta frecuencia en algunas ocasiones, y esta razón por sí sola hace que sean los bloqueos la anestesia indicada para estas intervenciones, puesto que la presencia de gases inflamables o explosivos en la sala de operaciones en estas circunstancias, está proscrita.

Puede decirse en favor de la anestesia general, que actualmente se cuenta con anestésicos bastante seguros en su manejo y no inflamables, pero en cirugía transuretral, se pueden presentar varios accidentes como son la absorción de grandes cantidades de líquido a través de los conos venosos abiertos, la hemólisis, y la perforación de la uretra y más raramente de la vejiga, y sin lugar a duda, estos son más fácilmente detectables cuando el paciente se encuentra bajo un bloqueo de conducción que cuando se encuentra bajo el efecto de una anestesia general. Cuando se ha practicado un bloqueo y se presenta una sobrehidratación, hay un aumento de la presión arterial tanto sistólica como diastólica, bradicardia y cambios mentales, en forma de confusión, semicomá, náuseas, dolor de cabeza, disnea y cianosis; en cambio si se ha administrado una anestesia general los signos subjetivos no se presentan y la disnea y cianosis son ocultados fácilmente con aumento del oxígeno administrado y respiración asistida y los síntomas que se encuentran pueden dar lugar a confusiones con otros estados como anestesia superficial, hipercarbia, etc. Cuando se presenta una hemólisis también los primeros signos son subjetivos como son: súbita debilidad con calosfríos y piel de gallina con sensación de opresión en el tórax y posteriormente se presenta cianosis, todos estos signos son enmascarados por la anestesia general. En la perforación generalmente el primer síntoma es dado al anestesiólogo por el paciente al quejarse de un dolor intenso que se presenta súbitamente en el abdomen.

En cirugía urológica generalmente el anestesiólogo no tiene problemas para

convencer a los pacientes de que deben recibir un bloqueo, puesto que además de que muchos de ellos son ancianos, mucho más serenos y con menos problemas psicológicos que los adultos jóvenes, el cirujano ya ha hecho al indicar su operación una labor bastante notable de convencimiento.

En términos generales podemos decir que los bloqueos son la anestesia más usada en cirugía urológica, sobre todo en la transuretral, de éstos la raquía requiere mucho menos cantidad de anestesia, pero está relativamente contraindicada en los casos en que se presentan trastornos neurológicos y puede ser peligrosa en los tosedores crónicos y tiene el inconveniente de poder presentar en el postoperatorio cefaleas.

En cirugía de riñón o de uretero alto se cree conveniente el uso de bloqueos debido a la posición que es necesario hacer adoptar al paciente y que cuando éste se encuentra despierto puede llegar a causarle molestias verdaderamente intolerables, además de que en esta cirugía frecuentemente se corre el peligro de abrir la pleura.

En cuanto a la vía caudal, en los bloqueos peridurales, para cirugía tanto proctológica como urológica, en mi concepto no deben usarse, pues además de tener un factor notable de error en las deformaciones del sacro, al lugar de la punción por ende el sitio en que se deja el catéter cuando se hace anestesia fraccionada, se encuentra demasiado próximo al sitio de la operación y sujeto fácilmente a contaminaciones.