COMENTARIO OFICIAL

DR. CARLOS MARTÍNEZ-REDING¹

EN LA EVOLUCIÓN de la anestesia endovenosa y su estado actual sabemos que para la ejecución de una buena técnica debemos llenar puntos básicos demandados por un organismo que se apresta a recibir un traumatismo quirúrgico y que son: hipnosis, analgesia trans y post operatoria, relajación muscular y bloqueo neurovegetativo. La traducción clínica de los efectos farmacológicos de las combinaciones de drogas buscando estos efectos se encuentran tratados en los trabajos de Laborit y Huguenard y desde entonces se han venido publicando trabajos semejantes con diferentes drogas en distintos métodos. Ya el Dr. Sánchez Hernández presentó con anterioridad a esta Academia una comunicación sobre el uso del diazepam en combinación con barbitúricos como inductor de la anestesia y para el mantenimiento de ella usaba mepiridina, lidocaína y levopromazina por vía endovenosa y ventilación mecánica con Takaoka. En esta ocasión y como continuación del anterior, se suprimen los barbitúricos en la inducción y la lidocaína en el mantenimiento, haciendo la inducción con diazepam y escopolamina; el mantenimiento a base de una dosis fuerte del narcótico mepiridina y posteriormente, dosis pequeñas fraccionadas de mepiridina y diazepam, buscando obtener los efectos de neuroleptoanalgesia. Esta combinación produce la reducción de la permeabilidad capilar, la estabilización de los esfínteres precapilares y de la unión arteriovenosa, el aumento del flujo de sangre en la periferia, aumento en la frecuencia del

pulso y el gasto cardíaco e hipotensión arterial con la menor pérdida de sangre en el transoperatorio.¹

Refiriéndome concretamente al diazepam, droga usada como base en este trabajo, estoy de acuerdo con el autor en que posee efectos psicorregulares, de relajación muscular, anticonvulsivantes, que eleva el umbral del dolor y que puede considerarse como un neuroléptico de igual manera que lo mencionó Blondeau,² que cabe dentro de la clasificación propuesta por Delay dentro de los psicolépticos, grupo que abarca a los hipnóticos, neurolépticos y tranquilizantes; sin embargo, opino que la acción protectora neurovegetativa es menor que con otros neurolépticos.

Por lo que a mi experiencia se refiere, en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del I.M.S.S. hemos empleado el diazepam solo y en la combinación con mepiridina para la operación cesárea y la analgesia obstétrica.^{3,4} Las conclusiones a las que llegamos se aproximan a las del autor de este trabajo, sólo que nuestras pacientes eran personas jóvenes, con menor agresión que las que presenta el Dr. Sánchez Hernández y no presentaban patología agregada.

Debe notarse el hecho que los estados patológicos asociados a la enfermedad principal, en la casuística que se comenta, hayan sido hipertensión arterial, insuficiencia coronaria crónica y enfisema pulmonar y que los resultados sean satisfactorios; a mi juicio, dichos pacientes por la edad y por la patología corrieron un riesgo mayor en el postoperatorio que con métodos sin narcóticos. Folders¹ señala el peligro que existe en los pacientes geriátricos con respuesta al uso de los narcóticos, ya que presentan ma-

¹ Académico numerario. Hospital de Ginecoobstetricia No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social.

yor sensibilidad para estas drogas, con la consecuente depresión respiratoria. En efecto, muchos de estos pacientes presentan un espacio muerto anatómico aumentado, disminución de los movimientos respiratorios por la falta de elasticidad de la pared torácica y alta incidencia de bronquitis crónica y enfisema, que al disminuir el reflujo de la tos pueden producir atelectasias o neumonías postoperatorias por un recobro prolongado. En algunos casos la inyección endovenosa de narcóticos puede producir depresión circulatoria que no es favorable a los pacientes hipertensos o con insuficiencia coronaria crónica.⁵

Sin embargo, en el transoperatorio la depresión de los narcóticos se ha contrarrestado con el valor que en el método propuesto tiene la ventilación controlada mecánicamente; el ventilador de Takaoka, de valor por su sencillez, actúa solamente cuando el paciente está en apnea; aun cuando es útil para el 90% en los casos de cirugía cuando existe patología respiratoria, puede

conducir a alteraciones cardiorespiratorias inaparentes, por lo que en esos casos deberá usarse un ventilador que podamos manejar con más versatilidad. En el postoperatorio inmediato la vigilancia del paciente sometido a sobredosificación de narcóticos debe ser estrecha, para no permitir depresión respiratoria e inmovilidad y ausencia de reflejos de defensa por muchas horas.

REFERENCIAS

1. Foldes, F. F.: *Narcotics and narcotic antagonist*. Springfield. Thomas. 1964 p. 225.
2. Blondeau, P.: *Diazepam et anesthésie générale*. Cahiers d'Anest. 13: 207, 1965.
3. Gamiz Lliteras E.: *El diazepam en operación cesárea*. Rev. Méx. Anest. 14: 398, 1965.
4. Canales Pérez, E.: *El diazepam en el trabajo de parto*. Gín. y Obst. Méx. 22: 501, 1967.
5. Delay, J.: *Neuropsychopharmacology*. Bradley, P. J. (Ed.), 1959, Vol. 1, p. 167.