

ANESTESIA PARA CIRUGIA DEL POLO POSTERIOR

JAIME TELLEZ D.

Bogotá, Colombia

Los puntos que tenemos que analizar para presentar nuestra técnica de la anestesia para oftalmo-cirugía del polo posterior son:

- 1) El cuidado pre-operatorio del paciente.
- 2) Las drogas usadas en el pre-operatorio y su efecto en el curso trans-anestésico.
- 3) El riesgo anestésico.
- 4) Daremos las pautas para selección de la anestesia.
- 5) Nuestra rutina para la premedicación anestésica, tanto mediata como inmediata.
- 6) Descripción de la máquina de anestesia que habitualmente usamos.
- 7) Monitorio a nuestro paciente.
- 8) Los puntos básicos de la técnica anestésica.
- 9) El post-operatorio.
- 10) Las complicaciones que se pueden presentar.

1 y 2) Pre-operatorio. En el pasado, el tiempo crucial de una enfermedad quirúrgica era la intervención, y la supervivencia del paciente dependía de cómo tolerará la anestesia; era una cuestión que a menudo se batía, si el paciente de pobre condición física podía tolerar la anestesia. Esta suposición evidentemente ha cambiado; la anestesia tiene hoy mayor importancia y es suministrada con experiencia y buen juicio; sin embargo, la calidad del cuidado pre-operatorio es definitivamente determinante del buen éxito del procedimiento. Esto hace que no se presenten los casos de paro cardíaco intra-operatorio y una reducción importante en la mortalidad y en la morbilidad.

JAIME TELLEZ D.

En nuestro caso damos toda la importancia a la preparación pre-operatoria, en la que el médico internista nos presta una invaluable ayuda en casos de diabetes, cardiopatías, enfermedades hepáticas y renales. Creemos que todo paciente debe tener ineludiblemente una visita pre-anestésica y con la charla y atención cuidadosa de sus problemas al anesthesiólogo, gana la confianza de él; un examen físico cuidadoso y el análisis de los medios accesorios de diagnóstico, harán la planeación de la anestesia adecuada para cada caso.

Para empezar el récord de cada paciente se considera su estado físico y se anota el riesgo anestésico cuya clasificación internacional usamos: 1) en caso sin problema evidente; 2) cuando hay una enfermedad sistémica sin mayor importancia; 3) cuando encontramos una enfermedad sistémica que por sí sola puede ser mortal; 4) en el caso de una grave enfermedad y una intervención considerada como mayor, y 5) de muy poca ocurrencia en oftalmología es el paciente moribundo que precisa una intervención de urgencia.

3) En el pre-operatorio consideramos si al paciente se le han suministrado previamente drogas, como corticoides, pues en este caso habrá que aplicárselas durante la intervención para evitar una hipotensión. Los antibióticos, y en especial la neomicina, la estreptomycinina, la dihidroestreptomycinina, la polimixina B y la kanamicina, los tendremos en cuenta por la potencialización que produce la acción de los bloqueadores neuromusculares no despolarizantes.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa, como el parnate, nardil, niamid, eutonil, tofranil y otros de muy común uso, nos harán tener precaución por la potencialización que producen en el efecto de los vasopresores que nos podría llevar a una súbita hipertensión arterial.

4) Para la selección de la anestesia la primera consideración es el estado del paciente y esto nos hará escoger o desechar procedimientos; por ejemplo, evitaremos los barbitúricos en los pacientes con antecedentes asmáticos y restringiremos el uso de agentes inhalatorios halogenados en pacientes con problemas hepáticos previos.

El segundo punto son los requerimientos operatorios que nos harán seleccionar una determinada técnica y por último tendremos que considerar cuál es el adecuado reposo que el paciente deberá tener en inmediato post-operatorio.

ANESTESIA PARA CIRUGIA DEL POLO POSTERIOR

5) Para la premedicación mediata, o sea la de la noche anterior a la intervención, usamos un barbitúrico de acción corta o larga, o un tranquilizante, según el estado psíquico del paciente. Con frecuencia usamos hipotensores oculares del tipo acetazolamida o manitol, según los requerimientos quirúrgicos y un antibiótico previo del tipo ampicilina o lincomicina. Para premedicación pediátrica, en el caso poco frecuente de que sea necesaria, la noche anterior usamos diazepam.

6) Para premedicación inmediata, es decir, la del mismo día de la intervención, usamos un barbitúrico de acción corta o un tranquilizante para la sedación del paciente; los neurolépticos tipo dehidrobenzoperidol los usamos como preparatorio para la neuroleptoanalgesia y en todos los casos usamos de 0.5 a 1 miligramo de atropina, con la anticipación adecuada.

Para la premedicación pediátrica (7), la tabla N° 1, nos ha dado buen resultado. (8 y 9) muestran la máquina de anestesia.

Nuestra técnica habitual para un desprendimiento de retina incluye: pentobarbital para inducción, a dosis promedio de 7 mg. por kilo de peso; succinil-colina para intubación rápida, a dosis promedio de 1 mg. por kilo de peso.

Como inhalatorio usamos halotane en concentración promedio de 1 a 2% o metoxifluorane al 1.5%, adicionando goteo de neuroleptoanalgesia.

Si es necesaria hipotonía ocular mayor, se suministra d-tubo-ocurarina, a dosis de 1 mg. por cada 20 kilos de peso.

El monitoreo de rutina para esta técnica incluye pulso, presión arterial y electrocardiograma; raramente debemos usar catéter para presión venosa o tomar muestras de sangre arterial.

Para anestesia pediátrica de estrabismo usamos inducción con halotane; intubación orotraqueal y sostenimiento con halotane. Creemos que la tabla N° 2 es útil para tener todo listo con anticipación y hacer una intubación rápida del niño.

Las complicaciones transoperatorias que pueden ocurrir son: primero, las circulatorias, como la hipertensión arterial, hipotensión arterial más frecuente pero de más fácil tratamiento cuando la etiología es detectada con rapidez. Las erritmias cardíacas son de alguna frecuencia, las hay a menudo producidas por elevada concentración de halotane y en los estra-

bismos es frecuente que se presente una bradicardia producida por el reflejo oculodíaco; creemos que su prevención consiste en la adecuada oxigenación del paciente, evitar el exceso de anhídrido carbónico y la adecuada atropinización pre-operatoria. Si persiste el reflejo, usamos el bloqueo retrobulbar y dosis extras de atropina; usualmente no causa mayor molestia. Las complicaciones respiratorias son la apnea, la más frecuente es la causada por los curarizantes, de muy fácil tratamiento. En el caso de presentarse una hipoventilación, las medicadas para neutralizar los bloqueadores neuromusculares se adicionan con una respiración asistida por el tiempo que se considere necesario.

Otras complicaciones transoperatorias, como tos, vómito o regurgitación de contenido del tubo digestivo, solo se presentan como consecuencia de defectos en la técnica.

Como técnicas anestésicas especiales debemos mencionar la hipotensión controlada, de uso más o menos restringido, que hacemos con anestesia con halogenados, agregando un goteo de Arfonad u otro gangliopléjico.

La interacción de drogas y anestesia es otra indicación especial y, sí como ejemplo podemos citar el uso de neuroleptoanalgesia y metoxiflurane cuando es preciso el uso de adrenalina en infiltración de los tejidos operatorios.

De gran importancia para el éxito de la intervención es el cuidadoso control del paciente en la sala de recuperación y las primeras horas post-operatorias.

Como complicaciones de relativamente poca ocurrencia en post-operatorio de cirugía ocular podemos citar la hipertensión arterial, la hipotensión con shock y las embolias.

Como complicaciones respiratorias se puede tener cianosis, hipoventilación, e hipoxia por difusión neumotorax y atelectasias pulmonares.

El vómito es complicación poco frecuente desde que usamos los neurolépticos. A veces hay pacientes que tienen dolor y excitación que se controlan fácilmente con los analgésicos adecuados.

Por último, mencionamos las complicaciones oculares que pueden presentarse a consecuencia de un post-operatorio inmediato de no muy satisfactorio curso.

ANESTESIA PARA CIRUGIA DEL POLO POSTERIOR

SUMMARY

The author analyzes the anesthesia technique used in ophthalmological surgery of the posterior pole, emphasizing the patient's preoperative care with the aid of the internist. He describes the risk involved in anesthesia, according to international classifications, taking into account the previous administration of corticoids, antibiotics, and other drugs such as inhibitors of the monoxidase.

In the selection of the anesthesia, the patient's general state as well as the operatory requirements are taken into account, avoiding barbiturates in asthmatics, and controlling halogenous inhalatory agents in hepatic patients.

In the mediate premedication the author indicates the use of short or long action barbiturates, ocular hypotensors (manitol or acetazolamine) and an antibiotic of the ampicilin or lincomicine type and, in children, sometimes diazepam. In immediate premedication, a short acting barbiturate or a tranquilizer, Atropine, as well as neuroleptics as preparation for Neuroleptoanalgesia, are used.

The technique for retinal detachments includes phenobarbital, and succinil choline and, as inhalatory, halothane, adding D-Tubocurarine if a higher ocular hypotension is necessary. In pediatriy Halothane or oro-tracheal intubation is used.

Transoperatory complications such as arterial hypertension or hypotension, cardiac arrhythmias, respiratory complications, and vomiting are revised, emphasizing their prevention and treatment.

Special techniques, such as controlled hypotension, interaction of drugs and anesthesia are mentioned. The patient's care in the recuperation room, preventing and controlling the complications possible in the post-operative course are underlined.

J. R.