

ACTA CLINICA

D E H E M E R O T E C A M E D I C A

Redacción: Hemeroteca Médica - Centro de Lectura - Mayor, 15

Año III

Reus, Enero 1958

Núm. 21

SUMARIO

- J. SABATER VALLÈS. — Imagen radiológica post-hemoptoica en un pulmón poliquístico.
F. SUBIRÀ ROCAMORA. — Límites de la psicoterapia. Un caso de error diagnóstico.
J. M.^a ALUJA PONS y E. AGUADÉ SANS. — Nuestra experiencia sobre la pre-anestesia con neuroplegiantes.

Imagen radiológica post-hemoptoica en un pulmón poliquístico

J. Sabater Vallès

El enfermo J. T. acude al Dispensario Antituberculoso, por consejo del Dr. Salas Chandri, con motivo de una situación hemoptoica. Tiene 29 años; es casado. Hijo de padres sanos, es el mayor de cinco hermanos, de los cuales el 2.^o, 3.^o y 4.^o murieron en la primera infancia de causa no precisa; el 5.^o está sano. Su esposa, sana, no ha tenido embarazos. No ha estado nunca enfermo y niega incluso el más leve episodio respiratorio. Ha llevado una vida normal de trabajo como albañil.

Once días antes de ser visto por nosotros, en pleno bienestar y sin pródromos de ninguna clase, sufre una hemoptisis de ocho o diez bocanadas de sangre roja, aireada, no acompañada de reacción febril. Sometido por el Dr. Salas a reposo en cama y medicación sintomática, ha continuado con expectoración hemoptoica y pequeñas hemoptisis, la persistencia de las cuales han decidido a nuestro compañero a enviarlo al Dispensario.

Vemos un hombre con buen estado de nutrición, de aspecto nor-

Nuestra experiencia sobre la pre-anestesia con neuroplegiantes

J. M.^a Aluja Pons y E. Agudé Sans

Apesar del extraordinario avance que ha experimentado la técnica anestésica en los últimos veinticinco años, todavía caben posibilidades de mejora, tanto para disminuir los peligros de la anestesia, hoy día prácticamente nulos si se han estudiado bien el enfermo y el tipo de anestesia adecuado al mismo, como también para procurar el menor sufrimiento físico y psíquico al paciente que ha de ser sometido a una intervención quirúrgica.

Alentados por el buen resultado de las pre y post-anestésias con hibernación artificial, que utilizamos en operaciones muy graves, empezamos a ensayar sistemáticamente la aplicación del «coctail lítico» como pre-anestésico en todas las anestésias generales.

Hemos empleado esta técnica en 70 casos sin haber registrado ningún accidente grave. Estos casos comprenden enfermos entre los 11 y los 74 años. De una manera sistemática hemos excluido los niños menores de 10 años por la gran labilidad vegetativa de los mismos; en cuanto a la vejez no la hemos considerado nunca como contraindicación excepto en aquellos casos de bronquitis crónicas en los que por sistema hemos huido no sólo de la pre-anestesia que nos ocupa sino que hemos procurado aplicar cualquier tipo de anestesia que no fuera por inhalación.

Técnica

Ingresado en la clínica el enfermo el día anterior de la intervención se le administra, unas doce horas antes de la operación, una primera inyección de «coctail lítico» compuesta de Largactil y Fernergan, por vía intramuscular. Esta primera inyección sirve por una parte para calmar el nerviosismo del enfermo y hacerle dormir y so-

bre todo para conocer si existe una sensibilidad especial al fármaco en cuyo caso abandonamos la pre-anestesia. Las dosis de preparado son las usuales, variando como es lógico con la edad, peso y excitabilidad del enfermo. Ocasionalmente hemos asociado también barbitúricos al tratarse de enfermos muy nerviosos.

Unas dos horas antes de la intervención administramos una nueva inyección de «coctail» al que hemos añadido Dolantina o Dromoran. En esta segunda inyección la dosis de Largactil es casi siempre doble que la aplicada la noche anterior.

Hacemos luego la inducción anestésica con barbitúricos rápidos del tipo del Narcovenol o Khemital, bien en la habitación del enfermo o casi siempre sobre la misma mesa de operaciones, pues el estado de indiferencia psíquica del paciente no hace necesarias todas las maniobras de traslado rápido en camilla desde la habitación al quirófano, y permite así el administrar dosis de barbitúrico mucho más pequeñas (ordinariamente tenemos suficiente con 0'5 a 0'6 gr.).

Continuamos con cloruro de etilo y luego éter-oxígeno con el aparato O. M. O., igual que si se tratara de una anestesia corriente.

Debemos señalar y agradeceremos la entusiasta y eficaz colaboración que en todo momento nos ha prestado la anestesista del equipo quirúrgico Srta. María Canals, cuidando los más pequeños detalles de la anestesia y vigilando con gran celo los cursos post-operatorios.

Ventajas de esta pre-anestesia

- 1) Produce una sedación psíquica muy intensa al enfermo, que duerme profundamente toda la noche anterior a la intervención, contrastando con los individuos no preparados en los que es frecuente que la emotividad les haga pasar una noche desastrosa.
- 2) Gran facilidad a la inducción anestésica con ausencia casi siempre del período de excitación pre-anestésico, evitando el mal efecto que supone a los familiares el espectáculo, frecuente en las anestésias etéreas corrientes, de ver a varios auxiliares sanitarios sujetar con todas sus fuerzas al enfermo que se debate sobre la mesa de operaciones.
- 3) Junto con la facilidad de inducción, gran rapidez en la anestesia, pudiendo empezar a incidir la piel a los 3 ó 4 minutos de empezada la anestesia inhalatoria.
- 4) Si es necesario puede suprimirse el cloruro de etilo, hecho muy interesante cuando se trata de cardiópatas, toda vez que este anestésico es el responsable de la mayoría de síncope cardíacos que se producen.
- 5) Permite un gran ahorro en la administración de éter, lo cual tiene importancia en anestésias que deben prolongarse bastante tiempo, que se traduce en menos toxicidad y mejor rendimiento.

6) El período post-operatorio inmediato es de una placidez extraordinaria. El enfermo no vomita prácticamente nunca y con ello evitamos que sufra, así como también la intranquilidad de los familiares que lo cuidan y la posibilidad de graves trastornos respiratorios por aspiración.

7) Se suprime en absoluto el período de excitación post-anestésico, evitando tener que sujetar el enfermo en la cama y el consiguiente peligro de que las convulsiones y esfuerzos que realiza el operado, cuando todavía está inconsciente, puedan redundar en perjuicio de la sutura operatoria. El enfermo continúa plácidamente dormido hasta a veces 8 ó 10 horas después de la intervención, o por lo menos sin acusar la agudeza de dolores que hasta ahora eran propios de las primeras horas después de la operación.

Precauciones

Hay que tener en cuenta que manejamos productos de una gran actividad farmacológica. El «coctail lítico» que usamos deja al organismo humano completamente indefenso contra las variaciones ambientales. Por tanto hay que ser sumamente cuidadosos con el enfermo en este estado y debemos considerar siempre los siguientes hechos:

1) La neuroplegia ocasiona una marcada hipotensión arterial, a veces poco intensa si se mide en la cama, pero muy acusada en el ortostatismo por estar anulados los mecanismos de adaptación. Por esto es necesario no dejar levantar de la cama para nada al enfermo y llevarlo de la habitación al quirófano en una camilla.

2) Produce un estado de somnolencia con hipoestesia. El operado no se queja si lo quemamos con un calorífero o bien si lo colocamos en mala posición en la camilla.

3) Produce siempre taquicardia —de unas 120 p. m.— completamente independiente de la temperatura. Hay que tener en cuenta este dato para no alarmarse indebidamente.

4) Considerar también la posibilidad de sensibilización al Larcantil; por esto inyectamos siempre una dosis de prueba unas 12 horas antes. Nosotros hemos encontrado dos casos en que el «coctail» producía un efecto excitante en vez de calmante. No se han presentado reacciones de tipo urticariforme. En cualquiera de estos casos lo mejor es abandonar la pre-anestesia.

5) Hay que pensar siempre que la neuroplegia produce una gran disminución del reflejo de la tos, por lo que está contraindicada en bronquíticos. No obstante, y a condición de inyectarles solamente una vez unas dos horas antes, puede hacerse la pre-anestesia toda vez que sus inconvenientes son compensados con creces al permitir

una mucho menor dosis de éter durante la anestesia. Sin embargo ya hemos dicho que lo mejor en estos casos es emplear otra anestesia que no sea inhalatoria.

6) La neuroplegia tiene un efecto anestésico sobre el centro termorregulador. Todos sabemos que en estas condiciones el enfermo puede ser refrigerado para pasar al llamado estado de hibernación artificial. Ahora bien, hemos observado que la termorregulación queda trastornada durante varios días, de forma que, a veces, ligeros estímulos termogénicos pueden producir temperaturas elevadas. En dos enfermas que presentaron la iniciación de la menstruación al 2.^o y 3.^o día de la operación, se produjo en ambas una aguja febril de más de 38'5° de sólo unas horas de duración. Asimismo en un enfermo que sufrió un absceso por hematoma supurado, la reacción febril fué mucho más precoz e intensa que en los casos no sometidos a la acción de neuroplegiantes.

7) Otro factor que hay que tener en cuenta es la acción diurética de la neuroplegia. En general es una ventaja pero debemos hacer orinar al enfermo antes de la intervención ya que por el estado de indiferencia en que se encuentra muchas veces no lo solicita.

La poca duración de esta forma de neuroplegia hace que este aumento de diuresis no tenga importancia en el equilibrio hidromineral del organismo, pero sí hay que considerarlo cuando a esta preanestesia deben seguir uno o más días de neuroplegia.

Una complicación ligada con este hecho es la retención postoperatoria de orina. Nosotros la hemos observado algunas veces, pero como es una complicación que se presenta también a veces en anestésias sin neuroplegiantes, no tenemos todavía un número suficiente de casos para hacer una estadística y calcular el porcentaje. Debemos sólo tener en cuenta que el enfermo no sufre molestias y por tanto debemos ser nosotros quienes indiquemos la conveniencia de sonarlo.

Estos son a grandes rasgos los resultados de nuestra experiencia en este nuevo avance de la técnica anestésica de la cual estamos plenamente satisfechos.

Editado por cortesía de  DARMSTADT

IMPRENTA DIANA