

T 4281

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ANESTESIA PERIDURAL EN LA PRACTICA QUIRURGICA"

TESIS

PRESENTADA A LA

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

POR EL BACHILLER

DAGOBERTO LORENZANA SOSA

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA



Tegucigalpa, D. C., Junio de 1967

617.964
I86
C.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANESTESIA PERIDURAL EN LA
PRACTICA QUIRURGICA"



TESIS

PRESENTADA A LA

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

POR EL BACHILLER

DAGOBERTO LORENZANA SOSA

EN EL ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA



Tegucigalpa, D. C., Junio de 1967

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR ING. ARTURO QUESADA
SECRETARIO GENERAL LIC. ADOLFO LEON GOMEZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

JUNTA DIRECTIVA

DECANO DR. JORGE HADDAD Q.
VICE-DECANO DR. ARMANDO FLORES FIALLOS
SECRETARIO DR. M. ALFREDO ZAMBRANA
PRO-SECRETARIO DR. GUILLERMO OVIEDO
VOCAL DR. ASDRUBAL RAUDALES A.
VOCAL DR. VIRGILIO BANEGAS
VOCAL BR. REINALDO S. PAZ
VOCAL BR. FAUSTO J. CRUZ
VOCAL BR. EDUARDO TABORA
VOCAL BR. SALVADOR DIAZ ZELAYA

TRIBUNAL EXAMINADOR

• • • DR. JOSE GOMEZ MARQUEZ

DRA. HENA CARDONA DE HERRERA

DR. JORGE PACHECO

SUSTENTANTE

BR. DAGOBERTO LORENZANA S.

PADRINOS

DR. ENRIQUE AGUILAR PAZ

DR. SILVIO ZUNIGA

DR. FRANCISCO MURILLO SELVA

DR. ARMANDO FLORES FIALLOS

D E D I C A T O R I A

CON TODO EL AMOR DE MI CORAZÓN, A MIS ADORADOS PADRES, P.M. RAMÓN LORENZANA Y EVA S. DE LORENZANA, A QUIENES DEBO TODOS MIS TRIUNFOS Y ALEGRÍAS.

A MI AMADA ESPOSA P.M. REGINA SOSA DE LORENZANA, CUYA SOLA COMPANÍA ES SUFICIENTE ESTÍMULO PARA ALCANZAR CUALQUIER META.

A MIS HERMANOS, CON TODO MI FRATERNAL AMOR.

A MIS SOBRINOS, CON PREDILECCIÓN.

A MIS QUERIDOS ABUELOS BASILIO LORENZANA (Q.E.P.D), ROSINDA V. DE LORENZANA, SAMUEL R. SOSA (Q.E.P.D) Y JOSEFINA COLÍNDRES DE SOSA (Q.E.P.D.) CON ESPECIAL CARINO.

A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE SUEGRA DOÑA MARÍA EULALIA SOSA RODRÍGUEZ, A QUIEN DIOS TENGA EN SU SANTO SENOS, Y CUYO RECUERDO PERDURARÁ POR SIEMPRE EN MI CORAZÓN, COMO PERDURAN TODAS LAS COSAS QUE NOS SON AMADAS.

A DOÑA MANUELA RODRÍGUEZ V. DE SOSA CON FILIAL AMOR

A LA PROFA. MARÍA RAMONA RODRÍGUEZ SOSA CON TODO CARINO.

A TODOS MIS PROFESORES.

A MIS AMIGOS.

A MIS COMPAÑEROS.

A MI MAESTRO Y AMIGO DR. GUSTAVO SUAZO AL CERRO, QUIEN CON TODO DESINTERÉS Y PACIENCIA, ME HA ENSEÑADO LA DIFÍCIL TÉCNICA DE LA ANESTESIA.

AL DR. RENÉ CERVANTES G., CON TODO MI RESPETO.

AL HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR.

A MIS ESTIMADOS AMIGOS Y DISTINGUIDOS MAESTROS QUE APADRIAN ESTA
TESIS, DRES. ENRIQUE AGUILAR PAZ, SILVIO R. ZUÑIGA, FRANCISCO MU -
RILLO SELVA Y ARMANDO FLORES FIALLOS, CON TODO RESPETO.

I N T R O D U C C I O N

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

HE ESCOGIDO EL TEMA DE "ANESTESIA PERIDURAL EN LA PRACTICA QUIRURGICA" PARA MI TRABAJO DE TESIS PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO, TRATANDO DE HACER UN ANALISIS LO MAS COMPLETO POSIBLE SOBRE UN PROCEDIMIENTO ANESTESICO, QUE SI BIEN FUÉ DESCUBIERTO DESDE EL SIGLO PASADO (1885) SUS MÉRITOS Y VENTAJAS HAN SIDO RECONOCIDOS HASTA HACE POCO TIEMPO EN EL MUNDO ENTERO, Y PARTICULARMENTE EN NUESTRO MEDIO, DATA DE POCOS AÑOS SU AMPLIO USO CON FINES QUIRÚRGICOS.

COMPLEMENTO ESTE TRABAJO CON CASOS PERSONALES LOGRADOS CON LA COOPERACION DE CIRUJANOS Y ANESTESISTAS, AGREGANDO LA REVISION Y COMPARACION DE CIEN BLOQUEOS EJECUTADOS POR VARIOS ANESTESIOLOGOS EN DIFERENTES HOSPITALES DE TEGUCIGALPA Y CUYOS CASOS SE ENCUENTRAN EN LOS ARCHIVOS DE LOS MISMOS.

DAGOBERTO LORENZANA S.

1. GENERALIDADES SOBRE ANESTESIA REGIONAL POR BLOQUEO NERVIOSO; NATURALEZA DEL IMPULSO NERVIOSO; ANESTESICOS LOCALES.

2. ANESTESIA PERIDURAL. SINONIMIA. DEFINICION. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ESPACIO PERIDURAL. TECNICA DE LA ANESTESIA. ANESTESICOS USADOS. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES. VENTAJAS Y DESVENTAJAS. FISIOPATOLOGIA DEL BLOQUEO. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

3. EXPERIENCIAS PERSONALES.

4. REVISION DE CASOS

5. CONCLUSIONES .

6. RECOMENDACIONES.

7. BIBLIOGRAFIA

GENERALIDADES SOBRE ANESTESIA REGIONAL.

EL PROGRESO DE LA ANESTESIA REGIONAL, COMO EL DE CUALQUIER OTRA RAMA DE LA CIENCIA, SE HA REALIZADO EN TRES ETAPAS: 1RA. EL DESCUBRIMIENTO, 2DA. EL DESARROLLO Y 3RA. LA APLICACIÓN.

KÖLLER DESCUBRIÓ LA ANESTESIA TÓPICA; HALSTED, LA ANESTESIA REGIONAL, EN EL SENTIDO MODERNO QUE SE DA A ESTA CIENCIA Y FORMULÓ SUS PRINCIPIOS BÁSICOS. MÁS TARDE LABAT APLICÓ LOS DATOS ANATÓMICOS, IDEÓ PROCEDIMIENTOS Y PERFECCIONÓ SU APLICACIÓN. POR ÚLTIMO ROVENSTINE APLICÓ EL PROCEDIMIENTO AL HOMBRE Y DEMOSTRÓ QUE EL BLOQUEO NERVIOSO PUEDE CALMAR EL DOLOR Y CONSTITUYE EN SÍ UN VALIOSO MÉTODO TERAPÉUTICO AUXILIAR.

DEFINICIÓN: ANESTESIA REGIONAL ES LA APLICACIÓN DE UN AGENTE ANESTÉSICO LOCAL A UN TRONCO NERVIOSO, PARA BLOQUEAR LOS IMPULSOS NERVIOSOS EN EL TERRITORIO POR EL INERVADO. ES POSIBLE BLOQUEAR IMPULSOS SENSITIVOS, MOTORES O AMBOS. LA APLICACIÓN MÉDICA EXIGE QUE LOS TEJIDOS NO SEAN LESIONADOS Y QUE EL BLOQUEO SEA REVERSIBLE.

EL PROCEDIMIENTO PUEDE UTILIZARSE PARA:

1RO) ALIVIAR EL DOLOR PROVOCADO POR ALGUNA ENFERMEDAD.

2DO) EVITAR EL DOLOR QUIRÚRGICO

DESARROLLO DEL BLOQUEO NERVIOSO: UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, UNA JERINGA Y UNA AGUJA; EL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA Y LA DESTREZA TÉCNICA SON LOS INGREDIENTES DEL ÉXITO PARA EL BLOQUEO NERVIOSO. EL DESARROLLO DE LA ANESTESIA REGIONAL SE RELACIONA CON LOS ADELANTOS OBTENIDOS EN DOS CAMPOS:

- 1.- PERFECCIONAMIENTOS TÉCNICOS: MEJORES MÉTODOS
INSTRUMENTOS ADECUADOS
- 2.- ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS: QUÍMICOS
FARMACOLÓGICOS
FISIOLÓGICOS

LA APLICACIÓN DEL BLOQUEO NERVIOSO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR, TIENE

MUCHAS VENTAJAS Y POCOS INCONVENIENTES:

- 1) NO CAUSA HÁBITO O DEPENDENCIA, POR LO CUAL AL SER APLICABLES ES EXCELENTE SUBSTITUTO DE LOS NARCÓTICOS.
- 2) NO ES MUTILANTE
- 3) NADA AGREGA A LOS SUFRIMIENTOS DEL PACIENTE, EXCEPTO LA MOLESTIA PASAJERA DE INSERTAR LA AGUJA.
- 4) NO SE OPONE A OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO.
- 5) EN ALGUNOS CASOS, LOGRA RESTABLECER LA NORMALIDAD DE PROCESOS FISIOLÓGICOS TRASTORNADOS.

APLICACIONES DEL BLOQUEO NERVIOSO

- 1) OBTENER ANESTESIA QUIRÚRGICA
- 2) CALMAR EL DOLOR
- 3) REALIZAR TRATAMIENTOS QUE DE OTRA FORMA SERÍAN DOLOROSOS: POR EJ: MANIPULAR ARTICULACIONES INFLAMADAS, DISMINUIR ESPASMOS, PERMITIR LA TRACCIÓN, ETC.
- 4) EVITAR OPERACIONES MUTILANTES.
- 5) EVITAR OPERACIONES QUE COMPORTARÁ RIESGOS GRAVES.
- 6) CON FINES PSICOTERAPÉUTICOS

FORMAS DE ANESTESIA REGIONAL

- 1) ANESTESIA TOPICA. CONSISTE EN LA APLICACIÓN SUPERFICIAL DE UN AGENTE EFICAZ, A PIEL O MUCOSA POR DISTINTOS PROCEDIMIENTOS: NEBULIZACIÓN, UNCIÓN CON POMADA, INSTILACIÓN CON JERINGA, TOQUES CON UN APLICADOR.
- 2) ANESTESIA DE INFILTRACION: ES LA DENOMINACIÓN QUE SE APLICA A LA TÉCNICA DE INYECTAR EL AGENTE ANESTÉSICO EN LOS TEJIDOS QUE HAN DE SER INCIDIDOS-.
- 3) BLOQUEO DE CAMPO: CONSISTE EN INYECTAR EL ANESTÉSICO LOCAL EN LOS TEJIDOS QUE CIRCUNDAN LA REGIÓN EN LA CUAL SE VA A OPERAR.
- 4) ANESTESIA DE CONDUCCION. (A MENUDO DENOMINADA ANESTESIA REGIONAL). ES LA QUE SE CONSIGUE DEPOSITANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN EL TRAYECTO DE UN NERVIO O NERVIOS QUE INERVAN DETERMINADA PORCIÓN DEL -

CUERPO EN LA CUAL ES NECESARIO ELIMINAR LA ACTIVIDAD MOTORA O SENSITIVA. EN ELLA DISTINGUIMOS:

- A) BLOQUEO DE TRONCOS NERVIOSOS PERIFÉRICOS
- B) ANESTESIA EPIDURAL (BLOQUEO DE RAÍCES NERVIOSAS EN EL ESPACIO EPIDURAL)
- C) ANESTESIA RAQUÍDIA (BLOQUEO DE RAÍCES NERVIOSAS EN EL ESPACIO SUBARACNOIDEO).

REGLAS PARA LA APLICACION DEL BLOQUEO NERVIOSO:

REGLA GENERAL: CONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O DE LA ENFERMEDAD.

PREPARACION DEL PACIENTE:

- 1) PREPARACION PSICOLÓGICA: EXPLICARLE LO QUE SE A HACER, PORQUE SE LE VA A HACER, RIESGOS, VENTAJAS Y LO NECESARIO DE SU COOPERACION PARA OBTENER ÉXITO.
- 2) OBTENER CONSENTIMIENTO VÁLIDO PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO.
- 3) PREMEDICACION FARMACOLÓGICA: ES NECESARIO ELEGIR LAS DROGAS ADECUADAS, EL TIEMPO DE SU ADMINISTRACION Y LA VÍA QUE HA DE EMPLEARSE, ASÍ COMO PREVER LA REACCION DEL PACIENTE. LA MEDICACION PRE-ANESTÉSICA CONSISTE EN LO SIGUIENTE:
 - A) SEDAR CON BARBITÚRICOS
 - B) ANALGESIA CON NARCÓTICOS, QUE DISMINUIRÁ LAS MOLESTIAS DE LA APLICACION DEL BLOQUEO, Y SE EFECTUAN SIEMPRE QUE NO VAYA INVOLUCRADO ALGÚN PROBLEMA DIAGNÓSTICO.
 - C) PROTECCION CONTRA LA EVENTUAL ACCION DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR MEDIO DE BARBITÚRICOS.
 - D) PROTECCION CONTRA LA POSIBLE REACCION ALÉRGICA POR MEDIO DE ANTIHISTAMÍNICOS.
 - E) PROTECCION CONTRA REACCIONES REFLEJAS, MEDIANTE ADECUADOS MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS.

ASPECTOS QUIRURGICOS

- 1) EL BLOQUEO NERVIOSO ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

- 2) HAY QUE TOMAR PRECAUCIONES DE ASEPSIA:
 - A) PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATIVO
 - B) CEPILLADO DE LAS MANOS DEL OPERADOR, QUE USARÁ GUANTES Y BATA.
- 3) INSTALACIÓN Y MÉTODOS PARA LA REANIMACIÓN:
 - A) RESPIRATORIA
 - B) REANIMACIÓN CARDÍACA. MEDICAMENTOS
 - C) MEDICAMENTOS ANTAGONISTAS O ANTÍDOTOS.
- 4) NO SE INYECTARÁ NUNCA EN REGIONES INFECTADAS.

CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS:

- 1) ELEGIR EL MEDICAMENTO MENOS TÓXICO
- 2) ESTABLECER UN BLOQUEO EFICAZ
- 3) EMPLEAR LA MÍNIMA CANTIDAD POSIBLE DEL ANESTÉSICO
- 4) OBSERVAR EL PERÍODO DE LATENCIA.
- 5) TENER CONOCIMIENTO DE LA POSIBILIDAD DE QUE SE POTENCIALICEN LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS:

- 1) USAR COMO GUÍA, PUNTOS ÓSEOS DE REFERENCIA
- 2) NO PROVOCAR PARESTESIAS DELIBERADAMENTE
- 3) CONOCER LA FISIOLOGÍA DEL MEDIO
- 4) CONOCER LA INERVACIÓN SEGMENTARIA

REGLAS TÉCNICAS.

- 1) PREPARAR LA PÁPULA INTRADÉRMICA
- 2) EVITAR PUNCIONES MÚLTIPLES
- 3) RETIRAR LA AGUJA Y REINSERTARLA SI SE QUIERE CAMBIAR SU DIRECCIÓN.
- 4) PRUEBA DE LA ASPIRACIÓN.

NATURALEZA DE LA CONDUCCIÓN NERVIOSA.

EL IMPULSO NERVIOSO ES UNA ONDA TRANSITORIA DE EXCITACIÓN ELÉCTRICA QUE VIAJA DE UN PUNTO A OTRO A LO LARGO DE LA FIBRA NERVIOSA.

HISTOLÓGICAMENTE, LA FIBRA ES SEMEJANTE A UN CABLE CON UN NÚCLEO CITOPLÁSMICO DE BAJA RESISTENCIA ELÉCTRICA, RODEADA DE UNA MEMBRANA AISLANTE DE RESISTENCIA ALTA. POR FUERA DE LA MEMBRANA SE ENCUENTRA EL ME

DIO FORMADO POR LOS LÍQUIDOS TISULARES, CON ELECTRÓLITOS DISUELTOS, Y POR ELLO, DE BAJA RESISTENCIA. EN ESTADO DE REPOSO, EL INTERIOR DE LA MEMBRANA ESTÁ CARGADO NEGATIVAMENTE CON RESPECTO AL EXTERIOR. LOS FISIÓLOGOS DESCUBRIERON QUE EL IMPULSO NERVIOSO ES UNA ONDA CORTA DE ELECTRICIDAD NEGATIVA QUE SE PROPAGA A LO LARGO DE LA SUPERFICIE EXTERNA. ADEMÁS, SE COMPROBÓ QUE LAS CÉLULAS DE LOS TEJIDOS CONTIENEN IONES POTÁSICOS EN ELEVADAS CONCENTRACIÓN, MIENTRAS QUE LOS LÍQUIDOS EXTRACELULARES POSEEN SODIO EN CONCENTRACIÓN MUY ALTA.

BERNSTEIN (1902) FUE EL PRIMERO EN SUGERIR QUE LA PERMEABILIDAD SELECTIVA DE LAS MEMBRANAS AL K Y SU IMPEARMIBILIDAD AL Na. ERAN + LOS FACTORES QUE DAN ORIGEN AL POTENCIAL DE REPOSO. EN ESTE EQUILIBRIO DINÁMICO, LA CARGA NEGATIVA DEL INTERIOR DE LA MEMBRANA SE OPO - NE A LA TENDENCIA A ESCAPAR DE LOS IONES POTÁSICOS CARGADOS POSITIVAMENTE.

DURANTE EL PASO DE UN IMPULSO, LA MEMBRANA PIERDE MOMENTÁNEAMENTE SU RESISTENCIA SELECTIVA A LA PRESIÓN ELECTROQUÍMICA DE LOS IONES SÓ DICOS DEL EXTERIOR. DE ESTA MANERA, SALEN DE LA CÉLULA IONES K Y PE NETRAN IONES Na, CON EL RESULTADO DE QUE EL POTENCIAL DE LA MEMBRANA DESCIEENDE.

LAS CORRIENTES ELÉCTRICAS GENERADAS POR EL MOVIMIENTO DE LOS IONES, DIFUNDEN ENTONCES LA PÉRDIDA DE SELECTIVIDAD A LA SIGUIENTE SECCIÓN DE LA MEMBRANA Y EN CONSECUENCIA EL IMPULSO AVANZA A LO LARGO DE LA FIBRA POR UN FENÓMENO DE AUTODESPOLARIZACIÓN Y CONSIGUIENTE REPOLARIZACIÓN.

LA INVERSIÓN DEL POTENCIAL DE LA MEMBRANA SE EXPLICA POR LA HIPÓ - TESIS DEL SODIO (HODGKIN Y KATZ). LA MEMBRANA NERVIOSA NO SOLO PIER - DE SU SELECTIVIDAD DURANTE EL PASO DE UN IMPULSO, SINO QUE SE HACE ES PECÍFICAMENTE PERMEABLE A LOS IONES Na.

AUNQUE EL Na ESTÁ CONCENTRADO EN EL ESPACIO EXTRACELULAR EN CANTI - DAD DIEZ VECES MAYOR QUE EN EL ESPACIO INTRACELULAR, LA PERMEABILIDAD ESPECÍFICA QUE SE DESARROLLA EN EL MOMENTO DEL PASO DEL IMPULSO NERVIU SO, PERMITE AL Na ENTRAR, OCACIONANDO ASÍ UNA INVERSIÓN DEL POTENCIAL

ELÉCTRICO. EN AUSENCIA DE UN MEDIO EXTERNO RICO EN Na , LA EXCITABILIDAD NERVIOSA SE PIERDE.

HA SIDO CONCLUYENTEMENTE DEMOSTRADO QUE SE VERIFICA UNA TRANSFERENCIA REAL DE IONES, PASANDO Na HACIA ADENTRO Y K HACIA AFUERA A TRAVÉS DE LA MEMBRANA, DURANTE EL PASO DE UN IMPULSO NERVIOSO. UN CAMBIO PEQUEÑO DE POTENCIAL SUSCITA UN CAMBIO ELEVADO DE PERMEABILIDAD. USANDO ISÓTOPOS RADIACTIVOS Y MICROMÉTODOS DE ANÁLISIS QUÍMICO SE HA DEMOSTRADO QUE LA CORRIENTE EXTERIOR ES CONDUCTIDA POR EL K Y LA INTERIOR POR EL Na .

DE ESTA FORMA LA FUERZA QUE MUEVE UN IMPULSO A LO LARGO DE LA FIBRA NERVIOSA, ES LA PRESIÓN ELECTROQUÍMICA EJERCIDA POR LA DIFERENCIA EN LA CONCENTRACIÓN DE IONES A CADA LADO DE LAS MEMBRANAS CELULARES. LA ENERGÍA NECESARIA PARA OBTENER LOS GRADIENTES DE IONES ES PROPORCIONADA POR EL ATP (TRI-FOSFATO DE ADENOSINA)

ANESTÉSICOS LOCALES. GENERALIDADES.

DEFINICIÓN: ANESTÉSICO LOCAL ES TODO CUERPO QUÍMICO CAPAZ DE BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN NERVIOSA APLICABLE LOCALMENTE AL TEJIDO NERVIOSO EN CONCENTRACIÓN QUE NO DANA PERMANENTEMENTE A DICHO TEJIDO, EJERCIENDO SU ACCIÓN SOBRE CUALQUIERA DE LAS VARIEDADES DE TEJIDO NERVIOSO Y BLOQUEAR EL PASO DE TODOS LOS IMPULSOS, TANTO SENSITIVOS COMO MOTORES.

CARACTERÍSTICAS CONVENIENTES:

- 1) POTENCIA: ES DECIR QUE SEAN EFICACES A BAJA CONCENTRACIÓN
- 2) BUENA PENETRABILIDAD.
- 3) COMIENZO RÁPIDO DE LA ACCIÓN
- 4) ACCIÓN DURADERA
- 5) BAJA TOXICIDAD GENERAL
- 6) QUE NO SEAN IRRITANTES, O SEA QUE NO LESIONEN EL NERVIIO.
- 7) ACCIÓN REVERSIBLE
- 8) FÁCILES DE ESTERILIZAR.

LA POTENCIA DE UN ANESTÉSICO LOCAL SE DEFINE POR LAS MÍNIMAS DOSIS



- 7 -

Y CONCENTRACIÓN DEL MISMO, CAPACES DE DETENER LAS CONDICIONES DE -
SEADAS, A SABER: UNA REGIÓN LIBRE DE DOLOR Y UN AMBIENTE QUE PER -
MITA LA CIENCIA.

LA TOXICIDAD. SE DEFINE POR LA REACCIÓN PATOLÓGICA DE UN ORGANISMO
A UNA DOSIS DETERMINADA DE UN MEDICAMENTO. LA TOXICIDAD SE DETERMI -
NA EN EL LABORATORIO POR EL NÚMERO DE MUERTES QUE CAUSA DETERMINADA
DOSIS DEL MEDICAMENTO.

A LA CANTIDAD MÍNIMA DEL MEDICAMENTO CAPAZ DE MATAR 50% DE LOS IN -
TEGRANTES DE UN GRUPO ANIMAL DE EXPERIMENTACIÓN SE DENOMINA DL/50.

HAY TOXICIDAD GENERAL Y TOXICIDAD LOCAL. LA 1ª. SE REFIERE A LOS
EFECTOS SOBRE TODO EL ORGANISMO Y LA 2ª. INDICA SU ACCIÓN SOBRE CÉ -
LULAS Y TEJIDOS PARTICULARES (CITOTOXICIDAD).

HAY QUE DISTINGUIR ENTRE TOXICIDAD ABSOLUTA Y TOXICIDAD RELATIVA.
LA TOXICIDAD ABSOLUTA SE EXPRESA POR LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO EN
MILIGRAMOS CAPAZ DE OBTENER REACCIÓN TÓXICA.

TOXICIDAD RELATIVA REPRESENTA LA TOXICIDAD DE CADA MEDICAMENTO EN
COMPARACIÓN CON DETERMINADA CANTIDAD ABSOLUTA DE OTRO MEDICAMENTO DE
LA MISMA CATEGORÍA QUE SE TOMA COMO PATRÓN.

LA INOCUIDAD DE UN ANESTÉSICO LOCAL DEPENDE DE LA RAZÓN DE SU PO -
TENCIA A SU TOXICIDAD. LA INOCUIDAD ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A
LA POTENCIA E INVERSAMENTE PROPORCIONAL A LA TOXICIDAD.

SI LA POTENCIA ES ALTA Y LA TOXICIDAD BAJA, EL MARGEN DE SEGURIDAD
ES GRANDE. LA RAZÓN DE POTENCIA A TOXICIDAD SE LLAMA ÍNDICE ANESTÉSICO.

PERIODO DE LATENCIA: ES EL TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE EL MOMENTO
DE LA INYECCIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO Y EL MOMENTO EN QUE SE ESTABLE -
CE LA ANESTESIA COMPLETA.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

LOS FACTORES BÁSICOS DE LA ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SON
DE NATURALEZA FISIQUÍMICA. TODOS LOS AGENTES LOCALES IMPORTANTES SON

SALES DE SUBSTANCIAS BÁSICAS. LA BASE LIBRE ES EL CONSTITUYENTE ACTIVO QUE ES LIBERADO EN PRESENCIA DE UN ALCALÍ. SIGNON FUÉ EL PRIMERO EN ADVERTIR QUE LA ALCALINIZACIÓN DE LA COCAÍNA AUMENTA LA RAF. DÉZ DE SU ACCIÓN Y SU POTENCIA ANESTÉSICA.

LA INFLUENCIA DEL PH SOBRE LA ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES DEPENDE DE QUE ESTOS SON SALES, CUYA BASE LIBRE ES EL COMPONENTE ACTIVO QUE ES LIBERADO EN PRESENCIA DE UN ALCALÍ, QUE EN EL HOMBRE ES EL LÍQUIDO TISULAR.

LA ADICIÓN DE UNOS CUANTOS CENTÍMETROS CÚBICOS DE SOLUCIÓN DILUÍDA DE HIDRÓXIDO SÓDICO A LAS SOLUCIONES DE LOS CLORHIDRATOS DE COCAÍNA O DE PROCAÍNA, AUMENTA MUCHO SU POTENCIA ANESTÉSICA. LAS BASES LIBRES SON 4 A 8 VECES MÁS POTENTES QUE LOS CLORHIDRATOS. POR OTRA PARTE SI LA SOLUCIÓN SE HACE DEMASIADO ALCALINA, LA BASE PRECIPITA Y LA ACTIVIDAD DISMINUYE.

SE SUPONE QUE EL MECANISMO DE ACCIÓN ES UN FENÓMENO DE SUPERFICIE. LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PROVEE UNA GRAN SUPERFICIE LIBRE CON IONES DE LA BASE CON CARGA POSITIVA, QUE SON BIEN ABSORBIDOS POR LAS FIBRAS Y TERMINACIONES NERVIOSAS QUE TIENEN CARGA NEGATIVA: LOS IONES POSITIVOS SON SELECTIVAMENTE ABSORBIDOS POR EL TEJIDO NERVIOSO.

NO SE CONOCE TODAVÍA DE QUE MANERA LOS MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS PRODUCEN ANESTESIA.

SE HAN PROPUESTO LAS SIGUIENTES HIPÓTESIS:

- 1) DESCENSO DE LA PERMEABILIDAD O DE LA CONDUCTIVIDAD ELÉCTRICA.
- 2) COAGULACIÓN ULTRAMICROSCÓPICA REVERSIBLE DE LAS PROTEÍNAS NERVIOSAS.
- 3) DISMINUCIÓN DE LA LIBERACIÓN DE ACETILCOLINA.
- 4) SE CIERRAN LOS POROS DE LA MEMBRANA A LA ACETILCOLINA.

QUÍMICA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES

LOS ANESTÉSICOS LOCALES PUEDEN CLASIFICARSE QUÍMICAMENTE EN TRES GRUPOS: ÉSTERES, ALCOHOLES Y VARIOS. EL PRIMER GRUPO COMPRENDE LA MA-

YORÍA DE LAS DROGAS DE USO COMÚN. SE TRATA DE ÉSTERES COMPLEJOS. LOS ÉSTERES SE FORMAN MEDIANTE LA REACCIÓN DE UN ALCOHOL CON UN ÁCIDO. EL NITRÓGENO EN FORMA DE AMINA TERCIARIA, LIGADA AL GRUPO ACIDO O ALCOHÓLICO DE LA MOLÉCULA, O A AMBOS CONFIERE PROPOIEDADES BÁSICAS A ESTOS MEDICAMENTOS.

ESTOS ÉSTERES SON EN SU MAYORÍA DERIVADOS DEL ÁCIDO-P-AMINOBENZOICO . EL MÁS IMPORTANTE DE ESTE GRUPO ES LA PROCAÍNA (NOVOCAÍNA) QUE ES EL ÁCIDO P-AMINOBENZOICO ESTERIFICADO POR LA DIETIL-ETANOLAMINA.

UNA SEGUNDA DIVISIÓN IMPORTANTE DE LOS ÉSTERES ES LA DERIVADA DEL ÁCIDO BENZÓICO.

LA COCAÍNA ES EL ÉSTER DEL ÁCIDO BENZÓICO CON LA METILODEINA.

EL SEGUNDO GRUPO QUE ES RELATIVAMENTE DE PUCA IMPORTANCIA ESTÁ FORMADO POR LOS CUERPOS FENÓLICOS Y ALCOHÓLICOS USADOS PARA LA ANESTESIA SU PERFICIAL DE PIEL Y MUCOSAS.

EL TERCER GRUPO ESTÁ FORMADO POR CUERPOS QUE POSEEN NITRÓGENO: NY - PERCAÍNA, LIDOCAÍNA (XILOCAÍNA) EUCEPINA Y MOLOCAÍNA, SON LOS MÁS IMPORTANTES Y MEJOR CONOCIDOS.

CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES TÓXICAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

I.- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1) ESTIMULACIÓN

A) CORTEZA CEREBRAL: CONVULSIONES

B) LOS CENTROS VAGABLES DEL BULBO AUMENTAN LA ACTIVIDAD RESPIRATORIA O CARDIOVASCULAR, CON EXCITACIÓN O SIN ELLA DEL CENTRO DEL VÓMITO.

2) DEPRESIÓN

A) INCONSCIENCIA O ANESTESIA

B) BULBAR VASOMOTRÍZ: SÍNCOPE

RESPIRATORIA

II. EFECTOS PERIFÉRICOS

1) CARDIOVASCULARES (SÍNCOPE)

A) CARDÍACOS: TAQUICARDIA (COCAÍNA)
BRADICARDIA (PROCAÍNA)

B) VASCULAR: VASODILATACIÓN

III. REACCIÓN ALÉRGICA

- 1) CUTÁNEA
- 2) RESPIRATORIA

IV. REACCIONES VARIAS

- 1) PSICÓGENAS
- 2) OTROS MEDICAMENTOS (VASOPRESORES)

ANESTESIA PERIDURAL

SINÓNIMOS: ANESTESIA EPIDURAL, ANESTESIA EXTRADURAL.

DEFINICIÓN: LA DENOMINACIÓN DE ANESTESIA PERIDURAL SE USA PARA DESIGNAR TODOS LOS MÉTODOS CON QUE SE PRACTICA EL BLOQUEO NERVIOSO, EN EL ESPACIO COMPENDIDO ENTRE LA DURAMADRE Y EL REVESTIMIENTO INTERIOR DEL CONDUCTO RAQUÍDEO. SE PRODUCE PRINCIPALMENTE BLOQUEO SEGMENTARIO DE LAS FIBRAS SENSITIVAS Y RAQUÍDEAS Y SIMPÁTICAS. TAMBIEN PUEDE QUEDAR PARCIALMENTE BLOQUEADAS LAS FIBRAS MOTORAS.

EL DEPÓSITO DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PUEDE EFECTUARSE EN LAS REGIONES TORÁCICA, LUMBAR O CAUDAL.

HISTORIA. CORNING EN 1885 PRACTICÓ ANESTESIA PERIDURAL EN LA REGIÓN LUMBAR, APARENTEMENTE CON ÉXITO, PERO NO LOGRÓ DESPERTAR INTERÉS, POR LO CUAL EL MÉTODO QUEDÓ ABANDONADO, QUEDANDO EL CONCEPTO DE ESPACIO PERIDURAL COMO UN SIMPLE DATO ANATÓMICO, HASTA QUE CATHELIN Y SICORD DE PARÍS, TRABAJANDO INDEPENDIENTEMENTE, DESEMPOLVARON LA IDEA DEL ESPACIO PERIDURAL, LOGRANDO DESARROLLAR UNA TÉCNICA PARA PENETRAR EN EL CON SEGURIDAD, A TRAVÉS DEL HIATO SACRO, PERO, COMO SOLO EXISTÍA LA COCAÍNA, DE ELEVADA TOXICIDAD, NO FUÉ POSIBLE SU EMPLEO EN CIRUGÍA Y OBSTETRICIA, HASTA LA APARICIÓN DE LA PROCAÍNA EN 1905.

CORRESPONDE A FIDEL PAGES, CIRUJANO MILITAR ESPAÑOL, EN 1921, EL DESARROLLO E INTRODUCCIÓN EN ANESTESIOLOGÍA, DE LA TÉCNICA PARA PENETRAR AL ESPACIO PERIDURAL LUMBAR, CON FINES ANESTÉSICOS, A LO CUAL DENOMINÓ: ANESTESIA METAMÉRICA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Poca atención se prestó a las comunicaciones de PAGES, SIENDO HASTA 1931, EN QUE

DOGLIOTTI, BASÁNDOSE EN SUS INVESTIGACIONES ANATÓMICAS ELABORÓ SU TÉCNICA DE PÉRDIDA DE LA RESISTENCIA PARA PENETRAR EN EL ESPACIO PERIDURAL ESTABLECIENDO LA BASE DE LO QUE LLAMÓ ANESTESIA PERIDURAL SEGMENTARIA.

SIN EMBARGO, YA EN 1930, ALBERTO GUTIÉRREZ, MÉDICO ARGENTINO, HABÍA PUBLICADO SU TRABAJO "ANESTESIA EXTRADURAL" DONDE HABLA DE SU MÉTODO DE LA GOTA COLGANTE, EL CUAL LOGRÓ IMPLANTAR DESPUÉS DE MUCHOS AÑOS DE LUCHA, SIENDO AHORA DE USO CORRIENTE.

MARTÍNEZ CURBELO EN 1940 PUBLICA SUS EXPERIENCIAS INTRODUCIENDO UN CATÉTER, EN EL ESPACIO PERIDURAL, FUNCIONANDO A DIVERSAS ALTURAS DEL RAQUIS.

SIMULTÁNEAMENTE, CON ESTA EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA, FUERON APARECIENDO NUEVOS ANESTÉSICOS; ASÍ EN 1926 APARECIÓ LA PIPEROCAÍNA, EN 1930 LA TETRACAÍNA, EN 1946 LA LIDOCAÍNA, (XILOCAÍNA), EN 1957 LA CLOROPROCAÍNA Y EN 1959 LA MEPIVACAÍNA.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DEL ESPACIO PERIDURAL

LA DURAMADRE CRANEAL SE COMPONE DE DOS HOJAS SUPERPUESTAS: LA EXTERNA APLICADA DIRECTAMENTE CONTRA LA PARED CRANEAL ES EL VERDADERO PERIOSTIO DE ESTA PARED. LA INTERNA CONSTITUYE LA DURAMADRE PROPIAMENTE DICHA.

EN EL AGUJERO OCCIPITAL DOS HOJAS PRECIPITADAS, QUE HASTA ENTONCES HABÍAN ESTADO JUNTAS, SE SEPARAN PARA DESCENDER AISLADAMENTE EN EL CONDUCTO RAQUÍDEO: LA HOJA PERIOSTICA, ES EL PERIOSTIO DEL CRÁNEO Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL; LA HOJA INTERNA SERÁ LA DURAMADRE RAQUÍDEA. SEPARÁNDOSE AQUÍ, UNA DE OTRA, LAS HOJAS LIMITAN ENTRE SÍ UN ESPACIO QUE SE CONTINÚA EN TODA LA ALTURA DEL CONDUCTO RAQUÍDEO: ES EL ESPACIO PERIDURAL.

A CONSECUENCIA DE LA FUSIÓN DE LAS DOS HOJAS A NIVEL DE LA DURAMADRE CRANEAL, EL ESPACIO PERIDURAL, TERMINA EN EL AGUJERO OCCIPITAL, Y POR CONSIGUIENTE NO EXISTE EN EL CRÁNEO. POR ESTE MOTIVO, UNA INYECCIÓN PRACTICADA EN EL CONDUCTO RAQUÍDEO, NO PENETRA NUNCA EN EL CRÁNEO, SI SE HACE EN EL ESPACIO PERIDURAL; AL CONTRARIO DE LA INYECCIÓN PRACTICADA EN EL ESPACIO CRANEAL. EL ESPACIO PERIDURAL SEPARA LA MÉDULA Y SUS ENVOL -

TURAS FR LAS PAREDES DEL CONDUCTO RAQUÍDEO. SE EXTIENDE DESDE EL AGUJERO OCCIPITAL POR ARRIBA, HASTA LA EXTREMIDAD TERMINAL DEL CONDUCTO VERTEBRAL POR ABAJO. EL ESPACIO PERIDURAL, PRESENTA MAYOR ANCHURA POR DETRÁS (ENTRE LA DURA Y LOS ARCOS VERTEBRALES) DISMINUYE HACIA ADELANTE, POR LA ADHERENCIA PARCIAL O CONTACTO ÍNTIMO DE LA DURA CON EL PERIOSTIO. POR DEBAJO DE LA 2DA. PIEZA SACRA PRESENTA SUS MAYORES DIMENSIONES.

EL ESPACIO PERIDURAL CONTIENE GRASA, TEJIDO AREOLAR Y LAS RAÍCES NERVIOSAS CON SUS CUBIERTAS DURALES. SE ENCUENTRAN ARTERIAS RAQUÍDEAS Y DE UNA TRAMA CAPILAR DE LA QUE NACE UN RICO PLEXO VENOSO.

LA AMPLITUD DEL ESPACIO PERIDURAL VARÍA; CASI NO EXISTE EN LA REGIÓN ANTERIOR, MIENTRAS QUE EN LA POSTERIOR ES FACILMENTE MEDIBLE, ESPECIALMENTE EN LA LÍNEA MEDIA. SE HAN OBTENIDO LOS SIGUIENTES VALORES:

	ESPACIO PERIDURAL	GRUSOR DE LA DURA
REGIÓN CERVICAL	1 - 1.5 MM	2.0 - 1.5 MM
DORSAL SUPERIOR	2.5 3.0 MM	1 MM
DORSAL INFERIOR	4 5 MM	1 MM
LUMBAR (5)	5 - 6 MM	0.66 - 0.33 MM

PARA ALCANZAR EL ESPACIO PERIDURAL EN PLANO MEDIAL SAGITAL, SE ATRAVIESAN LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS:

- 1) PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO
- 2) LIGAMENTO SUPRAESPINOSO
- 3) LIGAMENTO INTERESPINOSO
- 4) LIGAMENTO AMARILLO

LOS PRIMEROS TRES TEJIDOS OFRECEN ESCASA RESISTENCIA A LA PENETRACIÓN DE LA AGUJA, PERO AL LLEGAR AL LIGAMENTO AMARILLO, AUMENTA NOTABLEMENTE LA RESISTENCIA. AL ATRAVESAR LA AGUJA ESTE LIGAMENTO, CEDE BRUSCAMENTE LA RESISTENCIA. AL REALIZAR ANESTESIA PERIDURAL ES FUNDAMENTAL CONOCER ESTE DETALLE, PUESTO QUE AL PENETRAR MÁS, SE ENTRARÍA EN EL ESPACIO SUBARACNOIDEO.

LA PROFUNDIDAD DESDE LA PIEL AL ESPACIO PERIDURAL (LUMBAR) VARÍA DES-

DE 18 MM EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, HASTA 80 MM EN ADULTOS OBESOS. TERMINO MEDIO GENERAL DE 42.7 MM.

EN EL ESPACIO PERIDURAL EXISTE PRESIÓN NEGATIVA QUE VARÍA ENTRE 5 Y 10 CM. DE AGUA. ESTE FENÓMENO ES ÚTIL EN ANESTESIOLOGÍA PARA LOCALIZAR EL ESPACIO PERIDURAL: GOTA COLGANTE DE GUTIÉRREZ, MANÓMETRO DE, ODOM, BALÓN PEQUEÑO DE HULE DE MCINTOSH. LAS COMUNICACIONES ENTRE LOS ESPACIOS PERIDURALES Y PARAVERTEBRAL EXPLICAN ESTE FENÓMENO: LOS ESPACIOS PARAVERTEBRALES EN LA REACCIÓN TORÁCICA ESTÁN SEPARADOS DE LA CAVIDAD PLEURAL, ÚNICAMENTE POR LA PLEURA PARIETAL. LOS CAMBIOS DE LA CAVIDAD PLEURAL SON ASÍ TRANSMITIDOS A LOS ESPACIOS PARAVERTEBRALES EN EL TÓRAX Y POR CONSIGUIENTE AL ESPACIO PERIDURAL. LA RESPIRACIÓN PROFUNDA AUMENTA LA NEGATIVIDAD DE LA PRESIÓN EN EL MISMO, PERO LA TOS PRODUCE PRESION POSITIVA DENTRO DE ESTE ESPACIO. LOS CAMBIOS DE PRESIÓN SON MÁS ACENTUADOS EN LA REGIÓN TORÁCICA, PERO SON PROGRESIVAMENTE DISIPADOS POR LA AMORTIGUACIÓN DE LA GRASA DEL ESPACIO PERIDURAL, ASÍ QUE LA PRESIÓN NEGATIVA NO ES REGISTRADA EN EL ESPACIO PERIDURAL O SACRO.

DOGLIOTTI Y ODOM SE INCLINAN A PENSAR QUE LA PRESIÓN NEGATIVA SE PRODUCE AL INCURVAR AL PACIENTE PARA REALIZAR LA PUNCIÓN, MANIOBRA ESTA QUE ALARGA EL SACO DURAL, DISMINUYENDO SU CALIBRE, PROVOCANDO LA APARICIÓN DE VACÍO EN LA GRASA SEMIFLUIDA QUE LLENA EL ESPACIO PERIDURAL. GIORDAMENGO INVOCA EL CONO DE DEPRESIÓN DURAL DETERMINADO POR LA PRESIÓN QUE REALIZA LA PUNTA DE LA AGUJA, ANTES DE PERFORARLA. LA PERMEABILIDAD DE LAS MENÍNGES A LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS HA SIDO REPETIDAMENTE ESTUDIADA, HABIÉNDOSE COMPROBADO LA PRESENCIA DEL ANESTÉSICO EN EL L.C.R. ESTE RESULTADO PUEDE EXPLICARSE EN PARTE, POR UNA DIFUSIÓN, Y EN PARTE, POR PENETRACIÓN ACCIDENTAL DEL ANESTÉSICO AL REALIZAR LA PUNCIÓN: - SEGÚN FREMIN, LA PERMEABILIDAD DE LAS MENINGES NO ES IGUAL EN TODOS LOS CASOS. Y ALGUNAS VECES SE HALLA EL ANESTÉSICO EN EN EL L.C.R. EN CANTIDADES CONSIDERABLES DESPUÉS DE UNA ANESTESIA PERIDURAL IRREPROCHABLEMENTE REALIZADA.

AUNQUE LA ACCIÓN ANESTÉSICA PUEDE EXPLICARSE EN PARTE POR DIFUSIÓN

A TRAVÉS DE LA DURA, SE ACEPTA EN LA ACTUALIDAD, COMO HECHO COMPROBADO, QUE LA ACCIÓN DEL ANESTÉSICO SOBRE LOS NERVIOS RAQUÍDEOS, SE EJERCE PRINCIPALMENTE EN LA PORCIÓN EN QUE YA NO ESTÁN RODEADAS POR LA DURAMADRE, ES DECIR, MÁS ALLÁ DE LOS GANGLIOS RAQUÍDEOS, Y POR CONSIGUIENTE POR FUERA DE LOS AGUJEROS DE LA CONJUNCIÓN EN LA PARTE SUPERIOR DEL RAQUIS, Y POR DENTRO DE ELLAS EN LA PARTE CAUDAL.

SE DEDUCE DE ESTO, QUE AL EFECTUAR UNA ANESTESIA PERIDURAL, SE HACE UNA ANESTESIA PARA VERTEBRAL, BILATERAL Y MÚLTIPLE. EN EL ESPACIO EPIDURAL LA DIFUSIÓN EN SENTIDO LONGITUDINAL DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS, DEPENDE ESENCIALMENTE DE LA CANTIDAD Y CONSISTENCIA DEL TEJIDO ADIPOSEO QUE EN EL SE ENCUENTRA. LA RESISTENCIA A LA DIFUSIÓN ADEMÁS DE PRESENTAR VARIACIONES INDIVIDUALES, ESTA EN RELACIÓN CON LA EDAD, SEXO Y EL ESTADO GENERAL. EN LOS PACIENTES DESHIDRATADOS Y EN LOS ANCIANOS, LA DIFUSIÓN ES MAYOR QUE EN LOS JOVENES Y SANOS. LA DIFUSIÓN SE HACE PRIMERO VERTICALMENTE Y LUEGO LATERALMENTE A TRAVÉS DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCIÓN.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXTENSIÓN DE LA ANESTESIA PERIDURAL.

- 1) VOLUMEN DE LA SOLUCIÓN
- 2) SELECCIÓN DEL ADECUADO INTERESPACIO
- 3) RAPIDEZ DE LA INYECCIÓN NO INFERIOR A 1 ML. POR SEGUNDO. RAPIDEZ INFERIOR DISMINUYE LA DIFUSIÓN, Y LA INYECCIÓN INTERRUMPIDA LA HACE TODAVÍA MENOR.
- 4) POSICIÓN DEL ENFERMO
- 5) POR ACCIÓN DE LA GRAVEDAD, LAS SOLUCIONES DESCENDEN A LAS PARTES MÁS BAJAS, IGUAL QUE EN LA ANESTESIA SUBARACNOIDEA.
- 6) GRAVEDAD ESPECÍFICA DEL ANESTÉSICO

SELECCIÓN DEL INTERESPACIO. EL FACTOR DE MAYOR IMPORTANCIA DESPUÉS DEL VOLUMEN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, ES LA ELECCIÓN DE UN ADECUADO INTERESPACIO, PARA LOGRAR BUENA ANESTESIA. ES MÁS FÁCIL PENETRAR EN EL ESPACIO PERIDURAL EN LAS REGIONES LUMBAR Y DORSAL INFERIOR POR LAS RAZONES SIGUIENTES:

- 1) EL DECLIVE DE LAS APOFISIS ESPINOSAS ES MENOS AGENTUADO.

- 2) LOS LIGAMENTOS INTERESPINOSOS Y AMARILLOS SON MÁS GRUESOS EN LA REGIÓN LUMBAR Y SU RESISTENCIA A LA PENETRACIÓN SE PERCIBE MÁS FÁCILMENTE-.
- 3) EL ESPACIO PERIDURAL ES MÁS AMPLIO EN LA REGIÓN LUMBAR.
- 4) LA PRESIÓN NEGATIVA ES IMPORTANTE EN LA REGIÓN DORSAL INFERIOR Y MÍNIMA EN LA LUMBAR INFERIOR.

PUNCIÓN DURAL INADVERTIDA:

AL INTENTAR SITUAR LA AGUJA EN EL ESPACIO EPIDURAL, A VECES SE TRASPASA INADVERTIDAMENTE LA DURA. SE HA RECOMENDADO QUE AL OCURRIR ESTO, SE ABANDONE EL INTENTO DE ANESTESIA PERIDURAL Y SE REALICE ANESTESIA RAQUÍDEA O ANESTESIA GENERAL.

SIN EMBARGO, ESTUDIOS OBJETIVOS INDICAN QUE NO ES NECESARIO PROCEDER ASÍ.

NO OCURRE ANESTESIA RAQUÍDEA TOTAL, SI SE RETIRA LA AGUJA AL ESPACIO PERIDURAL ANTES DE INYECTAR EL ANESTÉSICO, APARENTEMENTE, LA PRESIÓN PRODUCIDA POR EL DEPÓSITO DE UNA CANTIDAD DE SOLUCIÓN NO MAYOR DE 20 CC. EN EL ESPACIO EPIDURAL, NO BASTA PARA QUE DICHA SOLUCIÓN PENETRE EN EL ESPACIO SUB-ARACNOIDEU.

VOLUMEN DE LA SOLUCIÓN. EL VOLUMEN NECESARIO DE SOLUCIÓN PARA LA ANESTESIA EPIDURAL, DEPENDE DEL NÚMERO DE SEGMENTOS QUE HAYAN DE BLOQUEARSE Y DEL LUGAR DE LA PUNCIÓN. EN LA PRÁCTICA, SUELE CONVENIR INSERTAR LA AGUJA EN EL CENTRO DE LOS SEGMENTOS QUE HAYAN DE BLOQUEARSE. LA CAPACIDAD DE LA PARTE INFERIOR DEL ESPACIO PERIDURAL ES MAYOR, Y EL VOLUMEN NECESARIO, POR SEMGNENTO, DE SOLUCIÓN EN LAS REGIONES SACRA Y LUMBAR INFERIOR, ES MAYOR QUE EN LAS REGIONES DORSALES. POR CADA PAR DE SEGMENTOS SE RECOMIENDAN LOS SIGUIENTES VOLÚMENES:

CERVICALES	1.5 ML.
DORSALES	2.0 ML.
LUMBARES	2.5 ML.

SI SE EMPLEA LA TÉCNICA DE INYECCIÓN ÚNICA, LA DOSIS SERÍA DE 15 A 20 ML. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA. PARA LOS TÉCNICOS CONTÍNUOS, LA DOSIS INICIAL SERÁ DE 8 A 12 ML, Y LOS SUBSIGIENTES, A INTERVALOS DE C/ HORA DE 5 A

7 ML.

EN EL CASO DE ENFERMOS MUY ANCIANOS O DÉBILES SE USARÁ LA MITAD DE DICHAS DOSIS.

GUÍA PARA REALIZAR ANESTESIA PERIDURAL, CON RESPECTO AL LUGAR DE LA INYECCIÓN Y EL VOLUMEN DEL LÍQUIDO, EN RELACIÓN CON LA EXTENSIÓN DE LA ANESTESIA:

AREA DE LA ANESTESIA	INTERESPACIO PARA LA INYECCIÓN	VOLUMEN INYECTADO	EXTENSIÓN DE LOS DERMATONES QUIRÚRGICOS.
PERINEAL	L ₃ - L ₄	10-12 ML.	4 - 6
	L ₂ - L ₃	12-14 ML.	8
	L ₁ - L ₂	14-15 ML.	10
	D ₁₂ - L ₁	16-18 ML.	12
	D ₁₂	20-22 ML	14

Ó CATÉTER

TECNICA DE LA ANESTESIA

POSICION DEL PACIENTE: DECÚBITO LATERAL O SENTADO CON LA ESPALDA ARQUEADA, PARA ANESTESIA PERIDURAL SEGMENTARIA Y DECÚBITO PRONO, PARA ANESTESIA CAUDAL,

EL ANESTESISTA DEBE ESTAR PREPARADO COMO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. LA ESPALDA DEL PACIENTE DEBE SER ADECUADAMENTE LIMPIADA CON UN ANTISÉPTICO (METHIOLATE) - ZELPLURIN-MERCURO CROMO) SE COLOCA UN CAMPO ESTÉRIL, SE ESCOGE EL INTERESPACIO EN QUE SE VA A PRACTICAR LA PUNCIÓN, LEVANTÁNDOSE TON ANESTÉSICO CUTÁNEO PREVIA LA INSERCIÓN DE LA AGUJA DE PUNCIÓN.

EQUIPO: LO QUE TIENE IMPORTANCIA ESPECIAL ES LA AGUJA. SE EMPLEAN AGUJAS ROMAS, QUE PUEDEN SER DE LA CLASE RECTA STANDARD, DE DISEL CORTO O AGUJAS DIRECCIONALES DE HUBER. LA AGUJA RECTA ES MENOS TRAUMATIZANTE. PARA APLICAR UNA SOLA DOSIS ANESTÉSICA DE UNA AGUJA CALIBRE 18 Ó 20. PARA LOS TÉCNICOS CONTÍNUOS SE EMPLEARÁ AGUJA DEL CALIBRE 10 Ó 18 QUE PERMITE INTRODUCIR UN CATÉTER URETRAL.

LA AGUJA DIRECCIONAL (PUNTA INCURVADA) FACILITA LA INTRODUCCIÓN DE LOS

CATÉTERES EN ADECUADA DIRECCIÓN. SIN EMBARGO, PODRÍA NO SER ASÍ, YA QUE EL CATÉTER PUEDE ENVOLVERSE SOBRE SI MISMO Y VOLVERSE HACIA ATRÁS.

ACCESO: PUEDE UTILIZARSE EL ACCESO PARAMEDIAL PARA EVITAR LA POSICIÓN DE LOS APÓFISIS ESPINOSA, ES POCO USADO. EL ACCESO MEDIAL O EN LA LÍNEA MEDIA, ES MUY COMÚN Y PERMITE MAYOR EXACTITUD Y MEJOR ÉXITO CON EL PACIENTE ORDINARIO.

TECNICA PARA LOCALIZAR EL ESPACIO PERIDURAL: LA INSERCIÓN DE LA AGUJA SE HACE MUY LENTAMENTE. ATRAVIESA PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y LIGAMENTO SUPRAESPINOSOS, AL HABER AVANZADO UNOS 3 CM. Y ABANDONAMOS LA AGUJA A SU PROPIO PESO, VEREMOS QUE PERMANECE EN EL PLANO HORIZONTAL SI SU EXTREMO ESTÁ SITUADO EN EL LIGAMENTO INTERESPINOSO; RETIRAMOS EL MANDRIL, Y COLOCAMOS PROFUNDAMENTE EN EL INTERIOR DE LA AGUJA Y EN EL PABELLÓN DE LA MISMA UN POCO DE LÍQUIDO ANESTÉSICO, LUEGO TOMANDO LAS ALLETAS DE LA AGUJA ENTRE LOS DEDOS ÍNDICE Y PULGAR DE AMBAS MANOS Y APOYANDO EN EL DORSO DEL PACIENTE LOS RESTANTES DEDOS, AVANZAMOS LENTAMENTE HASTA ENCONTRAR LA RESISTENCIA DEL LIGAMENTO AMARILLO, EL CUAL HA DE PENETRAR CON SUMO CUIDADO, PUES LA PERFORACIÓN BRUSCA PUEDE DAR LUGAR A ROTURA DEL PLEXO VENOSO POSTERIOR A PERFORACIÓN DE LA DURAMADRE. AL LLEGAR AL ESPACIO PERIDURAL, NOTAREMOS LA ABSORCIÓN DE LA GOTTA DEL LÍQUIDO QUE PREVIAMENTE HABÍAMOS COLGADO EN LA AGUJA.

OTRO MÉTODO PARA LOCALIZAR EL ESPACIO PERIDURAL:

PROCEDEMOS A LA INTRODUCCIÓN DE LA AGUJA, LUEGO DE HABER AVANZADO UNOS 3 CM. Y COMPROBADO QUE ESTÁ EN LA POSICIÓN CORRECTA, EXTRAEMOS EL MANDRIL Y ADAPTAMOS UNA JERINGA DE 5 O 10 CM³ DE CAPACIDAD CONTENIENDO ALRE O UNOS CENTÍMETROS DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, HACEMOS AVANZAR LA AGUJA CON ÍNDICE Y PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA ESTANDO LOS RESTANTES APOYADOS EN EL DORSO DEL PACIENTE, MIENTRAS TANTO LA MANO DERECHA SOSTIENE LA JERINGA Y EFECTÚA SIMULTÁNEAMENTE CON EL PULGAR, PRESIÓN CONSTANTE SOBRE EL ÉMBOLO DE LA MISMA. AL LLEGAR AL LIGAMENTO AMARILLO, SE PERCIBE EN LA MANO IZQUIERDA LA MAYOR CONSISTENCIA, MIENTRAS QUE EN EL PULGAR DERECHO SE SIENTA LA MAYOR RESISTENCIA A LA INYECCIÓN; AL ATRAVESAR

EL LIGAMENTO AMARILLO EL ÉMBOLO DE LA JERINGA AVANZA BRUSCAMENTE POR PÉRDIDA DE LA RESISTENCIA, LO CUAL INDICA QUE HEMOS LLEGADO AL ESPACIO PERIDURAL.

EN ESTE MOMENTO PUEDE ADMINISTRARSE UNA DOSIS DE PRUEBA DE 3 A 5 CM DEL ANESTÉSICO QUE SE VA A UTILIZAR PARA EL BLOQUEO, Y ESPERAR 5 MINUTOS TAL COMO ACONSEJAN LA MAYORÍA DE LOS AUTORES, CON OBJETO DE COMPROBAR SI SE PRODUCE ANESTESIA RAQUÍDEA, POR PERFORACIÓN INADVERTIDA DE LA DURA. OTROS AUTORES CONSIDERAN QUE ES UNA PÉRDIDA DE TIEMPO, PUES SI SE PERFORA LA DURA, CON LAS AGUJAS DE GRAN CALIBRE QUE SE USAN, LA SALIDA DE L.C.R. ES BRUSCA E IMPRESIONANTE; PERO NO SUCEDE LO MISMO CUANDO SE INTRODUCE UN FINO CATÉTER, QUE PUEDE ATRAVESAR LA DURA, EN ESTE CASO ES MEJOR INYECTAR LA DOSIS DE PRUEBA. CUANDO VAMOS A USAR LA TÉCNICA CONTÍNUA, ES BUENO PONER SIEMPRE UNA DOSIS INICIAL, ANTES DE INTENTAR INTRODUCIR EL CATÉTER, YA QUE ASÍ SE DISTINGUE EL ESPACIO PERIDURAL, CON MENOR PELIGRO DE PERFORAR LA DURA Y ADEMÁS EL CATÉTER PUEDE MOVILIZARSE AL EXTRAER LA AGUJA Y NO QUEDAR DENTRO DEL ESPACIO, FRACASANDO LA TÉCNICA CONTÍNUA.

ANESTÉSICOS USADOS.

NOS LIMITAREMOS A MENCIONAR LOS ANESTÉSICOS USADOS MÁS FRECUENTEMENTE EN LA PRÁCTICA GENERAL, Y QUE ADEMÁS SON LOS ÚNICOS QUE SE HAN USADO EN NUESTROS CASOS PERSONALES.

- 1) LIDOCAÍNA (XILOCAÍNA)
- 2) TETRACAÍNA (PONTOCAÍNA)
- 3) NOVOCAÍNA (PROCAÍNA)

LIDOCAINA (XILOCAINA): ESTUDIADA POR EL SUECO LOFGREN (1946-48) ES UN TÍPICO REPRESENTANTE DE LOS AGENTES ÚTILES PARA ANESTESIA DE SUPERFICIE Y PARA INYECCIÓN, CON UNA ESTABILIDAD EN SUS SOLUCIONES ACUOSAS, MAYOR QUE LA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES HASTA AHORA CONOCIDOS. LA DURACIÓN DE SU EFECTO ANESTÉSICO ES MAYOR A IGUALDAD DE CONCENTRACIÓN QUE EL DE LA NOVOCAÍNA (PROCAÍNA). TIENE APROXIMADAMENTE LA MISMA TOXICIDAD QUE ESTA ADMINISTRADA SUBCUTÁNEAMENTE AL 0.5% AL 1% LA TOXICIDAD ES 25% MAYOR; AL 2% DE UN 30%. NO TIENE ACCIÓN ANTIHISTAMÍNICA, PERO SI ANTIACETIL - GOLÍNICA. A ESTA ACCIÓN ATROPÍNICA SE DEBE, PROBABLEMENTE, EL EFECTO FAVORABLE OBSERVADO EN PACIENTES ASMÁTICOS, BRONQUÍTICOS O ENFISEMATOSOS.

LA XILOCAÍNA TAMBIÉN PUEDE ACCIÓN ANALGÉSICA GENERAL, POR LO CUAL ES ÚTIL PARA CALMAR EL DOLOR POSTOPERATORIO O DE OTRA ÍNDOLE INYECTÁNDOLO EN SOLUCIÓN DEXTROSADA AL 5% CON CONCENTRACIÓN DEL ANESTÉSICO AL 0.1% EN VENCLISES CONTÍNUA (BARTLETT Y HUTASEIANI: "XILOCAINE FOR THE RELIEF OF POST OPERATIVE PAIN").

LA LIDOCAÍNA SE EMPLEA PARA LA INFILTRACIÓN AL 0.5%. PARA BLOQUEO DE NERVIOS EN CONCENTRACIONES DEL 1 AL 2%, Y PARA APLICACIÓN TÓPICA EN MEMBRANAS MUCOSAS EN CONCENTRACIÓN AL 2%. HA SIDO EMPLEADA EXITOSAMENTE EN TODOS LOS TIPOS DE ANESTESIA DE CONDUCCIÓN Y ULTIMAMENTE PARA ANESTESIA REGIONAL DE LAS EXTREMIDADES MEDIANTE INYECCIÓN INTRAVENOSA EN SOLUCIÓN AL 0.1% Ó 0.2% PREVIA ISQUEMIA. (VACIAMIENTO DEL MIEMBRO POR COMPRESIÓN CON TORNQUETE Y MANTENIMIENTO PERMANENTE DE ÉSTE EN SITIO PROXIMAL DEL MIEMBRO DURANTE LA INTERVENCIÓN). EN LA ANESTESIA EPIDURAL SE USA EN CONCENTRACIONES DEL 1 Y 2% SIENDO PREFERIBLE ÉSTA ÚLTIMA. SE PUEDE USAR SOLA, CON SIN ADRENALINA O EN COMBINACIÓN CON PONTUCAÍNA AL 0.1 O 0.2% CUANDO SE DESEA PROLONGAR SU ACCIÓN.

TETRACAÍNA (PONTUCAÍNA). ES UN DERIVADO DEL ÁCIDO P-AMINOBENZOICO. ES UN ANESTÉSICO LOCAL ALTAMENTE ACTIVO Y MUY TÓXICO. ES 10 VECES MÁS TÓXICO QUE LA PROCAÍNA DESPUÉS DE INYECCIÓN INTRAVENOSA, PERO, COMO ES PROPORCIONALMENTE MÁS ACTIVO, PUEDE SER USADO EN DILUCIONES MÁS ELEVADAS. ES UN ANESTÉSICO PARA TODO USO: PARA EL OJO SE USA AL 0.5%. EN LAS MUCOSAS DE NARIZ Y GARGANTA AL 2%. PARA ANESTESIA RAQUÍDEA SE USA EN SOLUCIÓN AL 0.1% (DE 4 A 20 DE MG. SON SUFICIENTES). ASOCIADA CON EPINEFRINA EN ANESTESIA RAQUÍDEA PUEDE DURAR MÁS DE CUATRO HORAS. EN ANESTESIA EPIDURAL SE USA EN CONCENTRACIONES DEL 0.1% AL 0.3% OBTENIÉNDOSE UNA DURACIÓN APROXIMADA DE 2 HORAS.

PROCAÍNA (NOVOCAÍNA). SINTETIZADA POR EINHORN EN 1905, SE LE CONOCE TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE NEOCAÍNA. LA BASE LIBRE ES UN CUERPO CRISTALINO BLANCO POCO SOLUBLE EN AGUA PERO SOLUBLE EN ALCOHOL. LOS ÁCIDOS MINERALES FORMAN FACILMENTE SALES CON LA BASE. EL CLORHIDRATO ES MUY SOLUBLE EN AGUA, PERO NO EN ALCOHOL.

LAS SOLUCIONES ACUOSAS SE DESCOMPONEN POR LA ACCIÓN DE LAS BACTERIAS, ESPECIALMENTE SI QUEDAN EXPUESTAS AL AIRE: SON TERMORESISTENTES. ES HIDRO

LIZADA IN VIVO POR ACCIÓN DE LAS ESTERASAS. LOS PRODUCTOS DE LA HIDRÓLISIS SON ÁCIDO P-AMINOBENZÓICO Y ALCOHOL DIETILAMINOETÍLICO. LA COLORACIÓN AMARILLA QUE APARECE EN SOLUCIÓN DEL 1.5% AL 2% TRADUCE LA PRESENCIA DE AMINAS Y ES INOCUA. SUS SOLUCIONES PUEDEN HERVIRSE Y LAS AMPOLLETAS CON CRISTALES SECOS ESTERILIZARSE EN AUTOCLAVE A 120 GRADO CENTÍGRADO.

LA PROCAÍNA ES EL MEDICAMENTO QUE SIRVE DE PATRÓN PARA VALORAR LA POTENCIA Y TOXICIDAD DE LOS AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES QUE SE USAN EN INYECCIÓN SE HA ATRIBUÍDO UNA POTENCIA Y TOXICIDAD ARBITRARIAS DE 1.0 E IGUALMENTE, UN ÍNDICE ANESTÉSICO DE 1.0. CON REFERENCIA A LA COCAÍNA SU TOXICIDAD ES CUATRO VECES MENOR.

PARA ENSAYAR LA TOXICIDAD SE USAN RATONES BLANCOS DE 16 A 24 GRAMOS A LOS CUALES SE INYECTA EL MEDICAMENTO POR VÍA SUBCUTÁNEA (A VEGES POR VÍA INTRAPERITONEAL). APROXIMADAMENTE 800 MG/KG DE PROCAÍNA ES LA DL/50 PARA EL RATÓN.

LA PROCAÍNA ES EL ANESTÉSICO LOCAL MÁS AMPLIAMENTE USADO. LAS SOLUCIONES ACUOSAS DE LAS SALES DE PROCAÍNA SE PREPARAN FACILMENTE EN LA CONCENTRACIÓN QUE SE DESEE.

LAS SOLUCIONES AL 0.5% Y 1% SE USAN PARA ANESTESIA DE INFILTRACIÓN Y LAS SOLUCIONES DEL 1.5% AL 2% SUELEN RESERVARSE PARA EL BLOQUEO NERVIOSO.

EMPLEO DE VASOCONSTRICTORES

OBJETIVO :

1) PRODUCIR UNA VASOCONSTRICCIÓN LOCAL PARA PREVENIR LA RÁPIDA ABSORCIÓN DEL ANESTÉSICO, REDUCIENDO EL FLUJO SANGUÍNEO EN LOS TEJIDOS.

CON ELLO DISMINUYE LA TOXICIDAD Y SE PROLONGA LA ACCIÓN.

- 2) COMBATIR LA HIPOTENSIÓN DEBIDA A TRASTORNOS VASOMOTRES RESULTANTES DE LA ANESTESIA REGIONAL.

INDICACIONES PARA USAR VASOCONSTRICTORES

- 1) CUANDO LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO SE EFECTÚA EN ÁREAS MUY VASCULARIZADAS.
- 2) CUANDO SE EMPLEAN SOLUCIONES CONCENTRADAS DE DRUGAS ANESTÉSICAS.
- 3) CUANDO SE EMPLEAN ANESTÉSICOS LOCALES DE TOXICIDAD RELATIVAMENTE ELEVADA.

CONTRAINDICACIONES

- 1) HIPERTENSIÓN O ENFERMEDADES CARDÍACAS
- 2) PACIENTES SIMPATICOTÓNICOS (TIROTOXICICOSIS)
- 3) ANESTESIA DE LAS EXTREMIDADES, ESPECIALMENTE EN PRESENCIA DE ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS.
- 4) EN TEJIDOS DELICADOS (MUCOSA) POR PELIGRO DE NECROSIS, O EN ÁREAS POCAMENTE IRRIGADOS (PLANTA DEL PIE).
- 5) EN OBSTETRICIA (EL USO DE ADRENALINA PUEDE RETARDAR EL TRABAJO DE PARTO)
- 6) ANESTESIA LOCAL COMBINADA CON ANESTESIA GENERAL: ÉTER, CICLOPROPANO, TRICLOROETILENO (TRILENE) Y HALOTENE (FLUOTHANE)

LOS CONSTRICTORES MÁS USADOS SON LA ADRENALINA Y NOR EPINEFRINA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA MÁS POTENTE.

BIETER HA DEMOSTRADO QUE HAY UNA CONCENTRACIÓN ÓPTIMA DE EPINEFRINA PARA PROLONGAR LA ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS Y QUE UNA CONCENTRACIÓN MÁS ALTA TIENE POR RESULTADO UNA DISMINUCIÓN DEL EFECTO.

SI 1: 200.000 ES LA CONCENTRACIÓN ÓPTIMA, 1:60.000 PARECE MÁS DE LO NECESARIO, AUNQUE ES MUCHO MENOR QUE LA CONCENTRACIÓN CON LA CUAL SE PODRÍA CAUSAR DAÑO NEUROLÓGICO.

ESTO SE PUEDE APLICAR A LA NOR EPINEFRINA CON POCAS DIFERENCIAS.

LA ADRENALINA INHIBE LA FIBRA LISA, PRODUCE HIPERGLICEMIA, AUMENTO DE LA PRESIÓN SISTÓLICA CON DESCENSO DE LA PRESIÓN DIASTÓLICA, AUMENTA EL

TRABAJO CARDÍACO, ELEVA LA FUERZA DE CONTRACCIÓN MIOCARDIA, AUMENTO DEL VOLUMEN MINUTO Y LA FRECUENCIA.

LA NOR ADRENALINA ES LA ADRENALINA DESMETILADA EN EL NITRÓGENO, CONOCIDA COMO ARTERENOL, TIENE MENOR EFECTO SOBRE EL CORAZÓN, PERO MAYOR EFECTO PERIFÉRICO (VASOPRESOR CON AUMENTO DE LA PRESIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA). CON ELLA LA CONSTRICCIÓN ARTERIOLAR ES MAYOR QUE CON LA ADRENALINA Y POR LO TANTO LA ABSORCIÓN DEL ANESTÉSICO, ES MÁS LENTA.

HAY QUE USAR ANESTÉSICOS LÓCALES ADECUADOS DE ADRENALINA O NOR ADRENALINA A DOSIS COMPROBADAS. ES UN ERROR USAR EL MÉTODO DE AGREGAR "UNAS POCAS GOTAS" DEL CONSTRICTOR DEL ANESTÉSICO USADO.

EN ANESTESIA PERIDURAL, CUANDO MÁS RÁPIDA ES LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO, MÁS AMPLIA LA DISTRIBUCIÓN, POR EL CONTRARIO, CUANDO HAY NECESIDAD DE ANESTESIA EXTENSA, LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA DEBE INYECTARSE LENTAMENTE.

LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA SE DIFUNDE SIMÉTRICAMENTE A AMBOS LADOS SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA SENTADA O EN DECUBITO LATERAL, CON LA CABEZA SE FAVORECE LA DIFUSIÓN HACIA ARRIBA, Y EN POSICIÓN DE TRENDELENBURG INVERTIDA SE FAVORECE LA DIFUSIÓN HACIA ABAJO, AUMENTANDO CON UN DETERMINADO VOLUMEN ANESTÉSICO.

FISIOPATOLOGIA DEL BLOQUEO

EL LÍQUIDO ANESTÉSICO INYECTADO EN EL ESPACIO PERIDURAL SE DIFUNDE PRIMERO EN SENTIDO VERTICAL LUEGO LATERALMENTE A TRAVÉS DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCIÓN. 1 ó 2 CC. DEL ANESTÉSICO SON SUFICIENTES PARA BLOQUEAR CADA PAR DE NERVIOS RAQUÍDEOS. ESTA DIFUSIÓN DEPENDE DE LA CANTIDAD Y CONSISTENCIA DEL TEJIDO ADIPOSEO QUE SE ENCUENTRA EN EL ESPACIO, DEL VOLUMEN, CONCENTRACIÓN Y PODER DE DIFUSIÓN DEL ANESTÉSICO USADO. ESTÁ EN RELACIÓN TAMBIÉN CON LA EDAD, SEXO Y ESTADO GENERAL DE LOS PACIENTES.

LA ACCIÓN DEL ANESTÉSICO SE EFECTÚA ESENCIALMENTE SOBRE LA PORCIÓN DE LOS NERVIOS, EN QUE YA NO ESTÁN RODEADAS POR LA DURAMADRE, POR FUERA DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCIÓN. ESTA ACCIÓN SE ESTABLECE MÁS LENTAMENTE QUE CON LA ANESTESIA RAQUÍDEA, PERO EL ORDEN DE SUPRESIÓN DE LA CONDUCCIÓN

CIÓN DE LAS FIBRAS AUTÓNOMAS SENSITIVAS Y MOTORAS ES EL MISMO. LA ÚNICA DIFERENCIA CONSISTE EN QUE SE HACE MÁS APARENTE DICHA ORDEN, DEBIDO AL MAYOR RETRASO EN LA PRODUCCIÓN DE LA ANESTESIA. LAS FIBRAS AUTÓNOMAS SON LAS PRIMERAS EN SER AFECTADAS Y LAS SENSITIVAS DEL DOLOR EN SEGUNDO LUGAR, MIENTRAS QUE LA CONDUCCIÓN TÉRMICA Y TÁCTIL PERMANECE ACTIVA POR MÁS TIEMPO. LOS PRIMEROS SIGNOS DEL BLOQUEO APARECEN A LOS CINCO MINUTOS. PRIMERAMENTE SOLO SE OBSERVA LA ANESTESIA EN EL SEGMENTO CORRESPONDIENTE AL NIVEL EN QUE SE HA EFECTUADO LA INYECCIÓN, EXTENDIÉNDOSE LUEGO GRADUALMENTE EN LOS SENTIDOS CEFÁLICO Y CAUDAL. EL EFECTO MÁXIMO DE LA XILOCAÍNA SE ESTABLECE A LOS 20 MINUTOS Y EL DE LA PONTOCAÍNA EN 30 A 40 MINUTOS.

LA MÁXIMA INTENSIDAD SE OBSERVA EN LA ZONA CENTRAL, MIENTRAS QUE EN LA PERIFERIA PUEDE FALTAR EL DOLOR, PERSISTIENDO LAS SENSACIONES TÁCTILES.

SI SE EMPLEAN SOLUCIONES ANESTÉSICAS A BAJA CONCENTRACIÓN, PUEDE OBTENERSE LA SUPRESIÓN DEL DOLOR EN LA ZONA OPERATIVA, PERO CON PERSISTENCIA DE LA SENSIBILIDAD DE TÁCTIL, LA CUAL PUEDE SER INTERPRETADA COMO DOLOR POR PACIENTES NERVIOSOS O MAL PREMEDICADOS.

EN TALES CASOS LA ADMINISTRACIÓN I.V. DE PEQUEÑAS DOSIS DE MEPERIDINA (DEMEROL) O DE UN BARBITÚRICO (PENTHOTAL-SURITAL) PUEDE HACER LA ANESTESIA SUFICIENTE.

EL BLOQUEO DE LAS FIBRAS MOTORAS DE LOS NERVIOS RAQUÍDEOS COMIENZA POCO DESPUÉS QUE LA CONDUCTIBILIDAD DE LAS FIBRAS SENSITIVAS SE HAN INTRUMPIDO, PERO SI LA CONCENTRACIÓN DEL ANESTÉSICO NO ES SUFICIENTE PARA ELLO, LOS NERVIOS MOTORES RESULTAN AFECTADOS SOLO PARCIALMENTE. ESTA PARTICULARIDAD PUEDE SER APROVECHADA PARA CIRUGÍA DE TÓRAX, PERO EN CIRUGÍA DE ABDÓMEN, LA RELAJACIÓN DEBE SER COMPLETA, LA CUAL PUEDE OBTENERSE UTILIZANDO CONCENTRACIONES MAYORES DEL ANESTÉSICO.

CAMBIOS CIRCULATORIOS: LA PRIMERA MANIFESTACIÓN CIRCULATORIA QUE SE OBSERVA DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DEL ANESTÉSICO CON ADRENALINA O NORADRENALINA, ES EL ASCENSO DE LA P.A., DE INTENSIDAD VARIABLE, SEGÚN LA SENSIBILIDAD DEL PACIENTE AL VASOPRESOR. ESTE ASCENSO ES BRUSCO Y DE CORTA

DURACIÓN, PARA LUEGO DESCENDER GRADUALMENTE HASTA CIFRAS MENORES DE LAS REGISTRADAS INICIALMENTE (ANTES DE INYECTAR EL ANESTÉSICO) ESTE DESCENSO DE LA P.A. ES UNA CARACTERÍSTICA DEL BLOQUEO EPIDURAL, Y ES DEBIDO A PARÁLISIS DE LOS VASOCONSTRICTORES EN EL SEGMENTO ANESTESIADO, POR ACTUAR EL ANESTÉSICO SOBRE RAMAS COMUNICANTES Y LOS GANGLIOS SIMPÁTICOS. EL MECANISMO DEL DESCENSO DE LA PRESIÓN, CONSISTE ESENCIALMENTE EN LA DILATACIÓN DE LAS ARTERIOLAS, DE MODO QUE AÚN CON UNA PRESIÓN MENOR, SI EL VOLUMEN DE SANGRE ES NORMAL, Y LA APORTACIÓN DE OXÍGENO SUFICIENTE, ESTÁN GARANTIZADOS LA CIRCULACIÓN CAPILAR Y EL METABOLISMO CELULAR. LA DISMINUCIÓN DE LA CIRCULACIÓN EN EL CAMPO OPERATIVO SE CONSIDERA UNA DE LAS VENTAJAS DE LA ANESTESIA EPIDURAL-. CUANDO LA ANESTESIA EPIDURAL ESTÁ LIMITADA A UNOS POCOS SEGMENTOS, LA HIPOTENSIÓN ES MENOR QUE CON ANESTESIA RAQUÍDEA, PERO SI ES AMPLIA, OCURRE LO CONTRARIO.

NAUSEAS Y VOMITOS: LA APARICIÓN DE ESTOS TRASTORNOS ES MAYOR EN LAS INTERVENCIONES ABDOMINALES Y RENALES QUE EN PROCEDIMIENTOS PERIFÉRICOS MENORES.

CAUSAS QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE ESTA COMPLICACIÓN: ALTO NIVEL SENSITIVO-MOTOR DE ANESTESIA; LA NECESIDAD DE SUPLEMENTOS LA ANESTESIA EPIDURAL CON ANESTESIA GENERAL; LA EXPERIENCIA DE DOLOR; LA ESTIMULACIÓN DE FIBRAS NO BLOQUEADAS DURANTE LA OPERACIÓN INTRA-ABDOMINAL; HIPOTENSIÓN; ADICIÓN DE EPINEFRINA Y LA ADMINISTRACIÓN DE MALEATO DE ERGONOVIÑA. DE MODO QUE PODEMOS DEDUCIR QUE LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS QUE APARECEN EN EL CURSO DE UNA ANESTESIA PERIDURAL, SON EL RESULTADO DE UNA ESTIMULACIÓN REFLEJA.

CEFALALGIA: PUEDE PRESENTARSE EN ALGUNOS CASOS DURANTE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, COINCIDIENDO CON LA ELEVACIÓN BRUSCA DE LA P,Á. CUANDO SE USA UN VASOPRESOR. GENERALMENTE CEDE AL VOLVER LA PRESIÓN A NIVELES MÁS BAJOS. EN OCASIONES HAY QUE ADMINISTRAR BARBITÚRICOS A DOSIS HIPNÓTICAS.

EPIGASTRALGIA: COMPLICACIÓN DE POCA IMPORTANCIA, QUE SE PRESENTA RARA VEZ DURANTE LA ANESTESIA PERIDURAL Y ES DEBIDO POR TRACCIÓN O COMPRESIÓN VISCERALES EN ANESTESIA DE BAJO NIVEL. CEDE FACILMENTE CON PE-

QUENAS DOSIS DE BARBITÚRICOS O CON INHALACIÓN DE OXÍGENO-ÓXIDO NITROSO.

MEDICACION PRE-ANESTESICA

PARA LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA PERIDURAL, LA PREMEDICACIÓN JUEGA UN PAPEL MUY IMPORTANTE. DEBE SER DOSIFICADA DE ACUERDO CON EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE, EDAD Y TIPO DE OPERACIÓN PROPUESTA, CON EL OBJETO DE ASEGURAR LA COMODIDAD DEL PACIENTE. EL PACIENTE MÁS COOPERATIVO Y DE FÁCIL MANEJO ES EL QUE DUERME SUPERFICIALMENTE, ESTANDO ASÍ DESPREVENIDO DE ESTÍMULOS DOLOROSOS.

NUNCA DEBE OMITIRSE EL PRE-ANESTÉSICO (ANTICOLINÉRGICO)- BARBITÚRICO ANTIHISTAMÍNICO) PUES EN CASO DE FRACASAR EL BLOQUEO Y HACERSE NECESARIO LA ANESTESIA GENERAL, EL PACIENTE ESTÁ PREPARADO PARA ELLO.

ES CONVENIENTE EN CASO DE ANESTESIAS PROLONGADAS, ADMINISTRAR UN NARCÓTICO O BARBITÚRICO I.V. SI EL PACIENTE SE INTRANQUILIZA. LOS SEDANTES REDUCEN AL MÍNIMO LA EXCITACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA ANESTESIA PROLONGADA, AÚN EN LOS ENFERMOS QUE NO COOPERAN.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA PERIDURAL

DEPENDEN DE LOS DIVERSOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROBLEMA: 1) OPERACIÓN PROPUESTA 2) ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE, 3) CONOCIMIENTO DEL CIRUJANO, 4) COMPETENCIA DEL ANESTESIOLOGO.

OPERACIÓN PROPUESTA: LA ANESTESIA PERIDURAL PUEDE SER USADA EN TODAS LAS OPERACIONES DEL ABDÓMEN, SIN EMBARGO LOS MEJORES RESULTADOS SE OBTIENEN EN ABDÓMEN MEDIO E INFERIOR. SE OBTIENEN RESULTADOS EN HERNIOGRAFIAS SUPRAUMBILICALES, UMBILICALES E INGUINALES; LAPARATOMÍAS, SIMPATECTOMÍAS LUMBARES, CESÁREAS, INTERVENCIONES PERINEALES Y PROCTOLÓGICAS, GINECOLÓGICAS, UROLÓGICAS Y EN OPERACIONES DE EXTREMIDADES INFERIORES.

EN LAS INTERVENCIONES DEL ABDÓMEN SUPERIOR NO EXISTE UNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA, PERO SE IMPONE UNA SELECCIÓN CUIDADOSA DE LOS PACIENTES, DEBIÉNDOSE PREFERIR A LOS DELGADOS, PREMEDICADOS EN FORMA ÓPTIMA Y CON UN CIRUJANO QUE TRATE LOS TEJIDOS CON DELICADEZA.

SI LA INTERVENCIÓN OFRECE LA POSIBILIDAD DE ABRIR DIAFRAGMA Y PLEURA, YA SEA POR NECESIDAD O ACCIDENTE (ESPLENECTOMÍA CON ABORDAJE TORACO-ABDOMINAL), SIMPATECTOMÍA DORSO-LUMBAR, NEFRECTOMÍA CON RESECCIÓN COSTAL, INTERVENCIÓN SOBRE CÚPULA HEPÁTICA ETC..) LA ANESTESIA PERIDURAL ESTÁ CONTRAINDICADA.

EN CIRUGÍA TORÁCICA LOS RIESGOS SON MAYORES QUE LAS VENTAJAS: SI EFECTUAMOS UN BLOQUEO LUMBAR, TENDRÁ UNA EXTENSIÓN INNECESARIA, CON LA CONSIGUIENTE HIPOTENSIÓN GRAVE,. SI INTENTAMOS HACER LA PUNCIÓN EN EL PUNTO MEDIO DEL ÁREA DE ANESTESIA DESEADA, CORREMOS EL RIESGO DE LESIONAR LA MÉDULA; ADEMÁS EXISTE SIEMPRE EL PELIGRO DE QUE EL CIRUJANO ROMPA LA PLEURA. EN CUANTO A LAS INTERVENCIÓNES DE URGENCIA LA INDICACIÓN ESTÁ SUBORDINADA A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE.

ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE

EDAD: NO EXISTE CONTRAINDICACIÓN DEPENDIENTE DE LA EDAD. ES POSIBLE EFECTUARLA EN EDADES EXTREMAS, BASTANDO PARA ELLO UN POCO MÁS DE EXPERIENCIA. PERO HAY QUE HACER NOTAR QUE POR DEBAJO DE LOS 3 AÑOS, LA ANESTESIA CAUDAL ES MÁS FÁCIL Y SEGURA.

OBESIDAD: EL EXCESO DE PESO, SOBRE TODO EN PACIENTES BREVILÍNEOS, ES UNA CONTRAINDICACIÓN RELATIVA, PUES EN ALGUNOS CASOS RESULTA DIFÍCIL RECONOCER PUNTOS DE REFERENCIA, O HAY DIFICULTAD PARA FLEXIONAR AL PACIENTE, ADEMÁS DE QUE LA OBESIDAD INTERFIERE CON LA VENTILACIÓN:

CONDICIONES PATOLÓGICAS: LA ANESTESIA PERIDURAL ESTÁ CONTRAINDICADA EN CASOS DE INFECCIÓN EN LA ZONA DE PUNCIÓN O DE SUS PROXIMIDADES:

HAY CONTRAINDICACIÓN EN CASOS DE ANEMIA GRAVE, HIPOVOLEMIA POR HEMORRAGIA ACTIVA.

EL LÍMITE SEGURO PARA EFECTUAR ANESTESIA PERIDURAL ES DE 9 GRAMOS DE HEMOGLOBINA POR CIEN CC., DE SANGRE, YA QUE ÉSTA TÉCNICA AL BLOQUEAR LOS NERVIOS SIMPÁTICOS, PRODUCE AUMENTO DEL LECHO VASCULAR, CREANDO ASÍ UN INCREMENTO DE LA ANEMIA PREEXISTENTE. ADEMÁS LA ADRENALINA AGREGADA AL ANESTÉSICO PARA AUMENTAR SU ACCIÓN, RETARDANDO SU ABSORCIÓN, PRODUCE VASOCONSTRICCIÓN EN TODA EL ÁREA DONDE SE INFILTRA, DISMINUYENDI EL AFLUJO

DE UNA SANGRE DE POR SÍ EMPOBRECIDA, LO CUAL PUEDE SER CAUSA DE LESIÓN NERVIOSA POR HIPOXIA DE LOS TEJIDOS. IGUALMENTE HAY CONTRAINDICACIÓN EN CASO DE SHOCK.

EN LO QUE SE REFIERE A ENFERMOS CARDIOVASCULARES, LA CONTRAINDICACIÓN ES RELATIVA Y DEPENDE DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

EN LOS DESÓRDENES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL LA CONTRAINDICACIÓN ES ABSOLUTA CUANDO LA ENFERMEDAD ESTÁ EN SU PERÍODO ACTIVO, LA CONTRAINDICACIÓN ES RELATIVA EN LOS CASOS DE POLIO, ANEMIA PERNICIOSA, SÍFILIS.

ESTA CONTRAINDICADA EN PRESENCIA DE TUMORES EN EL CANAL RAQUÍDEO, DEFORMIDADES ÓSEAS, HISTORIA DE EPILEPSIA E HISTERISMO.

EN OBSTETRICIA HAY CONTRAINDICACIÓN EN LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES: PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA, EXCEPTO CUANDO LA PERIDURAL SE UTILICE PARA EFECTUAR OPERACIÓN CESÁREA AUNQUE ALGUNOS AUTORES LA USAN CON PRECAUCIÓN POR CONSIDERAR QUE PRODUCE DISMINUCIÓN DE LA SATURACIÓN FETAL DE OXÍGENO.

EN LA ECLAMPSIA ESTÁ PLENAMENTE JUSTIFICADA.

EN LA CIRUJÍA DE ABDOMEN Y EXTREMIDADES INFERIORES DE PACIENTES HIPERTIROIDEOS EN LOS CUALES LA ANESTESIA GENERAL ESTÁ CONTRAINDICADA, LA PERIDURAL ES EL MÉTODO DE ELECCIÓN, SIEMPRE QUE SE USE SIN ADRENALINA.

NO DEBE SER USADA EN PACIENTES APREHENSIVOS O QUE HAYAN EXPUESTO OBJECIONES AL MÉTODO, TAMPOCO EN NIÑOS SI NO SE UTILIZA UNA NARCOSIS BASAL. EL IDIOMA PUEDE SER UNA BARRERA, PUES ES CONVENIENTE INFORMAR AL PACIENTE SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y AL MISMO TIEMPO OBTENER RESPUESTAS ADECUADAS A NUESTRAS PREGUNTAS.

CONOCIMIENTO DEL CIRUJANO: PARA ELEGIR LA ANESTESIA PERIDURAL HAY QUE CONSIDERAR EL ENTRENAMIENTO, LA EXPERIENCIA Y LA PERSONALIDAD DEL CIRUJANO. HAY QUE TOMAR EN CUENTA TAMBIÉN SI AL CIRUJANO LE GUSTA O NO EL MÉTODO. ES PREFERIBLE NO EMPLEARLA SI SABEMOS QUE EL CIRUJANO ES BRUSCO, EXCITABLE Y EXIGENTE.

PERO SOBRE TODO, LA OPERACIÓN Y EL PACIENTE SON LOS FACTORES DETERMINANTES. SE DEBE PENSAR ANTE TODO EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE.

EN CUANTO A LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN, ES COSA DE VARIACIÓN DE TÉCN-

NICA: EN OPERACIÓN 0-A 2 HORAS SE USA LA DOSIS ÚNICA. EN LOS DE MAYOR DURACIÓN. LA TÉCNICA CONTÍNUA CON CATÉTER.

COMPETENCIA DEL ANESTESIOLOGO: EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS LA ANESTESIA PERIDURAL ES MEJOR QUE LA ANESTESIA GENERAL, SIEMPRE QUE EL ANESTESIOLOGO SEA APTO PARA ADMINISTRAR AMBOS MÉTODOS IGUALMENTE BIEN.

USOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS: ADEMÁS DE LOS USOS QUIRÚRGICOS YA ENUNCIADOS, LA ANESTESIA PERIDURAL PUEDE SER DE UTILIDAD EN CIERTOS PROCESOS DOLOROSOS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, PERINEO, ABDOMEN Y TÓRAX. LA TÉCNICA CONTÍNUA PUEDE AYUDAR A CONTROLAR EL DOLOR POST-OPERATORIO. PUEDE UTILIZARSE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA CIÁTICA Y EL LÚMBAGO, Y EN ENFERMEDADES VASCULARES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

ES PREFERIBLE LA ANESTESIA PERIDURAL AL BLOQUEO PARAVERTEBRAL, POR LAS MÚLTIPLES PUNCIÓNES QUE ESTE EXIGE, Y AL BLOQUEO SUB-ARACNOIDEO POR LOS PELIGROS E INCONVENIENTES DEL MISMO.

V E N T A J A S

- 1) EXTENSIÓN DE LA ANESTESIA ES MÁS DEFINIDA
- 2) LA INCIDENCIA DE SEQUELAS NEUROLÓGICAS ES MÍNIMA
- 3) LOS CAMBIOS CIRCULATORIOS SON MÍNIMOS
- 4) LOS RIESGOS DE CEFÁLEA, MENINGITIS Y ARACNOIDITIS, SON MÍNIMAS
- 5) MENOS DISTURBIOS FISIOLÓGICOS, EXCEPTO CUANDO SE PRODUCE HIPOTENSIÓN SEVERA.
- 6) NO SE PENETRA AL ESPACIO SUBARACNOIDEO.

D E S V E N T A J A S

- 1) TÉCNICA MÁS COMPLEJA
- 2) LA RELAJACIÓN MUSCULAR NO ES COMPLETA
- 3) MAYOR CANTIDAD DE ANESTÉSICO NECESARIO
- 4) PRODUCE HIPOTENSIÓN QUE PUEDE SER GRAVE.
- 5) HAY QUE USAR MAYOR SEDACIÓN PRE- Y TRANSOPERATORIAMENTE QUE CON LA RAQUÍDEA.
- 6) SE NECESITA MÁS TIEMPO PARA LLEVAR A CABO LA TÉCNICA Y ES MAYOR EL PERÍODO DE LATENCIA.

C O M P L I C A C I O N E S

- 1) PERFORACIÓN DE DURAMADRE E INYECCIÓN SUBARACNOIDEA CON EL CONSIGUIENTE

PELIGRO DE BLOQUEO SUB-ARACNOIDEO MASIVO

- 2) INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.
- 3) SENSIBILIDAD A LOS ANESTÉSICOS
- 4) REACCIONES TÓXICAS
- 5) HIPOTENSIÓN GRAVE
- 6) DORSALGIA
- 7) BLOQUEO SEGMENTARIO MASIVO (PARÁLISIS RESPIRATORIA)
- 8) TRASTORNOS NEUROLÓGICOS
- 9) ARACNOIDITIS
- 10) NÁUSEAS Y VÓMITOS

TODAS ESTAS COMPLICACIONES SON MÍNIMAS, SIEMPRE Y CUANDO LA TÉCNICA SEA CORRECTA.

EXPERIENCIAS PERSONALES

LOS CASOS PERSONALES POR MÍ EJECUTADOS SE REDUCEN A 29 BLOQUEOS LOGRADOS EN LOS SIGUIENTES HOSPITALES: "SAN FELIPE" Y DEL "SEGURO SOCIAL" DE TEGUCIGALPA Y EN EL HOSPITAL "VICENTE D'ANTONI" DE LA CEIBA.

HOSPITAL SAN FELIPE	10	CASOS
HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL	5	CASOS
HOSPITAL VICENTE D'ANTONI	14	CASOS
TOTAL	29	CASOS

ESTE PEQUEÑO NÚMERO DE CASOS COMPLEMENTADOS CON 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ANESTESIA GENERAL Y RAQUÍDEA, HA SERVIDO PARA FORMARME UN CONCEPTO AMPLIO Y BASTANTE COMPLETO ACERCA DE ESTE MÉTODO, AGREGANDO A ELLO EL ESTUDIO, MEDIANTE DETENIDA REVISIÓN DE CIENTO CASOS DE BLOQUEO PERIDURAL EJECUTADOS EN LOS HOSPITALES "VIERA" Y DEL "SEGURO SOCIAL" POR ANESTESIOLOGOS EXPERIMENTADOS. HECHO EL ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CASOS Y LOS MÍOS, LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON AMPLIAMENTE SATISFACTORIOS, POR LO SEMEJANTES. NOTANDO QUE LAS COMPLICACIONES Y FRACASOS QUE ENFRENTÉ AL PRINCIPIO FUERON GRADUALMENTE DISMINUYENDO COMO CONSECUENCIA LÓGICA DE LA MAYOR EXPERIENCIA.

CASO No. 1

PACIENTE G.P. 67 AÑOS, MASCULINO. HISTORIAL NO. 46529

H.S.F. SERIA: UROLOGÍA

Dx: HIPERTROFIA PROSTÁTICA (RETENCIÓN URINARIA)

OPERACIÓN: CISTOSMIA.

MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA: DEMEROL 50 MG + ATRUPINA 1 MG. 1 M.

PACIENTE MAL SEDADO

P.A INICIAL 150/90

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% 20 CC. + 1 AMP DE PONTOCAÍNA

HUBO TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN, LA CUAL SE CONTROLÓ CON EFEDRINA 50 MG 1 M. CON ELLO EL MÁXIMO DESCENSO REGISTRADO FUE P.A 110/70

EL PACIENTE PRESENTÓ AGITACIÓN, POR LO CUAL SE USÓ DEMEROL 50 MG. EN 10 CC. DE SUERO GLUCADO 5% POR VÍA I.V. CON LO CUAL EL PACIENTE SE CALMÓ.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HORA

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 30 MM.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

CASO No. 2

A.G.M. MASCULINO. 21 AÑOS. (RA. C. DE H.

H.G.S.F. HISTORIAL NO. 47243

Dx: QUISTE DE CORDÓN ESPERMÁTICO

OPERACIÓN: EXTIRPACIÓN DE QUISTE

MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA: DEMEROL 75 MG + ATRUPINA MG + 2 CC. BENADRYL 1 M.

PACIENTE NERVIOSO, NO COÓPERA EN ABSOLUTO, MAL SEDADO

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1: 80.000 10 + XILOCAÍNA 2% 10 CC. + 1 AMP. PONTOCAÍNA.

LA PRUEBA DE PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD FUÉ SATISFATORIA, PERO EL PACIENTE CONTINUABA INQUIETO, POR LO CUAL SE COMPLETÓ LA ANESTESIA CON 500 MG. DE PENTHOTAL SÓDICO AL 2.5% EN DOSIS FRACCIONADAS POR VÍA I.V. SE VERIFICÓ LA OPERACIÓN SATISFATORIAMENTE. AL PRINCIPIO HUBO ASCENSO DE LA P.A. DE 140/80 INICIAL A 160/90, PARA LUEGO DESCENDER, HASTA 100/60, CON MÁS

TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN, LA CUAL SE CONTROLÓ CON EFEDRINA 1 M 50 MG. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN 45 M. ANESTESIA: 2 HORAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: AGITACIÓN, NAUSEAS.

CASO No. 3

P.R.O. MASC. 18 AÑOS. I.R.A. C. DE H. H.G.S.F.
HISOTIRAL No. 46845

DX: HERNIA SUPRAUMBILICAL

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

PACIENTE BIEN SEDADO, PERO POR DEFICIENCIA DE TÉCNICA EL BLOQUEO FRACASÓ, CONVIRTIÉNDOSE LA ANESTESIA EN ANESTESIA GENERAL.

CASO No. 4

M.G.L. FEM. 37 AÑOS. C. DE M. H.G.S.F.
HIST. NO. 47246

DX: EMBARAZO DE 3 MESES (2) TUMOR 1/3 SUPERIOR PIERNA IZQUIERDA.

OPERACIÓN: EXTIRPACIÓN DE TUMOR

MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA: DEMEROL 75 MG. + ATROPINA 1 AMP. IM.

MUY BIEN SEDADA

P.A. INICIAL 170/90

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% 20 CC + 1 AMP. PUNTOCAÍNA

P.A. DESCENDIÓ HASTA 120/80, PERO LUEGO, ESPONTANEAMENTE SE ESTABILIZÓ EN 110-80 DURANTE 20 MINUTOS, PARA DESCENDER A CONTINUACIÓN HASTA 90/60. SE APLICÓ EFEDRINA 1 M 50 MG. Y LA PRESIÓN SE ESTABILIZÓ DEFINITIVAMENTE EN 110/80.

NO SE USARON SEDANTES

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 2 HORAS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 30M

CASO No. 5

A.M. FEM. 60 AÑOS ORT. DE M. H.G.S.F.

HISOTIRAL No. 48261

DX: FRACTURA EXPUESTA EN PIERNA DERECHA POR MACHACAMIENTO

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, 8 GM. DE HB.

P.A. INICIAL 100/60

OPERACIÓN: AMPUTACIÓN DE 1/3 MEDIO PIERNA DERECHA

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EFEDRINA AL 1: 80000 10 CC + XILOCAÍNA 2% 10 CC + 1 AMP PONTOCAÍNA.

SE INICIÓ LA ANESTESIA, PREVIA INYECCIÓN 1 M DE EFEDRINA 50 MG. 1 M; 50 MG. EN INFUSIÓN I.V. CON DEXTROSA 5% Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA TRANSOPERATORIA. LA P.A. DESCENDIÓ HASTA 80/50, PERO LUEGO SUBIÓ Y SE ESTABILIZÓ EN 90/60 MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA USADA: DEMEROL 50 MG + ATROPINA 1 AMP. 1 M. - NO SE NECESITÓ SEDACIÓN ADICIONAL

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN 1 HORA 30 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA 2 HRA.

COMPLICACIONES: POST-OPERATORIAS (ANESTÉSICOS): 0

CASO No. 6

A.D. MASC. 27 AÑOS UROL. H.G.S.F.

HIST. 47501

DX: CONDILOMATOSIS DEL GLANDE

OPERACIÓN: CIRCUNCISIÓN

MEDICACIÓN: PRE-ANESTÉSICA: DEMEROL 50 MG. + ATROPINA 1 AMP. 1 M.

MALA SEDACIÓN

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% 15 CC. + 1 AMP. PONTOCAÍNA.

P.A. INICIAL (PRE-ANESTÉSICA) 170/100, ATRIBUIBLE AL NERVIOSISMO DEL PACIENTE. SE APLICÓ SEDACIÓN ADICIONAL DEMEROL 50 MG. IV. Y LUEGO PENTHOTAL I.V. 5 CC. DE SOLUCIÓN AL 2.5%. - P.A. DESCENDIÓ A 130/80 Y LA OPERACIÓN TRANSCURRIÓ SIN COMPLICACIÓN. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 40 MINUTOS.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 30 MINUTOS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: NÁUSEAS.

CASO No. 7

M.A.S. MASC. 26 AÑOS. I.R.A. C.DE H. H.G.S.F.

HISTORIAL NO. 48113

DX: HERNIA INGUINAL INDIRECTA DERECHA

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

PRE-ANESTÉSICOS: DEMEROL 75 MG. + ATROPINA 1 AMP.

BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 110/70. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% 20CC + 1 AMP. PONTOCAÍNA

P.A. TUVO UN BRECE ASCENSO A 130/80, PARA LUEGO DESCENDER A SUS VALORES INICIALES. NO SE USARON SEDANTES NI VASOPRESORES. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN

RACIÓN: 1 HORA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 8

D.G. FEM. 47 AÑOS. C.M. H.I.S.S.

HISTORIAL: 165190024

Dx: VÁRICES G IV

OPERACIÓN FLEBOEXTRACCIÓN

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 100 MG + ATROPINA 1 MG + FENERGAN 1 M. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 20 CC + PONTOCAÍNA 1 AMP. P.A. INICIAL 120/80. LUEGO DE APLICAR EL ANESTÉSICO SUBIÓ HASTA 160/90 PARA LUEGO IR DESCENDIENDO GRADUALMENTE.

SE APLICÓ EFEDRINA 1 M 1 AMP. Y LA P.A. QUEDÓ ESTABLE EN 120/70. PACIENTE SE INQUIETÓ HACIA EL FINAL DE LA OPERACIÓN DE IRA. PIERNA, POR LO CUAL SE APLICÓ 50 MG. I.V.

COMO LA INTERVENCIÓN SE PROLONGARA MÁS DE LO PREVISTO, SE APLICÓ LUEGO 5 CC. PENTHOTAL AL 2.5%. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 2 HORAS 20 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 9

J.A.F. MASC. 43 AÑOS C. DE H. HISS.

HISTORIAL No. 166240051

Dx: HERNIA INGUINAL DERECHA

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 75% MG. + ATROPINA 1 AMP.

BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 100/60.

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA. 20CC + 1 AMP. PONTOCAÍNA P.A. SUBIÓ INICIALMENTE HASTA 150/100. LUEGO DESCENDIÓ GRADUALMENTE CON TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN FRANCA (90/60) POR LO CUAL SE APLICÓ EFEDRINA EN INFUSIÓN DE GLUCOSA AL 5% POR VÍA I.V. (50 MG.)

LA PRESIÓN SE MANTUVO EN 120/60. SE PRESENTÓ NÁUSEAS EN EL MOMENTO DE MAYOR DESCENSO DE P.A. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0 . DURACIÓN DE LA OPERACIÓN : 1 HORA. 45 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 H. 20 M.

Caso No. 10

G.T. MASC. 29 AÑOS. G.H. HISS.

HISTORIAL : 167360010

DX: HERNIA INGUINOESCROTAL IZQUIERDA

OPERACIÓN: HERNIOTRAFIA

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 100/MG + ATROPINA 1 AMP.

SE INSERTÓ LA AGUJA SEGÚN TÉCNICA, SE LLEGÓ AL ESPACIO PERIDURAL, PERO AL INTENTAR COLOCAR LA JERINGA CON EL ANESTÉSICO, SE PERFORÓ LA DURAMADRE, POR LO CUAL SE ABANDONÓ EL MÉTODO Y SE PRACTICÓ ANESTESIA RAQUÍDEA.

Caso No. 11

T.S.Z. FEM. 20 AÑOS. C. DE MU. HISS. HIST. NO. 166470368

Dx: CÁLCULO URETRAL

OPERACIÓN: EXTRACCIÓN DE CÁLCULO

PRE-ANESTÉSICO : DEMEROL 78% + ATROPINA AMP. + FENERGAN 1 AMP.

PACIENTE NERVIOSA. P.A. INICIAL 130/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% 20 CC + PONTOCAÍNA 1 AMP + 1/5 CC DE ADRENALINA 1:1000.- PACIENTE AGITADA, SE USA DEMEROL 50 MG. I.V. P.A. DESCENDE A 100/60, SE USA EFEDRINA 1 M 50 MG. CON LA CUAL SE MANTUVO. NO HUBO BUENA RELAJACIÓN AL ENTRAR EN CAVIDAD PERITONEAL POR LO CUAL, CONSIDERANDO INSATISFACTORIO EL BLOQUEO, SE COMPLEMENTÓ CON INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO, CICLOPROPANO O₂ EN DOSIS MÍNIMAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: AGITACIÓN, NÁUSEAS. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

Caso No. 12

G.R.R. MASC. 45 AÑOS. C.H. HISS. HISTORIAL NO. 1220264

DX: VÁRICES EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.

OPERACIÓN: FLEBOEXTRACCIÓN.

PREANESTÉSICO: DEMEROL 100 + ATROPINA 1 AMP + FENERGAN 1 AMP. 1.M.

P.A. INICIAL: 140/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CC + PONTOCAÍNA 20 MG. + ADRENALINA 1/5 AMP. 1:1000. P.A. ASCENDIÓ BREVEMENTE HASTA 160/90, LUEGO DESCENDIÓ PAULATINAMENTE A 100/60. SE MANTUVO ALLÍ CON EFEDRINA 50 MG. 1 M. COMO EL PACIENTE ESTUVIERA MUY AGITADO, SE USÓ DEMEROL 50 MG IV. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 30 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIA: 0

Caso No. 13

L.H. FEM. 30 AÑOS. GINEC. HV.D. HISTO. NO. 5-67-981

Dx: RECTOCELE G II

OPERACIÓN: COLPORRAFIA POSTERIOR

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 100 MG. + ATROPINA 1 AMP. 1 M.

P.A. INICIAL 110/20

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1: 100000 15 CC +PONTOCAÍNA 1 AMP. ACUSÓ PARESTESIAS GENERALIZADAS QUE CEDIERON CON USO DE ANTIHISTA MÍNICOS. TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN CONTROLADA CON EFEDRINA 1 M. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN 30 MINUTOS. PERSISTIÓ ACCIÓN DEL BLOQUEO POR 2 HORAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 14

D.P. V. DE B. 32 AÑOS FEM. GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 67-979

Dx: 1) QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN 2) EMBARAZO 7 MESES. OPERACIÓN: MARSUPIALIZACIÓN. PREANESTÉSICO: DEMEROL 50 MG + ATROPINA 1 AMP 1 M

MALA SEDACIÓN. P.A. : 120/90. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1: 100000 15 CC. SE PRACTICÓ PUNCIÓN LUMBAR EN L₂-L₃ PERO SE ROMPIÓ PLEXO VENOSO POR LO CUAL EL BLOQUEO SE REALIZÓ EN L₁-L₂. A PESAR DE LA MALA SEDACIÓN, NO HUBO PROBLEMAS. P.A. SUBIÓ AL PRINCIPIO A 140/80, LUEGO DESCENDIÓ Y SE ESTABILIZÓ 110/70. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 30 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 H. 10 MINT. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 15

M.I.S. FEM 44 AÑOS. GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 5257-989

Dx: MIOMA ENDOCERVICAL PEDICULADO NECRÓTICO

OPERACIÓN: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. PREANESTÉSICOS: DEMEROL 100 MG + ATROPINA 1 AMP. + CLOROTRIMETON 1 AMP. 1M. BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 150/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1:100.000. 20 CC. COMO DOSIS INICIAL. SE COLOCÓ CATÉTER PARA TÉCNICA CONTÍNUA, PERO NO HUBO NECESIDAD DE USARLO, YA QUE EL BLOQUEO PROVOCADO POR LA DOSIS INICIAL, FUE SUFICIENTE PARA TODA LA OPERACIÓN P.A. ASCENDIÓ HASTA 170/100, CEFALEA Y NÁUSEAS AL PRINCIPIO DE LA OPERACIÓN, CEDIERON ESPONTÁNEAMENTE. HUBO MUY BUENA RELAJACIÓN ABDOMINAL, PERO AL COLOCAR UNA COMPRESA INTRABDOMI-

NAL Y EJERCER TRACCIÓN VISCERAL, SE PRODUJO EPIGASTRALGIA, AGITÁNDOSE LA PACIENTE, POR LO CUAL HUBO QUE APLICARLE I.V. PEQUEÑAS DOSIS DE PENTHOTAL AL 2.5% I.V. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HRAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: CEGALEA.

Caso No. 16

F.O. DE O. FEM. 35 AÑOS GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 5-67-993

Dx: 1) ANEXITIS CRÓNICA 2) SÍNDROME POST LIGADURA DE TROMPAS.

OPERACIÓN: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL. PREANESTÉSICO: DEMEROL 100 + ATROPINA + FENERGAN 1 AMP. 1 M. BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 100/60. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1:100.000. 20 CC + PONTOCAÍNA 20 MG. ASCENSO BRUSCO DE LA P.A. : 150/100, LUEGO TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN. LO CUAL SE CONTRARRESTA CON PERFUSIÓN I.V. LENTA DE EFEDRINA 50 MG. EN GLUCOSA 5% 500 CC. Y EFEDRINA 1 AMP. 1.M. MUY BUENA RELAJACIÓN ABDOMINAL. HUBO NÁUSEAS QUE COINCIDIERON CON EL MOMENTO DE MAYOR HIPOTENSIÓN (90/60) CEDIERON AL ELEVARSE LA P.A. COMO SE NECESITÓ COLOCAR LA PACIENTE EN POSICIÓN TRENLEBURG, A LOS POCOS MOMENTOS SE PRESENTARON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE ESCASA INTENSIDAD, CONTRARRESTÁNDOSE INMEDIATAMENTE CON: 1) INVERSIÓN DE LA POSICIÓN 2) O₂ POR INHALACIÓN Y 3) CAFEÍNA Y BENZOATO DE SODIO 500 MG. 1.M. SE PRODUJO EPIGASTRALGIA AL COLOCAR COMPRESA INTRABDOMINAL Y EJERCER TRACCIÓN VISCERAL.

NO SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 10 MINTS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 3 HORAS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 17

E.C. DE S. 24 AÑOS GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 67-1020

Dx: 1) CONDILOMATOSIS VAGINAL 2) EMBARAZO 4 MESES

OPERACIÓN: CAUTERIZACIÓN DE CONDILOMAS. PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 100 MG + ATROPINA 1 AMP. MAL SEDADA AL PRINCIPIO. P.A. INICIAL 130/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1:100000 15 CC. P.A. SUBIÓ A 150/80 AL PRINCIPIO, SE PRESENTÓ TAQUICARDIA, LUEGO P.A. DISMINUYÓ A 130/70 DESAPARECIÓ LA TAQUICARDIA, PROGRESIVAMENTE. SE USÓ CC DE PENTHOTAL I.V. AL 2.5% (80 MG.) NO HUBO PROBLEMAS. OPERACIÓN DURÓ: 45 MIN. ANESTESIA: DURÓ: 1 HORA 20 MINT. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: NINGUNA .

Caso No. 18

E.F.N. MASC. 62 AÑOS C. DE H. HISTORIAL NO. 5-67-1025

Dx: HERNIA INGUINAL DERECHA

OPERACIÓN : HERNIOGRAFIA

PRE-ANESTÉSICO : DEMEROL 100 MG + ATROPINA + FENERGAN 1 AMP. P.Á. INICIAL 150/100. BIEN SEDADO. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 1: 100.000 15 CC + 1 AMP DE PONTOCAÍNA. P.Á. BAJÓ PROGRESIVAMENTE HASTA 80/60; SE NORMALIZÓ CON INYECCIÓN I.M.E. I.V. DE EFEDRINA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS . COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

CASO No. 19

M.C.W. FEM 47 AÑOS. GINEC. H.V.D. HISTORIAL No. 67-1028

Dx: 1) FIBROMATOSIS UTERINA 2) ANEXITIS CRÓNICA. OPERACIÓN: 1) HISTERECTOMÍA ABDOMINAL 2) APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA. PRE-ANESTÉSICOS: DEMEROL 100 MG + ATROPINA 1 AMP. PACIENTE MUY NERVIOSA. P.Á. INICIAL 130/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA AL 1: 100.000 20 CC. + 1 AMP. PONTOCAÍNA. P.Á. NO TUVO ASCENSOS, BAJÓ PAULATINAMENTE HASTA 80/60 SE NORMALIZÓ MEDIANTE EL USO DE EFEDRINA I.M., Y LA INFUSIÓN DE SANGRE I.V. PARA RESTITUIR LAS PÉRDIDAS OCASIONADAS POR LA OPERACIÓN. SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL CON PEQUEÑAS DOSIS DE PENTHOTAL. I.V. AL 2.5% EN FORMA INTERMITENTE HASTA TOTALIZAR 400 MG. EN TODA LA OPERACIÓN. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN 2 HORAS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 30 MINUTOS. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 20

E.M.J. 33 AÑOS FEM. GINEC. H.V.D. HISTORIAL No. 5-67-1039

Dx: QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN

OPERACIÓN: MARSUPIALIZACIÓN. PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL + ATROPINA + CLOROTRIMETON 1 AMP. BUENA SEDACIÓN. P.Á. SUBIÓ A 160/100, CON TAQUICARDIA, PARA LUEGO DISMINUIR PROGRESIVAMENTE A SUS NIVELES INICIALES. NO SE MANIFESTÓ HIPOTENSIÓN. NO SE USARON MEDICAMENTOS ADICIONALES. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN : 30 MINUTOS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 10 MINUTOS. COMPLICACIONES. 0

CASO No. 21

V.G.C. 48 AÑOS. FEM. GINEC. H.V.D. HISTORIAL No. 67-1024

Dx: CA IN SITU DE CERVIX.

OPERACIÓN: 1) HISTERECTOMÍA ABDOMINAL 2) APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA 3) BIOPSIA DE GANGLIO INGUINAL. MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA: DEMEROL 100 + ATROPINA 1 AMP. MALA SEDACIÓN. P.Á. INICIAL 140/80. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2% CON EPINEFRINA 1: 100.000 20 CC. + 1 AMP. PONTOCAÍNA. P.Á. SUBIÓ HASTA 170/100 PARA LUEGO DISMINUIR PROGRESIVAMENTE, LLEGANDO A

100/70. SE MANTUVO MEDIANTE INYECCIÓN I M DE 50 MG. DE EFEDRINA. LA PACIENTE MUY NERVIOSA, Y COMO SE PRESENTARA ADEMÁS EPIGASTRALGIA, SE COMENZÓ LA ANESTESIA CON PEQUEÑAS DOSIS DE PENTHOTAL 2.5% I.V. Y CON INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO-OXÍGENO.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN : 2 HORAS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA : 2 HORAS 15 MINUTOS. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: 0

Caso No. 22

H.B. DE B. FEM. 57 AÑOS GINEC. .H.V.D. HISTORIAL NO. 67-1056

Dx: PROLAPSO VAGINAL CON CISTOCELE Y RECTOCELE. OPERACIÓN: HISTERECTOMÍA VAGINAL Y REPARACIÓN DE CISTOCELE Y RECTOCELE.

PREANESTÉSICO: DEMEROL 50 MG. + ATROPINA 1 AMP.

MALA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 200/120 PULSO : 100

ANESTÉSICO USADO: NUVOCAÍNA 2% 20 CC. + 1 AMP. PONTUCAÍNA. LA P.A. COMENZÓ A DESCENDER GRADUALMENTE DESPUÉS DE 20 MINUTOS DE HECHO EL BLOQUEO, LLEGANDO HASTA 140/90, EN LA CUAL SE MANTUVO DURANTE TODA LA OPERACIÓN. PULSO IGUAL.

LA PACIENTE PRESENTÓ NÁUSEAS AL COMIENZO, Y LUEGO EPIGASTRALGIA AL DESPEGAR VEJIGA O TIRONEAR EL PERITONEO.

COMO LA OPERACIÓN SE PROLONGARA, SE COMPLEMENTÓ EL BLOQUEO, AL TRANSCURRIR 2 HORAS , CON PENTHOTAL 2.5% 10 I.V. E INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO-OXÍGENO. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 2 HORAS 40 MINUTOS. DURACIÓN DEL BLOQUEO 2 HORAS. COMPLICACIONES: POSTOPERATORIAS: 0

Caso No. 23

F.S. FEM. 48 AÑOS C. EXT. DE C. H.V.D.

Dx: LIPOMA EN REGIÓN GLUTEA DERECHA.

OPERACIÓN: EXTIRPACIÓN DE LIPOMA. PREANESTÉSICO: NINGUNO

PACIENTE TRANQUILA, COOPERÓ PERFECTAMENTE. P.A. SUBIÓ AL PRINCIPIO HASTA 160/100, LUEGO DESCENSO PROGRESIVO HASTA 100/60. SE MANTUVO CON EFEDRINA 25 MG. I M. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 30 MINUTOS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA. COMPLICACIONES : 0

Caso No. 24

P.Z.R. FEM. 48 AÑOS. GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 5-67-1040

Dx: FIBROMATOSIS UTERINA



OPERACIÓN : HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 100 MG. ATROPINA 0.4 MG. CLOROTRIMETON 1 AMP.

BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL : 150/90. ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA 2%
CON EPINEFRINA: 1: 100.000 20 CC. + 1 AMP. PONTUCAÍNA.

P.A. SUBIÓ A 160/100, PARA LUEGO DESCENDER GRADUALMENTE HASTA 80/60. SE
NORMALIZÓ MEDIANTE INYECCIÓN DE 50 MG. EFEDRINA 1 M. DURACIÓN DE LA OPE
RACIÓN : 2 HORAS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 20 MINUTOS.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 25

L.M.K.B. MASC. 56 AÑOS C.DE H. H.V.D. HISTORIAL NO. 67-1054

Dx: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA

OPERACIÓN: HERNIOTRAFIA INGUINAL

PREANESTÉSICO: DEMEROL 100 MG + 0.4 MG. ATROPINA + FENERGAN 1 AMP.

P.A. INICIAL 120/100

BUENA SEDACIÓN. ANESTÉSICO USADO: NOVUCAÍNA 2% 20 CC. + 1 AMP. PONTUCAÍN.

P.A. ALDS 15 MINUTOS CAYÓ BRUSCAMENTE HASTA 80/60 . SE NORMALIZÓ CON IN
YECCIÓN 1 M DE 50 MG. EFEDRINA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MINUTOS.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 30 MINUTOS. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 26

M. DE C. FEM. 80 AÑOS. GINEC. H.V.D. HISTORIAL NO. 4-63962

Dx: 1) PROLAPSO GENITAL G III. 2) HIPERTENSIÓN ARTERIAL

OPERACIÓN: HISTERECTOMÍA VAGINAL

PRE-ANESTÉSICO: DEMEROL 50 MG. + ATROPINA 1 AMP. + FENERGAN 1 AMP.

MUY BUENA SEDACIÓN. P.A. INICIAL 240/120

ANESTÉSICO USADO: NOVUCAÍNA 2% 15 CC + PONTUCAÍNA 1 AMP. PRESIÓN ARTERIAL
DESCENDIÓ GRADUALMENTE EN EL CURSO DE UNA HORA HASTA 150/80, PARA LUEGO C
MENZAR A SUBIR ESPONTÁNEAMENTE HASTA ALCANZAR 190/110 EN LA CUAL SE MANTU
VO HASTA DESPUÉS DE TERMINADA LA OPERACIÓN. NO SE USARON VASOCONSTRICTOR
NI SEDANTES ADICIONALES DURANTE LA OPERACIÓN. NO HUBO COMPLICACIONES TRAI
OPERATORIAS NI POST-OPERATORIAS.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN : 2 HORAS

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 30 MINUTOS

Caso No. 27

F. A.G. 60 AÑOS FEM. C. DE M. H.G.S.F. HISTORIAL NO. 57189

DX: GANGRENA SECA PIE IZQUIERDO.

OPERACIÓN: AMPUTACIÓN 1/3 MEDIO MUSLO IZQUIERDO.

PRE-ANESTÉSICO/ DEMEROL 50 MG + ATROPINA 1 AMP. BUENA SEDACIÓN

P.A. INICIAL 130/80. ANESTÉSICO USADO : XILOCAÍNA AL 2% CON EPINEFRINA AL 1: 10000 10 CC. + XILOCAÍNA AL 2% 10 CC. + PUNTOCAÍNA 1 AMP.

P.A. SUBIÓ INICIALMENTE A 160/95 DESCENDIENDO LUEGO GRADUALMENTE HASTA 90/60 SE MANTUVO EN NIVELES NORMALES MEDIANTE EFEDRINA 50 MG. 1.M.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 2 HORAS 15 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 30 MIN. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS: NINGUNA

Caso No. 28

H.A. 27 AÑOS MASC. ORT. H.G.S.F.

DX: ACORTAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES

OPERACIÓN: ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES

PREANESTÉSICO: DEMEROL 100 ML. + ATROPINA 1 AMP.

BUENA SEDACIÓN.

P.A. INICIAL 130/80

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA AL 2% CON EPINEFRINA AL 1: 100000 15 CC. + PUNTOCAÍNA 1 AMP.

P.A. SUBIÓ A 150/90 DESCENDIENDO GRADUALMENTE HASTA 100/70 Y SE MANTUVO SIN VASOPRESORES.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 40 MINUTOS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 30 MINUTOS. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 29

M.A.E.C. MASC. 26 AÑOS P. C. DE H. H.G.S.F. HISTORIAL NO. 08113

DX: HERNIA INGUINAL DERECHA

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA. PREANESTÉSICO: DEMEROL 50 MG. + ATROPINA 1 AMP.

MALA SEDACIÓN

P.A. INICIAL : 120/80

ANESTÉSICO USADO: XILOCAÍNA AL 2% CON EPINEFRINA AL 1: 100000 15 CC. + PUNTOCAÍNA 1 AMP. P.A. SUBIÓ A 150/90 DESCENDIENDO LUEGO GRADUALMENTE HASTA 90/60. SE MANTUVO NORMALMENTE MEDIANTE INYECCIÓN DE 50 MG. DE

EFEDRINA POR V.I.

COMO EL PACIENTE ESTUVIERA MUY NERVIOSO SE USÓ 5 CC. I.V. DE PENTHOTAL EN SOLUCIÓN AL 2.5% CON LO CUAL EL PACIENTE SE CALMÓ Y LA OPERACIÓN TRANSCURRIÓ SIN COMPLICACIONES.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MINUTOS . DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 10 MINUTOS. COMPLICACIONES: 0

XXXXXXXXXX

EN TODOS ESTOS CASOS EL BLOQUEO SE VERIFICÓ A NIVEL DEL SEGUNDO O TERCER ESPACIOS LUMBARES MENOS DOS QUE SE REALIZARON A NIVEL DEL ULTIMO DORSAL UNO DE LOS CUALES FALLÓ. EN TODOS LOS CASOS EN QUE SE USÓ XPLOCAÍNA CON EPINEFRINA HUBO TAQUICARDIA INICIAL SOBRE TODO EN LOS CASOS EN QUE SE ADICIONÓ UNA FRACCIÓN DE CC. DE ADRENALINA AL 1: 1000 A LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA Y NO EL MEDICAMENTO YA COMPUESTO ORIGINALMENTE AL 1: 80000 O AL 1: 100000.

REVISION DE CASOS

CASO No. 1 "HOSPITAL VIERA"

M. DE F. FEM. 35 AÑOS HOSPITAL VIERA. MATERNIDAD

DX: DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA

OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 40 MINUTOS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 50 MN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 2

C. DE L. FEM. 32 A. GINEC.

DX: COLPO-RECTOCELE.

OPERACIÓN: COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 45 MIN.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HRAS.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 3

M DE G. FEM. 22A MATER.

DX: DISTOCIA DE PARTES BLANDAS

OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MIN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 4

L.S.R. FEM. 26 AÑOS MATER.

DX: PRESENTACIÓN DEFLEXIONADA

OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 5

G.Q. FEM. 65 AÑOS GINEC.

DX: PROLAPSO UTERINO

OPERACIÓN: HISTERECTOMÍA VAGINAL

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 10 MINT. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA.

SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 6

J. DE D. FEM. 31 AN. MATER.

DX: CESÁREA ANTERIOR

OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN OPERACIÓN: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HORA 10 MINUTOS.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 7

J. DE P. FEM. 36 A. GINEC.

DX: CISTORECTOCELE

OPERACIÓN: COLPOPERINEORRAFIA

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 5 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

15 MIN. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 8

F.V. MASC. 40 A. CIRUGÍA

DX: HERNIA INGUINAL DERECHA

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 10 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

25 MIN. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 9

S. DE E. FEM. 22 A. MATERN.

DX: SUFRIMIENTO FETAL

OP: CESÁREA SEGMENTARIA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 15 MIN. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 10

A.D.H. FEM. 32 A. GINEC.

Dx: 1) QUISTE OVÁRICO BILATERAL 2) ENDOCERVICITIS CRÓNICA

Op: 1) OVARIECTOMÍA PARCIAL BILATERAL 2) CONIZACIÓN

DURACIÓN OPERACIÓN: 1 HRA. 30 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 40 MIN.

COMPLICACIONES: SE PRESENTÓ DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA, LA CUAL SE COMBATIÓ ELEVANDO LA CABEZA, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE 500 MG. DE CAFÉINA E INHALACIÓN DE O₂.

Caso No. 11

P.A. 43 A. MASC. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL INDIRECTA

Op: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE LA OP: 45 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES : 0

Caso No. 12

A.P. MASC. 48 AÑOS. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL INDIRECTA

Op: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE LA OP: 45 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 13

S.P. DE G. FEM. 20 A. MATERN.

Dx: DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA

Op: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. 25 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 50 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 14

A. B. Z. FEM. 15 A. CIRUG.

Dx: QUISTE PILONIDAL

Op: EXTIRPACIÓN DE QUISTE

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN DE ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINUTOS.

COMPLICACIONES : 0

Caso No. 15

W.S. MASC. 29 A. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL

Op: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE OP: 1 HRA. DURACIÓN DE ANESTESIA: 1 HRA. 15 MIN.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 16

C. V. DE P. FEM. 53 A. DERMATOLOGÍA

Dx: ULCERA PIERNA DERECHA

Op: DESBRIDAMIENTO

DURACIÓN OP: 30 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 45 MIN.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 17

M.R.L. MASC. 85A. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA

Op: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE OP: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 15 MIN.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 18

V. DE H. FEM. 30 AÑOS. GINEC.

Dx: 1) COLPOCISTOCELE 2) CA. IN SITU ?

Op: 1) COLPOPERINEORRAFIA 2) CONIZACIÓN

DURACIÓN OP: 1 H. 30 M. DURACIÓN ANESTESIA: 1 H. 45 M.

SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 19

R. V. MASC. 30 A. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL DIRECTA

Op: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 45 M. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 20

H. DE M. FEM. 29 A. GINECO

Dx: CERVICITIS CRÓNICA

OP: CONIZACIÓN

DURACIÓN OP: 30 M. DURACIÓN ANESTE. : 45 M.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 21

E.M. MASC. 39 A. CIRUG.

Dx: HEMORROIDES

OP: HEMORROIDECTOMÍA

DURACIÓN OP: 45M. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 H.

SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 22

S.V. DE F. FEM. 74 A. GINEC.

Dx: PROLAPSO GENITAL TOTAL

OP: HISTERECTOMÍA VAGINAL

DURACIÓN OP: 55M. DURACIÓN ANESTESIA : 1H. 25 M.

SE USÓ SEDACIÓN ADICIONAL. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 23

L.A. FEM. 31A. GINEC.

Dx: TABIQUE VAGINAL

OP: RESECCIÓN DE TABIQUE

DURACIÓN OP: 35 M. DURACIÓN ANESTESIA: 55 M.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 24

H.V. DE A. FEM. 31 A. MATERN.

Dx: 1) CESÁREA PREVIA 2) HIPERMADUREZ

OP: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 25

G.S. FEM. 35 A. MATER.

Dx: DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA. OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MIN.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 26

H. DE L. FEM. 33 A. MATERN. HV.

Dx: HIPERMADUREZ FETAL.

OP: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN OP: 55 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 5 MIN.

COMPLICACIONES : 0

Caso No. 27

M. DE B. FEM. 54 A. GINEC.

Dx: PROLAPSO UTERINO

OP: HISTERECTOMÍA VAGINAL

DURACIÓN OP: 1 HRA. 20 MINT.

DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 30 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 28

Y. DE S. FEM 21 A. MATERN.

Dx: POSICIÓN TRANSVERSA

OP: CESÁREA SEGMENTARIA. DURACIÓN OP: 45 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 29

V. DE P. FEM. 24 AÑOS. MATERN.

Dx: DISTOCIA ÓSEA

OP: CESÁREA SEGMENTARIA. DURACIÓN OP: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 55

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 30

H.S. MASC. 48 A. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA ESTRANGULADA

OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 55 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 10 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 31

D.R. FEM. 23 A. MATERN.

Dx: DESPROPORCIÓN CEFALO PÉLVICA

OP: CESÁREA SEGMENTARIA:

OPERACIÓN: SCHIRODKAR

DURACIÓN OP: 30 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 50 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 38

M.S. MASC. 56 A. CIRUG.

Dx: HERNIA INGUINAL DERECHA

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OPERACIÓN: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA:
1 HRA. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 39

R.V. FEM. 66 A. GINEC.

Dx: METRORRAGIA MENOPÁUSICA

OP: HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

DURACIÓN OP: 1 HRA. 30 MINT.

DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 45 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 40

M. DE P. FEM. 64 A. GINEC.

Dx: PROLAPSO UTERINO

OP: HISTERECTOMÍA VAGINAL

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 20 MINT.

COMPLICACIONES : 0

LOS SIGUIENTES CASOS FUERON OBTENIDOS EN LOS ARCHIVOS DEL HOSPITAL
DEL SEGURO SOCIAL.

CASO No. 41

W.E.R. MASC. 30 A. CIRUG. No. 163440223

Dx: HERNIA INGUINAL

OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN DE LA OP: 30 M. DURACIÓN ANESTESIA: 45 MIN.

CASO No. 42

U.L.H. MASC. 30 A. CIRUG. No. 161300179

Dx: FÍSTULA RECTOPERINEAL

OP: FÍSTULECTOMÍA . DURACIÓN DE LA OP: 30 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA:
45 MINT. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 43

H.L.R. MASC. 62 A. UROL. NO. 162090026

Dx: HIPERTROFIA PRÓSTÁTICA. OPERACIÓN: PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL.

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 20 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 44

M.C.U. MASC. 67A. CIRUG. NO. 16190090024

Dx: HERNIA UMBILICAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 45 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 45

J.V. C.F. 62A. MASC. UROL. NO. 161040001

Dx: HIPERTROFIA PRÓSTÁTICA. OP: PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL

DURACIÓN OP: 1 HR. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 46

J.H.S S. MASC. 29 AÑOS CIRUG. NO. 16137040058

Dx: FÍSTULA RECTOPERINEAL. OPE: FISTULECTOMÍA

DURACIÓN OP; 30 MINT. DURACIÓN ANESTESIA. 45 MINT.

COMPLICACIONES : 0

Caso No. 47

V.M.C.D. MASC. 40 A. CIRUG. NO. 165370113

Dx: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 30 MINT.

COMPLICACIONES: 0

Caso No. 48

M.L.G. 20 A. MASC. CIRUG. NO. 16640070065

Dx: ECTOPIA TESTICULAR IZQUIERDA

OP: ORQUIDECTOMÍA IZQUIERDA. DURACIÓN OP: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA:

1 HRA. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 49

M.C.R. MASC. 42A. CIRUG. NO. 16320060013

Dx: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN : HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 50

T.V.V. MASC. 38A. CIRUG. NO. 164200080043
DX: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA
DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 25 MINT.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 51

J.M.G.R. MASC. 17 A. CIRUG. NO. 16540080204
DX: CONDILOMATOSIS DEL GLANDE 2) FIMOSIS
OP: CIRCUNCISIÓN. DURACIÓN OP: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 52

A.P.G. MASC. 19A. UROL. NO. 166470099
DX: PARAFIMOSIS. OP: CIRCUNCISIÓN
DURACIÓN OP: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 53

J.A. C.A. MASC. 29 A. CIRUG. NO. 162190019
DX: HERNIA INGUINOESCROTAL DERECHA
OP: HERNIORRAFIA
DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA : 1 HRA. 30 MINT.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 54

G.T.S. MASC. 33 A. CIRUG. NO. 167360010
DX: HERNIA INGUINOESCROTAL IZQUIERDA. OP: HERNIORRAFIA
DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 20 MINT.
COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 55

A.N.M. MASC. 32 A. CIRUG. NO. 167320025
DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA
DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 20 MINT.
COMPLICACIONES: 0

- 50 -

CASO No. 56

J.V.M. MASC. 42 A. CIRUG. NO. 161250294

DX: HERNIA INGUINAL . OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. 15 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 30 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 57

N.F.H. MASC. 29 A. CIRUG. NO. 161370469

DX: VÁRICES. OPERACIÓN: FLEBOEXTRACCIÓN

DURACIÓN OP: 2 HORAS. DURACIÓN ANESTESIA: 2 HRA. 20 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 58

R.O.R. M. DE C. FEM. MATERN. NO. 167450053

DX: 1) TRABAJO DE PARTO PROLONGADO 2) SUFRIMIENTO FETAL

OP: CESÁREA SEGMENTARIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.

15 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 59

D.A.A.P. 32A. MASC. CIRUG. NO. 165340134

DX: 1) HEMORROIDES EXTERNAS 2) FÍSTULA RECTOPERINEAL

OP: 1) HMORROIDECTOMIA 2) FISTULECTOMÍA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 60

F.A.C.V. 51 A. MASC. NO. 161120130

DX: HERNIA INGUINAL . OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 61

F.H.N. 24 A. MASC. NO. 162420484

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 1 HRA. 10 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 27 MINT.

COMPLICACIONES : 0

CASO NO. 62

A.R. F.V. MASC. 28A. NO. 16439201

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 63

J.S.S.E. MASC. 37 A. NO. 161260234

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANES-

TESIA: 1 HRA. 15 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO NO 64

J.H.D. MASC. 37 A. NO. 167300001

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES : 0

CASO NO. 65

O.P.N. FEM. 30 A. NO. 163350208

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. 20 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 35 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 66

D.G.M. MASC. 23 A. NO. 164430020

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANES-

TESIA: 1 HRA. 15 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO NO 67

J.C.I. MASC. 60 A. NO. 165060009

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. 10 MINT.

DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 25 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO 68

C.A.M. MASC. 74 A. NO. 1619212

DX: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANES-

TESIA: 1 HRA. 20 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO NO. 69

J.C.F. DE C. FEM. 29 A. NO. 161370618

Dx: VÁRICES. OP: FLEBOEXTRACCIÓN

DURACIÓN OP: 1 HRA. 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 2 HRAS. 10 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 70

C.C.G. MASC. 17 AÑ. No. 165490212

Dx: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. 20 MINT.

DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 35 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO 71

J.A. G.F. MASC. 43 A. CIRUG. No. 166240051

Dx: HERNIA INGUINAL . OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 1 HRA. 20 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 40 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 72

M.L.C. MASC. 45 A. No. 161200159

Dx: HERNIA INGUINAL BILATERAL. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 2 HRAS. DURACIÓN ANESTESIA: 2 HRAS. 20 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO 73

L.G. MASC. 28 A. No. 163100129

Dx: FIMOSIS. OP: CIRCUNSIÓN. DURACIÓN OP: 45 MINT. DURACIÓN ANESTESIA:

1 HRA. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 74

J.L.O. MASC. 48 A. No. 166180017

Dx: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 75

S.R.L. P. MASC. 16 A. No. 166490094

Dx: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 45 MINTU. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 76

F.R.P. MASC. 48 A. CIRUG. No. 16115002

Dx: HERNIA INGUINAL

Op: HERNIORRAFIA-

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 77

P.S.C. FEM. 31 A. GINEC. No. 16638039

Dx: CERVICITIS CRÓNICA

Op: CONIZACIÓN.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 20 MN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 78

L.H.C.G. MASC. CIRUG. No. 161360444

Dx: FÍSTULA RECTOPERINEAL

Op: FISTULECTOMÍA

DURACIÓN OP: 30 MINT. DURACIÓN ANESTESIA: 45 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 79

F.L.P. 40 AÑOS. CIRUG. No. 161260024

Dx: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 25 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 80

P.V.Z. MASC. 52 A. CIRUG. No. 165140019

Dx: HERNIA INGUINAL

OPERACIÓN: HERNIORRAFIA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 20 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 81

P.R.R. MASC. 33 A. CIRUG. No. 162370070

Dx: HERNIA INGUINAL INDIRECTA

Op: HERNIORRAFIA. DURACIÓN OP: 1 HRA. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA. 10 MN.

COMPLICACIONES: 0

H.A.M. MASC. 33 A. CIRUG. NO. 166340018

Dx: FÍSTULA RECTOPERINEAL

OP: FISTULECTOMÍA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 30 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 45 MINT. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 83

C.S.F. MASC. 39 A. CIRUG. NO. 162270116

Dx: ULCERA VARICOSA PIERNA DERECHA

OP: FLEBOEXTRACCIÓN. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 45 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 84

A.R.R. H. FEM. 37 A. CIRUG. NO. 164290007

Dx: 1) VÁRICES PIERNA DERECHA 2) HERNIA INGUINAL IZQUIERDA

OP: 1) SAFENECTOMÍA DERECHA 2) HERNIORRAFIA IZQUIERDA

DURACIÓN DE LA OP: 2 HORAS. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HRAS. 10 MINT. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 85

M.M.A. MASC. 40 AÑOS. CIRUG. NO. 161240254

Dx: FÍSTULA RECTOPERINEAL

OPERACIÓN: FISTULECTOMÍA. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 30 MINT.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 45 MINT. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 86

H.G.A. 34 A. MASC. CIRUG. NO. 161320507

Dx: 1) VÁRICES G IV. 2) ÚLCERA VARICOSA

OP: FLEBOEXTRACCIÓN. DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 30 MINT. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 87

F.S.P. MASC. 63 A. CIRUG. NO. 164020008

Dx: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 20 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 35 MINUTOS. COMPLICACIONES: 0

Caso No. 88

S.H.D. MASC. 38 A. CIRUG. NO. 162080019

Dx: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA.

DURACION. OP: 1 HRA. DURACION. DE ANESTESIA : 1 HRA. 25 MIN. COMPLIC.: 0

CASO No. 89

A.M. MASC. 28 CIRUG. NO. 162460071

Dx: HERNIA INGUINOESCROTAL DERECHA

OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. 20 MINT.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 35 MIN. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 90

C.P.L. MASC. 62 A. CIRUG. NO. 161040053

Dx: HERNIA INGUINOESCROTAL IZQUIERDA ENCARCELADA

OP: HERNIORRAFIA. DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. 20 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 25 MINT. COMPLICACIONES : 0

CASO 91

H.F.A.L. MASC. 24 A. CIRUG. NO. 161410360

Dx: CONDILOMATOSIS DEL PENE.

DURACIÓN DE LA OP: 45 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 92

J.R.H.E. MASC. 21 AÑOS. CIRUG. NO. 1654500001

Dx: HERNIA INGUINAL

OP: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. ANESTESIA: 1 HRA. 15 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 93

L.M.G. MASC. 67 A. CIRUG. NO. 16199036

Dx: HIDROCELE DERECHO. OP: RESECCIÓN DE LA VAGINA

DURACIÓN OP: 35 MN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 55 MINT.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 94

J.S.P.P. MASC. 30 A. CIRUG. NO. 16330157

Dx: HERNIA INGUINAL. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN DE LA OPERACIÓN: 1 HRA. 10 MINT. DURACIÓN DE LA ANESTESIA:

1 HRA. 30 MINT. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 95

J.M.Z. MASC. 58 A. CIRUG. NO. 165240004

Dx: HERNIA INGUINOESCROTAL DERECHO. OP: HERNIORRAFIA.

DURACIÓN OP: 1 HRA. 5 MIN.

DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 25 MN. COMPLICACIONES: 0

CASO No. 97

R.L.V.A. MASC. 17 A. CIRUG. NO. 165480276

Dx: CONDILOMATOSIS DEL PENE. OPERACIÓN: CIRCUNCISIÓN

DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. 15 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 1 HRA. 25 MIN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 98

Y.S.M. DE A. FEM. 30. A MATERN. NO. 161360177

Dx: CESÁREA SEGMENTARIA. OPERACIÓN: CESÁREA CORPORAL

DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. 30 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS 20 MIN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 99

C.I.R. MASC. 25 A. CIRUG. NO. 166450228

Dx: HERNIA INGUINAL. OPERACIÓN: HERNIORRAFIA

DURACIÓN OP: 1 HRA. 20 MIN. DURACIÓN ANESTESIA: 1 HRA 45 MIN.

COMPLICACIONES: 0

CASO No. 100

E.M.D.H. FEM. 37 A- MARTEN. NO. 161290043

Dx: ISOINMUNIZACIÓN MATERNO-FETAL. OPERACIÓN: CESÁREA SEGMENTARIA

DURACIÓN DE LA OP: 1 HRA. 30 MIN. DURACIÓN DE LA ANESTESIA: 2 HORAS.

COMPLICACIONES: 0

EN LOS CASOS ANTERIORMENTE ESTUDIADOS, LA MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA CONSISTIÓ: ATROPINA, DEMEROL-ATROPINA, DEMEROL-ATROPINA-FENERGAN, SEGÚN LA OPERACIÓN PROPUESTA Y EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE. EN TODOS ELLOS SE COMPROBÓ EL ASCENSO INICIAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL CUANDO SE USABA XILOCAÍNA CON EPINEFRINA Y A CONTINUACIÓN EL DESCENSO GRADUAL DE LA MISMA QUE CUANDO TENDIÓ A HACERSE SEVERO FUÉ FACIL MENTE CONTROLADO CON LA APLICACIÓN DE VASOPRESORES POR VÍA PARENTERAL. LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS FUERON MÍNIMAS Y LAS MAYORMENTE OBSERVADA FUÉ LA INQUIETUD DEL PACIENTE CONTROLADA RÁPIDAMENTE Y DE MODO SATISFACTORIO CON EL USO DE SEDACIÓN ADICIO -

NAL . NO SE OBSERVARON CEFALÉAS ATRIBUIBLES A LA ANESTESIA Y EN TODOS LOS CASOS LOS PACIENTES MANIFESTARON UN POST-OPERATORIO LIBRE DE LOS TRASTORNOS OBSERVABLES CON OTROS TIPOS DE ANESTESIA .

TUVE LA SATISFACCIÓN DE COMPROBAR QUE EN ESTOS CASOS EJECUTADOS POR ANESTESIOLOGOS DE RECONOCIDA CAPACIDAD LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON SENSIBLEMENTE SEMEJANTES A LOS OBTENIDOS POR MÍ, PESE A MI INDISCUTIDA INEXPERIENCIA .

HAGO CONSTAR QUE LA ESCASEZ DE DATOS ANOTADOS EN ESTA REVISIÓN DE CASOS, A PESAR DE MINUCIOSO ESTUDIO DE LOS CUADROS CORRESPONDIENTES, SE DEBE A LA FALTA DE UN RÉCORD ANESTÉSICO ADECUADO PARA EL TRABAJO QUE LLEVÉ A CABO .

TAMBIÉN HAGO NOTAR QUE EL HOSPITAL D'ANTONI DE LA CEIBA, NO SE EJECUTA BA ESTA TÉCNICA, TOCÁNDOME EL HONOR DE INTRODUCIRLA EN EL MISMO .

C O N C L U S I O N E S

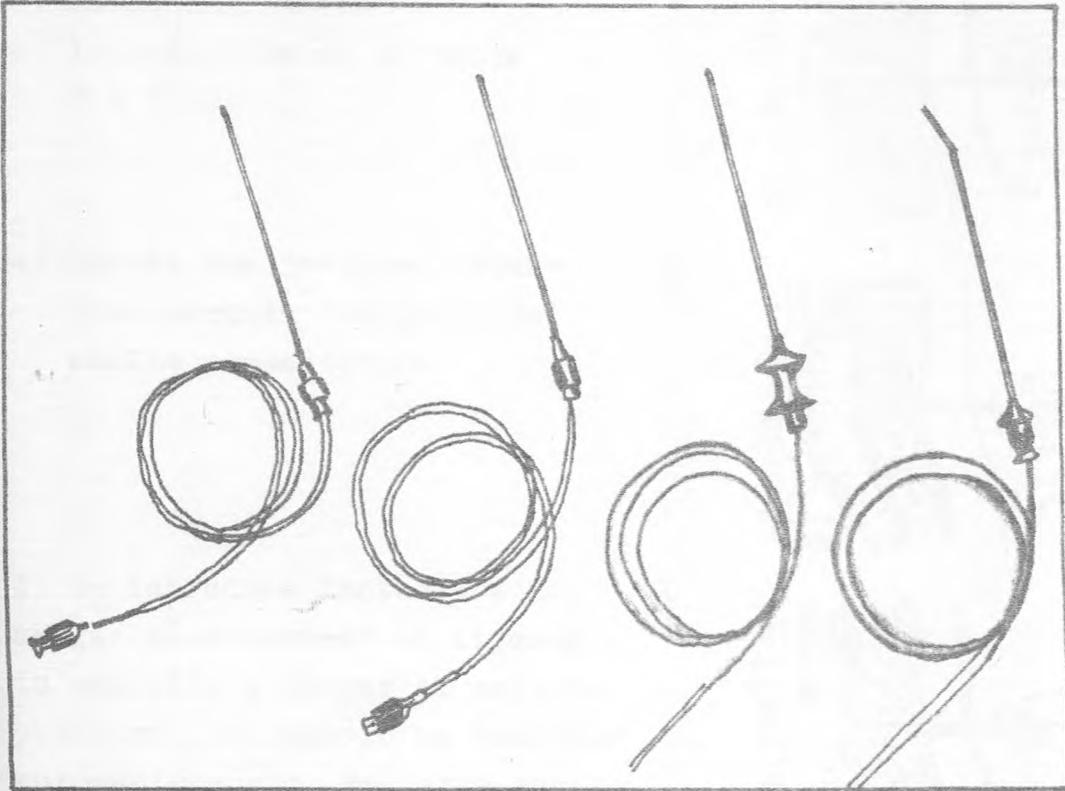
- 1) LA ANESTESIA PERIDURAL ES UN MÉTODO MUY BENIGNO Y DE ESCASO PELIGRO EN MANOS EXPERIMENTADAS.
- 2) LA INCIDENCIA DE NÁUSEAS, VÓMITOS Y CEFALÉAS ES PRACTICAMENTE NULA, Y EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTAN SON DEBIDO A MECANISMOS REFLEJOS, HIPERTENSIÓN CUANDO SE USA EPINEFRINA, O AL USO CONCOMITANTE DE NARCOSIS BASAL O COMBINACIÓN CON ANESTESIA GENERAL.
- 3) A PESAR DE QUE LA MAYORÍA DE LOS AUTORES AFIRMAN QUE LA ANESTESIA PERIDURAL CAUSA MENOS HIPOTENSIÓN QUE LA RAQUÍDEA; NUESTRA EXPERIENCIA CON CENTENARES DE CASOS DE ANESTESIA RAQUÍDEA Y LOS POCOS DE PERIDURAL PRACTICADOS, NOS DEMUESTRAN UNA FRANCA MAYORÍA EN LA INCIDENCIA DE HIPOTENSIÓN CON LA PERIDURAL QUE CON LA RAQUÍDEA.
- 4) EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTA HIPOTENSIÓN, ES FACILMENTE CONTROLABLE CON LA INYECCIÓN Y I.V. Ó I.M. DE VASOCONSTRICTORES (EFEDRINA, WYAMINE)
- 5) CON EL MÉTODO DE DOSIS ÚNICAS, LA DURACIÓN DE LA ANESTESIA PERIDURAL ES DE MITAD QUE LA DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA.
- 6) SE OBTIENE MEJOR RELAJACIÓN CON ANESTESIA RAQUÍDEA QUE CON ANESTESIA QUE CON ANESTESIA PERIDURAL.
- 7) LOS MEJORES RESULTADOS SE OBTIENEN CON PACIENTES CONVENIENTEMENTE PREMEDICADOS.
- 8) EL BLOQUEO A NIVEL LUMBAR ES EL MENOS DIFÍCIL Y PELIGROSO.
- 9) LA ANESTESIA PERIDURAL OBTIENE SU MAYOR ÉXITO EN LAS INTERVENCIONES A NIVEL DEL ABDOMEN MEDIO E INFERIOR; PERINEO Y EXTREMIDADES INFERIORES.
- 10) ES UN MÉTODO MÁS DIFÍCIL Y LABORIOSO Y REQUIERE MAYOR DELICADEZA QUE LA ANESTESIA RAQUÍDEA, POR LO CUAL LA INDUCCIÓN ES MUCHO MÁS LARGA.
- 11) EL PERÍODO DE LATENCIA ES DE 10 A 20 MINUTOS. OBSERVAMOS QUE EN LOS CASOS EN LOS CUALES A LOS 10 MINUTOS NO SE ENCONTRABAN SIGNOS SATISFACTORIOS DE BLOQUEO, ESTE NO IBA A SER LOGRADO DESPUÉS.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) PRESTARLE MAYOR ATENCIÓN A ESTE PROCEDIMIENTO.
- 2) ENTERARSE A FONDO DE LA TÉCNICA Y DE LAS PROPIEDADES DE LOS ANTÉSICOS USADOS, ASÍ COMO DE LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES, ANTES DE INTENTAR PRACTICAR BLOQUEOS PERIDURALES.
- 3) HACERLO CON LA DEBIDAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y EN UN MEDIO ADECUADO EN EL

CUAL EXISTAN POSIBILIDADES INMEDIATAS PARA COMBATIR LAS COMPLICACIONES.

- 4) ESTAR CAPACITADO PARA COMBATIR LAS COMPLICACIONES QUE SE PUEDAN PRESENTAR Y MEJOR AÚN PARA EVITARLAS SI ES POSIBLE.
- 5) ESCOGER MINUCIOSAMENTE LOS CASOS FACTIBLES DE PRACTICARLES EL BLOQUEO PERIDURAL Y PREMEDICARLOS ADECUADAMENTE.
- 6) NO EXCLUIR NUNCA LA MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA.
- 7) NO IMPONERLE NUNCA ESTE MÉTODO A UN PACIENTE QUE NO LO DESEE, A MENOS QUE SEA EL MÁS BENEFICIOSO O EL ÚNICO.
- 8) USAR MEZCLAS CALIBRADAS EN LA FÁBRICA DEL ANESTÉSICO CON EPINEFRINA O NOR EPINEFRINA Y ABANDONAR EL METODO DE ANADIR UNA FRACCIÓN DE AMP. DE ADRENALINA, LO CUAL NO DA NUNCA UNA DILUCIÓN ADECUADA NI PREVISIBLE.
- 9) EXPLICAR AL PACIENTE LO QUE SE A HACER Y COMUNICARLE LAS SENSACIONES. DE QUE VA A TENER NOCIÓN.
- 10) VIGILANCIA CONSTANTE DE LA P.A.
- 11) EN OPERACIONES QUE DUREN 2 HORAS O MENOS USAR UNA DOSIS ÚNICA DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, EN LAS DE MAYOR DURACIÓN, LA TÉCNICA CONTINUA DIANTE CATÉTER.



Agujas y Catéteres usados para
anestesia de conducción continua.

TECNICA DE LA ANESTESIA PERIDURAL

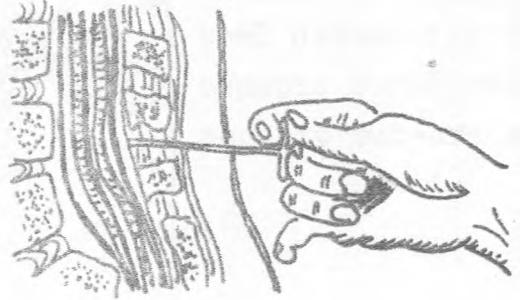
1)

a) Desinfección (asepsia quirúrgica.)

1

b) Botón anestésico

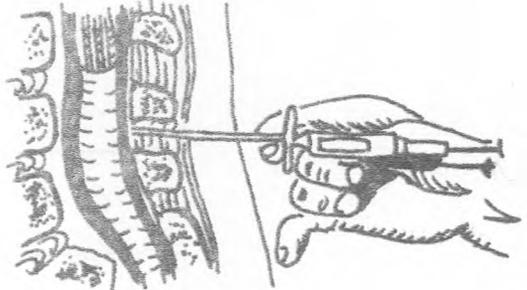
c) Introducción de la aguja
2 ó 3 cm.



2)

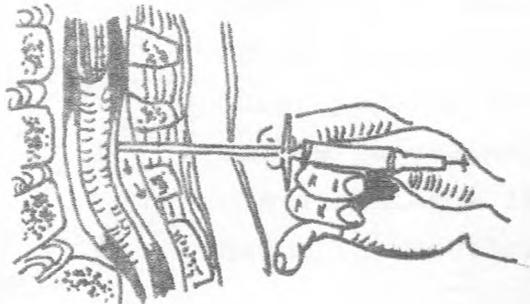
a) Usando una jeringa automática cargada con solución salina o anestésica.

2



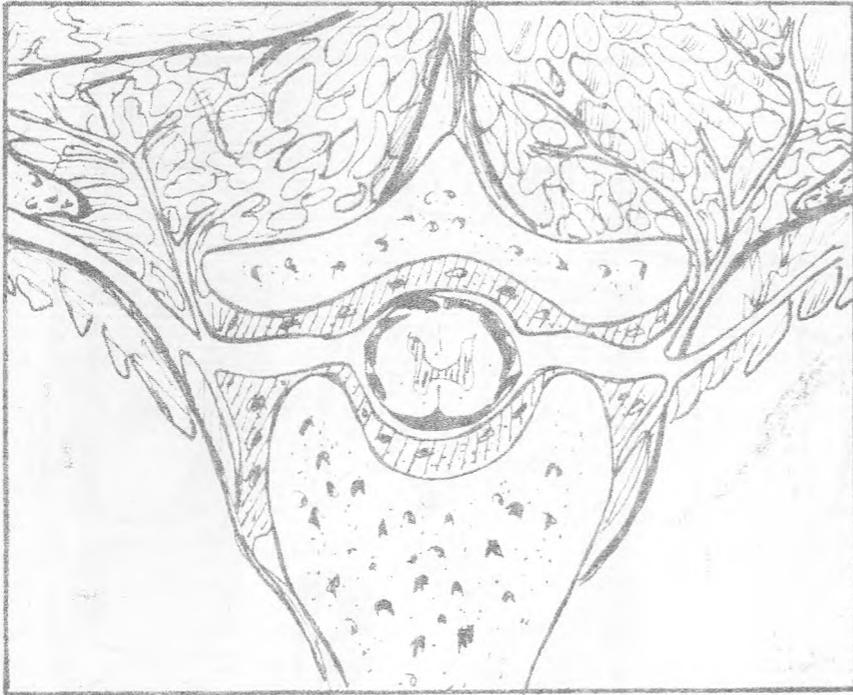
3) Se introduce lentamente la aguja: al atravesar el ligamento amarillo y llegar al espacio peridural, el émbolo es aspirado automáticamente. Mediante aspiración, inyección adicional de aire o una pequeña dosis de prueba del anestésico nos aseguramos de estar en el espacio peridural. Comprobado esto, se inyecta la dosis anestésica inicial.

3

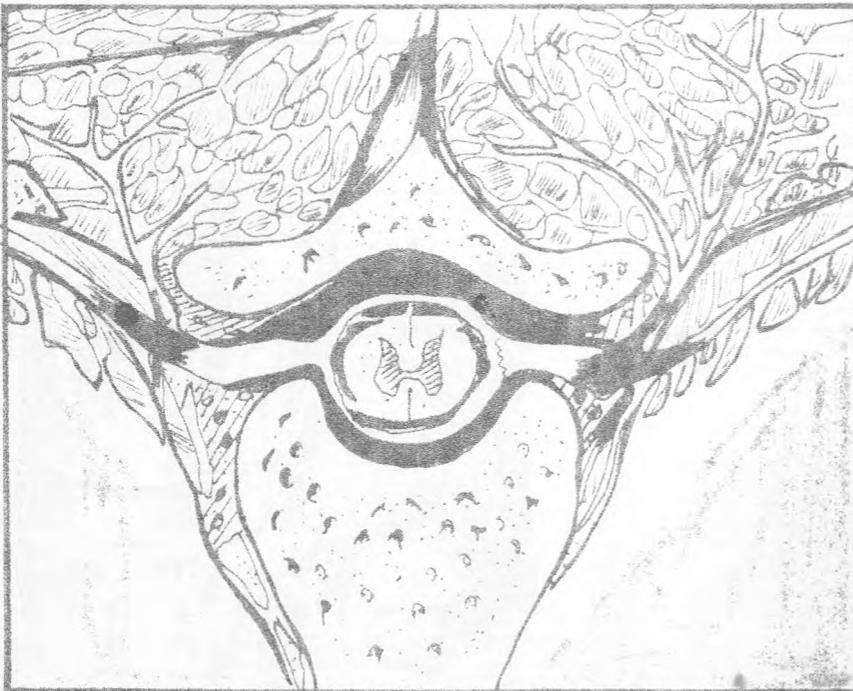


4) Para anestesia continua se introduce un catéter de plástico a través de la aguja.





Sección transversal
de la columna verte-
bral diferenciando el
espacio peridural del
espacio sub-aracnoide

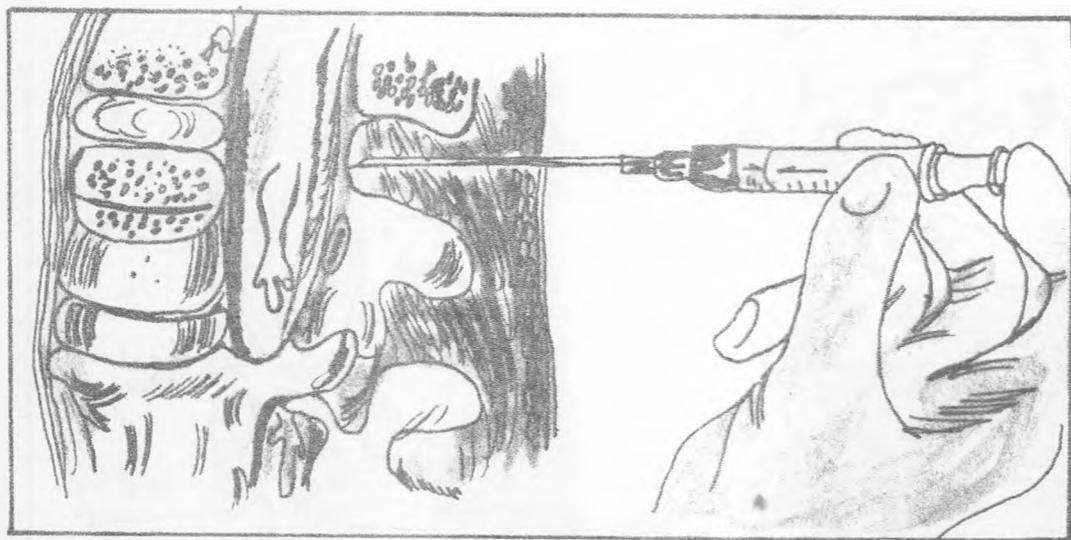


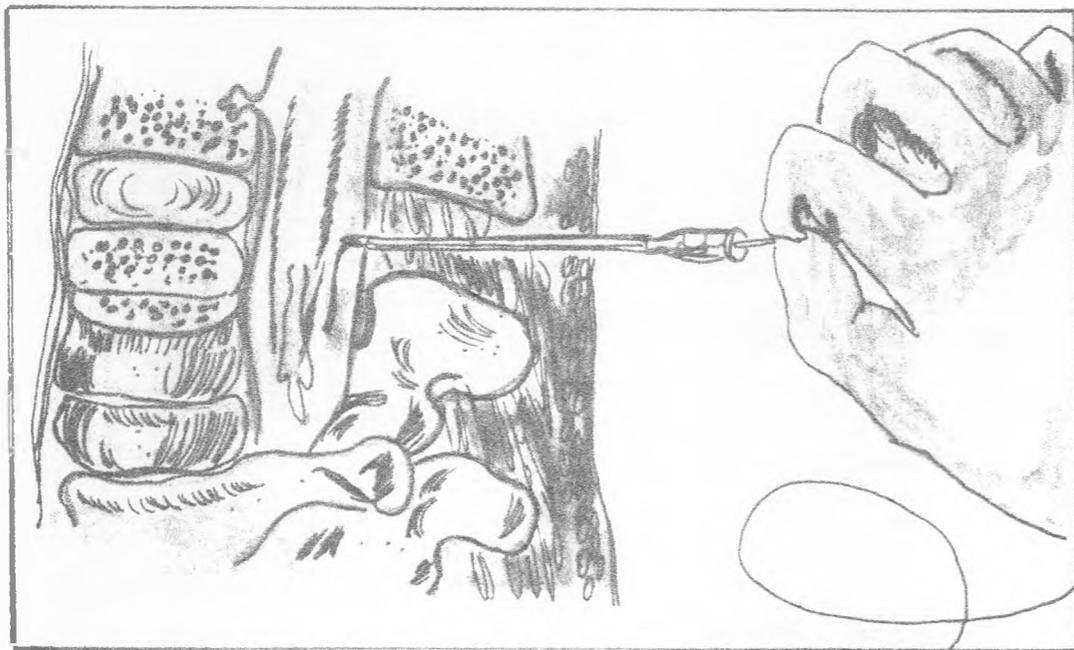
Inyectado el anestésico
en el espacio peridural,
ejerce su acción en las raíces nerviosas
distales a la duramadre (parte oscura)

Inserción de la aguja hasta el ligamento amarillo

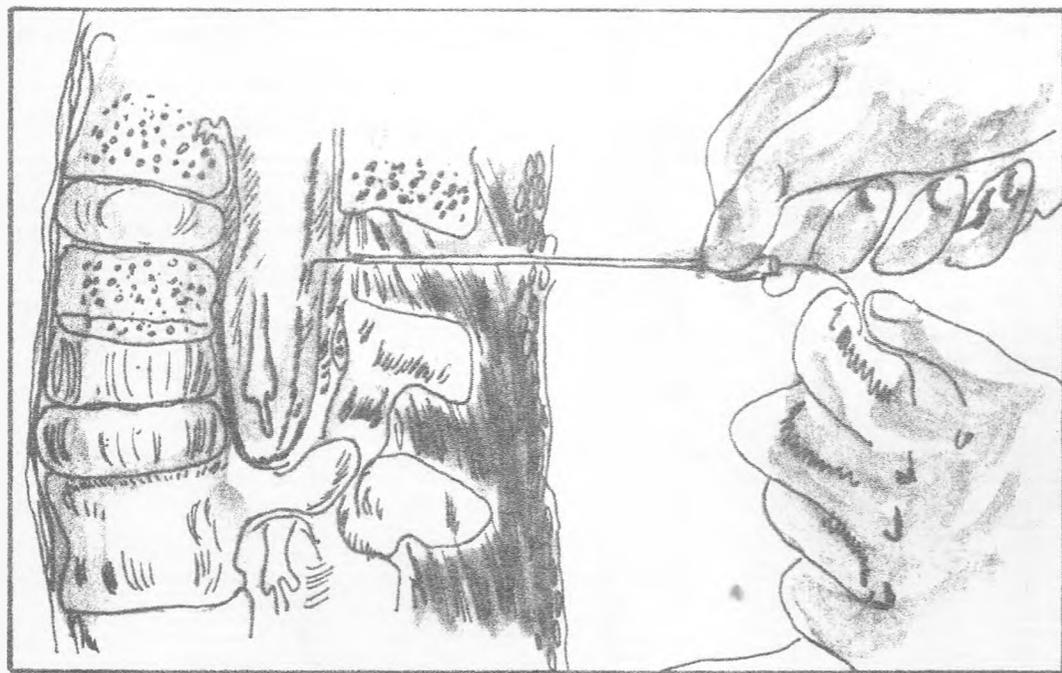


Cuando la aguja no ha atravesado el ligamento amarillo, hay resistencia a la inyección, que cederá al atravesar aquél y situarse en el espacio peridural.





Anestesia Peridural continua: el catéter de plástico es introducido a través de la aguja hasta el espacio peridural.



La aguja es extraída cuidadosamente, dejando el catéter en el espacio peridural.

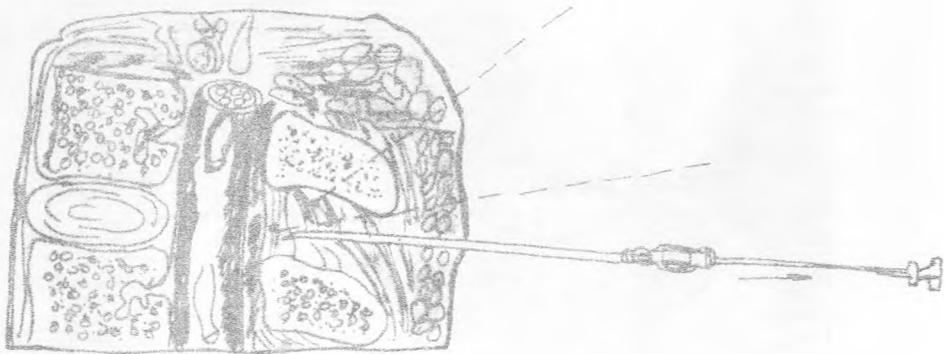


Fig. 1

Fig. 1) La aguja situada antes de atravesar el ligamento amarillo.
Hay resistencia a la inyección.

Fig.2) Cuando la aguja atraviesa el ligamento amarillo la inyección es fácil, y el anestésico ejerce su acción en las raíces nerviosas distales a la Dura-madre.

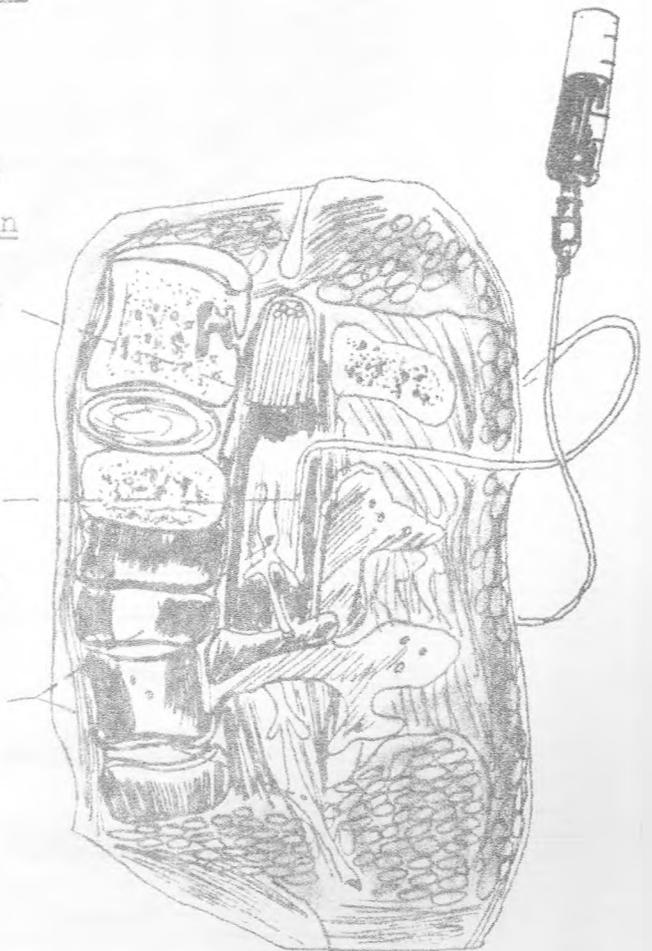
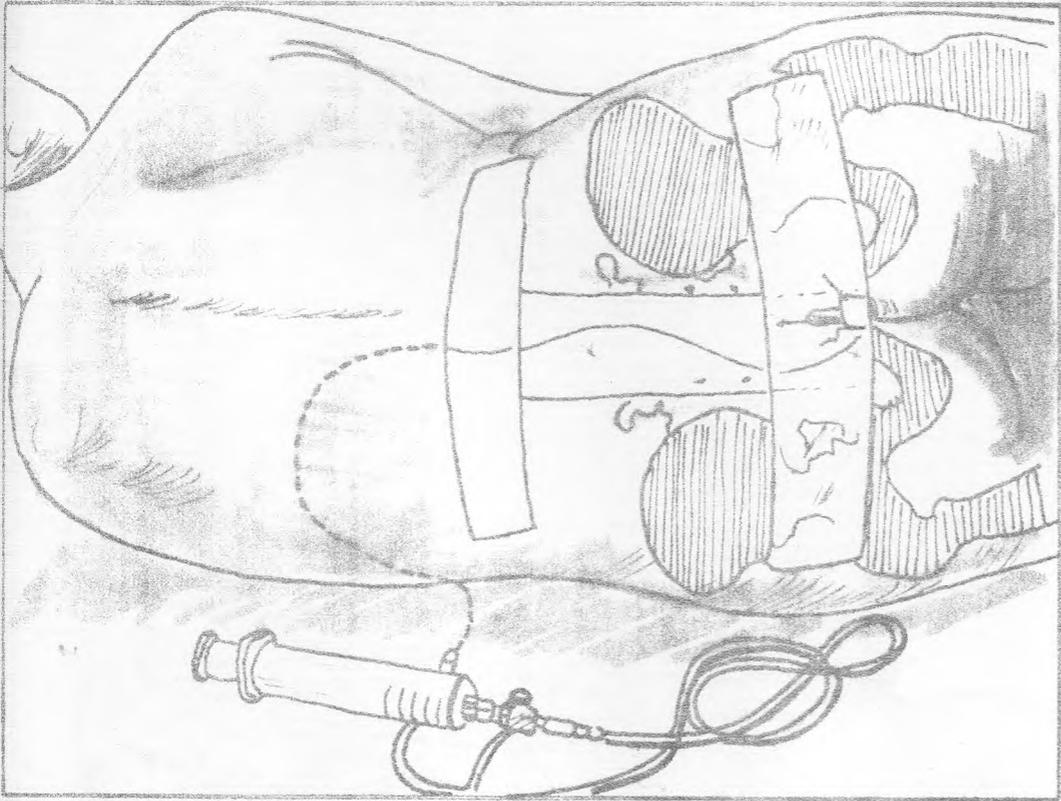
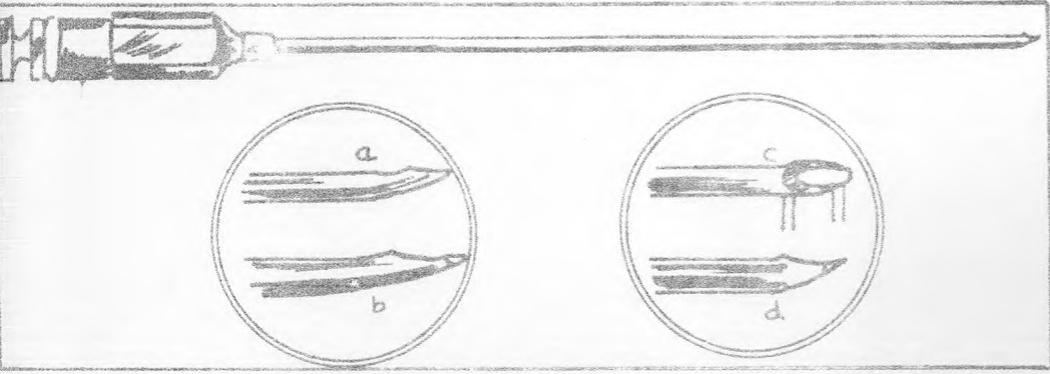


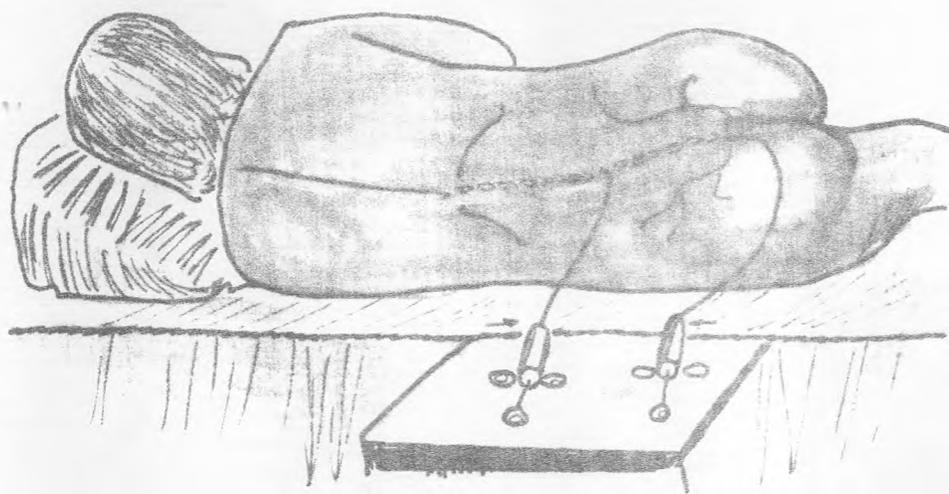
Fig. 2



Anestesia caudal o Peridural continua. El catéter permanece en el espacio peridural caudal o Peridural lumbar.



Aguja de Flowers-Hingson . (Modificación de la aguja espinal de Tuony) para anestesia peridural.



Anestesia peridural ó caudal (continua) para alivio del dolor durante el trabajo de parto.