

Consideraciones sobre la Anestesia en Laparoscopia

Cnel. Dr. Jesús R. Molinos P.
Jefe del Servicio de Anestesiología del
Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Caracas
y Anestesiólogo del Hospital Privado
Centro Médico de Caracas.

El empleo de laparoscopias o celioscopias como complemento diagnóstico es bastante frecuente y su popularidad va en aumento (1).

Básicamente consiste en introducir un gas, casi siempre dióxido de carbono, en la cavidad peritoneal y a través de una incisión en la pared del abdomen, pasar los instrumentos ópticos apropiados. De esta manera se observan los órganos intra-abdominales, se hacen fotografías y se toma material para estudio.

Hay una disparidad entre la sencillez de su técnica, en manos experimentadas, y los problemas anestésicos que presenta el procedimiento. Se han observado algunos accidentes serios, por lo cual consideramos de interés insistir sobre ellos.

Los problemas relacionados con la anestesia, a nuestro juicio, derivan de lo siguiente:

- 1) Cuando se practican celioscopias ginecológicas, y aunque casi siempre se trata de mujeres jóvenes, coexisten con frecuencia problemas tiroideos, suprarrenales u ováricos.
- 2) Se usan la posición ginecológica y la de Trendelenburg forzada. Esta combinación produce una reducción de la capacidad vital en un 35% aproximadamente, sin contar el desplazamiento del diafragma producido por la presión del gas. La tensión arterial en la cabeza sube alrededor de unos 40 mm. de mercurio (2).
- 3) El peso del cuerpo apoyado en las hombreras de la mesa operatoria, puede producir compresión del plexo branquial entre la clavícula y la primera costilla.
- 4) Por la misma posición, es difícil el mantenimiento de venas permeables.
- 5) La semi-oscuridad del quirófano, necesaria al operador, puede impedirnos la observación de la cianosis indicadora de un problema ventilatorio.

- 6) La absorción del dióxido de carbono a través del peritoneo puede producir bradicardia e hipertensión arterial, además de alteraciones del equilibrio ácido básico (motivo de preocupación de un grupo de anesthesiólogos de Caracas) (3).

En nuestro Hospital se ha reemplazado el dióxido de carbono por el óxido nitroso. Pero todavía no estamos en capacidad de comparar las ventajas e inconvenientes de cada uno. No se deben usar gases anestésicos explosivos.

Conducta Anestésica Recomendada

- 1) Control minucioso del enfermo (signos vitales, color). Ayudarse con una linterna.
- 2) Cuidar la fleboclisis. El brazo donde se encuentra debe estar en el mismo plano del resto del cuerpo y con una abducción no mayor de 90°.
- 3) El gas debe inyectarse lentamente y en cantidad adecuada, evitando de esta manera la sobre-distensión abdominal. Hay que tratar de extraerlo todo una vez terminado el procedimiento. Se debe evitar que éste se prolongue demasiado.
- 4) El paciente debe ser colocado gradualmente en posición ginecológica o de litotomía. La inclinación, si es posible, no debe exceder de 20°.
- 5) La inducción la hacemos con 150-250 mg. de Tiopental, seguido de 50 mg. de Succinilcolina. Se ventila bien al paciente, se hace una buena anestesia tópica de la laringe y se coloca un tubo endotraqueal con manguito. Se mantiene la anestesia con óxido nitroso, oxígeno y Halothane al 0.5-1% en circuito semicerrado. La ventilación es controlada manualmente sustentándola con 25 mg. de Succinilcolina cada vez que reaparezcan los movimientos respiratorios.
- 6) El retorno del paciente a la posición horizontal, también se hace de manera gradual.

La técnica anestésica aquí descrita es la que mejores resultados ha dado en nuestras manos. No hemos observado alteración importante de los signos vitales y la recuperación anestésica ha sido muy rápida. Por estas razones, la estamos empleando en el Servicio de Anestesiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

R E F E R E N C I A S

- 1 Perel K. Moisés. Anestésias para Celioscopias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 23: 489. 1963. Caracas.
- 2 Wylie & Churchill - Davidson. A Practice of Anesthesia. The Year Book Publishers. London. 1961, página 101.
- 3 Gutiérrez Emerson. Comunicación personal.