

Resúmenes Bibliográficos

J. Eklund, P. O. Granberg.—ESTUDIOS SOBRE FUNCION RENAL POST-OPERATIVA. — Acta Anesth. Scandinav. 1967, 11, 195-199. Karolinska Sjukhuset, Estocolmo, Suecia.

La alteración de la función renal es un hallazgo común durante la anestesia general. La filtración glomerular y el flujo plasmático renal son afectados en diversos grados durante la anestesia general con éter ciclopropano, halotano y metoxyfluorano.

Lessner afirma que la depresión de la hemodinámica renal es proporcional a la profundidad de la anestesia y no dependiente de las propiedades especiales de la droga empleada. Según esto, no deprimiría aún más la función renal siempre y cuando se evitara la hipovolemia. Consecuentemente los cambios deberían ser reversibles después de la anestesia.

Con el objeto de ver si la cirugía mayor con substitución incompleta del volumen sanguíneo causa depresión de la función renal y si ésta puede ser reversible medicamentosamente, fueron estudiados 24 pacientes sometidos a operaciones de sangrado considerable. El volumen sanguíneo fue substituido sólo en caso necesario, glucosa I.V. se administró rutinariamente. Los pacientes fueron estudiados en 2 grupos el primero a las 2 hs. y el segundo a las 24 hs. posteriores a la intervención. Anestesia general con óxido nitroso, O₂, halotano, inducción barbitúrica, ventilación espontánea o asistida y

succinilcolina como relajante muscular, fue empleada.

La clarificación de Inulina y del A.P.H. (ácido para-aminohipúrico) fueron normales en los 2 grupos.

La clarificación de agua es constantemente negativa, indicativa de una antidiuresis moderada por 24 hs., no hubo diferencias en los 2 grupos.

La excreción de Sodio es muy baja durante la anestesia general, debido a una disminución del filtrado y a un aumento de la reabsorción tubular; sin embargo, en el presente estudio, se encontró una excreción normal de Sodio tan pronto como 2 hs. después del acto quirúrgico, esto está en desacuerdo con los hallazgos en trabajos anteriores de una disminución de la excreción de Sodio de 3 a 6 días postoperativamente.

La excreción de Potasio fue normal en los 2 grupos.

Esta investigación, para sorpresa de los mismos autores reveló que la filtración glomerular, el flujo plasmático renal y la excreción de electrolitos permanecieron normales a pesar de haberse estudiado en pacientes con pérdidas sanguíneas considerables y substituidas incompletamente, lamentablemente los autores no mencionan los límites de las pérdidas "considerables", así mismo no especifican el criterio empleado para juzgar o no necesario la substitución del volumen perdido.

Dr. Luis Felipe Escarsa.

Filler, W. W. Jr., Hall, W. C., and Filler, N. W. — ANALGESIA IN OBSTETRICS.—Am. J. of Obst. and Gynec. 98, 6. p. 832. July 15, 1967. Elmhurst, N. Y.

Los autores utilizaron los métodos de Alvarez y Caldeyro Barcia para registro continuo de la presión intra-amniótica y estudiar los efectos de diferentes métodos analgésicos sobre la contractilidad uterina en 64 pacientes con trabajo de parto a término. Además hicieron un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal utilizando los métodos electrocardiográficos y cardiotacométricos de Pantle, para determinar los efectos de estos métodos sobre la frecuencia cardíaca fetal. Un grupo de 25 pacientes recibieron Pentazocina, 25 meperidina, 8 analgesia en silla de montar y 6 bloqueo caudal.

La contractilidad uterina aumentó con todos los métodos, excepto con el bloqueo caudal. Se piensa que el aumento de la contracción uterina resulta de una disminución en la ansiedad causada por el dolor. Esto se debe a que disminuye la producción de epinefrina. Los métodos que inhiben la influencia simpática sobre el útero, aumentan la contractilidad uterina; por el contrario, los métodos que aumentan el dominio simpático sobre el útero, deprimen la contractilidad uterina. El bloqueo caudal actúa suprimiendo el sistema nervioso parasimpático, permitiendo la predominancia simpática del útero.

Los métodos de analgesia estudiados no afectaron la frecuencia cardíaca fetal, excepto el bloqueo en silla de montar, en el que se observó una disminución en la amplitud de los Dips I. Todos los bloqueos en silla de montar se administraron a pacientes con ruptura de membranas en las que la cabeza fetal estaba encajada en la pelvis, por lo que el mecanismo de producción de estos Dips se relaciona a la presión sobre el cráneo fetal,

contando también para este cambio, la relación perineal producida.

Dr. Carlos Reyes Tayabas.

Humble Roy M., M. B. Ch., B., FFARCS, DA, D (Obst.) RCOG. Kingston Group Hosp. Kingston upon Thames.—FEOCROMOCITOMA, NEUROFIBROMATOSIS Y EMBARAZO.—Anaesthesia. Vol. 22, No. 2. Abril, 1967. pág. 296-303.

Se han encontrado muchos reportes de la asociación entre Feocromocitoma y Neurofibromatosis, ya que embriológicamente las células típicas de ambas alteraciones tienen el mismo origen ectodérmico de la cresta Neural.

Se reporta un caso: Primigesta de 39 años con antecedente de Toracotomía para extirpación de un Neurofibroma intratorácico. Vista por primera vez a las 16 semanas de embarazo con hipertensión de 180/100 sin edema ni ninguna otra alteración. Las 15 semanas siguientes con reposo y dieta, la P.A., se estabilizó en 140/80, para ascender nuevamente a 185/110, motivo por el cual fue hospitalizada, siendo la presión arterial fluctuante, encontrándose los exámenes de laboratorio normales. Debido a que era primigesta añosa se programó para cesárea electiva con P.A. de 180/110. Como medicación preanestésica se administró sólo Atropina 0.6 mg. I.M. Para inducir la anestesia se usó: 250 mg. de Thiopentane, intubación con: Suxametonium 50 mg. Mantenimiento con: N20-O2. Al iniciarse la operación la presión arterial sistólica ascendió a 190 y 3 minutos después se presentó taquicardia de 200 x min. sin ser audible la presión arterial. Se obtuvo producto vivo, femenino, con Apgar de: 4/10, aplicándose 0.25 mg. de Ergonovina I.V. Inmediatamente después de la obtención del producto

presentó edema agudo pulmonar, falleciendo a los 90 min. a pesar del tratamiento instituido de inmediato. En la Necropsia se encontró: 1.—Hipertrofia ventricular izquierda. 2.—Numerosos neurofibromas en tórax, mesenterio regiones paraaórticas y en mediastino. 3.—Feocromocitoma en suprarrenal derecha. 4.—Hidronefrosis bilateral más acentuada en riñón derecho. La discusión en este caso se enfoca hacia dos puntos principales. 1.—Diagnóstico y manejo obstétrico. 1.—Manejo anestésico. El diagnóstico generalmente se enmascara con un cuadro de Toxemia o con una Hipertensión esencial. Pero hay datos importantes que pueden guiar hacia el diagnóstico de Feocromocitoma como: Hipertensión severa y fluctuante durante los 2 primeros trimestres del embarazo sin ninguna otra alteración, y el antecedente de Neurofibroma, pudiendo precisarse con dosificación de Catecolaminas, etc. De cualquiera manera debe considerarse que el diagnóstico generalmente se hace en la mesa de operaciones o en el cuarto de Necropsias. En cuanto al manejo anestésico se discute el uso de la Atropina siendo preferible no usarla en este caso. Si el diagnóstico de: Feocromocitoma se ha hecho, el uso de drogas bloqueadoras B. Adrenérgicas (Propanolol 2-5 mg.) en el preoperatorio y en el transoperatorio en cuanto se presente la crisis hipertensiva se han descrito éxitos usando: Halothane-O₂. Las complicaciones más frecuentes que hay que esperar son: El infarto del miocardio y el edema agudo del pulmón. Por lo que hay que considerar que la asociación Feocromocitoma-Embarazo a pesar del mejor manejo es generalmente fatal, encontrándose en la literatura mundial una mortalidad materna del 35%.

Dra. González B.

Residente de Anestesiología. Hospital de Gineco-Obstetricia 3.

Jones H. D., M. B., B. S.—FFARCS Consultant anaesthetists R.A.F. — Hospital Wroughton. — DAÑO DEL NERVIJO CUBITAL, CONSECUENTE A ANESTESIA GENERAL.—*Anaesthesia*. Vol. 22, No. 3. Julio de 1967. Pág. 471.

Se presenta un caso de una paciente de 50 años de edad sometida a: Timpanoplastia izquierda, presentando como complicación post-operatoria: Neuropraxia del nervio cubital. En su historia clínica así como en sus exámenes de laboratorio preoperatorios no se encontraron datos anormales solamente como antecedente una lesión en cuello 14 años antes. La anestesia fue administrada según técnica habitual con una inducción con: Thiopenthal, suxametonium para intubación y mantenimiento con N₂O-O₂, durando la operación 2 horas. La posición del paciente fue supina con inclinación de 5° la cabeza más alta que los pies; ambos brazos sujetos a los lados con soportes acojinados. La cabeza inclinada a la derecha en posición neutra. En el transanestésico no se registró ninguna maniobra brusca sobre los miembros ni hipotensiones. A los 5 min. de recuperado de la anestesia el paciente se quejó de parestesias en su mano izquierda y 11 días después sobre el borde cubital del antebrazo con marcada debilidad muscular de la región hipotenar y pérdida de la sensibilidad al tacto y dolor en la distribución del nervio cubital. El tiempo transcurrido entre la operación y la aparición de los síntomas hace pensar que ocurrió la lesión durante la anestesia sin precisarse ya que el manejo tanto físico como anestésico del paciente puede considerarse aceptable. Tiempo después se encontró la posible causa, ya que un Test de Tolerancia a la glucosa reveló Diabetes Mellitus, sugiriendo que la Neuropraxia inicial y subsecuentemente parálisis del nervio cu-

bital fue una manifestación de lesión neurítica de tipo Diabético que involucró a un solo nervio, no siendo esto infrecuente ya que se han reportado variaciones desde el 0.5% al 50% de diabéticos con esta alteración. También se ha sugerido que el uso de relajantes musculares técnicas inductoras de hipotermia o hipotensión aumenta la incidencia de tales complicaciones a las cuales se les presta muy poca atención.

Dra. González B.

Roberts, F. W., M. B., BS.—FFARCS. FFARCS. Director de Anestesia.—Royal Hobart Hospital Hobart, Tasmania, Australia. —UNA NUEVA ANESTESIA INTRAMUSCULAR PARA NIÑOS PEQUEÑOS.—Anaesthesia, Vol. 22, No. I. Enero de 1967. Pág: 23-28.

C1-581 es un nuevo analgésico intramuscular cuya fórmula es semejante a la del Phencyclidine usado hace algunos años con resultados favorables pero retirado del comercio por producir estados de terror y alucinaciones. Las propiedades principales del C1-581 son: rápidamente absorbible y metabolizado. Solamente una pequeña parte se elimina por el riñón. No es irritante para los tejidos ni produce trombosis cuando se inyecta por vía intravenosa. La presión arterial así como el gasto cardíaco se mejo-

ran, no deprime la respiración y conserva los reflejos faríngeo y laríngeo, aumenta el tono muscular, pasa la placenta rápidamente sin producir efectos nocivos sobre la madre y el producto; induce un estado de catatonía, produciéndose un estado de analgesia total sin pérdida de la conciencia. Puede haber alucinaciones en adultos siendo raras en niños. En el presente estudio, se escogieron 25 niños todos entre las edades de: 9 meses a 4 años programados para cirugía de quemaduras, la medicación preanestésica fue solamente Atropina, administrándose la droga en estudio a una dosis de: 8.2 y 10 mg. x kg. Obteniéndose los siguientes resultados: En 18 casos la analgesia fue perfecta, en 5 casos lo fue durante 28 minutos (promedio) siendo incompleta después pero permitiendo finalizar la operación, teniendo que complementarse en 2 casos uno con: Halothane y otro con una nueva dosis del mismo analgésico (una quinta parte de la dosis inicial). Las complicaciones fueron: en un caso arritmia cardíaca pasajera. En otro, palidez facial sin ninguna otra alteración, y solamente un niño presentó abundantes secreciones. En el postanestésico 3 niños vomitaron y uno no recuperó la conciencia hasta después de tres horas de terminada la operación teniendo tal vez alucinaciones por presentar un balbuceo incoherente.

Dra. González B