

Algunos aspectos de la evolución de la Anestesia en México

Dr. Benjamín Bandera

AL hacer un alto en el camino de mi vida y contemplar los años que han transcurrido desde que me inicié en el campo de la Anestesia, tuve la idea de dar un breve bosquejo de algunas etapas que he pasado, no porque crea que mis escritos sean la fiel expresión del estado de esta especialidad, sino que pueden considerarse como un reflejo del medio en que trabajábamos y cómo se sucedieron los diferentes progresos que hoy han hecho de esta actividad, en un principio menospreciada, una materia que ha contribuido en manera definitiva al progreso de la Cirugía y con esto, a salvar numerosas vidas.

No voy a referirme a todos los trabajos que he presentado, sino solamente a algunos que van revelando novedades, comentando los puntos de interés. Lo que hoy presento a esta Sociedad, no tiene más mérito, que ser páginas vividas intensamente, con el constante deseo de mejorar técnicas y procedimientos.

Los primeros años de mi ejercicio profesional como médico, si bien es cierto que practicaba la Anestesia como una actividad principal, todavía no me sentía capaz de escribir sobre ella y divagaba sobre temas médicos, ajenos a lo que a diario practicaba. Fue hasta 1926, nueve años después de recibido, cuando apareció mi primer trabajo sobre Anestesia. Se titulaba "La formación del personal para las operaciones"

y lo publicó el órgano oficial de la Asociación Médica Mexicana, Sociedad que agrupó a destacados elementos y cuya revista se leía con interés. Entre el personal de una operación, señalaba la importancia del anestésista y me atrevía a afirmar que, en determinados casos, él podía dar órdenes aún al cirujano, afirmaciones idealistas, porque en la práctica, el que administraba la Anestesia estaba sujeto a la voluntad del que operaba. En un plan, verdaderamente irreal, delineaba el papel del anestésista, tal como lo imaginaba que algún día debiera de ser, aunque por el momento esas condiciones estaban muy lejos de realizarse. Debería ser médico; señalaba el examen preanestésico; la conveniencia de llevar hojas de anestesia con gráficas de pulso y tensión arterial, así como seguir la evolución postanestésica. Después de este esbozo de las funciones del anestésista, hacía esta pregunta: "¿Habría alguien que pueda decir que este trabajo sea indigno de un médico o que lo pueda desempeñar una enfermera? Y ahora, señores cirujanos, ¿no les hacen falta anestésistas de este género? ¿Sí? Pues a formarlos". Concluía presentando algunas proposiciones para formar anestésistas. (Revista de la Asociación Médica Mexicana, T. V. No. 23. Abril de 1926.

Como una ilustración a las condiciones de nuestro trabajo en esa época, presento a ustedes el equipo de anestesia del que nos

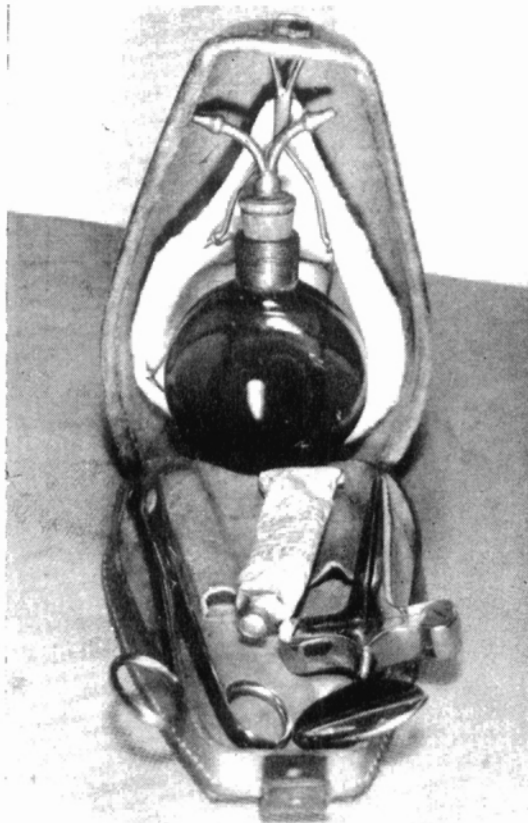


Figura 1.

servíamos en las operaciones a domicilio. (Figs. 1 y 2).

Al iniciar la Academia Mexicana de Cirugía sus labores en el año de 1933, me ocupé en una de sus sesiones, de la anestesia en los cardíacos. Señalaba que la existencia de lesiones valvulares orgánicas, no aumentaba el riesgo anestésico cuando no ocasionaban insuficiencia cardíaca. Éste era el punto que se debía precisar y de su mayor o menor intensidad, dependería el riesgo anestésico. Insistía en que en la exploración previa, se precisara la existencia de los signos de insuficiencia cardíaca, señalando como uno de ellos, la convergencia de las cifras de la tensión arterial y recomendando, que de haber tiempo, se preparara al enfermo con los medicamentos adecuados y que, en caso de operación de urgencia, se corriera el grave riesgo que este estado determinaba. Insistía también en la importancia de la sedación preanestésica, para evitar la inducción en pacientes aterrizados, recordando la frase del Profesor Vásquez: "Cirujanos, amigos míos, desconfiad de los en-

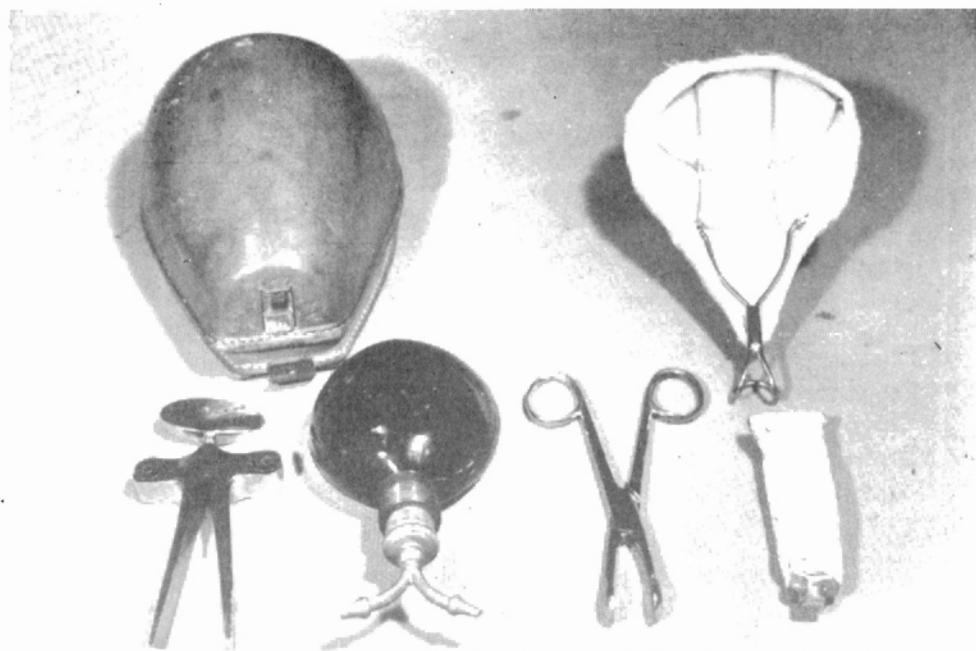


Fig. 2.

fermos atemorizados, sean o no cardíacos, y no tengáis otro temor”.

Señalaba como agentes anestésicos para los enfermos en insuficiencia cardíaca, las anestésias locales y regionales, complementadas con protóxido de ázoe o bien éter y balsoformo y aun cloroformo, siempre que se tratara de operaciones cortas y en las que no hubiera lesión hepática. Por desgracia todavía no sabíamos la importancia de una buena oxigenación. (Cirugía y Cirujanos. T. 1. No. 4. Nov.-Dic. 1933.

En el año de 1935 se ofreció un aditamento al aparato de Ombredane para la administración de éter y de la mezcla de Schleich, adicionada de gomenol, que se conocía con el nombre comercial de Balsoformo. El aditamento consistía en una cápsula de anhídrido carbónico cuyo contenido pasaba a un globo de goma y de ahí a la bolsa de reinhalación, obedeciendo a la presión de una pequeña palanca. (Fig. 3). El fundamento consistía en la acción excitadora del gas sobre el centro respiratorio, lo que provocaba un aumento de la amplitud respiratoria y por consiguiente, una absorción más rápida del anestésico. Señalaba también como efectos adicionales del susodicho gas, aumento de glóbulos rojos, acción hipertensora atribuida a una mejor irrigación del miocardio y de la circulación coronariana, además de que provocaba descargas de adrenalina, lo que se consideraba útil para prevenir el choque quirúrgico. Por último, obraba sobre el centro glucorregulador y movilizaba el glucógeno hepático. Como se ve, esta adición constituía una verdadera maravilla. En realidad, el aumento de la ventilación hacía que en determinados momentos se absorbiera el anestésico en mayor cantidad y se estableciera un plano anestésico adecuado lo que traía como ventaja, economizar la cantidad total de anestésico y ayudaba a eliminarlo al final de la operación.



Figura 3.

Presentaba una pequeña estadística de 154 observaciones, 96 de cirugía del abdomen y alababa los buenos resultados del postoperatorio en el que 101 de los pacientes anestesiados con ese método, no habían presentado ni un sólo vómito. (Cirugía y Cirujanos. Año III. No. 1. Enero, 1935).

En 1936 estábamos en pleno auge del protóxido de ázoe. El gigantesco aparato de McKesson con sus enormes cilindros, (fig. 4), había alejado a muchos anestésistas improvisados y a las enfermeras, pero a pesar de su fama de inofensivo, se producían accidentes cuya explicación se nos escapaba y de uno de ellos hacía mención en un caso presentado a la reciente Sociedad de Anestésistas de México. Refiriéndome a observaciones similares ocurridas en Norte América,

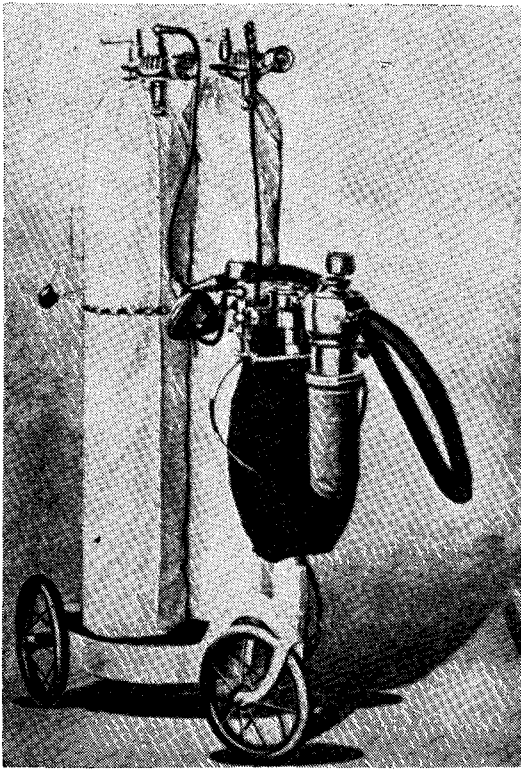


FIG. 4.—Aparato de McKesson, Modelo G. para la anestesia por el protóxido de ázoe.

en los que se hacía notar la influencia del cuerpo carotídeo, relataba un caso clínico de muerte de un enfermo y me refería también a otro que describió el Dr. Federico Vollbrechthausen. Se pasaba revista a todos los factores que podían determinar ese fatal resultado y aunque no enteramente satisfecho con la explicación del Dr. McKean, la señalaba como una posible hipótesis que explicara el deceso. No reflexionábamos en la hipoxia prolongada a la que forzosamente se sometía a nuestros enfermos, posible causa del accidente que relataba. (Anestesia. Año I, No. 1. Julio de 1936. Revista de Cirugía. A. VII. No. 7).

En el año de 1937 dominaba la raquianestesia en nuestros hospitales y las ideas de Koster habían hecho que se ampliara su

campo de acción, abarcando regiones, como el tórax y el cuello, antes sustraídas a su acción. Con ese tema me pareció oportuno definir las contraindicaciones de la raquianestesia, las que a menudo se olvidaban o se desconocían. Ocho contraindicaciones señalaba en los fascículos que se destinaban a la naciente Sociedad de Anestésistas de México, en la Revista de Cirugía del Hospital Juárez. (Año II. No. 6. Nov. 1937). Helas aquí: 1. Los hipotensos. 2. Padecimientos cardíacos que no soporten bajas de tensión arterial. 3. Enfermos nerviosos. 4. Operaciones de larga duración o por el contrario, muy breves. 5. Deformaciones de la columna vertebral. 6. Derrames en las pleuras o pericardio y padecimientos pulmonares que disminuyeran la respiración. 7. Los hipertensos, por las grandes oscilaciones que se producían en la tensión arterial y la falta de vasopresores para remediar sus abatimientos. 8. En la sífilis, la tuberculosis, las septicemias y las infecciones cutáneas de la región. Entonces se formulaba este aforismo: “no destruir la barrera protectora”; se referían a la diátrix madre y a la posible contaminación de los centros nerviosos. Algunas de estas contraindicaciones, aún persisten.

El año de 1938 marca dos nuevos conceptos en Anestesia: la aparición del ciclopropano y la investigación de la acidosis en el postoperatorio.

Con respecto al primero y apoyándome en una estadística de 400 anestésias con este gas, traté de moderar el entusiasmo que su aparición había producido, haciendo ver, que a pesar de sus innegables ventajas, no dejaba de presentar algunos defectos. Examiné la frecuencia de vómitos postoperatorios comparándola con la que tenía anotada en anestésias con éter y balsoformo, sin que hubiera una innegable ventaja para el gas. Después insistí en los trastornos del ritmo cardíaco que se producían con su administra-

ción y por último, sus ventajas para el aparato respiratorio. Años más tarde, tendría que ocuparme de un accidente explosivo ocurrido a un compañero.

Como una demostración de que no era absolutamente inofensivo, refería una observación de una enferma con lesiones cardíacas, anestesiada con ciclopropano para una perineorrafia y que falleció en la mesa a pesar de la desesperada lucha que se entabló para reanimarla. Resumía mi pensamiento y mi naciente experiencia con esta frase: "Mi opinión actual es que el ciclopropano marcha a la cabeza de los gases anestésicos, pero que su administración no es inocua". (Cirugía y Cirujanos. Año VI. No. 5. Mayo de 1938).

El estudio que emprendí con la valiosa cooperación del Dr. Luis Dufillhot, encargado del Laboratorio del Hospital Francés, se titulaba: "Acidosis postanestésica". Se comenzaba por hacer un estudio de los cuerpos cetónicos y lo que constituye el equilibrio ácido básico y la reserva alcalina, investigando la acetonuria y una relación denominada coeficiente de Maillard, que se determinaba en la orina de los enfermos, antes y después de las operaciones. Se estudiaron, a este respecto, 100 pacientes con cirugía variada, craneotomías, cirugía de vientre, ginecología y ortopedia. Después de un estudio de los resultados, concluía afirmando que no se pretendía con esto, dar una explicación única de la acidosis postoperatoria, dada la complejidad de los fenómenos biológicos que en ella concurren, pero que sí nos parecía que el anestésico no tenía influencia considerable, sino más bien la región y los órganos sobre los que se operaba, lo que nos hacía pensar que, tratándose sobre todo de glándulas de secreción interna, como el ovario, el desequilibrio hormonal constituía un elemento de importancia para la producción de acidosis.

A la luz de nuestros conocimientos actuales, la explicación es muy pobre, pero denota la inquietud sobre algo que hoy tratamos de evitar y que podemos combatir. (Cirugía y Cirujanos. Año VI. Nos. 1 y 5. Enero y mayo de 1938).

En el año de 1942 apareció una técnica para la raquianestesia que despertó gran interés. Se trataba del método de Lemmon para la raquianalgesia fraccionada y continua.

El hecho interesó vivamente, porque resolvía dos de las impugnaciones que se le hacían a la raquianestesia: la dosis única y su duración limitada. La primera, porque una vez inyectada la substancia analgésica, no se podía retirar, fueran como fueran los trastornos que produjera y en segundo lugar, el tiempo limitado de su efecto que hacía necesario recurrir a la anestesia general para continuarla, destruyendo con eso las indicaciones de la raquianestesia, al cambiar a un método que no ofrecía las cualidades que se habían buscado.

La comunicación de Lemmon apareció en 1940 y un año después, el Dr. Abraham Ayala González presentaba a la Academia Nacional de Medicina su experiencia sobre el método, magníficamente ilustrado con una película, trabajo sobre el que me tocó hacer el comentario y en noviembre de 1944, en la VI Asamblea Nacional de Cirujanos, lo ampliaba con una mayor experiencia.

El método consistía en dejar una aguja maleable en el espacio subaracnoideo, para lo cual se usaban cojines especiales que permitieran conservar la posición de la aguja la que se conectaba con un tubo por el que se administraban las dosis necesarias del anestésico.

Hay que considerar que la raquianestesia era el método predilecto de nuestros cirujanos en los grandes hospitales, como lo demuestra la estadística del Hospital General

en el año de 1947, en que se practicaron 7,960 operaciones de las cuales 4,991 fueron con raquiánestesia (67.7%) en tanto que el ciclopropano sólo alcanzaba un 2%.

En 1954 un tema preocupaba a los que practicábamos la Anestesia, el método que recibió de sus autores la designación de Anestesia Potencializada, que aparecía con nuevas drogas y una orientación especial. En el VI Congreso Mexicano de Anestesiología, hubo un Symposium sobre drogas neuroplégicas y a mí me designaron para que tratara el tema de la Anestesia Potencializada. Laborit y Huguenard, médicos franceses que posteriormente nos visitaron, fueron los autores del método, que consistía en inhibir el sistema neurovegetativo, abatir el metabolismo basal, sedar el psiquismo y potencializar el efecto de los anestésicos. Esto se resumía en una ecuación: Neuroplegia + Anestesia = Anestesia Potencializada. Años después y bajo un pensamiento parecido, surgiría la Neuroleptoanalgesia.

Por último, quiero referirme a la dignificación del examen preanestésico, por el que siempre he luchado. Ya les referí cómo en tiempos en que era completamente desconocido, lo señalaba como una parte de nuestro trabajo y en el Curso de Actualización que siguió al V Congreso Mexicano de Anestesiología de 1954, iniciaba

dicho Curso con el examen preanestésico, como una base esencial para obtener una buena anestesia. Creo, además, que he sido uno de los primeros en pedir la cooperación rutinaria de un cardiólogo para dicho examen y en el año de 1953, presentaba un trabajo en el que hacía ver las ventajas de dicha asociación en 640 exámenes practicados en esa forma. (Gaceta Médica de México. T. 83. No. 6. Nov.-Dic. 1953).

No quiero fatigar más la atención de mis oyentes y pongo fin a esta revisión, que como es natural, para los jóvenes que me han hecho el favor de escucharme, quizás tenga poco interés, ya que ellos fijan su vista en el futuro y están ansiosos de novedades; pero al transcurrir de los años, apreciarán el esfuerzo de sus predecesores y admirarán el que hayan podido trabajar con elementos tan rudimentarios.

En cambio, los que hemos vivido largos años, volvemos la vista atrás, porque el horizonte es amplio y lleno de recuerdos y el que se nos presenta adelante, es ya corto y limitado.

Queden esas fechas como etapas para el desarrollo de la Anestesiología en México y como decía al iniciar estas líneas, sólo tienen el mérito de ser páginas vividas intencionalmente, en un afán de progreso.

México, 3 de junio de 1968.

