

# Resúmenes Bibliográficos

*Purkis, I. E.*—HYPERPYREXIA DURING ANAESTHESIA IN A SECOND MEMBER OF A FAMILY, WITH ASSOCIATED COAGULATION DEFECT DUE TO INCREASED INTRAVASCULAR COAGULATION.—The Canadian Anaesthetist's Society J. Vol. 14, No. 13, pág. 183, May. 1967.

El estudio del presente caso clínico aunque raro, fue objeto de numerosos reportes; en él se encontró tendencia familiar a la hipertermia como reacción anormal a la Succinilcolina, y alteración en los mecanismos de la coagulación sanguínea.

Una mujer de 34 años de descendencia francocanadiense intervenida por una biopsia en el seno izquierdo, seguida de mastectomía radical, en condiciones preoperatorias satisfactorias, recibió medicación preanestésica una hora antes (meperidina, atropina), con constantes vitales en límites normales. La anestesia se indujo con thiopentane seguida de 60 mg. de succinilcolina, presentando en lugar de fasciculaciones normales, hipertermia generalizada, hipertonia y espasmos carpopedales, el laboratorio reportó Hb. en orina, lo que sugirió hemólisis intravascular.

La paciente presentó grandes cambios tensionales, de frecuencia cardíaca, presión venosa central, y disminución de la coagulación intravascular.

Se administró plasma, fibrinógeno e hidrocortisona con nulos resultados falleciendo la paciente. La autopsia reveló congestión y edema pulmonar, y un hematoma

subdural reciente, probablemente terminal.

En vista de una posible tendencia familiar a la hipertermia, se investigaron los familiares para valorarlos por una posible anestesia.

Un sobrino de la paciente (hijo de una hermana) murió de hipertermia seguida a la anestesia.

A otra hermana de la misma se le practicó histerectomía vaginal recibiendo succinilcolina y presentó fiebre al segundo día pero sin alteraciones de la coagulación sanguínea.

Se pensó en las posibilidades de que en algunos casos hay reacciones anormales a la succinilcolina y se desencadenara cambios en los mecanismos de la coagulación los que a su vez fueron precursores de la hipertonia.

Cullens reportó un caso con hemorragia del tubo gastro intestinal, y hematuria asociados a hipertonia.

Se reportó el caso de dos miembros de una familia de diez hijos con reacción severa posiblemente asociada a hipertonia posterior a la administración de succinilcolina.

En el Hospital Center de Canadá se reportaron numerosos casos lo que hace suponer que esta reacción sea más frecuente en la descendencia franco canadiense.

Los mecanismos de acción de la succinilcolina fueron muy discutidos en la producción de la hipertonia y la fiebre.

*Dra. Elia Murillo C.*

*Moore, C. D.*—THE PRESENT STATUS OF SPINAL (SUBARACHNOID) AND EPIDURAL (PERIDURAL

BLOCK: A COMPARISON OF THE TWO TECHNIQS. — Anesthesia and Analgesia. Vol. 47. No. 1, p. 40: 49, Jan. Feb. 1968.

En este trabajo se realizó un estudio comparativo entre el bloqueo espinal (subaracnoideo) y el bloqueo Epidural (Peridural), ya que hay argumentos considerables en pro y en contra de ambos.

El bloqueo espinal no se usa en muchos hospitales ni en cirugía obstétrica debido a sus complicaciones (cefalea y parálisis) que son muy conocidas por el vulgo, dando lugar en algunos países a juicios médico legales.

Se estudiaron 17,386 pacientes con bloqueo espinal y 7,286 con bloqueo epidural, empleando para ambos dosis simples y catéter continuo. Los agentes anestésicos y dosis fueron similares para ambas técnicas. Se agregaron vasoconstrictores del tipo de la epinefrina con objeto de prolongar el tiempo de anestesia quirúrgica se alcanzó de 10 a 12 minutos en el bloqueo espinal y de 15 a 25 en el bloqueo epidural. Se tuvo duración aproximada de 75 a 105 minutos para ambas.

Las complicaciones más frecuentes fueron:

- 1.—Hipotensión: en ambos bloqueos, antes y durante la cirugía; siendo más frecuente e intensa en el bloqueo epidural (21.49%) que en el espinal (10.6%); la hipotensión es explicable por varios factores pero principalmente por el nivel que alcanza en los dermatomos.
- 2.—Analgésia incompleta: 0.48% para el espinal y 3.13 para el epidural.
- 3.—Reacciones tóxicas: En el bloqueo espinal no hubo y en el bloqueo epidural 0.08% consistentes en convulsiones, inconsciencia, desorientación; los que res-

pondieron a la administración de O<sub>2</sub> sin suspenderse la intervención.

- 4.—Paro cardíaco: Que en ningún caso se imputó al bloqueo en sí.
- 5.—Cefalea: Muy frecuente en el bloqueo espinal 0.069% explicable por el derrame del líquido cefalorraquídeo; y presente en el epidural cuando se perforó inadvertidamente la duramadre.
- 6.—Prolongación de la analgesia más de 12 hs.; en el 0.16% en el bloqueo espinal y ninguno en el epidural.
- 7.—Parálisis: No se presentó en el espinal y el epidural en un paciente presentó parálisis bilateral de los músculos cuadriceps.
- 8.—El bloqueo espinal se puede hacer inadvertidamente un bloqueo total espinal debido a: 1o.—No tener la certeza de que la aguja está en el espacio epidural. 2o.—La solución anestésica se emplea a mayor volumen y concentración.

La extensión de la solución anestésica hacia la cabeza es más reversible en el bloqueo espinal que en el epidural. Para una buena analgesia se requiere un nivel de T10, en donde puede haber ligera hipotensión que no amerita tratamiento pero cuando alcanza T4 o cuando se bloquea el ganglio simpático lumbar o los nervios espláncnicos mayor o menor puede haber hipotensión que sí amerita tratamiento.

Con el bloqueo espinal se puede alcanzar hasta T10 usando soluciones hiperbáricas y posición de Fowler.

*Dra. Elia Murillo C.*

*Van Praagh, I. G. L.*—PARACERVICAL BLOCK ANAESTHESIA IN LABOUR. — The Canadian Anaesthetist's Society J. Vol. 14, No. 13, p. 232.

El Bloqueo Paracervical se empleó como un método de analgesia en la primera etapa de Trabajo de Parto en los embarazos complicados. Se esperaba que esa nueva técnica disminuyera el uso de analgésicos de acción central ya que pueden causar depresiones neonatales. La anestesia con Bloqueo paracervical toma las fibras nerviosas de ambos sistemas Simpático y Parasimpático a la entrada de los ligamentos uterosacros por su base.

Se hizo un estudio en un grupo de pacientes primíparas y múltiparas durante la primera etapa del trabajo de parto, con embarazo a término; con presentaciones de vértice, sangrados anteparto anormales, distocias fetales y con historia sugestiva de sensibilidad a las anestésicas locales.

En este trabajo el Bloqueo se aplicó a las parturientas con trabajo de parto establecido con una dilatación cervical de 2 a 10 cm. en algunos casos se necesitó un 2o. bloqueo pero hasta que habían desaparecido los efectos del primero, antes de la 2a. etapa del parto.

Se estudiaron 208 primíparas: 172 fueron tratadas con anestesia general, 36 con anestesia conducida, 31 se manejaron espontáneamente, 157 con fórceps bajo, 13 con fórceps medio y 7 con cesárea.

De 169 múltiparas: 120 se trataron con anestesia general, 36 con anestesia conducida y 13 no recibieron nada; 51 tratadas espontáneamente, 112 con fórceps bajo, 3 con fórceps medio y 3 por cesárea.

La duración de cada etapa de labor fue de límite normal lográndose analgesia aceptable.

En 366 pacientes se rompieron las membranas al mismo tiempo de aplicar el bloqueo; en el 87 por ciento la dilatación cervical estaba entre 4 y 8 cm. y en todos los casos apareció una disminución transitoria en la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas después del bloqueo. La

dilatación cervical no se modificó por el bloqueo como se había sugerido. La T. A. no sufrió modificaciones, y en cuatro pacientes hubo bradicardia total transitoria.

Se observó que en el 85% de las primíparas el bloqueo duró de 31 a 120 minutos y el 5% duró más de 120; en las múltiparas en el 89% duró de 31 a 120 minutos y en el 31% más.

No hubo complicaciones maternas significativas, algunos reportes han mencionado colapso vascular periférico, neuritis sacra, convulsiones y hematomas en la base del ligamento ancho.

Noventa de los recién nacidos estuvieron en buenas condiciones al nacer, 39 se calificaron con Apgar bajo. Sin poder hacer responsable al bloqueo de estas bajas calificaciones.

*Dra. Elia Murillo C.*

*Underwood, R. J. — EXPERIENCES WITH CONTINUOUS SPINAL ANESTHESIA IN PHYSICAL STATUS GROUP IV PATIENTS.—Anesthesia and Analgesia. Vol. 47, No. 1, p. 18. Jan.-Feb. 1968.*

El presente trabajo estudió la anestesia espinal continua en cinco pacientes con problemas pulmonares avanzados y/o patología cardiovascular, estados tóxicos por sepsis o uremia y probablemente hipovolemia por deshidratación o anemia; con riesgo alto de muerte en el trans o postoperatorio.

La anestesia espinal continua fue descrita por primera vez por Lemmon en 1941 y posteriormente modificada por Tuohy; originalmente se ideó para dar anestesia por tiempo prolongado.

El método reunió tres características importantes para este tipo de pacientes sin importar el tiempo quirúrgico.

- 1o.—Control preciso del nivel de la sensibilidad y bloqueo del simpático.
- 2o.—Dar al paciente la posición requerida antes de la anestesia.
- 3o.—Duración breve de la anestesia en el postoperatorio con el uso de un agente de acción corta como la procaína.
- 3.—No movilizar al paciente inmediatamente después de la aplicación de la dosis anestésica.
- 4.—Control cuidadoso de la tensión arterial, durante los primeros 10 a 15 minutos. No recomendándose el uso de vasopresores I.M. por ser la reacción impredecible y producir hipertensiones postoperatorias.

#### M E T O D O :

- 1.—Posición para punción lumbar en decúbito lateral o sentado.
- 2.—Colocación del catéter en el espacio subaracnoideo con una aguja de Tuohy a nivel de los espacios L2, L3 ó L3, L4 en la porción baja del saco dural evitando los bloqueos altos o segmentarios.

- 5.—Canalización adecuada de una vena.
- 6.—De ser posible extracción de 10 ml. de L.C.R. al final del procedimiento para terminar más rápido la anestesia.

La selección de la anestesia dependerá principalmente de los antecedentes del paciente, tipo de intervención, estado actual del enfermo y habilidad del Anestesiólogo, argumentos que hablarán en favor de una u otra técnica de anestesia.

*Dra. Elia Murillo C.*

