

# Editorial

**L**A evolución de la anestesia en poco más de tres decenios, los últimos, y los progresos quirúrgicos a los que ha colaborado, en las distintas especialidades, se antojan maravillosos. Desde la época no lejana del Ombredane, hasta nuestros equipos actuales, hemos asistido a numerosos “descubrimientos” y “pasos” cuya simple enumeración, con el elemental tributo a sus autores, no nos sería posible intentar en el espacio lógico de un editorial.

Sin embargo, tratando de enfocar un poco a la ventilación pulmonar, recordaremos que desde la época de las cámaras de hipopresión de Sauerbruck y de hiperpresión de Brauer (1904), después la baronarcosis, más tarde la anestesia con presión intermitente e insuflación rítmica de Yiertz y el uso del espiropulsator de Frenckner-Craford, y luego la sustitución de la anestesia profunda y apnea por hiperventilación y absorción de CO<sub>2</sub>, por la curarización; se ha llegado al estado actual de perfeccionamiento de las técnicas de ventilación pulmonar transanestésica, que han permitido, junto con otros procedimientos, las más audaces intervenciones quirúrgicas que hoy día se practican en nuestros quirófanos.

Este estado de cosas hace que cada día el equipo del anestesiólogo se complique más, hasta hacer casi imposible su traslado de un quirófano a otro. Nos referimos, claro está a la práctica no institucional de la anestesia; pues en todos nuestros grandes hospitales el problema de aparatos no existe, como no sea para su conservación, y ésto también tiene lo suyo. Pero al hilvanar estas líneas nos referimos a la práctica privada en pequeños —aunque en ocasiones elegantes— sanatorios, a los cuales el anestesiólogo ha de llevar su propio equipo.

Existe una gran variedad de respiradores, desde el Engström hasta el Minivent. De todos ellos, el que nos parece que resuelve el problema, muy nuestro, de ventilación transanestésica a un paciente, debiendo llevar consigo el equipo, es el respirador de Takaoka, conocido y empleado en nuestro país durante el último decenio.

*Takaoka, hace 20 años en el Brasil, diseñó un respirador mecánico para la respiración del recién nacido; posteriormente lo modificó para ser empleado en anestesia para pacientes de cualquier edad, anestesia endovenosa en la cual se emplean toda clase de drogas capaces de lograr la hipnosis y analgesia, manejando la ventilación pulmonar mecánicamente por método abierto mediante la apnea por relajantes. Posteriormente Takaoka ideó el Vaporizador Universal que permite el empleo de vapores anestésicos a altos flujos, a través del propio respirador, lo que amplía la gama de combinaciones anestésicas.*

*Finalmente, el incansable genio creador de Takaoka, acaba de lanzar el ventilador espirométrico, que es una unidad respiratoria con ciclaje a volumen, a presión y a volumen con presión limitada, usando oxígeno puro o mezclas de aire-oxígeno en concentraciones conocidas y humidificadas mediante el micronebulizador; pudiéndose usar con reinhalación o sin ella. Esperamos en un corto lapso, que este nuevo equipo sea de uso corriente en nuestro medio.*

*Estas líneas han sido pergeñadas en obsequio al interés de nuestros compañeros anesthesiólogos de todo el país que desean información relativa a este respirador y para quienes ofrecemos en este número de nuestra Revista, el magnífico trabajo de! Dr. Juan Pablo Lacour —prestigiado anesthesiólogo de la hermana República de la Argentina— titulado: Ventilación Controlada y el Respirador de Takaoka.*

*Hacemos patente nuestro reconocimiento, tanto a la Sociedad Argentina de Anesthesiología, como a la Revista Argentina de Anesthesiología y al propio Dr. Lacour, por haber otorgado su anuencia para publicar este trabajo que es considerado como el más completo y que sintetiza la experiencia más abundante al respecto.*

DR. ALFONSO SUÁREZ Y MUÑOZ-LEDO.

