

El uso de la neuroleptoanalgesia en cirugía y oncología

DR. CARLOS OLLIVIER ROMERO*

A través de la historia de la anestesiología, se ha tratado de encontrar el anestésico ideal para todo tipo de pacientes, habiéndose encontrado hasta la fecha infinidad de productos químicos, los que aunque olgran el fin anestésico, aún no se encuentra el que ofrezca 100% de seguridad al paciente, cirujano y anesthesiólogo, ya que todos presentan inconvenientes, por lo que constantemente se busca un anestésico mejor.

Se trata de encontrar un anestésico que bloquee totalmente el dolor, provocando una anestesia en un plano adecuado, deprimiendo menos los centros nerviosos y que dé una mejor efectividad de nuestros signos vitales a la terminación del acto quirúrgico, lo que traerá como consecuencia un mejor postoperatorio.

He escogido para este estudio la neuroleptoanalgesia, (Nla) el uso de un neuroléptico y de un analgésico, que se usa por vía endovenosa en cirugía, produciendo hipnosis y analgesia con una desconexión moderada que produce hiporreflexia y una estabilidad neurovegetativa que mantiene al organismo en límites aceptables de defensa

armoniosa, en contra de la agresión. Se observa como característico de este tipo de anestesia el bloqueo parcial de los reflejos neurovegetativos, así como la analgesia obtenida por la combinación de ambas drogas: dehidrobenzoperidol y fentanil.

El grado de Nla fue favorable y eficaz; dichas sustancias actúan selectivamente sobre la formación reticular, el tálamo y el hipotálamo sin ejercer influencia depresora general sobre el organismo. Debido a esta propiedad la Nla destaca notoriamente sobre las anestésias generales o narcosis clásicas obtenidas por el uso de anestésicos volátiles o por la administración endovenosa de los derivados conocidos del ácido barbitúrico. Estas sustancias actúan de una manera intensa sobre el metabolismo energético de todas las células del organismo, por una disminución de la intensidad de los procesos de oxidación en favor de los procesos metabólicos intermediarios, ellos transforman las reacciones orgánicas de la fosforilación y la oxidación.

Las intervenciones realizadas con Nla. fueron de la mayoría de las especialidades: Gastroenterología, ginecología, oftalmología,

* Torreón, Coah.

otorrinolaringología, urología, ortopedia, cirugía reconstructiva, oncología, neurocirugía, angiografías, neumoencefalografías, tiroidectomía, cirugía general y casos de urgencia.

Medicación preanestésica.—La premedicación fue de lo más variada, según las diferentes intervenciones. Se premedicó con: Innovan, innovan + atropigen, innovan + escopolamina, fentanest + atropigen, meperidina + escopolamina, meperidina + atropigen, meperidina + fenergán + atropigen y usando una de las drogas anteriores.

En todos los casos de las diferentes especialidades, la premedicación hecha con innovan únicamente fue la más satisfactoria, además estos pacientes consumieron menor dosis de la profusión endovenosa de dehidrobensopeidol y fentanyl durante la primera hora de anestesia. La aplicación de la medicación preanestésica se llevó a cabo durante los 45 a 60 minutos anteriores al goteo de la mezcla de N1a se vigilaron los constantes vitales en las salas de preanestesia, sin haberse encontrado ningún cambio tensional importante, ni variaciones de pulso o en la respiración, con las dosis administradas. En los adultos se administraron alrededor de 75 a 100 mg de dehidrobenzoperidol por kg de peso y la relación en que el innovan contiene al fentanyl de 50/1 por vía intramuscular.

Estado general de los pacientes.—El estado general de los pacientes fue muy variado, encontrándose la mayoría de los enfermos entre el riesgo. 2 y 4; en las urgencias se consideró un riesgo alto ya que además de su padecimiento presentaban agravantes co-

mo desnutrición, deshidratación, hipovolemia, etc.

Duración de la anestesia.—La N1a fue usada tanto en operaciones sencillas, de corta duración, como en cirugía mayor de alto riesgo, siendo estas últimas las que consideró más adecuadas para la N1a ya que disminuye los riesgos al presentar muy pocas variantes tensionales, además de la ausencia casi total de vómitos y la tranquilidad características de este tipo de anestesia.

Neuroleptoanestesia.—El término N1a como Castro y Mundeller lo restringieron se entiende una analgesia utilizada para cirugías simples y durante las cuales el paciente contesta a preguntas sencillas. Esto es factible al usarse en exploraciones radiológicas de larga duración, como las de neurocirugía, neumoencefalogramas, angiogramas, broncoscopias, curaciones de quemados, etc. Este método es muy útil, ya que no representa el riesgo de la depresión profunda de la anestesia general o del uso de fármacos que complican el estado general del paciente. Designaremos pues como neuroleptoanestesia al estado en el que el paciente pierde absolutamente la conciencia, y que va a ser sometido a una cirugía mayor de larga duración, con el uso de relajantes musculares, intubación, respiradores automáticos, en posiciones quirúrgicas de gran variedad, la pérdida de la conciencia representa comodidad y confort para el paciente.

La pérdida absoluta de la conciencia se logra solamente con la aplicación de otro tipo de anestésico o fármaco, por lo que actualmente se considera a la N1a una técnica de anestesia basal endovenosa, en un

mejor estado de conservación de la omeostasis del paciente.

Técnicas utilizadas.—Se tuvo como base la combinación de dehidrobenzoperidol y del fentanil, siendo utilizado con la administración de los más variados agentes anestésicos, probando que se pueden obtener magníficos resultados utilizando innovan, o cada una de las drogas por separado en combinación con otros agentes. Las técnicas susadas fueron:

Innovan, innovan + halotano, innovan + ciclopropano, innovan + fentanil, innovan + metoxifluorano.

Agentes de inducción.—La inducción de la N1a se logró en la mayoría de los casos con el goteo de innovan, en los restantes se usó un tiobarbiturato y se continuó con innovan. La dosis total de las drogas administradas deben estar en relación con la duración de la intervención, cuya relación fue exacta. En algunos casos de la N1a como método anestésico se utilizó un respirador aka-oka, u otro tipo de respiradores.

Presión arterial.—La presión arterial tuvo cambios de 10 a 40 mm de Hg como alza máxima, siendo más frecuente durante la primera hora de la administración de la anestesia y estando esto condicionado a varios factores que deben estudiarse detalladamente. Las bajas de tensión arterial oscilaron entre 10 y 20 mm de Hg estabilizándose, o bien volviendo a la presión arterial inicial, dichas bajas se registraron con mayor frecuencia durante la primera hora de cirugía, que las alzas de la presión; estando esto en concordancia con estudios realiza-

dos sobre la acción de la N1a sobre el sistema cardiovascular en el hombre y con los que indican que los pacientes en mal estado general soportan el método sin modificaciones importantes del sistema cardiovascular o del sistema vascular periférico.

Sobredosificación.—En los anales de la N1a se conoce el siguiente caso:

En una paciente de 60 años, con 85 kg de peso, hipertensa, (200/160) y pulso de 76 por minuto, con diagnóstico de colesistitis calculosa, se administraron 94 mg de innovan en 2 horas que duró la operación, goteo endovenoso continuo, más la administración de N₂O y respirador de Taka-Oka. Al terminar la operación, ya sin el goteo intravenoso se succinilcolina, que en total se pasaron 400 mg en las 2 horas, y sin el goteo de innovan, que se retiró 15 minutos antes de terminar, se notó que la respiración no era eficaz y satisfactoria en una forma espontánea, que permanecía con miosis y que no respondía a preguntas simples. En este caso se aplicó nalilmorfina y un analéptico cardiorrespiratorio. Aparece respiración espontánea de 18 por minuto y se desintuba oxigenando con mascarilla y después pasándola a la sala de recuperación con los signos vitales de su ingreso a la sala de operaciones. En la sala de recuperación después de 5 minutos se valora el estado de la paciente y ésta responde a preguntas simples con movimientos de la cabeza. Cinco minutos después presenta dificultad en la expansión del tórax por espasticidad muscular con hipertonia que se generaliza. A la exploración se nota hiperreflexia tendinosa y aparición de movimientos de descebración (contorsiones). Continúa así por

60 minutos en que las características hicieron pensar en el cuadro que ya hemos descrito, como de descerebración. Sin embargo la enferma a los 60 minutos responde a preguntas simples y después de una hora más el cuadro disminuye y desaparece, observándose una midriasis discreta y reflejos a la luz y el corneal presentes. El estado de la conciencia se calificó como casi normal y así continuó por espacio de dos horas, somnolienta, con respiración normal y analgesia en la herida quirúrgica, recuperándose totalmente después.

Relajantes musculares.—Se han usado la gallamina y el dicloruro de succinilcolina para facilitar la intubación endotraqueal y combatir la rigidez ocurrida al iniciar la N1a. Es interesante hacer notar que con la dosis correcta, pero administrada rápidamente en el goteo de la N1a aparece más frecuentemente la cianosis o rigidez del tórax; el dicloruro de succinilcolina se utilizó en goteo endovenoso y fue limitado casi siempre a los procedimientos quirúrgicos más breves en los que se necesitó la relajación muscular; la gallamina se usó por vía endovenosa en la mayor parte de los casos de cirugía de larga duración.

Contraindicaciones.—La aplicación de la N1a se contraindica en los siguientes casos:

Pacientes que han recibido tratamientos prolongados de narcóticos o tranquilizantes.

Pacientes con patología extrapiramidal, los que deben ser objeto de estudios especiales con electroencefalogramas.

Obstetricia.—En la que no considero favorable para el producto. Pacientes con sensibilidad al medicamento.

Recuperación postanestésica.—El promedio del tiempo de recuperación fue de 6.5 minutos a los cuales al visión es borrosa, la conciencia aún no queda muy lúcida y la coordinación de los movimientos no está completamente restaurada; el bloqueo de los núcleos centrales, provocan falta de acomodación y reflejos oculares, miosis e incoordinación de los movimientos. Se presentaron pocos casos de recuperación tardía (15 minutos máximo) lo que se explica por el mal estado general de estos pacientes, ya que no hubo relación concluyente entre la recuperación tardía y la anestesia administrada.

Los pacientes anestesiados con N1a causaron magnífica impresión, puesto que podían ser despertados fácilmente y sus constantes vitales se mantuvieron sin variación. Y por lo que considero más importante del método: Ausencia casi absoluta de vómitos, la tranquilidad y la no excitabilidad, así como la ausencia de dolor en la herida quirúrgica durante las 6 u 8 horas siguientes al uso de la N1a. Debe contraindicarse el uso de analgésicos, morfínicos y otros en esas primeras 6 u 8 horas, debiendo administrarse posteriormente en dosis mínimas de meperidina en dosis hasta 10 veces menor de lo habitual con lo que se obtuvo magnífica analgesia por varias horas. Para el recobro de los pacientes se utilizó nikitamida (10 mg) y la nalorfina (5 mg).

LA NEUROLEPTOANALGESIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PADECIMIENTOS ONCOLÓGICOS.

Se ha usado la Nla en un grupo de pacientes ambulatorios, con un proceso oncológico con metástasis o sin ellas, los que padecen dolores muy intensos; a dichos pacientes ya se les había administrado derivados de la morfina a los que no presentaron respuesta favorable. Se les administró la Nla usando innovan por vía intramuscular en dosis de 2 cm (tal como se hace en la medicación preanestésica) cada 6 u 8 horas y presentaron una analgesia total y se observó también un cambio muy favorable en su estado anímico, disminuyendo considerablemente la angustia existente dentro del cuadro clínico. Con la aplicación de dichas dosis se continuó por un lapso que varió entre 2 y 7 días mientras desapareció la crisis dolorosa. Es interesante hacer notar que después, durante un período de 2 a 3 semanas se mantuvo magníficamente la analgesia sin necesidad de la aplicación de ninguna dosis de innovan. Renovándose en seguida el tratamiento en la forma indicada siguiéndose a continuación otro período de interrupción del mismo; así sucesivamente hasta ocurrir el deceso del paciente. Con el uso de la Nla en este tipo de pacientes se logra una analgesia eficaz y al influir en el ánimo del paciente se consigue un tratamiento adecuado en un clima de tranquilidad.

RESUMEN

Se presenta un estudio basado en la neuroleptoanalgesia (dehidrobenzoperidol y fentanil). La acción analgésica y anestésica

fue satisfactoria y permitió toda clase de intervenciones quirúrgicas, prefiriéndose su uso para cirugía programada para larga duración.

La neuroleptoanalgesia se usó en estudios radiológicos y en cirugía de menor riesgo, en los que el paciente responde a preguntas simples durante la intervención.

La neuroleptoanalgesia se asoció a otros agentes anestésicos, curarizantes, respiradores, etc., para cirugía de alto riesgo y larga duración.

La medicación preanestésica fue muy variada, resultando más satisfactoria cuando se usó solamente innovan, observándose además que dichos pacientes consumieron menor cantidad de la solución de neuroleptoanalgesia.

La dosis total administrada debe estar en relación con la duración de la intervención quirúrgica.

Las técnicas utilizadas para la inducción de la neuroleptoanalgesia fueron: Con goteo de innovan, o bien con un tiobarbiturato y continuando con innovan.

Se cita un caso de sobredosificación de los anales de la neuroleptoanalgesia, con recuperación completa.

La respuesta cardiovascular se reporta sin cambios importantes en la presión arterial y el pulso.

Como relajantes musculares se usaron la gallamina en cirugía de larga duración y el dicloruro de succinilcolina en casos simples.

Contraindicaciones: Pacientes con tratamiento prolongado de tranquilizantes o narcóticos, pacientes con patología extrapiramidal, obstetricia y pacientes con sensibilidad al medicamento.

La recuperación postanestésica es muy rápida (promedio de 6.5 minutos) y se caracteriza por tranquilidad, ausencia de vómitos y analgesia postoperatoria de 6 a 8 horas, durante las que se contraindica el uso de analgésicos morfínicos y narcóticos, empleándose luego en dosis mínimas.

Aplicando la neuroleptoanalgesia a pacientes con procesos oncológicos en dosis como la empleada para la premedicación anestésica, cada 6 u 8 horas produce una analgesia total. No debe usarse más de 10 cm en 24 horas. ras un tratamiento de 2 a 7 días desaparece la crisis dolorosa y du-

rante 2 ó 3 semanas, sin la aplicación de neuroleptoanalgesia continúa el efecto analgésico, por lo que considero muy útil el uso de la neuroleptoanalgesia en este tipo de pacientes.

SUMMARY

A study based in neuroleptoanalgesia (dehydrobenzperidol and fentanyl) is presented. Analgesic and anesthetic actions were satisfactory and allowed all classes of surgical interventions; its use is best for long lasting surgery. Neuroleptoanalgesia was used for roentgenologic studies and low risk surgery in which the patient answers to simple questions during surgery. NLA was associated to other anesthetic agents, curarizant agents, respirators, etc. for high risk and long duration surgery.