

CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA NEUROLEPTOANALGESIA Y OTRAS TECNICAS CON ANESTESIA GENERAL SIN AGENTES INHALATORIOS

ES innegable que la técnica anestésica que alcanzó la celebridad en todo el mundo, es la Neuroleptoanalgesia, sin embargo ésta no es producto de la "generación espontánea", ya que son innumerables los antecedentes que la preceden. Tampoco es el fruto último de la línea de investigación a la que pertenece, sino que es un eslabón que ha servido de antecedente a otras técnicas y conceptos anestésicos más evolucionados. En todo lo anterior reconocemos como meta primordial la intención de disminuir o evitar el empleo de gases anestésicos, a fin de suprimir su toxicidad al paciente como al equipo médico y paramédico que labora en quirófano; además anular concomitantemente la agresión representada por el trinomio enfermedad, cirugía y anestesia, lo que en otros términos conocemos como protección neurovegetativa.

En términos generales podemos afirmar que la Neuroleptoanalgesia es la heredera de métodos anestésicos que la antecedieron, el antecedente común para el logro de conceptos y técnicas más ambiciosas.

Crile, sabedor de la existencia y la posibilidad de inhibir los reflejos nociceptivos consecuentes del trinomio anteriormente mencionado, en el año de 1920 propuso un método anestésico al cual denominó "Anoci-association", que comprendía una anestesia general asociada a una anestesia local, logrando también disminuir la dosis de anestésicos generales y sus efectos indeseables. Posteriormente Lundy en el año de 1926, preconizó la expresión "anestesia balanceada", para referirse al método de Crile, al cual tan sólo le añadió una buena medicación preanestésica. Más tarde Griffin (1943) introdujo el curare a la técnica de Crile y modificada por Lundy, con lo que se logró sustancialmente disminuir los gases anestésicos. El año de 1947 fue trascendente en la Anestesiología, ya que Neff incluye la Meperidina y el óxido nitroso al método anterior, y excluye a los anestésicos inhalatorios. En 1951, Gray y Geddes proponen la "Relaxation Anesthesia", que consiste en hiperventilación durante una anestesia general compuesta de: barbitúrico, analgésico narcótico, curare y óxido nitroso. En el mismo año (1951), Laborit integró los trabajos de Reilly en torno a los reflejos nociceptivos, con los de Selye sobre la capacidad de adaptación ante una agresión, considerando el importante papel que juega el sistema nervioso vegetativo y el endócrino en el desarrollo de la anestesia proponiendo la facilitación de la misma mediante sinergias medicamentosas a base de neurolépticos como potenciadores y protectores neurovegetativos.

Basado en lo anterior, Huguenard (1952), desarrolla la técnica que denominó Neuroplegia, mediante "cocteles líticos", que inducen a una "hibernación artificial". En 1957 Deligne, al introducir la Dextromoramida a la anestesiología, inicia el empleo de los analgésicos narcóticos mayores. Simultáneamente Janssen pone en manos de De Castro y Mundeleer el fruto de su más reciente síntesis farmacológica: el citrato de Fentanyl y el Dehidrobenzoperidol, que le permitieron desarrollar una técnica que denominó Neuroleptoanalgesia, muy evolucionada, desprovista de muchos de los inconvenientes de los que la precedieron y reproducible en la mayoría de los pacientes, para muy variados procedimientos quirúrgicos en cualquier medio y por cual-

quier anestesiólogo. Por estas razones rápidamente se popularizó, permitiendo la celebridad a Janssen, De Castro y Mundeleer.

A partir de 1957, gracias a los avances logrados por Deligne y De Castro, florecieron múltiples proposiciones acerca de cómo obtener mayores beneficios de estas drogas. El término de Ataranalgesia (del griego atarache = ausencia de alteraciones del alma), se debe a Hayward-butt (1975); el de Narcoataralgia a Du Calier (1959) y el de Anestesia general vigil a Deligne (1961), describiendo todos ellos y otros autores más, métodos caracterizados por una analgesia central potente, una narcosis ligera y una eficaz protección neurovegetativa. De Castro y Viars (1968), describen la Anestesia analgésica y en forma complementaria acuñan también términos que quedan englobados en éste: Anestesia analgésica potencializada y Anestesia analgésica secuencial. Consistiendo en métodos anestésicos a base de morfínosímiles, que en ocasiones son potencializados por otros fármacos (anestesia analgésica potencializada) y que en ocasiones se revierte el efecto depresor respiratorio con antimorfinicos (anestesia analgésica secuencial).

Todavía De Castro y otros autores (1975) han hablado de dosis verdaderamente elevadas de morfínosímiles (150 mcgrs/kg/hora), en el caso del Fentanyl, con objeto de proporcionar una protección neurovegetativa al 100%. En este intento, el mismo De Castro ha asociado a los narcóticos, antagonistas de la serotonina a fin de nulificar los efectos nocivos resultantes de la agresión.

Este camino de la anestesia a base de morfínosímiles no ha sido transitado hasta el logro de sus objetivos y en el futuro veremos otros avances gracias a la síntesis farmacológica, al conocimiento mayor de los opioides endógenos y otras sustancias generadas en el seno del organismo, así como por la labor cotidiana que el anestesiólogo clínico desarrolla en quirófano.

CARLOS R. MORENO ALATORRE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA
E INHALATORAPIA DEL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA, CMN.