

PAPEL DEL ANESTESIOLOGO DURANTE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS EN APARATO DIGESTIVO ALTO Y APARATO RESPIRATORIO

Conforme las técnicas endoscópicas sobre aparato digestivo y respiratorio han sido enriquecidas mediante la inclusión de aparatos y conceptos cada vez más evolucionados (como la fibra de vidrio, el rayo laser y la ventilación de alta frecuencia y baja presión), también se ha hecho conveniente la inclusión del médico anestesiólogo dentro del grupo. Lo anterior reviste mayor importancia en tanto el paciente tenga edad pediátrica, aunque existen cada vez más casos de pacientes adultos en que se solicita la presencia del anestesiólogo durante el procedimiento endoscópico.

Esto es debido a que se reconoce por una parte que tales procedimientos no están exentos de riesgo, que pueden presentarse incidentes y accidentes, y por otra parte cuando éstos se presentan uno de los médicos mejor adiestrados para su detección y tratamiento es el anestesiólogo, a más de tener la capacidad y conocimiento farmacológico para proporcionar ansiólisis, hipnosis, analgesia, anestesia, relajación muscular, asistencia y control de la ventilación por métodos habituales y tener los fundamentos fisiológicos para realizar ventilación por métodos no comunes. Son éstas algunas de las razones por las cuales queda plenamente justificada la inclusión de un médico anestesiólogo en este grupo.

Sin embargo esta inclusión no está exenta de problemas y es menester que exista una comunicación excelente entre el médico endoscopista y el anestesiólogo, ya que esta asociación que tantas cosas tiene en común compete en ocasiones parcialmente por el dominio de la cavidad oral y consecuentemente de las vías aéreas.

Debe ser premisa principal del grupo el beneficio y la mejoría de calidad de vida del paciente. Conviene al anestesiólogo conocer con razonable detalle el caso, a menos que sea una verdadera urgencia que ponga en peligro la vida del paciente como es la "obstrucción total de vías respiratorias" que puede provocar paro respiratorio o cardiorespiratorio. Conviene también la observación de los requisitos preoperatorios instituidos para cualquier tipo de cirugía, teniendo en cuenta como mínimo lo siguiente: ayuno adecuado a la edad del paciente, fórmula roja, pruebas de coagulación, otros exámenes de laboratorio y gabinete necesarios.

El anestesiólogo deberá establecer un plan de manejo tomando en cuenta las circunstancias del paciente, del lugar en donde se realiza el procedimiento, el tipo del procedimiento y la capacidad del endoscopista.

Ponerse de acuerdo con el endoscopista y aceptar sus condiciones de trabajo siempre que sea posible. Deberá disponer de equipo completo de intubación y ventilación pulmonar y los fármacos necesarios. En ocasiones se podrá intubar tráquea y así mantener la vía aérea bajo control, en cuyo caso el procedimiento anestésico no tendrá mayor dificultad. Pero hay ocasiones en las que el endoscopista tiene que trabajar sobre vías aéreas y necesita el dominio completo de éstas, ante estas condiciones el anestesiólogo tiene las siguientes opciones:

— Paciente previamente traqueostomizado: realizará la inducción anestésica con o sin depresión de la función respiratoria, intubará tráquea para poder ventilar adecuadamente.

— Paciente sin traqueostomía: ansiolisis, analgesia y aún hipnosis, con mantenimiento de la función respiratoria en forma autónoma. Debe proporcionarse un ambiente rico en oxígeno. El endoscopista debe estar dispuesto a intubar al paciente e inclusive permitir su ventilación en cualquier momento, cuando esta necesidad se presenta es prioritaria sobre el procedimiento endoscópico.

— Intubación con un tubo de calibre pequeño, se logra ventilación suficiente.

— Paciente bajo hipnosis y relajación muscular para ventilación de alta frecuencia y baja presión (no es actualmente en nuestro medio un procedimiento clínico habitual).

Las situaciones más comunes son paciente previamente traqueostomizados, que como ya se mencionó antes no presentan problemas de manejo. El paciente sin traqueostomía que debe permanecer durante el procedimiento bajo hipnosis, analgesia y con ventilación espontánea, puede manejarse con asociaciones a base de morfinosímiles y otros psicotrópicos en un buen porcentaje, sobre todo cuando se tiene la opción del empleo de antagonistas de los morfinosímiles (Clorhidrato de naloxona). Cada anestesiólogo practica una asociación y tiene una bien ganada experiencia con ella y en tanto no exista contraindicación para su uso podrá emplearla.

Por último existe también la posibilidad de colaborar durante una broncoscopia, en tales casos el anestesiólogo realizará oxigenación previa a la inducción anestésica y permitirá al endoscopista la introducción del broncoscopio y podrá ventilar al paciente por el ramal lateral del mismo.

Tomando en cuenta las anteriores recomendaciones nuestra labor dentro de este grupo médico será más útil y apreciada.

CARLOS R. MORENO ALATORRE

Jefe del Departamento de Anestesiología y

Terapia inhalatoria. Hospital de Oncología C.M.N.