

APORTACION DE WALLER Y KAPLAN EN LA EVALUACION Y MANEJO ANESTESICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

El tratamiento quirúrgico de padecimientos cardíacos o no, en pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC) preexistente, es un problema complejo para los médicos tratantes, en virtud de lo abrumador de las estadísticas reportadas, de la frecuencia con que estos enfermos presentan en el periodo perioperatorio, datos clínicos y de gabinete, de isquemia del miocardio, infarto agudo del miocardio (IAM) e inclusive "muerte súbita".

Se refiere que la frecuencia del IAM en el perioperatorio de pacientes que previamente no han sufrido un infarto, es hasta 1%. También se ha reportado que hasta el 7% de los pacientes sometidos a cirugía y que previamente han tenido un infarto se reinfartan y de éstos, entre el 50 y 70% mueren.

Las anteriores cifras pueden considerarse como el resumen de varios reportes de investigaciones realizadas en centros hospitalarios de alta especialidad, de países sin limitaciones de recursos materiales y humanos. De tal forma que lo anterior traduce que estas cifras podrían ser mayores en lugar en donde la vigilancia trans y postoperatoria no es muy sofisticada o bien no cuenta con recursos farmacológicos, humanos y materiales.

Ante estas estadísticas, el médico anestesiólogo no ha permanecido insensible y ha tenido que irrumpir en terrenos de la cardiología, hemodinámica y la cirugía cardiológica, con objeto de conocer no sólo las situaciones nosológicas, repercusiones hemodinámicas e implicaciones quirúrgicas, sino comprender la influencia favorable o desfavorable que sus técnicas y fármacos tienen sobre el paciente con EAC.

La racional comprensión de lo anterior no ha llegado aún a sus consecuencias últimas y sin embargo ya ha dado frutos sustanciosos que permiten al anestesiólogo una práctica científica congruente y complementaria del tratamiento integral.

En la búsqueda de elementos que le permitieran el cada vez mejor manejo del paciente quirúrgico con EAC, la valoración preoperatoria del riesgo A/Q y el estado cardíaco, se convirtió en un método útil para calificar el estado físico general, el estado cardíaco el riesgo de morbimortalidad y una guía para el manejo anestésico en el periodo transoperatorio.

Inicialmente empleó la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), pero pronto comprendió que ésta no llenaba todos los requisitos que necesitaba. Se apoyó en la Evaluación Cardiológica de The New York Heart Association y en el Índice de Riesgo Cardíaco de Goldman, estas dos clasificaciones permitieron un avance en el conocimiento preoperatorio del paciente cardíopata e inclusive anotaron pronóstico de morbimortalidad.

Waller y Kaplan, han diseñado una clasificación de gran utilidad para en forma sencilla evaluar el estado cardíaco de un paciente coronario y lo más notable, que le permite planear conductas anestésicas:

CLASE CARACTERISTICAS

- I Síntomas y signos de isquemia de miocardio. Buena función ventricular.
- II (Ib) Síntomas y signos de isquemia de miocardio. Disfunción ventricular durante el ejercicio y stress.

III (II) Síntomas y signos de isquemia de miocardio, mala función ventricular.

Esto permite enterarnos de que el paciente con EAC es muy sensible al desequilibrio entre el aporte y consumo de oxígeno para el miocardio. Por tal razón debe evitar cualquier fármaco o maniobra que produzca hipotensión (disminuye el aporte de oxígeno), hipertensión y/o taquicardia (aumenta el consumo de oxígeno). A más de evitar también toda causa de disminución de aporte de oxígeno a nivel de ventilación, intercambio gaseoso en membrana alveolo capilar, transporte y respiración celular.

Pero también evalúa la eficiencia ventricular y permite entender que el ventrículo izquierdo de un paciente con EAC, puede comportarse de tres formas durante el transanestésico:

Hiperdinámico, normodinámico e hipodinámico, y en cada caso en particular deberá manejarse en forma diferente atendiendo a los efectos directos e indirectos que tanto los fármacos anestésicos y no anestésicos producen sobre ventrículo izquierdo y otras partes influyentes en el equilibrio hemodinámico.

Es pues esta aportación de Waller y Kaplan un adelanto sobresaliente en el manejo perioperatorio del paciente con EAC y una guía práctica en el manejo transanestésico.

REFERENCIAS

1. TADIKONDA L. K., RAO, KURT H. J., ADEL A. E. *Reinfarctation following anesthesia in patients with myocardial infarction.* *Anesthesiol* 1983; 59:499-505.
2. WALLER J. L., KAPLAN J. A., JONES E. L. *Anesthesia for coronary revascularization.* En: Kaplan J. A. *Cardiac Anesthesia.* Vol I. Grune S. New York 1979, pág. 256.

CARLOS MORENO ALATORRE
JEFE DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL