

E d i t o r i a l

CIRUGIA LAPAROSCOPICA ¿ RETO PARA EL ANESTESIOLOGO?

La Cirugía Laparoscópica se integra en la última década como una de las mejores alternativas en el tratamiento de problemas quirúrgicos que tradicionalmente se habían realizado con una técnica abierta.

Los recientes avances tecnológicos cuyas ideas fueron vislumbradas hace unos cuantos años, han llegado a ser una realidad¹. Permiten, hoy día introducir cámaras de televisión en diversas cavidades como la peritoneal y se pueden realizar procedimientos tan elaborados como es la extracción de la Vesícula biliar. El anestesiólogo, por su parte, siente la necesidad de mantenerse a la vanguardia del conocimiento de esta nueva tecnología, preparándose para manejar las alteraciones que puedan presentar los pacientes sometidos a estos procedimientos.

En la actualidad, los procedimientos laparoscópicos son cotidianos y se realizan en diferentes especialidades como la Ginecología, la Ortopedia y la Urología; pero es, quizás, la Colectomía el procedimiento que goza de mayor popularidad. Tan sólo en los Estados Unidos se reportan alrededor de 500 000 casos por año².

Los resultados son alentadores y lo hacen atractivo tanto para el cirujano como para el paciente, considerando las siguientes ventajas: (a) una evolución postoperatoria más rápida y con menos molestias, (b) disminución de la estancia hospitalaria y a menores costos, (c) reducir la posibilidad de infecciones nosocomiales, (d) los pacientes solicitan con frecuencia esta técnica, aludiendo resultados estéticos, y (e) finalmente, mantener al médico a la vanguardia en los avances técnicos.

En este número de la revista se publica la experiencia de los primeros 123 casos de Colectomía Laparoscópica llevados a cabo en el Hospital Español de México y presentados por Cano y Carballar³. Su trabajo nos permite hacer algunas reflexiones, como lo es la baja incidencia de complicaciones, que puede estar relacionada con la población de pacientes que solo incluye ASA I y ASA II, lo cual justifique la escasa morbilidad, y la que probablemente difiera cuando estos procedimientos se realicen en pacientes con estado físico deteriorado.

El monitoreo intraoperatorio empleado es el que se recomienda actualmente en el manejo de estos pacientes. El uso del Pulso-oxímetro y el Capnógrafo, en forma continua, está basado en los resultados que demuestran una alta incidencia de hipoxemia inadvertida, y presumiblemente permitiendo su corrección inmediata, disminuyendo así, las complicaciones anestésicas. Está demostrado ya, que su uso no mejora la evolución del paciente⁴, sino que brinda su ayuda haciendo que los eventos hipóxicos sean de menor duración⁵. Especialmente el uso de la capnometría es prácticamente mandatorio debido a que suelen presentarse cambios bruscos de la PaCO_2 y, por lo tanto, es buena medida compararla con determinaciones gasométricas. Existen situaciones que aumentan el gradiente PaCO_2 - PETCO_2 ⁶, y una de ellas, puede ser el neumoperitoneo, modificando la distensibilidad pulmonar.

¿ Debemos pensar, entonces, que las técnicas laparoscópicas deben ser restringidas a pacientes ASA I y ASA II ? Tal vez no, pero probablemente en un futuro cercano estos procedimientos podrán ser realizados en otros

grupos de pacientes cuidadosamente evaluados debido a esa repercusión que ejerce el neumoperitoneo y la posición quirúrgica sobre el aparato cardiovascular^{7,8} y la función ventilatoria^{9,10}.

Es probable que se requiera un monitoreo más sofisticado, obviamente más caro, así como mayores medidas de soporte. Será necesario una estrecha relación cirujano-anestesiólogo para hacer, con libertad, las decisiones pertinentes cuando el procedimiento lo requiera.

Un aspecto importante que mencionan Cano y Carballar, que en el momento actual adquiere relevancia, se refiere a la inminente reglamentación del procedimiento y, por supuesto, relacionado con el entrenamiento y la habilidad del cirujano. Será necesario conocer el número de Cursos Técnico prácticos realizados en reconocidos centros de Cirugía Experimental; tener amplio conocimiento de la literatura mundial y que, durante sus primeros casos en humanos, sea asesorado por otro cirujano de mayor experiencia.

Es responsabilidad del anestesiólogo conocer la técnica laparoscópica, las complicaciones potenciales y contar con el monitoreo básico para manejar a estos pacientes.

Indudablemente que no está dicho todo en la cirugía laparoscópica, seguiremos enfrentando los diversos factores de riesgo. Afortunadamente contamos con este foro nacional que es la Revista Mexicana de Anestesiología, en donde podemos compartir nuestra experiencia.

Randolfo Balcázar- Romero
Jefe del Servicio de Anestesiología
Hospital Español de México

REFERENCIAS

1. Ponsky J. Complicaciones of Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Surg*. 1991;161:393-395.
2. Flowera J, Bailey R, , Scovill W, , Zucher K. The Baltimore Experience with Laparoscopic Management of Acute Cholecystitis. *Am J Surg*. 1991; 161 :388393.
3. Cano-Oliver F, Carballar-López AB. Colecistectomía Laparoscópica y Anestesia. Experiencia en el Hospital Español de México. *Rev Mex Anest* 1993;16:143-150
4. Moller J, Pedersen T, , Rasmussen L, et. al. Randomized Evaluation of Pulse Oximetry in 20,802 Patients: I. Design, Demography, Pulse Oximetry Failure Rate, and Overall Complication Rate. *Anesthesiology*. 1993;78:436-444.
5. Moller J, Pedersen T, Rasmussen L et al. Randomized Evaluation of Pulse Oximetry in 20,802 Patients: II. Perioperative Events and Postoperative Complications. *Anesthesiology*. 1993 ;78 :445-453.
6. Good ML. Capnography: Uses, Interpretation, and Pitfalls. En: Barash Paul G., (Ed.) ASA Refresher Courses In Anesthesiology, Vol. 18. Philadelphia, Pennsylvania, 1990. Pags: 175- 193.
7. Westerband A, Van de Water J, Amzallag M et al. Cardiovascular changes during laparoscopic Cholecystectomy. *Surg Ginecol Obstet* 1992;175:535-538.
8. Cunningham A, Turner J, , Grosso L, et al. Transesophageal assessment oh hemodynamic function during laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg*. 1993;76(2S):S64.
9. Wahba R, Mamazza J. Ventilatory requirements during laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anesth* 1993;40:206-210.
10. Feinstein R, Ghouri A. Changes in pulmonary mechanics during laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg* 1993;76(2S):S102.