

ANALGESIA CONSCIENTE: SU EMPLEO EN CATETERISMO CARDIACO

por los Dres.

OSCAR FUENTES y RENE BUZZI

Entramos en una nueva etapa de la anestesiología moderna la cual nos brinda, por intermedio de la Neuroleptanalgesia, el camino que nos conduce a la analgesia consciente con neutralidad del tono emocional y afectivo. La introducción de la Neuroleptanalgesia en el cateterismo cardíaco ha contribuido a la solución de muchos problemas anestésicos. La Neuroleptanalgesia nos da, con el mínimo de toxicidad, analgesia suficiente y gran margen de seguridad. Protege la integridad fisiológica del paciente, el cual permanece inmóvil, consciente y con gran indiferencia al medio que lo rodea.

La solución Neuroleptanalgésica consiste en la combinación de un neuroleptico: el *dihidrobenzperidol*, mediante el cual se obtiene sedación, inmovilidad, indiferencia psíquica, acción antishock y antiemética; y un analgésico potente: el *pentanyl*, que es cuatrocientas veces más potente que la morfina y se encuentra en proporción de 50 a 1 en la mezcla neuroleptoanalgésica.

Vías de administración: Hemos utilizado la vía bucal, intramuscular y endovenosa.

Con respecto a la *dosis empleadas*, fue difícil establecer cifras prome-

dios de acuerdo a la edad y principalmente al peso de los pacientes, pues éstos siendo parecidos físicamente no reaccionaron de la misma forma. A pesar de esto hemos utilizado como base la dosis de 0,20 a 0,30 mg de Neuroleptico por Kg de peso no siendo necesario dosificar el analgésico por cuanto en la mezcla éste se encuentra en una relación fija 50 veces menor.

Material y métodos: Se han realizado 60 sondeos cardíacos en pacientes cuyas edades variaron entre los seis meses y cuarenta y cinco años.

Medicación anestésica previa: No hemos realizado en ningún paciente la medicación anestésica previa ya que el neuroleptico no tiene efectos colaterales indeseables y además para poder valorar la eficacia de las drogas neuroleptoanalgésicas y así poder evitar toda medicación que pudiera alterar los resultados obtenidos.

En una nueva serie de pacientes no incluidos en esta comunicación estamos empleando la solución neuroleptoanalgésica a la dosis de 1 a 2 cm³ intramuscular, una hora antes del estudio.

Inducción: Utilizamos de preferen-

cia la vía intramuscular en los niños y la vía endovenosa ultralenta en los adultos. En pocos casos hemos utilizado la droga por vía bucal.

Lo fundamental en la neuroleptoanalgesia es esperar el efecto útil de las drogas que es de diez a quince minutos para la vía endovenosa, de 20 a 30 minutos para la vía intramuscular y de 60 a 70 minutos para la vía oral.

Síntomas y signos: Una sintomatología muy variada se presenta en la inducción con Neuroleptoanalgesia, pero los síntomas más frecuentes son: ptosis palpebral, miosis, inmovilidad, indiferencia psíquica, analgesia, discreta bradipnea y tendencia a disminuir la frecuencia cardíaca. La tensión arterial se mantiene estable. Rara vez se observa depresión respiratoria, que puede llegar a la apnea, bradicardia intensa, pérdida de conocimiento, desaparición de los reflejos óculo-palpebrales, hipotensión arterial.

Síntomas todos que se deben a un exceso de dosis o a la administración demasiado rápida de la mezcla.

La analgesia fue excelente en la mayoría de los casos, pero de todos modos siempre preferimos completar con anestesia local en el lugar de la introducción del catéter.

Mantenimiento: Fue realizado siempre con las dosis inductoras y sólo en diez casos, en las cuales observamos taquipnea, transpiración cutánea, hipertensión, taquicardia, intento de movimientos de defensa, administramos dosis adicionales que fueron siempre menores a las iniciales.

Ventilación: No se practicó la intubación en ningún paciente, salvo en un caso en el que presentó un cuadro de rigidez leñosa del tórax con apnea y cianosis marcada. La inmediata administración de un relajante muscular, intubación y oxigenación del paciente permitió yugular esta complicación, debida a la administración demasiado rápida de la solución Neuroleptoanalgésica por vía endovenosa.

Dejamos a los pacientes respirar espontáneamente y sólo cuando el cardiólogo lo solicitaba se le hacía respirar una atmósfera de oxígeno.

Durante el mantenimiento el paciente permanece consciente y tranquilo, sus reflejos óculo-palpebrales conservados. La miosis persistió durante todo el estudio. La estabilidad de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca junto a la discreta bradipnea fue lo habitual durante el mantenimiento. Destacamos la colaboración del paciente en el momento que se lo solicitaba.

Posoperatorio: Terminado el estudio se observó frecuentemente tranquilidad física y mental, somnolencia y respiración normal. Pulso y presión dentro de los límites habituales. La analgesia persistió durante varias horas.

Rara vez observamos náuseas, vómitos e insomnio.

Conclusiones:

- 1) La Neuroleptoanalgesia es una indicación precisa del sondeo cardíaco.
- 2) Nos da analgesia profunda, indiferencia psíquica, inmovilidad y gran margen de seguridad.

BIBLIOGRAFIA

1. Ceraso, O.; Elder, R. O.; Ferrari, H. A.: Neuroleptanalgesia con Dehydrobenzperidol y Phentanyl: Técnica y resultados. Actas del IX Congreso Argentino de Anest., pág. 293 (1963).
2. De Castro, G.; Mundeleer, P.: Déhydrobenzperidol et Fentanyl. Communication présentée a la Réunion Régionale d'Anesthésiologie de Bordeaux, fevrier 1962.
3. De Castro, G.; Mundeleer, P.: La physiologie respiratoire sous neuroleptanalgesie. Comm. pers., juillet 1963.
4. Fuentes, O.: Neuroleptoanalgesia en cirugía cardiovascular. Leído en el Congreso Arg. de Anest. Octubre 1964.
5. Fuentes, O.: Neuroleptoanalgesia en cateterismo cardíaco. Leído en las Jornadas Chilenas de Anestesiología. 1964.
6. Janssen, P. A. J.: A review of the pharmacology of Haloperidol and Triperidol. Symposium Int. sull'Haloperidol e Triperidol, pág. 11. Noviembre 1962, Milán, Italia.