

## BLOQUEOS DE CONDUCCION CONCLUSIONES\*

DR. J. A. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

LOS BLOQUEOS de conducción deben considerarse en la actualidad como procedimientos que cuentan con un amplio campo de acción en anestesiología y en medicina, siempre que se les lleve a cabo con perfección y seguridad.

En su empleo no pueden existir las improvisaciones y es necesario conocer todos los signos que forman su cortejo habitual, que casi nunca se hallan presentes en su totalidad, de tal manera que uno sólo es capaz de dar la seguridad casi absoluta de que la técnica ha sido bien aplicada, por lo que no se les puede ignorar, si se quiere actuar con éxito, en todos los casos.

Es indudable que la destreza manual, no puede adquirirse cuando se trabaja esporádicamente; sólo la práctica continuada y el estudio de los detalles, capacitan para obtener los resultados satisfactorios logrados por quienes sostienen que este tipo de anestesia representa una readquisición valiosa en los últimos años.

No se debe poner en oposición los bloqueos de conducción frente a la anestesia general, que tiene ya perfectamente establecidas sus ventajas indudables, sino fomentar el estudio y la práctica de estas técnicas de bloqueo como una arma más en beneficio de los enfermos.

El desarrollo que ha adquirido actualmente la anestesia regional se debe fundamentalmente al adelanto obtenido en el perfeccionamiento de las técnicas, al instrumental y equipo más adecuados y sobre todo al empleo de mejores drogas anestésicas, sustancias de alta potencia, baja toxicidad, mayor rapidez y duración de acción; además, porque su manejo se encuentra en manos de anesthesiólogos que con pleno conocimiento de la anatomía y fisiología de la región, vigilan constantemente al paciente en el transoperatorio.

---

\* Trabajo de conjunto de la Sección de Anestesiología de la Academia y la Sociedad Mexicana de Anestesiología, leído por su autor en la sesión ordinaria del 20 de marzo de 1963.

En nuestro medio se debe al Dr. Vicente García Olivera el tesón y el entusiasmo por difundir los bloqueos terapéuticos y al grupo de anestesiólogos que encabeza el Dr. Carlos Martínez Reding en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 1 del I.M.S.S., el entrenamiento de numerosos anestesiólogos del país, con verdadero interés y dedicación en las técnicas de bloqueo de conducción en esa especialidad.

En relación con las técnicas podemos concluir:

1. Es necesario llevar a cabo un estudio preanestésico correcto del paciente, para precisar la indicación de estos métodos.

2. Es indispensable instituir un tratamiento psicológico y farmacológico previos a la administración de un bloqueo de conducción. Esto tiene por objeto suprimir el temor, hacer profilaxis de las posibles reacciones debidas a la droga anestésica y disminuir la fatiga del paciente provocada por la posición en intervenciones prolongadas.

3. Debe vigilarse constantemente al paciente en el transoperatorio y tener a la mano los medios de reanimación necesarios en un momento dado.

4. Debe tenerse presente el peligro de sensibilidad del paciente a la droga anestésica, riesgo que puede evitarse en parte con la medicación preanestésica y la aplicación del botón dérmico al iniciar el bloqueo con la espera conveniente para observar su respuesta.

5. Los accidentes más frecuentes y temibles son:

a) Las convulsiones por sobredosis y acción tóxica de la droga que se combaten con la administración de barbitúricos y respiración artificial.

b) El colapso por hipotensión arterial, por bloqueo del simpático, en las anestésias peridurales extensas o en el bloqueo subaracnoideo masivo, que se combaten con el empleo de vasopresores y respiración artificial. Esta deberá hacerse siempre mediante intubación endotraqueal y presión positiva con oxígeno.

6. En los bloqueos de conducción en ginecología y obstetricia y en proctología y urología, la anestesia peridural caudal ha sido desplazada por el bloqueo peridural lumbar; por una parte por la simplicidad de la técnica y por otra, por las irregularidades anatómicas del sacro, bastante conocidas y no poco frecuentes, que determinan un porcentaje considerable de fracasos. Las indicaciones de la vía caudal deben limitarse a los casos en que la punción lumbar no deba practicarse por lesiones traumáticas o inflamatorias.

7. En el bloqueo peridural, el empleo de la técnica del catéter es de rigor cuando se desea una analgesia prolongada, lo que permitirá realizarla sin el peligro de llegar a dosis tóxicas. La utilidad del catéter es manifiesta cuando se desea prolongar la analgesia en el postoperatorio inmediato.

8. Es importante no obstinarse en que se realice la operación cuando existen todas las evidencias de una analgesia deficiente y no se debe tratar de complementarla con barbitúricos y sedantes que, lejos de proporcionar una anestesia

quirúrgica adecuada, comprometen las constantes vitales del paciente, al acentuar la hipotensión y disminuir la ventilación, estableciendo un estado progresivo de hipoxia.

En estos casos debe procederse de inmediato a la administración de anestesia general con todos los cuidados y precauciones necesarias ante un caso que se ha empezado a manejar mal.

9. En términos generales, podemos decir que la anestesia peridural supera en un amplio margen a las ventajas de la raquianalgia. Presenta una distribución segmentaria más fácil, no hay paraplejia a concentraciones adecuadas, la duración de la acción anestésica es más prolongada, no hay peligro de difusión craneana.

La raquia sigue presentando los inconvenientes de hipotensión arterial considerable, mayor frecuencia de náusea y vómito, fenómenos de meningismo, cefalea frecuente y posibilidad de traumatismo de las raíces nerviosas; inconvenientes que frecuentemente no pueden depurarse, aún con la técnica más perfecta. En su modalidad en "silla de montar" estos fenómenos son menos frecuentes.

10. La anestesia peridural presenta sus inconvenientes: requiere entrenamiento y habilidad, pueden presentarse fenómenos de absorción masiva del anestésico por punción vascular, fenómenos de sobredosis, peligro de intolerancia y el riesgo de bloqueo subaracnoideo masivo por punción inadvertida del espacio subdural.

11. En ortopedia, los bloqueos de conducción para extremidades ofrecen grandes ventajas en pacientes traumatizados, frecuentemente con estómago lleno.

12. Los bloqueos terapéuticos han demostrado gran utilidad en los casos de patología venosa y arterial, aguda y crónica. En los casos de padecimientos arteriales agudos, la interrupción química pre y ganglionar deberá ser ejecutada como la primera fase del tratamiento integral, precediendo a la intervención quirúrgica.

En los padecimientos arteriales crónicos es conveniente practicar primero la exclusión temporal, a fin de juzgar la cuantía de la respuesta. En los casos favorables se realizará la exclusión química prolongada.