

Colonoscopia con analgesia quirúrgica acupuntural

Colonoscopy with acupunctural surgical analgesia

Dra. Haydeé Ramos Portuondo, Dra. Odris Lescay Bell y Dra. Galina Oliva Blanco

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 55 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que no mejoraba con el tratamiento, ingresada en el Servicio de Gastroenterología del Hospital general Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, con el diagnóstico presuntivo de enfermedad diarreica crónica. Al encontrarse sangre oculta en heces fecales se indicó la colonoscopia. Teniendo en cuenta que los valores de la tensión arterial se encontraban alterados se contraindicó la sedación en su forma tradicional, de manera que se empleó la analgesia quirúrgica acupuntural. El proceder se realizó exitosamente y se diagnosticó una colitis de grado II, extendida hacia el ángulo izquierdo del colon.

Palabras clave: mujer, colonoscopia, colitis, analgesia quirúrgica acupuntural.

ABSTRACT

The case report of a 55 years patient is presented, with a history of hypertension that didn't improve with the treatment, admitted in the Gastroenterology Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, with the presumptive diagnosis of chronic diarrheal disease. When hidden blood was found in stools the colonoscopy was indicated. Taking into account that the values of the blood pressure were altered, sedation was contraindicated in its traditional form, so that the acupunctural surgical analgesia was used. The procedure was carried out successfully and a degree II colitis was diagnosed, extended toward the left angle of the colon.

Key words: woman, colonoscopy, colitis, acupunctural surgical analgesia.

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia es el procedimiento que tiene como fundamento ofrecer una visión detallada de la mucosa del colon para definir con claridad las lesiones que lo afectan. Esta permite obtener un diagnóstico macroscópico, confirmado posteriormente con el resultado anatomopatológico, de ahí su valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

Sin dudas, esta es la técnica más difícil de la endoscopia digestiva, aunque con ella se logra la revisión del colon hasta el ciego en 90 % de los casos. Teniendo en cuenta que provoca molestias y dolores abdominales se hace necesario la sedación sistémica o aplicación de anestesia, lo que da la posibilidad al endoscopista de realizar todas las técnicas terapéuticas con comodidad y factibilidad, a la vez que disminuye el riesgo de

dificultad respiratoria o reacción vagal por el dolor. Lo más importante es que evita la negativa del paciente a repetirse el proceder si fuera preciso.¹⁻³

Las consecuencias de la inadecuada preparación para la colonoscopia son ampliamente conocidas, entre la más trascendental se encuentra el incremento del número de lesiones no detectadas y como resultado un mayor riesgo de aparición de cáncer de intervalo, lo cual obliga a la reprogramación de la prueba; igualmente, se relaciona con un acortamiento de los intervalos de vigilancia con la sobrecarga del sistema y encarecimiento del proceso, así como también con una mayor tasa de complicaciones, de colonoscopias incompletas, de un tiempo de exploración prolongado y mayor requerimiento de anestesia.³

El empleo de la anestesia mejora la tolerancia del paciente a las molestias de este proceder invasivo, evita el dolor por la presencia de adherencias posquirúrgicas y según los años de experiencia del colonoscopista, se reduce el tiempo de duración del examen.^{1,2,4}

Entre las principales complicaciones de la colonoscopia derivadas de la anestesia figuran las reacciones adversas a medicamentos (insuficiencia respiratoria aguda, paro cardiorrespiratorio y depresión neurológica) y las alteraciones cardiopulmonares.⁵

La introducción de la sedación, por su efecto de analgesia y amnesia, mejora la eficacia de la colonoscopia, pues el paciente no experimenta dolor y, por tanto, esto facilita la inserción del equipo, pero tiene como inconvenientes el aumento de los costos y la ocurrencia de complicaciones.⁶

En los últimos años han sido evaluados diferentes métodos para la inserción del colonoscopio (relajación con música, acupuntura, hipnosis, lubricación con aceite, entre otros) a fin de aumentar el nivel de tolerancia del paciente.⁷

Desde hace miles de años la humanidad conoce una técnica denominada acupuntura, la cual ha soportado los reclamos de la comunidad científica internacional. Esta forma parte de un sistema médico tradicional reconocido por la Organización Mundial de la Salud, cuyo principal objetivo se ha relacionado en Occidente con su capacidad para suprimir el dolor. La eficacia de esta técnica milenaria condujo a los médicos chinos en la década del 50 del siglo XX al ensayo de su aplicación en heridos de guerra antes de cambiar los vendajes, con lo que demostraron que prevenía el dolor y eliminaba el ya existente.⁸

La medicina tradicional china y la analgesia quirúrgica acupuntural (AQA) fueron introducidas en Cuba en la década del 70, pero no tuvieron en aquellos momentos buena aceptación entre los facultativos.⁸

A partir del 2014 comenzaron a realizarse en Santiago de Cuba, específicamente en el Centro Oftalmológico del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", algunas intervenciones quirúrgicas con analgesia acupuntural en pacientes con diagnóstico de catarata, glaucoma, pterigión y otras afecciones oftalmológicas, con resultados satisfactorios. Ya a partir del 2016 se comienza a realizar la colonoscopia con este tipo de anestesia, con buena aceptación por los pacientes.

Como principales recomendaciones para el empleo de la AQA se encuentran las siguientes:⁸⁻¹⁰

- Aplicarla en intervenciones de corta duración que no requieran presiones o tracciones fuertes y relajación muscular.
- Seleccionar para ello a pacientes con adecuada estabilidad psíquica.
- Garantizar una buena preparación preoperatoria a fin de ganar su confianza y cooperación.
- Disponer de las mejores condiciones para la operación.
- Seleccionar una técnica acupuntural adecuada.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una fémina de 55 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial desde hacía varios años, ingresada en el Servicio de Gastroenterología del Hospital general Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, con el diagnóstico presuntivo de enfermedad diarreica crónica

- Datos clínicos: deposiciones diarreicas, escasas en cantidad y frecuencia, acompañadas de pujos, tenesmo y flatulencia, en ocasiones.
- Examen Físico
 - Mucosas: ligeramente hipocoloreadas y húmedas.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, audibles, bien golpeados y ausencia de soplos.
 - Frecuencia cardíaca: 87 latidos por minuto.
 - Tensión arterial: 150/100 mm de Hg
 - Abdomen: plano, blando, depresible, que seguía los movimientos respiratorios, discretamente doloroso a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca izquierdos. No se palpó la presencia de tumor.
- Exámenes complementarios
 - Hemoglobina: 103 g/L
 - Eritrosedimentación: 56 mm/h
 - Heces fecales: sangre oculta positiva

Se realizó inducción de la analgesia acupuntural, para lo cual se emplearon los puntos E25, E36, V25 y V57, que guardan relación con el intestino grueso (figura). A los 30 minutos se logró el nivel de analgesia adecuado para realizar el proceder y solo sentía un mínimo de molestias al llegar el colonoscopio a los ángulos esplénicos y hepáticos.



Fig. Inducción de la analgesia en los puntos seleccionados

Se tomó muestra para biopsia y al concluir la prueba la paciente se encontraba totalmente recuperada, de manera que no hubo necesidad de observar los parámetros vitales durante 30 minutos.

- Diagnóstico definitivo: colitis de grado II, que se extendía hacia el ángulo izquierdo del colon.

COMENTARIOS

La analgesia acupuntural se logra con la liberación de algunas sustancias como las endorfinas, encefalinas, serotoninas, bradiquininas y acetilcolina, las cuales estimulan a los nociceptores y activan algunas estructuras del sistema nervioso central, tales como la sustancia gris periacueductal y las áreas periventriculares del mesencéfalo, el núcleo magno del rafe, el núcleo reticular del bulbo, así como el complejo inhibitor del dolor.^{9,10}

La analgesia quirúrgica acupuntural es una técnica no invasiva, sencilla y económica, que permite al paciente participar activamente en la intervención. Por otra parte, presenta un amplio margen de seguridad y no se producen alteraciones fisiológicas, de ahí que el tiempo de recuperación sea mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Iglesias JL. Colonoscopia diagnóstica y terapéutica. La Coruña: Gráficas Eujoa; 1998.p.314-16.
2. Ruiz Romero D, Téllez Ávila FI. Preparación para colonoscopia en 2016: recomendaciones actuales utilizando datos nacionales. *Endoscopia*. 2016;28(2):81-9.
3. Rivero Sánchez L, Pellisé M. Preparación para colonoscopia. ¿Algún avance significativo en el horizonte? *Gastroenterol Hepatol*. 2015;38(4):287-300.
4. Navarrete GC. Endoscopia y tecnología. *Rev Gastroenterol Latinoamer*. 2002;13(1):10-1.
5. Altamirano Castañeda ML, Hernández Mondragón OV, Blanco Velasco G, Blancas Valencia JM. Comparación de 2 tipos de preparación intestinal para la realización de colonoscopia en un hospital de tercer nivel. *Endoscopia*. 2015;27(4):168-74.
6. Molero Richard X, Armegol Miro JR. Colonoscopia normal. Barcelona: Hospital Vall D´ Hebrón; 2010.p.45-9.
7. Tusen Toledo Y, Chao González L, Barroso Márquez L. Criterios de calidad en la colonoscopia con el método de agua. *Invest Medicoquir*. 2014;6(1):70-80.
8. Cabana Salazar JA, Ruiz Reyes R. Analgesia por acupuntura. *Rev Cubana Med Mil*. 2004; 33(1):10-5.
9. González Pla EA, Perdomo Álvarez N, León Pujalte A. Generalidades sobre la analgesia quirúrgica acupuntural. *MEDICIEGO*. 2003 [citado 23 Ene 2016];9(2):49-54.
10. Ni YF, Lian QQ, Jiang PW, Xu YQ. Application of acupuncture analgesia in colonoscopy. *Chinese Acupuncture Moxibustion*. 2007;27(10):766-8.

Recibido: 4 de mayo de 2016.

Aprobado: 22 de septiembre de 2016.

Haydeé Ramos Portuondo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso",
avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba CP 90400.
Correo electrónico: haydee@hospclin.scu.sld.cu