

Bloqueo epidural en lactantes y preescolares

DR. ADOLFO MERELO ANAYA*

TODOS conocemos las dificultades tan importantes que representan tratar desde el punto de vista anestésico a las pacientes pediátricas de riesgo alto que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas y esto se agrava cuando se suman problemas como la obstrucción intestinal o debe practicarse cirugía de urgencia. Creo que todos los anesthesiólogos hemos pasado angustias por vómitos durante la inducción en niños de días o meses de edad a pesar de haber colocado sonda gástrica previamente.

Las ventajas que hemos obtenido con los bloqueos epidurales para anestesia, analgesia y bloqueos simpáticos en adultos y el

comunicado previo de aplicaciones de bloqueo epidural hasta en prematuros de 1300 (I. Rodríguez) nos hizo pensar en la posibilidad de emplear dicha técnica en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado el bloqueo epidural en pacientes con edades entre dieciocho días y 10 años. Con pesos entre los 2.400 a 28 kg (Fig. N° 1). En los niños menores de tres años hemos aplicado dosis única de solución anestésica y en niños de tres años o más se ha empleado dosis única o catéter a permanencia de acuerdo con las nece-



FIG. 1.—Producto de 2.400 g en decúbito lateral.

* Director Médico del Hospital General del I.M.S.S. en Orizaba, Ver.

sidades y el tipo de intervención quirúrgica que se va a efectuar.

En lactantes no hemos empleado medicación preanestésica y en niños mayores la habitual con prometazina y atropina o escopolamina con las dosis adecuadas de acuerdo con el peso del niño.

En todos los niños menores de dos años se hace disección de una vena del maleolo interno colocando su catéter correspondiente, esto se hace también en algunos casos de cirugía de urgencia en niños mayores. En algunos pacientes hemos empleado el punzocat de calibre adecuado.

La localización del espacio se hace con la técnica de la gota suspendida de Gutiérrez.

En los lactantes hemos empleado una aguja hipodérmica del N^o 22 con el bisel desbastado en niños un poco mayores empleamos aguja del N^o 20 con bisel corto. Colocamos al paciente en decúbito lateral y en flexión moderada sostenido firmemente por un ayudante. Aplicamos un botón dérmico con una aguja del N^o 23 ó 24 empleando la misma solución anestésica. Localizamos el espacio según la técnica indicada y aplicamos una solución anestésica de lidocaína o citanest a razón de 6 mg por kilogramo de peso del paciente en concentraciones al 1% o al 0.7%.

En los pacientes de más de tres años en que se necesita dejar un catéter a permanencia empleamos una aguja de Thouy del N^o 16 y al localizar el espacio epidural aplicamos la solución anestésica antes de colocar el catéter para que el espacio al ser distendido por la solución permita la recepción del catéter correspondiente con mayor facilidad.

Por el catéter se aplicarán las dosis necesarias de anestésico según el tipo de intervención y cuando no esté indicado su empleo postoperatorio se retirará al término

de la intervención, en el caso contrario podrá permanecer colocado para continuar aplicando dosis fraccionadas a través de él, el tiempo mayor que lo hemos dejado han sido seis días en un niño de tres años y medio que presentó una sección de arteria femoral por proyectil de arma de fuego y al que se practicó anastomosis término terminal, en este caso dejamos el catéter para emplear las dosis de anestésico fraccionadas como bloqueo del simpático.

R E S U L T A D O S

La localización del espacio en el niño es más fácil que en el adulto ya que las apófisis espinosas son siempre perfectamente visibles sobre todo en niños de menos de un año de edad.

La anestesia obtenida con una sola dosis varía entre 60 y 90 minutos de acuerdo con el anestésico empleado, lo que nos ha permitido llevar a cabo laparatomías para resolver casos de estenosis pilórica, de invaginación intestinal, de oclusiones por ascaris y otras causas (iatrogénicas por antidiarreicos), quistes del cordón y problemas traumáticos de abdomen o extremidades inferiores.

Cuando hemos colocado catéter hemos tenido intervenciones hasta de tres horas y media sin necesitar ningún complemento.

En los niños menores de dos o tres años se observa tranquilidad durante la intervención, (Fig. N^o 2) en niños un poco mayores y en edades entre 5 y diez años necesitan estar muy sedados para permitir la técnica y posteriormente algunos se han mostrado muy excitados.

No hay variaciones importantes en la tensión arterial, en ningún caso se emplearon vasopresores, se restituyeron sangre e hidrolitos según fue necesario en cada



FIG. 2.—Los niños se observan tranquilos durante la intervención.

caso, procuramos siempre la hidratación adecuada previa.

En un grupo de catorce niños menores de seis meses tuvimos solamente una punción de dura por lo que en ese caso cambiamos la técnica, y empleamos anestesia general.

CONCLUSIONES

El bloqueo epidural es una técnica utilizable en cirugía pediátrica aun en casos

de riesgo alto ya que su baja toxicidad y su técnica de aplicación evita agresiones mayores en los pequeños que con mucha frecuencia tienen problemas de abdomen agudo, con vómito y neumonías por aspiración previas a la intervención. (Fig. N° 3)

En niños mayores de tres años puede colocarse catéter epidural a permanencia lo que amplía el campo de aplicación de la técnica.

En los niños de 5 a 10 años no es la técnica ideal ya que provoca intranquilidad y

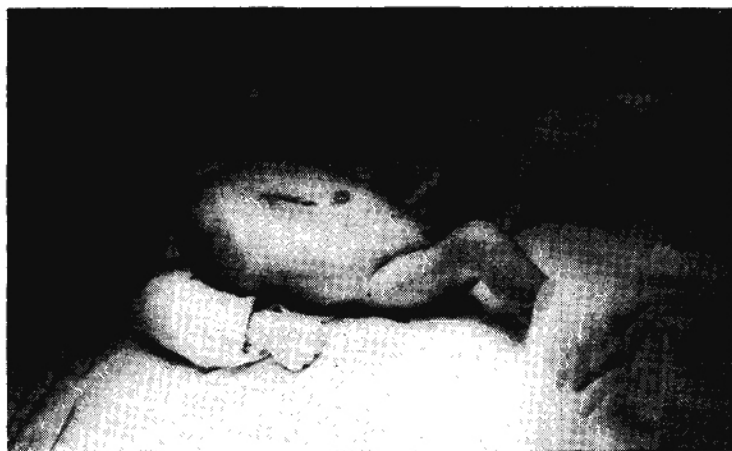


FIG. 3.—Niño sujeto a laparatomía con esta técnica anestésica.

no es aceptada con facilidad por el niño, siempre debe complementarse.

Consideramos adecuado informar de la posibilidad de una técnica tan sencilla que facilita muchas intervenciones en las que la anestesia lleva una gran parte para el posible éxito de la terapéutica y por las anotaciones anteriores consideramos su mejor campo de aplicación en lactantes y preescolares.

S U M M A R Y

Epidural blocking was used in 14 children under six months of age, was used, to provide anesthesia for surgical procedures. This techniques is particularly useful in high risk cases; in older children an epidural catheter can be used. Results were very good.

REFERENCIAS

- Rodríguez, I.: Conducta anestésica no paciente pediátrico cirurgico de "Grave riesgo". III Congreso Mundialis Anesthesiologiae. II 170, 174 São Paulo, 1964.
- Collins, V. T.: *Fundamentals Of New Blocking*. Lea & Febriger, Philadelphia, 1960.
- Naimoquin, E.: *Anestesia Epidural*. IX Congreso Argentino de Anestesiología. 135-142, Buenos Aires, 1963.
- Usubiaga, J. E. Moya, F. y Usubiaga, L. E.: Note on Recording of Epidural Negative Pressure. *Canad. Anaesth. Soc. J.* 14: 119-122. 1967.
- Scopes, J. W. y Ahmed, I.: Minimal Rates of Oxygen Consumption in Sick and Premature Newborn Infants. *Arch. Dis. childhood* 41: 407. 411, 1966.
- Mclean, H. y Mulligan, G. W.: Hemodynamic Alterations Associated with Epidural Anesthesia. *Surgery* 62: 79-87, 1967.
- Sánchez, R.: Acuña, F. y Rocha, F.: Analysis of Radiologic Visualization of Catheters placed in epidural Space. *Brit. J. Anaesth* 39: 485. 489, 1967.