

MEDICACION PRE-ANESTESICA Y ANESTESIA GENERAL EN NIÑOS CON DIFICULTADES FISICAS O MENTALES.

POR EL DOCTOR
ANTONIO CAÑELLAS (D.A.)
Montevideo - Uruguay.

Quiero agradecer en primer término la honrosa distinción de que he sido objeto al ser invitado a participar en esta sesión científica del Dpto. de Higiene y Odontología Infantil, de la Asoc. Odontológica Uruguaya.

Trataré de justificar tal distinción esforzándome para que esta disertación tenga alguna utilidad informativa acerca de las posibilidades que la Anestesiología pone a contribución de Uds. en la superación de las dificultades que plantea el tratamiento odontológico del niño con dificultades físicas o mentales.

Es un signo del progreso alcanzado por el mundo moderno que toda persona que deba ser sometida a una operación quirúrgica por mínima que ella sea, reciba los beneficios síquicos y físicos producidos por drogas o técnicas con fines analgésicos o anastésicos. Esto, que es válido para los pacientes en general, se hace imprescindible para los niños en particular y de ellos los que padecen trastornos físicos o mentales requieren una atención especial.

Como muy bien lo ha establecido hace unos momentos la Dra. Navarra, el tipo y magnitud de las lesiones o secuelas es muy variable; no será posible, de acuerdo a los límites ló-

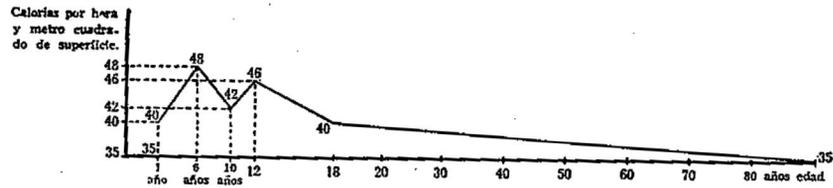
gicos que debe tener esta contribución, que hagamos una discriminación de casos, por lo que nos referiremos al tema en general.

La noción del paciente de que en un acto quirúrgico no va a sufrir, no alcanza para otorgar a todos la necesaria tranquilidad.

No es sólo el dolor físico lo que debe evitarse; es necesario considerar al enfermo como un complejo orgánico-sicológico cuyos polos ejercen una mutua influencia, a veces de inmensas proyecciones. Ambos factores deben ser debidamente considerados y tratados antes, durante y después del acto operatorio.

El factor sicológico puede ser superado por una firme voluntad o por la comprensión, lo que ocurre a veces en el paciente adulto. Ello es difícil, si no imposible, en el caso del niño en el que, por añadidura, la agresión puede dejar serias secuelas sicopáticas traducidas por marcadas alteraciones de conducta o complejos duraderos.

Podemos condensar en una resultante biológica la influencia de los componentes orgánico y sicológico: el metabolismo de cada paciente estimado en calorías por hora y por metro cuadrado de superficie corporal. De



esta manera se obtiene una curva que representa el metabolismo a través de todas las edades.

Obsérvese que es precisamente entre los 6 y los 12 años que es mayor el valor del metabolismo, expresión de activas funciones biológicas y reacciones psico-sensoriales.

Corresponde establecer que las necesidades de O_2 y la irritabilidad refleja de cada sujeto se expresan por una curva exactamente superponible a ésta.

Una de las definiciones que podemos dar de la anestesia general encara precisamente este aspecto biológico al establecer que ella consiste en la disminución del **metabolismo celular**, especialmente oxigenado, a un mínimo compatible con una total y completa recuperación de funciones.

Es fácil de comprender que si se pretende alcanzar el descenso del metabolismo que caracteriza a cada plano anestésico utilizando un único agente, la cantidad necesaria será mayor; y no hay que olvidar que la anestesia, que es siempre una intoxicación, debe mantenerse en márgenes manejables, alejada de las zonas peligrosas de esa intoxicación.

De esto surge una de las razones de la preparación pre-anestésica: tratar específicamente los factores que por causas orgánicas o psicológicas alteran el metabolismo pre-operatorio.

Los principales objetivos que se persiguen son: evitar el miedo, temor o excitación síquica; tratar el dolor pre-operatorio; normalizar la temperatura del organismo; corregir los desequilibrios hormonales y los trastornos humorales; obtener el equilibrio neurovegetativo o por lo menos la sedación vagal; evitar los vómitos post-operatorios; impedir las convulsiones y los trastornos motrices y reflejos; disminuir la tensión endocraneana que puede estar elevada.

Exceptuando el dolor y la fiebre que son aleatorios, se observará que la mayoría de los otros factores están presentes en menor o mayor medida en los niños a que se refiere esta disertación.

Y si se analiza la repercusión biológica de todos los fenómenos enumerados se apreciará que prácticamente todos inciden sobre el metabolismo basal.

Esta preparación requiere métodos psicológicos y medicamentosos y sus beneficios se traducen en tranquilidad del paciente.

te, simplificación de la inducción con mejor evolución pre y post operatoria y, lo que es muy importante, menores requerimientos de agentes anestésicos.

Todos Uds. saben lo útil que es captarse la confianza del paciente y más de una vez se habrán sorprendido por la facilidad con que algún colega maneja sus enfermos, como también se habrán extrañado de la resistencia que puede provocar otro. Este es un capítulo interesante que el moderno Hipnotismo científico reivindica para sí. No entraremos en él, pero debe decirse que bien utilizado puede alcanzar no sólo sedación síquica sino analgesia, que en algunos casos puede por sí sola hacer posible una breve intervención.

Cuando por métodos psicológicos no se logra abolir o disminuir el temor de los pacientes, entonces es imperativo recurrir a medios medicamentosos. Pero debe establecerse que no hay al respecto unanimidad de criterio: unos estiman que la medicación del niño a un grado tal que le aleje del ambiente o que le duerma, puede ser perjudicial por la depresión funcional que le puede producir. Prefieren entonces quedarse en los recursos psicológicos, a lo más con una mínima medicación atropínica que, como veremos, tiene por específica finalidad evitar las perjudiciales reacciones del neumogástrico. Es probable que quienes participan de esta opinión, respetable por cierto, hayan logrado un dominio tan admirable de todos los temperamentos que les permita un éxito uniforme; o bien que trabajen con un material

humano más dúctil y equilibrado ante el ambiente médico, como son por ejemplo los niños sajones, nórdicos o germanos.

Otros, entre los que nos contamos, consideramos tan importante evitar la agresión psicológica que puede producir una anestesia o una operación resistida por el niño, que preferimos la sedación más o menos intensa. La depresión respiratoria que, en el peor de los casos pueda provocar, queda de todas maneras dentro de nuestros recursos terapéuticos o mecánicos. No está, en cambio, dentro de nuestras posibilidades reparar el daño síquico que, de otro modo, puede ocurrir en algún caso.

La verdad es que en ambientes latinos o israelíes, a veces más que al paciente corresponde medicar a los familiares, ya que la inquietud del enfermo en muchos casos emana más de la influencia ambiental a que está sometido, que de sí mismo.

De acuerdo a la finalidad perseguida por la medicación preanestésica, las drogas a usar deben tener funciones sedantes, analgésicas, anti - febriles, neurovegetativas y anti - eméticas. Los trastornos humorales y hormonales requerirán, por su parte, un tratamiento adecuado o si ello no se ha hecho, deben ser muy bien valorados tanto para la indicación de anestésicos como para que su administración sea lo más anodina posible.

Entre las drogas más usadas están: los barbitúricos, los opiáceos o sus sucedáneos, la aspirina y derivados del piramidón, la Hydergina, los derivados de

la fenotiazina; Largactil, Fenergán y Diparcol. Muchas de estas sustancias tienen más de una acción para los objetivos que se persiguen. Así los barbitúricos son sedantes o hipnóticos y algunos de ellos son de eficaz acción anestésica; los opiáceos o sus sucedáneos son sedantes pero también son analgésicos; la aspirina y los derivados del piramidón son antifebriles y analgésicos; el Largactil es sicoplégico, anti-emético y regularizador neurovegetativo y el Fenergán es ganglioplégico, antihistamínico y también hipnótico en cierta medida; la Hydergina es simpácticolítica.

A estas sustancias deben agregarse la atropina, la escopolamina y las drogas sintéticas que se caracterizan por una típica acción antivaagal. Este último sector del armamentarium terapéutico pre-anestésico es muy importante y podría decirse que es en el que todos estamos de acuerdo que no debe faltar. Es que gran parte de los accidentes o incidentes anestésicos tienen como substrato fisiopatológico una reacción vagal desmedida, por lo que siempre es ventajoso inhibir el neumogástrico profilácticamente.

La indicación de cada uno de estos medicamentos variará de acuerdo a las necesidades y no hay que olvidar que cuando se usan juntos existe una sinergia o potencialización mutua de efectos. Esto debe tenerse presente en la dosificación, la que por otra parte dependerá de las condiciones del pequeño paciente como asimismo de las circunstancias en que se realizará la

intervención: sobre paciente ambulatorio o internado; con anestesia general o bajo analgesia local o regional.

Para simplificar este punto que puede resultar complejo, nos referiremos simplemente a la orientación que seguimos en el manejo y dosificación de las diversas sustancias que acabamos de citar. En general suministramos un barbitúrico como sedación previa y luego completamos la medicación con una inyección que habitualmente contiene Largactil, Petidina y Atropina en dosis apropiadas a cada caso.

Entre los barbitúricos utilizamos en general los de acción corta o ultracorta, puesto que los de acción intermedia como amytal o dial, o larga como barbital o luminal, tienen menos aplicación en estos casos ya que sus efectos tardan horas en producirse y luego persisten prolongadamente, lo que puede ser contraproducente; debe recordarse sin embargo, que son drogas muy útiles en los niños con tendencia convulsiva o hipertónica.

Entre los de acción corta citaremos el Seconal, Embutal o Namuron, que son las sustancias más comunes en nuestro medio. Pueden ser utilizados por vía oral o rectal en forma de cápsulas o elixir. En el primer caso puede observarse su efecto 45 minutos a 1 hora después de suministrados, exceptuando el Seconal en sello entérico que tarda algunas horas en dejar la sustancia en condiciones de ser absorbida.

Cuando se dan por vía rectal cápsulas con estas drogas deben ser suministradas un par de ho-

ras antes de la operación, a menos que se perforen sus extremos para que el barbitúrico pueda quedar antes en contacto con la mucosa rectal que las ha de absorber.

Como sedante pueden darse 2 a 4 miligramos por kilo de peso por vía oral con un máximo de 100 a 150 mmgs. en total, dependiendo del conjunto sico-somático-endocrino del niño.

Cuando el paciente está internado, la sedación puede llevarse a planos más profundos hasta llegar mismo a una hipnosis que servirá de base para la eventual anestesia general que se vaya a administrar. En este caso las dosis pueden ser aumentadas a 5 ó 7 mmgs. por kilo de peso cuidando siempre de adaptarlas a la resistencia del niño a fin de impedir una depresión excesiva.

En cuanto a los barbitúricos de acción ultracorta Pentotal, Kemital, Baytinal, Pentobarbital, etc. puesto que son solubles, se administran por vía parenteral, especialmente intravenosa; pueden ser también administrados por vía intramuscular. Las más seguras nos parecen la vía intravenosa y la rectal, ya que la absorción intramuscular depende de factores vasculares locales que es difícil, si no imposible, manejar. El enema es muy útil para obtener anestesia basal y como guía puede citarse una dosis de 10 a 15 centigramos por año de edad, con las lógicas variantes que el estado eutrófico o distrófico del niño, determinan. Se hace, horas antes, un enema evacuador y luego se disuelve la cantidad de droga calculada

en 20 o 30 cc. de suero fisiológico a temperatura orgánica y se inyecta por sonda rectal a retener. A los 20.30 minutos el niño está suficientemente somnoliento como para llevarlo a la sala de operaciones.

Como los barbitúricos no son analgésicos específicos y en cambio son activos depresores respiratorios, prefiero lograr el complemento de sedación con una inyección de una mezcla preparada de la siguiente manera: Largactil 5 cc. = 25 mmgs. Petidina 2 cc. = 100 mmgs., Atropina 1/2 cc. = 1/2 mmgs. y Suero Fisiológico 2 1/2 cc., todo lo cual hace un total de 10 cc. de la mezcla.

En los niños eutróficos se indica 1 cc. por cada 5 kilos de peso, dosis que lógicamente corresponde disminuir según el estado físico o mental del niño, valorando adecuadamente, además, los trastornos neurológicos que como síntomas o secuelas presente el enfermito.

De esta secuencia barbitúrico-mezcla inyectable a veces prescindo del primero porque puede ser innecesario si el niño es tranquilo, dócil o razonable. Si se aprecia que la inyección va a causar trauma síquico, es necesario "alejarse" del ambiente con el barbitúrico. Cuando el niño es alérgico se agrega a la mezcla de 25 a 50 mmgs. de Fernergan y entonces se disminuye la dosis de Petidina a la mitad, es decir 50 mmgs.

Cuando el paciente es ambulatorio y se ha logrado conquistar cierta confianza de él, las drogas más depresoras pueden sustituirse. Puede hacerse una dosis

calculada de barbitúrico en su casa y al llegar al consultorio se le da por ej. Largactil, Aspirina y Paratropina por vía oral.

Para terminar vamos a establecer algunos conceptos vinculados a la anestesia general en estos niños, dejando de lado todo hecho técnico que seguramente no les ha de interesar.

1º La anestesia general es suficientemente segura como para justificar su indicación en niños que no colaboran o sicóticos, o en operaciones demasiado prolongadas o importantes. Por más sedación previa que se haga, es prácticamente imposible realizar este tipo de operaciones bajo analgesia local.

Esto no quiere decir que la anestesia general no tenga absolutamente ningún riesgo así como tampoco está libre de ellos la analgesia local o regional.

Debe entenderse que en manos de un especialista, la anestesia general no representa por sí misma un factor que impida una operación ya que, por lo contrario, ofrece máximas seguridades.

2º Toda intervención de alguna importancia, bajo anestesia general, debe realizarse en sala de operaciones y no en consultorio. Es ventajosa la internación del paciente.

3º Es favorable —aunque no imprescindible— hacer la operación con el paciente en posición de decúbito dorsal, si la intervención es de alguna importancia.

4º En todos los casos debe evitarse la penetración en las vías aéreas de sangre o cuerpos extraños. Para lograrlo, no debe

olvidarse que la intubación con manguito inflable y el taponamiento faríngeo son fundamentales y que es imprescindible una correcta aspiración permanente de la cavidad orofaríngea.

5º La anestesia general o la operación no deben ser motivo para que se someta al niño a un ayuno excesivamente prolongado. La acidosis por trastornos del metabolismo glúcido que ello provoca, es una realidad clínica que no debe ignorarse. El niño puede ingerir jugos azucarados hasta 2 o 3 horas antes de la operación y luego de ella debe reanudar la ingestión tan pronto sea posible.

Si la operación es prolongada, debe suministrarse suero glucosado intravenoso para evitar o corregir posibles desarreglos humorales.

6º La anestesia debe ser una anestesia sin lágrimas y sin lucha, para lo cual debe tenerse presente todo lo referente a preparación pre-operatoria ya mencionado.

7º Aunque parezca superfluo debe decirse que los agentes anestésicos tienen que ser elegidos razonadamente, de acuerdo a las condiciones del pequeño paciente y a las exigencias de la operación; no es posible ni admisible que por técnicas innovadoras o espectaculares se desnaturalice el sentido de seguridad que debe tener toda anestesia actual. No hay que olvidar que las malformaciones físicas o las disfunciones endocrinas o mentales no se presentan aisladas, sino que habitualmente se acompañan de otros

Concluye es la página 679)