

COMENTARIO AL TRABAJO:

“Situación correcta y anómala del Catéter Epidural”

DR. SALVADOR HERRERA PARRA.*

El bloqueo epidural requiere atención meticulosa a todos los detalles técnicos para conseguir seguridad y analgesia satisfactoria. Uno de estos detalles es la colocación adecuada del catéter. Los autores nos ilustran al respecto con ocho casos.

Es un estudio clínico-anestésico interesante correlacionado con evidencia radiológica.

Para establecer comparación con la contribución presentada por los autores, en los 9903 bloqueos hubiera sido de interés conocer todas las técnicas de introducción del catéter y en cada una de ellas señalar los porcentajes de éxito y fracaso. Lo mismo podemos decir de los 35 casos en los que se efectuó el estudio radiológico.

La maniobra de los autores para colocar el catéter nos parece útil y digna de experimentarse. Atrae de ella el hecho de tomar en cuenta una distancia fija y constante cual es la longitud de la aguja de Tuohy relacionada con marcas en los catéteres. La distancia fija es independiente de variaciones anatómicas individuales capaces de conducir a error.

Estamos de acuerdo con ellos en introducir pocos centímetros del catéter y preferimos por las razones que señalan introducir sólo uno o dos centímetros. Nuestra técnica consiste en medir previamente en centímetros la anchura de la tercera falange del dedo índice. Para la introducción del catéter nos basamos en la sensación táctil de éste cuando franquea la punta de la aguja; a partir de esto pasamos de uno a dos centímetros.

Nos parece de gran importancia para la seguridad del paciente bajo bloqueo peridural el uso sistemático de catéter como recomiendan los autores, pues como lo señalan permite fraccionar la dosis total y en consecuencia reducción de la toxicidad. Al respecto nuestra dosis inicial es la mitad de la que ellos usan o sean 100 miligramos de lidocaina. El resto de la dosis la administramos con la paciente en decúbito dorsal. Se consigue con ello dos cosas; 1.—Intervalo suficiente para comprobar que el catéter no se colocó en el espacio subaracnoideo lo que se traduciría por imposibilidad de mover los pies y 2.—No perder

* Médico Anestesiólogo de Base. Hosp. Gineco-Obstetricia N° 3. Centro Médico La Raza. I.M.S.S. México, D. F.

tiempo para tratar las reacciones tóxicas en caso de presentarse.

Por obvias razones no es conveniente en trabajos médicos científicos el uso de los nombres comerciales de los productos usados. En nuestra experiencia hemos tenido iguales resultados con los diversos productos del mercado.

En general los casos analizados señalan con exactitud el fracaso de la analgesia peridural por colocación anómala del catéter y nos advierten de la posibilidad de perforar inadvertidamente la duramadre en dos situaciones: 1.—al introducir el catéter y 2.—con los movimientos de la paciente después de su introducción especialmente durante el trabajo de parto. Coincidimos con ellos cuando instan en la "dosis de prueba", a lo que agregamos succionar la jeringa antes de pasar la dosis para observar la salida de líquido cefalorraquídeo. Aún con todas estas precauciones no se está a salvo de bloqueo subaracnoidal masivo inadvertido que se presenta en cualquiera de las dosis sucesivas.

En el trabajo comentado no se menciona si se practicaron previamente las pruebas de sensibilidad alérgica al medio radio-opaco. En nuestra experiencia con estudios similares tuvimos reacción de anafilaxia grave tratado con sobrevida sin secuelas de la madre y producto.²

En los casos 1 y 3 se pudieran aportar mediciones si como se señala, se hubieran empleado catéteres radio-opacos.

Para finalizar, felicito a los autores por su trabajo interesante y original que contribuye importantemente en nuestro medio a la eficiencia y seguridad de una técnica de uso frecuente en los hospitales de Gineco-Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA

1. Bromage, P.R.: "Spinal Epidural Analgesia". Págs. 16, 102 y 115. E.S. Livingstone Ltd. London, 1954.
2. Servicio Anestesiología Hospital Gineco-Obstetricia No. 3 IMSS. Tomo I de Casos Clínicos. Casos Nos. 4 y 18.