

Comentario oficial al trabajo:

Anestesia peridural caudal en obstetricia.

Descripción e indicaciones de una nueva técnica

DR. VICENTE GARCÍA OLIVERA.

DESPUES de revisar la presente comunicación, es interesante y oportuno recordar que la analgesia caudal ha sufrido en su evolución, un sinnúmero de vicisitudes, especialmente en México en donde circunstancias accidentales obstaculizaron su iniciación y desarrollo natural, en aplicación para analgesia en obstetricia. La Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía recibieron el informe acerca de un accidente que se produjo durante la aplicación de una analgesia caudal con el método original de aguja maleable y técnica intermitente en la aplicación de metycaína al 1.5 por ciento. La paciente sufrió un colapso circulatorio grave con la primera dosis y por fortuna se logró la recuperación funcional hemodinámica, sin secuelas para la madre o el producto. Inicialmente se pensó en la acción tóxica del fármaco sobre el miocardio, aunque lo más lógico es suponer que hubo punción accidental de la duramadre y como consecuencia, producción de una raquialgesia generalizada o absorción vascular masiva de la

substancia en el canal caudal. De cualquier manera, quedó en el ánimo de los académicos la imagen del fracaso y, por tanto, de la gran peligrosidad de este procedimiento.

Este hecho aislado e inicial creó un ambiente poco favorable hacia este procedimiento (1944). Con anterioridad, Don Isidro Espinosa de los Reyes ya había utilizado la analgesia caudal en obstetricia con una correlación clínica muy bien llevada; sus observaciones en el parto normal o quirúrgico fueron escritas cuidadosamente en los años 1938 y 1939. La información europea le había permitido aplicar este procedimiento en su clientela obstétrica privada, pero desgraciadamente estas observaciones no fueron publicadas. En fecha anterior a éstas sólo existe el dato de que en 1923, el Dr. Leopoldo Escobar utilizó el procedimiento caudal con fines exclusivamente terapéuticos para tratar una ciática rebelde a otros recursos de orden médico.

En 1945, la Dra. Irene Talamás publicó en la Prensa Médica Mexicana la técnica del Dr. Darío Fernández Fierro para la

analgesia caudal. El Dr. Jesús Carmona y Alvarez publicó en 1946, en la Revista de Ginecología y Obstetricia de México su contribución a la técnica clásica de aplicación de la analgesia caudal continua.

En 1949, el Dr. Guillermo Alfaro de la Vega publicó en la Revista Ginecología y Obstetricia de México un estudio comparativo de tres métodos de analgesia y anestesia en obstetricia.

En 1950, el suscrito y el Dr. Luis Manuel Bandera iniciaron el uso de la analgesia caudal en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 1 con la autorización del Dr. Alfonso Díaz Infante, entonces director de esa Institución. Esta oportunidad nos permitió aplicarla en pacientes eclámpticas graves que no respondían al tratamiento médico con el doble fin de producir analgesia quirúrgica y vasodilatación.

El uso de estos procedimientos en ginecología operatoria nos fue permitido realizarlo desde 1948 en el Hospital "Dr. Jesús Alemán Pérez" por su Director, el Dr. Donato Ramírez.

Estas observaciones clínicas culminaron en la tesis del Dr. Luis Manuel Bandera acerca de "La analgesia caudal por el hiato sacro y sus aplicaciones en ginecología y obstetricia", tesis realizada en 1952, a la que se le concedió mención honorífica.

En julio y agosto de 1952 se presentó esta experiencia con el título "Analgesia selectiva en ginecología y obstetricia", en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y en la Sociedad Mexicana de Anestesiología.

Posteriormente, en 1961 fue el tema de nuestro ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía, con el título "La aplicación clí-

nica de la analgesia peridural por ruta caudal y lumbar en cirugía general".

La pauta que se siguió con estos trabajos que culminaron en esta agrupación fue con el fin de reivindicar un procedimiento que en el seno de la misma había sido considerado, *a priori*, como muy peligroso y de escasa utilidad. El tiempo y la evolución de otros procedimientos han colocado a la analgesia caudal en un segundo término, a pesar de su utilidad.

Parecerá inadecuado el relatar de manera cronológica los elementos de producción nacional; pero consideramos que ello es una información de fundamental interés en el progreso natural de la medicina mexicana como producto de una superación constante que con frecuencia olvidamos, soslayamos o ignoramos en nuestro propio medio. La reivindicación del procedimiento se logró en el momento preciso en que otras técnicas le substituyeron con ventaja. En 1961, el grupo de anesthesiólogos del Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 1 me invitaron a sustentar un curso breve teórico-práctico sobre analgesia peridural. Se logró en este curso el éxito práctico y clínico que reunió a un número grande de anesthesiólogos que aceptaron, hicieron y difundieron todo lo que en conjunto se pudo realizar al respecto. A partir de este hecho se inició la substitución de la analgesia caudal por la peridural en sus modalidades actuales.

En el estado actual de esta evolución resulta de interés especial referirse una vez más a la analgesia caudal en las condiciones relatadas en el trabajo de los doctores José Vargas Castro y Guillermo Vasconcelos Palacios.

De manera acertada señalan en el prin-

cipio de la comunicación que hay situaciones variadas en que se requiere una vigilancia estrecha de la paciente en trabajo de parto, aunque clínicamente se haya valorado el riesgo, pues en un momento dado la eutocia aparente se convierte en distocia de gravedad extrema para la dualidad maternofetal; en estas circunstancias el médico anesthesiólogo deberá poseer una amplia experiencia en la anestesia con criterio obstétrico pues de otra manera la técnica pura resulta insuficiente.

Por otra parte, al hablar de la evolución histórica de la analgesia caudal, todos los autores consignan que en forma separada, la iniciaron Cathelin y Sicard en 1901 y el primero de ellos, sin ser obstetra, recomendó su uso en los procesos dolorosos derivados de situaciones obstétricas.

Estamos de acuerdo con los autores que la analgesia caudal ha experimentado cambios en su evolución; lo que no ha variado es la técnica de identificación del hiato sacro; pero con respecto a las sustancias analgésicas éstas han variado de una manera extraordinaria; desde la cocaína original, pasando por la novocaína y la metycaína, hasta llegar a la existencia variada de anestésicos poco tóxicos y de larga duración. Por otra parte, las técnicas de dosis única y la de dosis fraccionada o continua con catéter de polivinilo o polietileno han substituido a la técnica clásica de los doctores Hingson y Edwards que empleaban aguja maleable, conexión de hule y jeringa aspiradora impulsora del Dr. Pitkin. Las agujas especiales se han modificado favorablemente sobre todo las usadas para la aplicación de la técnica intermitente, las cuales son de calibre 18 de pared delgada.

Los autores señalan el hecho de que con

frecuencia regular ingresan las pacientes directamente a la sala de expulsión y son colocadas en posición ginecológica; parece que en estas circunstancias, estas pacientes con estudio previo en la consulta prenatal o sin él, no podrán constituir casos verdaderos de emergencia, pues entre el momento del diagnóstico y la decisión quirúrgica puede y debe haber un margen de tiempo para preparación, valoración del riesgo y aplicación del procedimiento adecuado a las condiciones maternofetales o simplemente maternas en pacientes con aborto incompleto o para exploración de cavidad uterina por indicaciones diversas.

En la descripción del material y método se señalan 96 casos atendidos de los cuales en 42 se hicieron legrados uterinos y en 54 atención obstétrica; en presencia de esta cifra de legrados parece de importancia considerar el volumen sanguíneo de estas pacientes sometidas a la analgesia caudal pues la hipovolemia causada por hemorragia contraindica este procedimiento.

En lo referente a la técnica, creo que es más adecuado el palpar de atrás hacia adelante con el dedo índice de la mano izquierda y al final apoyar el dedo pulgar para palpar el vértice del coxis y su curvatura mayor o menor. Por otra parte, la palpación de la superficie del sacro para determinar si hay infiltración subcutánea o de partes blandas, resulta difícil a causa de la posición incómoda. También nos parece inadecuado el uso de la aguja de Tuohy para penetrar en el canal caudal por medio de una incisión, de lo que podría resultar una adaptación inconveniente por las razones siguientes:

El extremo distal como de luz triangular e incurvado, está diseñado para rechazar la

meninge externa y conducir de manera oblicua ascendente o descendente el catéter blando o semirrígido, dependiendo esto de la posición del bisel en el espacio peridural. La posibilidad de lesionar con gran facilidad las estructuras periólicas, los vasos y el tejido laxo del canal caudal, aumenta por las reducciones morfológicas del hiato y del propio canal caudal (distorsiones congénitas descritas por diversos autores).

Estas consideraciones permiten sugerir el uso de la aguja del número 18, para la analgesia caudal, de longitud corta de 8 cm. y de paredes delgadas para el paso del catéter diseñada especialmente por la casa Beckton-Dickinson.

Al continuar con la descripción de la técnica, cremos conveniente practicar la aspiración al través de la aguja puesta en el canal caudal para comprobar la presencia de sangre o líquido cefalorraquídeo; en este momento es cuando se comprueba su verdadera utilidad, pues la aspiración con jeringa al través del catéter no hace más que colapsar éste y no se obtiene la verdadera y útil aspiración.

Según los autores, los volúmenes de solución anestésica inyectados han sido de 14 a 30 mililitros y los niveles metaméricos logrados se encontraron entre T-8 y T-12 en el 98.8 por ciento de los casos.

Pensamos que estos niveles de analgesia exceden las necesidades analgésicas relacionadas con los casos de legrado uterino y revisión de cavidad por otras razones descritas.

En el 11.5 por ciento de punciones rojas, no se señala la conducta seguida para modificar, corregir o continuar con el procedimiento analgésico iniciado.

En los resultados finales se informa de

un caso en el cual el bloqueo caudal fracasó porque el catéter se introdujo entre el sacro y la piel, o sea en pleno tejido subcutáneo, por lo cual hubo de recurrirse al bloqueo peridural lumbar; en este caso nos parece que la forma de la aguja de Tuohy favoreció mucho la salida del catéter por la forma angulada de su extremo distal. Sin embargo en esta comunicación, parece ser que este fue el único fracaso en la producción de la analgesia.

De los conceptos expresados acerca de la posición ginecológica con los miembros inferiores elevados, nos parece que no es suficiente como elemento de protección contra la hipotensión, pues el tratamiento del síndrome de hipotensión ortostática requiere de medidas variadas, sin descartar la absorción vascular del anestésico al través de las ricas redes vasculares en el canal caudal, las que se encuentran aumentadas de volumen en la paciente obstétrica. Lo anterior junto con el síndrome compresivo de la vena cava inferior que aumenta la tensión e ingurgitación venosa en miembros inferiores y pelvis, así como la posición forzada y compresiva de los miembros inferiores en tensión, favorecen el estancamiento venoso y por tanto la producción de fenómenos tromboflebiticos y tromboembólicos con sus secuelas temibles de infarto pulmonar.

No es exagerado decir que la analgesia caudal en posiciones clásicas, como la lateral de Sims modificada, facilitan de manera considerable la punción del hiato y el acceso del canal caudal; pero aún así, la técnica caudal es un procedimiento que no es fácil, sino todo lo contrario, especialmente por el número considerable de malformaciones que imposibilitan en gran proporción.

el éxito de esta analgesia. Según Trotter existe de ocho a 14 por ciento de imposibilidad real a pesar de la experiencia del anesthesiólogo ejecutante.

Conviene, por otra parte, ratificar el concepto de evitar la infección consecutiva a la punción, no tanto en lo que concierne a la proximidad del ano y la vagina, sino a la difusión séptica de un aborto o la infección amniótica que puede infiltrar y contaminar estas estructuras, para ello es más recomendable el agua y jabón antiséptico, la antisepsia local y la protección hermética y acojinada del catéter y de la región sacrocoxígea.

Por el contexto de estas descripciones nos parece que es más que una técnica, una vía de acceso eventual en condiciones de emergencia provocadas no por el caso en sí, sino por las circunstancias del trabajo hospitalario o tal vez por la urgencia del gineco-

obstetra por la gran cantidad de trabajo. El no poder cambiar a la paciente de la posición ginecológica a la clásica lateral de Sims no es un argumento lógico y suficiente que obligue a practicarla en situaciones como las descritas, sin embargo, es digna de felicitación la actitud de adaptación a estas circunstancias que los autores han convertido en ventajosa.

Por último me permito aclarar que después de mucho meditar me ha parecido necesario comentar a grandes rasgos los esfuerzos progresivos para reivindicar una técnica o procedimiento, darle respetabilidad, considerarla en su verdadero valor y difundirla y enseñarla en nuestros medios hospitalarios; esta información es necesaria, no por actitud personal, sino para utilidad de los nuevos anesthesiólogos que deben ser bien instruidos.