

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen **29**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2006**
January-March

Artículo:

Editorial invitado

Anestesia pediátrica

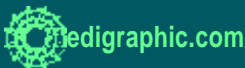
Derechos reservados, Copyright © 2006:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 📖 Índice de este número
- 📖 Más revistas
- 📖 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 📖 *Contents of this number*
- 📖 *More journals*
- 📖 *Search*



Anestesia pediátrica

Dra. Estela Melman-Szteyn*

* Ex-jefa Departamento de Anestesia. Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". Miembro Titular, Academia Nacional de Medicina. Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.

Dra. Estela Melman-Szteyn
Nueva York 32-1103
Col. Nápoles 03810. México, D.F.
bierzmel@prodigy.net.mx

No cabe duda que la anestesia pediátrica, como rama de la anestesiología, ha adquirido una gran importancia y reconocimiento nacional e internacional. Este hecho se constata en la invitación que recibí por parte del Comité Editorial de la Revista Mexicana de Anestesiología, para escribir sobre este tema, lo cual considero un "acontecimiento histórico" por ser ésta, la primera vez que la revista desde su fundación, dedica un editorial a esta importante rama de la anestesia⁽¹⁾.

El reconocimiento de la necesidad de una especialidad en anestesia pediátrica, no se hizo evidente sino hasta la segunda mitad del siglo pasado, cuando pioneros como Jackson-Rees en Inglaterra, Digby Leigh y Belton en Canadá, Margaret Deming y Robert Smith en los Estados Unidos de Norteamérica, entre otros, hicieron énfasis en la necesidad de crear especialistas dedicados al manejo de los niños en sus diferentes etapas de desarrollo, en centros especializados para su manejo y por cirujanos igualmente consagrados, única y exclusivamente a ello.

En 1975, Smith⁽²⁾ publicó los resultados de una encuesta llevada a cabo en un hospital general universitario (HGU) y un hospital pediátrico universitario (HPU). Estudió la mortalidad perioperatoria en niños de cero a 1 año y de uno a 10 años, encontrando que en el HGU fue de 7.5% para el primer grupo y de 1.1% para el grupo de mayor edad, en tanto que en el HPU la mortalidad fue de 4% para el grupo de cero a un año y de 0.8% para los niños mayores. Este estudio señaló por primera vez el riesgo elevado que implica la falta de capacitación especializada en el manejo anestésico pediátrico.

Tiret, en Francia⁽³⁾, llevó a cabo un estudio prospectivo sobre mortalidad perioperatoria entre 1978 y 1982, en 198,103 anestésias, administradas en 460 instituciones médicas, gubernamentales y privadas seleccionadas al azar, encontrando también que el porcentaje más elevado de muertes, ocurrió en el grupo de niños menores de un año de edad.

Keenan en 1985⁽⁴⁾ reportó que el paro cardíaco atribuido a anestesia, era de 1.7/10,000 en la población general. Sin embargo, en el grupo de pacientes menores de 12 años se incrementaba a 4.7/10,000. Posteriormente, este mismo autor⁽⁵⁾ publicó un estudio comparativo sobre la influencia que tiene la presencia y el manejo de los anestesiólogos pediátricos en la frecuencia del paro cardíaco, en niños menores de 1 año; reportó una diferencia significativa, ocurriendo el paro con una frecuencia de 19.7/10,000 en el grupo carente de entrenamiento pediátrico, comparado con 0/10,000 en el grupo especializado.

Todos los estudios anteriores, han coincidido en señalar el mayor riesgo que representa la población infantil, particularmente el grupo de niños menores de 1 año de edad, anestesiados en centros no capacitados, aunque se trate de instituciones universitarias y más aún, cuando son manejados por anestesiólogos generales, sin entrenamiento pediátrico.

Es por ello que considero, que las recomendaciones emitidas en 1984 por el “National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths (NCE-POD)” siguen vigentes⁽⁶⁾:

1. Los cirujanos y los anestesiólogos no deben ejercer la práctica pediátrica en forma “ocasional”, ya que los resultados dependen de la experiencia de los clínicos participantes.
2. Los médicos que se responsabilizan de la práctica pediátrica, deben mantenerse competentes y actualizados.
3. Ningún médico en entrenamiento deberá realizar procedimientos anestésicos o quirúrgicos en un niño, sin consultar con, o sin asistencia de un especialista.

REFERENCIAS

1. Comunicación personal. Revisión de 50 años de la Revista Mexicana de Anestesia 1955–2005.
2. Smith RM. The Pediatric -Anesthetist, 1950-1975. *Anesthesiology* 1975;43:144-55.
3. Tiret L, Desmots JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia — a prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986;33:336-44.
4. Keenan RL, Boyan CP. Cardiac arrest due to anesthesia. A study of incidence and causes. *JAMA* 1985;253:2373-7.
5. Keenan RL, Shapiro JH, Dawson K. Frequency of anesthetic cardiac arrest in infants: effect of pediatric anesthesiologist. *J Clin Anesth* 1991;3:433-7.
6. Lunn JN. Implications of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths for paediatric anaesthesia. *Paediatric Anaesthesia* 1992;2:69-72.

