

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

PREMEDICACIÓN EN CIRUGÍA AMBULATORIA INFANTIL; EN POBLACIÓN RURAL. DESCRIPCIÓN DE 1 AÑO DE EXPERIENCIA

Autores: Frutos C, Labraña C, Nome C, , Suárez V.
Hospital Nueva Imperial, Universidad Mayor.
Temuco, Chile

Introducción: Cada vez más se preconiza la ambulatoriedad de la cirugía y la cirugía infantil no está ajena a ello. Por otro lado se sabe que el estrés causado en el niño que ingresa a pabellón es una situación muy desagradable tanto para el paciente como para los padres y el equipo quirúrgico. La premedicación con benzodiazepinas es una buena alternativa, pero se discute su seguridad al plantearlo en esta situación de ambulatoriedad y más aun en población rural.

Objetivo: Describir la experiencia al usar premedicación preoperatoria en población pediátrica sometida a cirugía ambulatoria.

Material y Método: Se incluyen todos los pacientes pediátricos que se someten a cirugías de fimosis, criptorquidea o hernia; ASA I o II y que no presentan alguna contraindicación para la aplicación de la premedicación. El niño es citado en ayunas a la unidad de cirugía pediátrica, donde se le asigna una cama y es preparado para pabellón. 15 a 20 minutos antes de la intervención se administra midazolam 0.5mg/kg v.o. con jugo de manzana, en volumen total de no más de 5cc. Se evalúa sedación al momento de ingresar a pabellón con la Escala Comfort¹. Se considera adecuada con valores entre 17 y 26. Se realiza inducción inhalatoria con sevoflurano, se coloca vía venosa y se administra fentanil (2ug/kg), lidocaína (1mg/kg); se mantiene con sevoflurano y máscara laríngea. El manejo analgésico se realiza con ketoprofeno (2mg/ kg) asociado a bloqueo con bupivacaína al 0.25%. Al término de la cirugía se evalúa tiempo promedio del despertar, presentación o no del síndrome de emergencia al despertar², apreciación cualitativa por parte del equipo y de la familia. El paciente es dado de alta de recuperación a las 2 horas. Es dado de alta a su casa desde la Unidad de Cirugía Pediátrica según pauta establecida. El control es realizado entre los 5 a 7 días postoperatorio por los mismos cirujanos infantiles quienes registran la presencia de alguna complicación en relación al procedimiento.

Resultados: Ingresan a este estudio 268 pacientes. 51% circuncisión, 26% descenso testicular, 22% hernioplastia y 1% cirugía mixta. Edad promedio 6 años (DE=3.1). Sin considerar pacientes derivados de Temuco (25%) un 40% son rurales. Un 94% de los pacientes obtuvo Escala Comfort entre 17 y 26 al ingreso de pabellón. Promedio de despertar post-termino de la anestesia fue de 15 minutos. Se evidenció Síndrome de emergencia puro en un 9% de los niños. La evaluación cualitativa del equipo y de los padres fue buena o muy buena en un 90%. No se evidenciaron complicaciones atribuibles a la premedicación. No se evidenció reacción paradójica al midazolam.

Conclusiones: Este tipo de premedicación resulta ser segura en población pediátrica ambulatoria. Además podría ser útil en disminuir el síndrome de emergencia infantil. Por otra parte mejora la calidad de la atención tanto para la familia como el paciente y el equipo.