



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Obstetricia-Ginecología

Protocolo de manejo del bloqueo epidural inadecuado en la paciente obstétrica
Dr. Fernando Tornero – Dr^a Maria Dolores Latorre

En lo que se refiere al manejo de la analgesia del parto es reconocida como la técnica de elección el bloqueo epidural lumbar, sin embargo hay que conocer que no se trata de una técnica exenta de posibles complicaciones y fallos. En el protocolo que se propone a continuación tratamos de exponer una línea de actuación ante estas situaciones de fallo que, por otra parte presentan una frecuencia nada desdeñable según diferentes estudios de la bibliografía consultada (desde un 5 a un 25% según series).

En primer lugar tener en cuenta que se define como fallo la obtención de cualquier nivel analgésico insuficiente que obliga a repetir la técnica o buscar alternativas. Puede presentarse tanto desde el inicio del bloqueo como durante el proceso de parto y con una gran variabilidad de presentación clínica:

- Bloqueo parcial de 1 ó 2 dermatomas ± bloqueo simpático lumbar unilateral y debilidad del cuádriceps.
- Bloqueo unilateral.
- Bloqueo incompleto: incapacidad de bloqueo suficiente de los segmentos caudales y/o cefálicos aun después de administrar grandes volúmenes de anestésico local.

El protocolo que proponemos para su manejo se recoge en el siguiente esquema:





Por otro lado habrá que tener en cuenta una serie de terapias alternativas para aquellos casos en los que a pesar de las maniobras ya descritas el bloqueo epidural lumbar continúe sin mejorar. Las posibilidades analgésicas recogidas en la literatura son múltiples y variadas, con diferentes grados de soporte científico, es por ello por lo que de entre ellas se va a proponer una como la que consideramos más recomendada, en función principalmente de la calidad analgésica que proporciona, la seguridad para la madre y el feto y las posibilidades técnico-personales de que se disponga. Así se propone como dicha técnica alternativa de elección la utilización de Remifentanilo IV en bolus o perfusión continua según el procedimiento y protocolo que a continuación se exponen:

TABLA 6

Procedimiento general y medidas de seguridad para el uso de remifentanilo intravenoso como analgesia del parto

1. Obtención de consentimiento informado específico.
2. Canalización de vía periférica y fluidoterapia según protocolo habitual.
3. Gafas nasales O₂ 2 L min⁻¹.
4. Monitorización con SpO₂ continuo, registro fetal continuo, TA cada 15 min. Avisar al anestesiólogo si SpO₂ < 95% o TA sistólica < 95 mmHg.
5. Punción de una segunda vía periférica sin llave de tres pasos en brazo sin manguito de presión.
6. Conexión a bomba de jeringa de PCAIV: dosis inicial remifentanilo 0,2 mcg kg⁻¹ por bolo con tiempo de cierre de 2 minutos. Concentración de remifentanilo: 40 mcg ml⁻¹, es decir 2 mg en jeringa de 50 ml de suero fisiológico al 0,9%.
7. Ajuste de dosis en función del algoritmo (Figura 3).
8. Evaluar cualquier cambio de dosificación en los 10 minutos siguientes y retroceder en el caso de que se haya realizado un aumento de dosis, si aparición de bradipnea (FR < 10 rpm), hipoxemia (SpO₂ < 95%), hipotensión (TAS < 100 mmHg), sedación excesiva (No responde a la voz), náusea no controlable con Ondansetron 4 mg iv, prurito intenso o nueva deceleración en la frecuencia cardíaca fetal no explicable por otras causas.
9. En el momento del paso a paritorio para el expulsivo, valorar sustituir la PCAIV por PC de 0,025 a 0,1 mcg kg⁻¹ min⁻¹ (Este cambio siempre con presencia del anestesista).

PROTOCOLO REMIFENTANILO PARA ANALGESIA DEL TRABAJO DE PARTO:

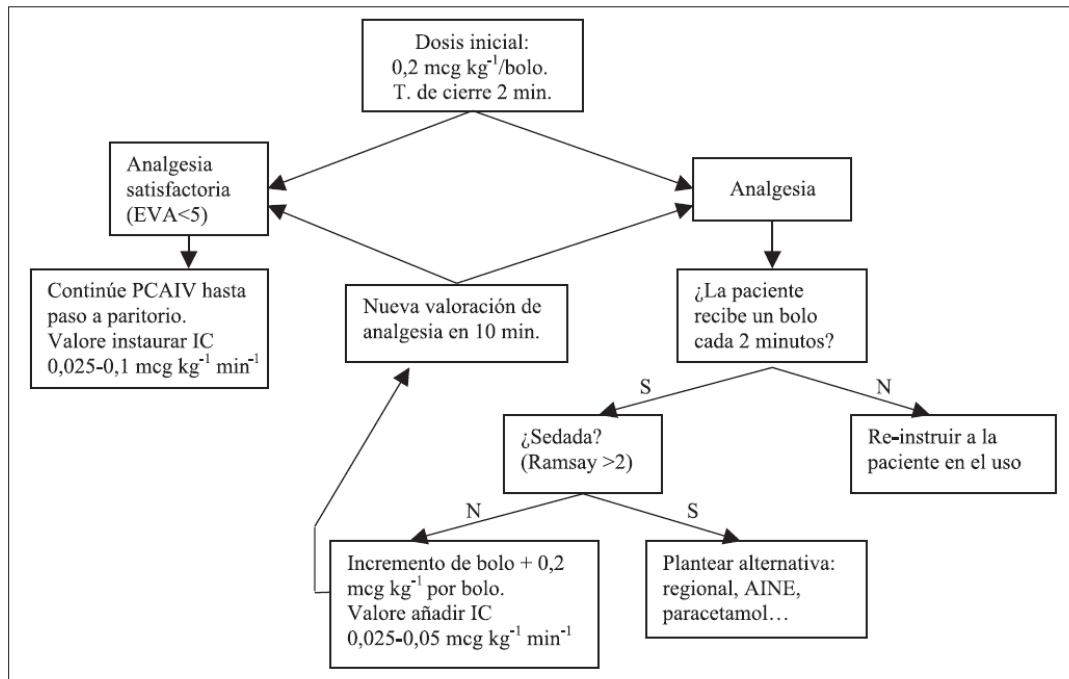


Fig. 1. Algoritmo de ajuste de dosis de remifentanilo en PCAIV en analgesia obstétrica.