

TRABAJOS ORIGINALES

BLOQUEOS DE CONDUCCION EN GINECO-OBSTETRICIA*

DR. CARLOS MARTÍNEZ REDING

LA ANESTESIOLOGÍA en Gineco-obstetricia tiene uno de los más amplios campos para efectuar los procedimientos de bloqueo en la conducción nerviosa con fines analgésicos, las razones son:

1.—Todas las intervenciones se realizan en la parte inferior del abdomen, o en el piso perineal; por tanto los bloqueos bajos son suficientes para lograr buena analgesia y relajación.

2. Las vías sensitivas y simpáticas, son accesibles desde la región lumbar, sacra y perineal, permitiéndonos técnicas relativamente fáciles.

3. Varios procedimientos quirúrgicos, con solo bloquear las vías simpáticas, son indolores y se logra abarcando unas cuantas metámeras y, por consiguiente, las hipotensiones pocas veces están presentes o son nulas.

4. En particular en obstetricia, la presencia del feto intrauterino, muy lábil a la acción de depresores centrales o anestésicos generales, nos hace preferir para analgesia en el parto, expulsión normal, quirúrgica vaginal o abdominal, procedimientos que no vayan a actuar como depresores centrales, objetivo que logramos con las técnicas de bloqueo de conducción.

5. El estómago lleno, muy frecuente en la enferma obstétrica, y la necesidad de mantener planos superficiales de anestesia general para no deprimir al producto, nos conservan en un período anestésico muy propicio para el vómito con el concerniente peligro que esto ocasiona.

Las técnicas de bloqueo que podemos usar, son muy variadas y mencionándolas de la periferia al raquis, son:

* Trabajo de conjunto de la Sección de Anestesiología de la Academia y la Sociedad Mexicana de Anestesiología, leído por su autor en la sesión ordinaria del 20 de marzo de 1963.

I. Analgesia de contacto o de mucosas, con buenos resultados en obstetricia y exploraciones ginecológicas, se logra con concentraciones de lidocaína al 10% en atomizaciones sobre el intrito de la vagina, la distensión perineal no es dolorosa así como pequeñas suturas. Su contraindicación sería usar más de 10 ml. que nos darían toxicidad por absorberse más de un gramo de lidocaína marcado como límite.

II. Infiltración subdérmica y subcutánea que en periné nos permite hacer episiotomías y episiorrafias y resuturas; en pared abdominal la técnica de Evans bloqueando las terminaciones de los nervios intercostales, lumbares y el ilio inguinal o la infiltración por planos, permite efectuar una laparotomía y realizar cualquier intervención abdominal; su uso principal es en pacientes de gran riesgo anestésico, enfermas chocadas, inconscientes, cardiopulmonares, etc., etc.; bajo esta técnica analgésica, las maniobras quirúrgicas deben ser sumamente suaves. Contraindicación sólo encontramos en casos de pacientes incontrolables emocionalmente.

III. Bloqueo troncular que se realiza sobre los nervios pudendos que dan analgesia al periné, permitiéndonos cirugía ginecológica vaginal y perineal y en obstetricia expulsión indolora en el parto normal, epiciotomías, forceps y atención de parto pélvico. Para abordar los pudendos, tenemos 2 vías, la transperineal y la transvaginal, esta última es nuestra preferida. Las contraindicaciones pueden ser infecciones graves de vagina o periné y procesos neoplásicos vecinos.

IV. Bloqueo plexular del simpático lumbar para analgesia obstétrica, haciendo notar que no tendremos analgesia perineal, la cual se deberá completar con pudendos o infiltraciones. No la usamos comunmente, pues requiere 2 punciones y por la ausencia de analgesia perineal, empleamos mejor peridural o raquia que nos da bloqueo simpático que abole el dolor de la contracción y bloquea las raíces sacras de donde emergen los pudendos. El bloqueo plexular del simpático que usamos más, es el de parametrios por vía vaginal y el endocervical; nos permite practicar legrados uterinos y dilataciones de cuello e histerosalpingografías, cuando el periné es muy doloroso, es de recomendarse acompañarlo de atomizaciones, o bloqueo de pudendos. Lo usamos en pacientes con anemia grave, estómago lleno, o bien cuando deseamos ambulación precoz. Contraindicaciones, neoplasias e infecciones graves de la región.

V. Bloqueos paravertebrales, podemos considerar al del simpático lumbar ya mencionado y la peridural; nos referiremos a esta última. Podemos abordarla por 2 vías, la caudal y la lumbar, en la mayoría de los casos preferimos la ruta lumbar y dejamos puesto un cateter para mayor seguridad. Sus indicaciones son: intervenciones ginecológicas abdominales y perineales, analgesia durante el trabajo de parto, expulsión normal, cirugía obstétrica vaginal o abdominal. Es posible su aplicación a casi todo tipo de pacientes. Como contraindicaciones, los estados de choque, hipovolemia y deformaciones de columna; relativamente con-

traindicada cuando se operen grandes tumoraciones abdominales que ocasionarán grandes tracciones, posición exagerada de Trendelenburg, agregado de muchas horas de intervención; con esto la paciente necesitará un bloqueo muy amplio, comprometiendo parte de su mecánica respiratoria y provocando mayores casos de hipotensión, la compresión del diafragma por la posición exagerada, las compresas y cierta sedación para evitar el cansancio de varias horas, nos acrecentarán hipoxias que muchas pacientes de edad no soportarán. En algunos casos podemos ayudarnos con pérdida de la conciencia y analgesia laríngea para tener al paciente intubado y mejorar su ventilación; esta medida muchos anestesiólogos la usan con buenos resultados.

Imprevisiblemente podemos ocasionar hipotensión grave, con la peridural que debe tratarse de inmediato, cosa muy factible, con los vasopresores que contamos, este accidente deberá preverse más, en la enferma preecláptica o ecláptica por ser muy lábil, la hipertensión que no se pudo disminuir antes del parto; con el bloqueo se puede derrumbar y no responde tan fácilmente a los vasopresores como otro tipo de enfermas; el uso de los derivados de la rauwolfia y otros hipotensores usados durante el embarazo, nos van a dar más casos de hipotensión.

VI. Raquianalgia en su modalidad de silla de montar, es útil para cirugía ginecológica perineal y en obstetricia en la expulsión normal o quirúrgica vaginal, sus contraindicaciones son casi las mismas que la peridural, haciendo énfasis en cuanto al peligro de la hipotensión, que es por demás rara si realmente es una silla de montar, si el bloqueo es más alto, la hipotensión es más frecuente, sin embargo para cesáreas es buen procedimiento; lo usamos poco por dos motivos, el pánico que el público le tiene a la palabra raquia y por su incidencia de cefalea.

RESUMEN

En ginecología y obstetricia, usamos una variedad grande de bloqueos de conducción que permiten casi en su totalidad realizar los procedimientos quirúrgicos, es aplicable a la mayoría de pacientes en un hospital como en el que nos ha tocado trabajar (gineco-obstetricia N° 1 del IMSS), con gran volumen de pacientes, podemos dar mejor atención y a mayor número de ellas, con las ventajas señaladas de una buena analgesia y relajación muscular sin alterar las constantes vitales de la madre, no deprimir al feto y evitar el peligro del vómito.

No se deberá de tratar de generalizar un procedimiento para una intervención, sino elegir la técnica según el tipo de paciente y lo que vaya a realizar el gineco-obstetra, recordando que además, contamos con la ayuda de la anestesia general.