



Complicaciones del bloqueo neuroaxial en la paciente obstétrica

Dra. Patricia Angélica Ibarra-Malagón

Los bloqueos neuroaxiales (anestesia raquídea, epidural y combinada) se asocian a una menor morbilidad en comparación con la anestesia general. Estas ventajas son más pertinentes cuando se incluyen pacientes obstétricas. Los cambios en la fisiología materna durante el embarazo hacen que los bloqueos neuroaxiales sean una técnica más efectiva que la anestesia general. Sin embargo, algunas complicaciones, incluyendo lesiones neurológicas, pueden ser muy angustiosas para pacientes y familias⁽¹⁾.

Un estudio retrospectivo que incluyó 2,399 obstétricas sometidas a anestesia regional mostró una incidencia de complicaciones neurológicas de 0.4% (irritación radicular transitoria y parestesias en las extremidades inferiores)⁽¹⁾.

Por fortuna, las complicaciones neurológicas debidas a bloqueos neuroaxiales son esporádicas en este grupo especial de pacientes.

La severidad de las complicaciones neurológicas varía desde leves y transitorias hasta catastróficas y permanentes, siendo la muerte su máxima expresión.

La literatura disponible no es suficiente para definir con certeza la frecuencia de estas complicaciones y dependerá del país y de los autores consultados. Por ejemplo, una investigación antigua demostró que en México hubo 18 muertes maternas relacionadas con la anestesia en 240,978 embarazadas (0.7/10,000 anestésias), de las cuales 129,958 se manejaron con bloqueo peridural y sólo 2,669 con raquianestesia. Hubo ocho casos complicados en la anestesia peridural y ninguno en la anestesia subaracnoidea.

Síndrome de irritación transitoria de las raíces posteriores. Se ha dicho que el embarazo podría ser un factor protector de ITRP, ya que en un estudio que comparó lidocaína hiperbárica vs bupivacaína en cesárea no se encontraron casos de ITRP. Estos autores argumentaron que la dilatación de las venas epidurales durante el embarazo y la lordosis lumbar exagerada favorecen la difusión cefálica del anestésico local intratecal, y con esto se disminuye su acúmulo en las raíces L5-S1, que son las más involucradas en ITRP⁽²⁾.

Trauma. El trauma directo a la médula espinal después de la anestesia peridural o intratecal es raro, en especial en las embarazadas, ya que tanto para operación cesárea como para analgesia para el trabajo de parto, el abordaje lumbar está muy por debajo del cono medular. De Seze y cols.⁽³⁾ encontraron 12 casos de complicaciones neurológicas severas que evolucionaron a lesiones crónicas. En este estudio hubo tres embarazadas, dos de cesárea y una de analgesia. Los factores comunes fueron bloqueos peridurales difíciles y alteraciones anatómicas. Los mecanismos de lesión se identificaron como trauma directo radicular, trauma directo en el cono medular y en la tercer paciente el daño se asoció a quistes subaracnoideos.

Hematomas epidurales. Los hematomas peridurales no son frecuentes en obstetricia, no obstante que la incidencia de presencia de sangre en el catéter epidural durante el bloqueo peridural es hasta del 18%. Los factores de riesgo para el hematoma peridural que se han mencionado son la dificultad o punción hemática, alteraciones de la coagulación y el uso de anticoagulantes. El hematoma peridural generalmente es un evento indoloro, y el primer signo puede ser adormecimiento o parálisis debido a la compresión medular⁽⁴⁾. Un metaanálisis⁽⁵⁾ revisó la literatura mundial de 1966 a febrero de 2005 y encontraron ocho estudios con un total de 1.1 millón de mujeres embarazadas donde se encontraron seis hematomas peridurales. La posibilidad de un hematoma en este estudio en embarazadas fue de 1:183,000 o cinco por millón a 1:168,000 o seis por millón en la mujeres que son sometidas a anestesia o analgesia peridural.

Absceso peridural. Se ha estimado que las mujeres embarazadas que reciben anestesia o analgesia epidural pueden complicarse con infección peridural 1 en 145,000⁽⁵⁾. El dolor lumbar es el síntoma pivote y se encuentra hasta en el 90% de las pacientes, debiéndose establecer el diagnóstico diferencial con el dolor lumbar del embarazo y del puerperio.

Aire vs líquido para localizar el espacio peridural. Un estudio reciente⁽⁶⁾ incluyó 547 mujeres en labor que requirieron analgesia epidural. Los autores concluyeron

que el uso de aire para localizar el espacio peridural con la técnica de pérdida de la resistencia hace más difícil la identificación apropiada y produce más punciones dures. La entrada de aire al sistema ventricular es a través de una punción dural inadvertida con inyección directa de aire al espacio subaracnoideo, el cual se moviliza en forma cefálica dependiendo del volumen inyectado y de la posición de las pacientes. Se manifiesta como cefalea aguda o tardía, la cual suele ser muy intensa, acompañada de datos neurológicos como hemiparesia, crisis convulsivas y estado de coma.

Aracnoiditis adhesiva crónica. La aracnoiditis espinal adhesiva crónica es una entidad bizarra que ha cobrado interés como una posible complicación tardía de la invasión del neuroeje. No se ha encontrado evidencia de que la analgesia obstétrica con fármacos libres de preservativos, con bupivacaína en bajas concentraciones, sola o combinada con opioides sea causa de aracnoiditis adhesiva crónica⁽⁷⁾.

No obstante que la anestesia neuroaxial es muy segura, pueden ocurrir serios accidentes aún en las manos de expertos. Las lesiones con daño neurológico permanente y la muerte por anestesia son los efectos más temidos de las diversas técnicas

de anestesia regional, muy en particular de los procedimientos neuroaxiales.

Durante la evaluación preanestésica se debe incluir la búsqueda intencionada de déficit neurológico previo conocido o no, así como discutir en forma amplia las muy bajas posibilidades de complicaciones con secuelas prolongadas o permanentes, incluyendo la muerte.

Es vital que el anestesiólogo tenga un conocimiento amplio y actualizado de todas y cada una de las técnicas de anestesia regional, de la farmacología de las drogas utilizadas, así como conocer y poder identificar todas las posibles complicaciones. Sólo así se podrá establecer el manejo oportuno cuando estos efectos deletéreos se presentan. Seguir las recomendaciones encaminadas a prevenir estas complicaciones es una costumbre de la cual jamás nos vamos a arrepentir.

En el desafortunado caso de una complicación es vital mantener la calma, registrar los eventos en la hoja de anestesia y nota postanestésica, tener una charla con todo el equipo médico y paramédico involucrado, así como platicar con los familiares sobre el evento ocurrido sin asumir la responsabilidad en los casos dudosos.

REFERENCIAS

1. Dias CD, Frerichs E, Martis BFE. Incidencia de complicaciones neurológicas y cefalea pospunción dural luego de anestesia regional en la práctica obstétrica: un estudio retrospectivo de 2399 pacientes. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2014;42:28-32.
2. Aouad MT, Siddik SS, Jalbout MI. Does pregnancy protect against intrathecal lidocaine-induced transient neurologic symptoms? *Anesth Analg*. 2001;92:401-404.
3. De Seze MP, Sztark F, Janvier G, Joseph PA. Severe and longlasting complications of the nerve root and spinal cord after central neuroaxial blockade. *Anesth Analg*. 2007;104:975-979.
4. Abramovitz S, Beilin Y. Thrombocytopenia, low molecular weight heparin, and obstetric anesthesia. *Anesthesiol. Clin N Amer*; 2003;21:99-109.
5. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology*. 2006;105:394-399.
6. Evron S, Sessler D, Sadan O, Boaz M, Glezerman M, Ezri T. Identification of the epidural space: loss of resistance with air, lidocaine, or the combination of air and lidocaine. *Anesth Analg*. 2004;99:245-250.
7. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive archnoiditis. *Brit J Anaesth*. 2004;92:109-120.
8. Whizar V. (2008) Complicaciones neurológicas en la paciente obstétrica sometida a anestesia neuroaxial en *Anestesia Obstétrica México. Manual Moderno*. 2008:379-398.