

Anestesia Paracervical Transvaginal en Obstetricia

Por

Dr. Mario Rodríguez Rodríguez* Dr. Cecilio Aranda Meléndez**
Dr. Máximo Terán Torrents***

El perfeccionamiento reciente de técnicas en anestesia y el progreso de los conocimientos acerca de los medios para bloquear las vías nerviosas del dolor en el parto, han abierto nuevos horizontes al uso de la anestesia regional.

Es así como, la anestesia paracervical transvaginal ha sido motivo de renovación en los últimos años, y vemos que han aparecido nuevos instrumentos y técnicas, tendientes a reintroducir este importante método de anestesia en el arsenal del médico Ginecólogo y Obstetra.

Interesados por los trabajos presentados en el extranjero, hemos estudiado dicha técnica, habiendo experimentado la misma en cien casos de nuestras pacientes internadas en el Instituto Materno Infantil Carit.

HISTORIA

Fue Gelbert de Alemania, el primero en publicar sus experiencias sobre el bloqueo de los parametrios, en 1926. Su reporte fue sobre 30 casos con buenos resultados y él recomendaba el método para aliviar el dolor en el primer período del parto.

En 1927, Pribram, de Alemania, hace una publicación sobre el método que él llamó "Bloqueo del Plexo Uteropélvico", de gran utilidad para disminuir el dolor del parto,

Posteriormente, fueron reportados 85 casos de "bloqueo pelviperitoneal" por Henriët, también alemán, con magníficos resultados.

En 1945, Rosenfeld de Nueva York, publicó un trabajo en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, sobre el empleo de esta técnica anestésica, con 100 casos, recomendando entusiastamente el método.

En 1956, Freeman de Minnesota, publicó su técnica y resultados en *Obstetrics and Gynecology*, asegurando un gran éxito en la disminución del dolor del parto en sus casos.

Recientemente, han aparecido una gran cantidad de artículos sobre el tema y todos los autores opinan que a pesar de los magníficos resultados por ellos obtenidos, es extraño que este método no se haya difundido con la rapidez que merece.

INERVACION UTERINA Y PERINEAL

En forma esquemática podemos decir que los impulsos dolorosos del útero van por las fibras nerviosas que se encuentran en la cara externa de los ligamentos úterosacros.

Estas fibras llegan a los plexos uterinos hipogástricos y terminan en la médula espinal en los segmentos D. 11 y D 12.

La región perineal está inervada en su totalidad por el nervio pudendo interno, que tiene su origen en las raíces sacras 2, 3 y 4. La inervación de la parte superior de los labios mayores corresponde a los nervios abdominogenitales mayor y menor, ramos del plexo sacro.

Por lo tanto, el alivio del dolor en la primera etapa del parto, se puede lograr de las siguientes maneras:

- 1º Bloqueo Subaracnoideo (espinal)
- 2º Bloqueo Lumbar epidural.
- 3º Bloqueo Caudal.
- 4º Bloqueo Torácico Bajo y Paravertebral.
- 5º Bloqueo Utero Sacro.
- 6º Bloqueo Paracervical.

Este último es el más simple de los métodos usados y el que da el menor número de complicaciones. Lógicamente, no inhibe el dolor del segundo período del parto, pues éste es debido a la distensión de la vagina y de la vulva, territorios inervados por el ner-

vio pudendo interno. Por lo tanto, usando la combinación de las dos técnicas, bloqueo paracervical y bloqueo pudendo, obtendremos un método seguro y simple para el alivio del dolor del parto.

AGENTES ANESTESICOS

Cualquier tipo de anestésico local puede ser usado en esta técnica. Gray y Geddes aseguran que la lidocaína es uno de los más seguros y efectivos, después de haber hecho experiencias en caso 100 agentes anestésicos. Otros autores han usado epinefrina mezclada con el anestésico local, con el objeto de prolongar la duración de la anestesia, pero esta mezcla ha sido casi abandonada, pues la epinefrina causa vasoconstricción, disminuyendo el riesgo sanguíneo del útero y poniendo en peligro al feto.

Además, se ha comprobado que interfiere en la dinámica uterina, con grave trastorno en el progreso del parto.

En base a nuestra experiencia, estamos de acuerdo con los autores que contraindican el uso de epinefrina, ya que los casos con bradicardia fetal severa de nuestro lote estudiado, fueron aquellos en los cuales se usó la epinefrina mezclada con el agente anestésico.

T E C N I C A

El equipo necesario para la infiltración, consiste en agujas de 10 a 12 cm. de longitud, del número 21 o 22 con su respectiva "camisa" protectora o guía. Existen en el comercio varios tipos de guías. Los más usados son los de Kobak y los de Iowa, pero se pueden emplear otras más sencillas e improvisadas con tubos de goma o de plástico. El Dr. Arismendi, de Venezuela, utiliza una aguja muy gruesa con el bisel cortado, la cual protege a la aguja destinada a inyectar la solución anestésica.

Se emplea además una jeringa de 10 cms., y material para desinfectar la vagina.

Se procede a colocar a la paciente en posición ginecológica. Después de hacer una toilette perineal y vaginal completa, usando desinfectantes acuosos, se introducen en la vagina los dedos índice y medios izquierdos. Se desliza entre estos dedos la guía de la aguja hasta que su extremo llegue al pliegue úterovaginal en un punto que correspondería a las 8 de la esfera del reloj. Se introduce luego, con la otra mano, la aguja calibre 21 o 22, se perfora la mucosa vaginal, se conecta la jeringa, se aspira para

asegurarse de que no se ha perforado un vaso sanguíneo y luego se inyectan 10 cc de lidocaína al 1%. Para el otro lado, se cambia de mano y se repiten las maniobras expuestas, inyectando esta vez sobre el punto correspondiente a las 4 de la esfera del reloj.

INDICACIONES

Hemos usado especialmente esta clase de anestesia en el trabajo del parto, logrando suprimir o disminuir el dolor en el primer período y si se combina con el bloqueo pudiendo, gran relajación de los músculos perineales. Esta anestesia estará indicada en las perineorrafias, traquelorrafias, fórceps, bajos, extractor al vacío, reparación de desgarros vaginales o perineales, revisión de cavidad uterina, extracción manual de placenta o de restos placentarios, en la atención del parto podálico, en el legrado instrumental y en los cerclajes cervicales.

En Ginecología puede usarse para la dilatación cervical, para la biopsia de endometrio, para histerosalpingografía y para prueba terapéutica en la dismenorrea intensa.

Es importante anotar que esta anestesia puede ser repetida antes de la terminación del trabajo de parto, en caso de que su efecto haya pasado. Su indicación estará aumentada, en presencia de pacientes muy nerviosas, aprensivas o difíciles de manejar.

COMPLICACIONES

Las complicaciones maternas que se podrían presentar serían las siguientes:

- 1º Lesión de los vasos sanguíneos con la consiguiente hemorragia y formación de hematomas.
- 1º Infección.
- 3º Administración intravenosa.
- 4º Lesión de los tejidos parametriales.

Usando la técnica con corrección no hemos observado ninguna de estas complicaciones y creemos que ellas pueden ser evitables con una buena selección de los casos y siendo sumamente estrictos con los cuidados de asepsia.

Las posibles complicaciones fetales serían:

- 1º Bradicardia fetal, la cual se traduce por hipoxia fetal.
- 2º Punción de la parte fetal que se presenta, con la punta de la aguja.

En la literatura consultada, los autores están de acuerdo que la bradicardia fetal puede presentarse después del bloqueo y los porcentajes oscilan entre el 3.7% y el 20%.

Esta bradicardia puede ser debida a la absorción rápida del agente anestésico, con el consiguiente pasaje al feto dando lugar a la depresión sobre el miocardio fetal. Tales bradicardias son pasajeras y no se acompañan generalmente, con otros signos de sufrimiento fetal. En nuestro estudio se presentó bradicardia fetal en 7 casos. Creemos que puede atribuirse al uso de epinefrina tal y como se relató al inicio del trabajo. Estas bradicardias fueron pasajeras y respondieron rápidamente a la administración de oxígeno a la madre.

CASUÍSTICA

Para nuestro estudio se tomaron 100 pacientes en labor de parto, internadas en el Instituto Materno Infantil Carit. Todas fueron infiltradas con la aguja de Kobak, y el anestésico local usado fue la lidocaína al 1%. La técnica de la infiltración fue la misma relatada anteriormente.

EDAD

14 años	4 casos
De 16 a 20 años	31 casos
De 21 a 25 años	26 casos
De 26 a 30 años	16 casos
De 31 a 35 años	8 casos
De 36 a 40 años	12 casos
De 41 a 45 años	3 casos

PARIDAD

0	43 casos
1	10 casos
2	5 casos
3	8 casos
4	15 casos
5	10 casos
6	0 casos
7	3 casos
8	2 casos
9	2 casos
10	1 caso
11	0 casos
12	1 caso

PLANO DE HODGE

I	14 casos.
II	32 casos.
III	54 casos.

DILATACION CERVICAL

3 cms.	32 casos
4 cms.	24 casos
5 cms.	18 casos
6 cms.	19 casos
7 cms.	7 casos

DURACION DE LA ANESTESIA

40 minutos	5 casos (Novocaína)
60 minutos	63 casos (Xilocaína)
90 minutos	22 casos (Xilocaína)
120 minutos	10 casos (Xilocaína con adrenalina)

COMPLICACIONES MATERNAS

No hubo ninguna complicación en el lote estudiado. La presión arterial, pulso, respiraciones por minuto, etc., no variaron en los 100 casos estudiados.

COMPLICACIONES FETALES

Bradicardia (menos de 100/minuto)	7 casos — 7%
La bradicardia fue profunda (80/minuto)	1 caso — 1%

Todos los casos de bradicardia se remontaron fácilmente con la administración de oxígeno a la madre.

De los 7 niños que presentaron bradicardia, 5 nacieron en perfectas condiciones.

Dos niños nacieron pálidos y apneicos, habiendo necesitado resucitación.

No hubo muertes fetales.

CONCLUSIONES

- 1º La anestesia paracervical transvaginal es un método sencillo y práctico de anestesia, que además de quitar o de aliviar los dolores del parto, puede servirnos para efectuar una serie de intervenciones obstétricas tales como perineorrafias, traquelorrafias, fórceps bajos, extractor al vacío, reparación de desgarros vaginales y perineales, revisión de la cavidad uterina, extracción manual de placenta o de restos placentarios, en la atención del parto podálico, en el legrado instrumental y en los cerclajes.
- 2º El instrumento requerido para efectuar el bloqueo es limitado.
- 3º La técnica de aplicación es muy fácil y al alcance de cualquier médico general.
- 4º Las complicaciones maternas y fetales son mínimas y fácilmente tratables. No se recomienda el uso de epinefrina mezclada con los agentes anestésicos.
- 5º Como observación práctica diremos que en cierto número de casos la dinámica uterina fue baja por lo cual casi rutinariamente se aplica la perfusión de suero glucosado.
- 6º Se recomienda por lo tanto su empleo en los hospitales y maternidades periféricas, en donde no se cuente con médicos anestesiistas de planta.

BIBLIOGRAFIA

- ARISMENDI A., GONZALEZ R. Analgesia regional transvaginal en Obstetricia. Revista de Obst. y Gin. de Venezuela. Tomo 23 N° 3, 1963.
- ALDRIDGE CH. NANZIG R. Uterosacral block and the Obstetrical anesthesia problem. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 81, N° 5. Mayo 1961.
- DAVIS J., FRUEMFELD J. The combined paracervical pudendal block anesthesia for labor and delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 89, N° 3. Junio 1964.
- NYIRJESY L., HAWKS B. Hazards of the use of paracervical block anesthesia in Obstetrics. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 87, N° 2. Set. 1963.
- PAGE EMERY, KAMM M. Bloqueo Paracervical en Obstetricia y Ginecología Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Agosto 1962.
- PAGE EMERY, KAMM M., CHAPPELL C. American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol. 81 N° 6. Junio 1961, Usefulness of paracervical block in Obstetrics.
- PITKIN R. M., GODDAR W. B. Paracervical and uterosacral block in Obstetrics.