

ROTURA DE CATÉTER EPIDURAL Y RETENCIÓN DEL FRAGMENTO CASO CLÍNICO

AUTORES: MOYANO RUBIALES DANIEL; LARA CEPEDA ANA BELÉN; CAMPAÑA ARRABAL MARTA; CIRUELOS MARTIN CCRISTINA; GERMÁN ORELLANA ALICIA; MARIBLANCA SEVILLA, CRISTINA. Residentes Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid

1. Introducción:

La analgesia epidural es el método más eficaz para el control de dolor en el trabajo de parto, convirtiéndose en los últimos años en el método más elegido por las gestantes que acuden a los hospitales. Sin embargo, aunque poco frecuente, no carece de complicaciones, como canulación intravenosa o subaracnoidea, hematoma epidural, infección y posiciones inadecuadas. Estas últimas incluyen: catéteres enrollados, nudos y rupturas⁽¹⁾.

Aunque no forma parte de las competencias de las matronas la inserción del catéter, sí le compete la vigilancia y control de complicaciones asociadas a la técnica y a los fármacos utilizados.

Durante la recuperación de la puerpera se seguirán los criterios de la SEDAR para cuidados postanestésicos, registrándose por escrito la existencia de incidencias así como la integridad del catéter epidural a su retirada⁽²⁾.

2. Exposición del caso:

Gestante que ingresa en paritorio por parto en curso. La paciente solicita analgesia epidural, avisamos a anestésista de guardia y comenzamos con preparación de técnica para inserción de catéter epidural, que se realiza en sala de dilatación en posición sentada con hiperflexión espinal, aparentemente sin complicaciones. A los 20 minutos de colocación de catéter la paciente manifiesta disminución leve del dolor, no llegando a ser en ningún momento de 0 en la escala EVA. A lo largo de la dilatación requiere 3 bolos de rescate. Tras 5 minutos desde último bolo se explora a la paciente por aumento de la sensación de pujo y dolor, encontrando dilatación completa y presentación en 2º plano. Se decide pasar a paritorio resultando parto eutócico de bajo riesgo sin incidencias.

Tras 2 horas de puerperio inmediato se realiza revisión puerperal de la paciente encontrando condiciones normales del puerperio por lo que se procede a retirada de catéter epidural (figura 1), observando tras la retirada del apósito, sección de dicho catéter a 8 centímetros de extremo distal, por lo que se avisa a anestésista de guardia para valoración y posible tratamiento.

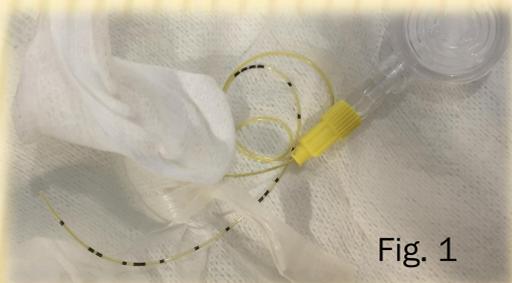


Fig. 1

3. Resolución del caso:

Tras valoración por parte de anestesia se realiza RX lumbar anteroposterior y lateral (figura 2), visualizándose catéter epidural con extremo distal en espacio epidural y extremo proximal en tejido subcutáneo superficial. Se realiza extracción quirúrgica en quirófano sin incidencias (figura 3).



Fig. 2



Fig. 3

4. Implicaciones para la práctica / Conclusiones:

Aunque la rotura del catéter se da un porcentaje muy bajo de casos, y no suele tener consecuencias clínicas debido al material con el que está fabricados, es importante siempre comprobar la integridad del mismo tras su retirada, ya que en ciertos casos puede haber sintomatología neurológica asociada a la retención del fragmento seccionado. Los catéteres epidurales llevan marcas para comprobar la longitud que se introduce en el espacio epidural, así como podemos ver en los catéteres con punta cerrada un aumento del grosor en la punta que facilita comprobar su integridad.

Dadas las competencias de la matrona en cuanto a la supervisión en el proceso de parto y retirada del catéter epidural en el puerperio inmediato, se han de tener en consideración los siguientes criterios:

- La fuerza de tracción que se requiere para retirar un catéter es mínimo.
- Revisar el bisel de la aguja y el catéter antes de su inserción por parte del anestésista.

Cuando el catéter no se puede retirar después de usar una mínima tracción, existen ciertas maniobras para facilitar su extracción y son:

- Máxima flexión de la espalda.
- Rotación de la columna.
- Colocar en la posición en la que se insertó el catéter.
- Posición de sentado con las piernas extendidas o arrodillarse con las manos abajo y la espalda flexionada.
- Llenar el catéter con inyección rápida de solución salina.
- Anestesia general con relajación muscular.
- Remoción quirúrgica.

Si ocurre ruptura y retención de un segmento de catéter en el espacio epidural, se debe informar a la paciente e iniciar una vigilancia estrecha, que permita identificar el desarrollo de síntomas en una etapa temprana y determinar la conducta a seguir. Las técnicas de imagen (placas radiográficas, tomografía axial computarizada, resonancia magnética) brindan gran ayuda en la localización del fragmento del catéter.

Además un enfoque conservador sin una retirada inmediata del catéter, permitiría la no interferencia en el proceso de instauración del vínculo madre-hijo, permitiendo el contacto piel con piel, tan importante en estas primeras horas tras el nacimiento, favoreciendo así mismo la lactancia materna.

Bibliografía

1. Castro Rodríguez, C; López Herranz, P; Retención de fragmento de catéter dentro del espacio epidural. Revista médica del Hospital General de México 2002, 65(3) [citado 5 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2002/hg023g.pdf>
2. Campuzano C.. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 marzo 5]; 14(2): 117-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000200005&lng=es.

