

¿Podría el remifentanilo reemplazar la analgesia epidural en el parto? Ya veremos

El dolor del parto está catalogado como uno de los más intensos; está causado por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello uterino y el estiramiento del suelo pélvico y la vagina al descender el feto. La analgesia epidural está considerada como la más eficaz durante el trabajo del parto, aunque, a pesar de las numerosas ventajas de esta en el trabajo del parto, se presentan situaciones en las que la mejor opción analgésica puede estar contraindicada, no se puede ofertar, fracasa técnicamente o la parturienta no la desea.

Es evidente que se requiere una alternativa satisfactoria al “gold standard” de la analgesia en el parto. En este sentido, este lugar lo han ocupado los opioides sistémicos. En Reino Unido y Noruega la meperidina intramuscular es el opioide más utilizado, 43 % y 77 % respectivamente, y la analgesia intravenosa controlada por el paciente (PCA) con remifentanilo, y en menor proporción con morfina o fentanilo en un 49 % de las parturientas (1). En España, la analgesia epidural es el método de elección; se estima su utilización superior al 70 % de las parturientas.

La utilización de remifentanilo vía intravenosa en el contexto de la analgesia para el parto presenta ventajas teóricas sobre otros opioides, debido a sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas: es un potente agonista opioide μ que proporciona intensa analgesia; su comienzo de acción es rápido, lo que permite una titulación de la dosis más efectiva; sus efectos clínicos se disipan rápidamente e independientemente de la duración de la infusión, lo que evita la acumulación. El remifentanilo también puede inducir las complicaciones típicas de los opioides: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, bradicardia, hipotensión, rigidez muscular y prurito. A nivel fetal atraviesa con facilidad la barrera útero-placentaria; sin embargo, su rápida redistribución e hidrólisis por esterazas inespecíficas evitan la depresión respiratoria postoperatoria y la sobredosificación a nivel fetal (2).

En este número de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* se publica un estudio con PCA de remifentanilo en analgesia durante el trabajo de parto según el modelo británico; la PCA de remifentanilo presenta una amplia aceptación entre el personal implicado en el parto, ofreciéndose como primera opción junto con la analgesia epidural (3).

Estudios previos han sugerido que el remifentanilo mediante PCA intravenosa proporciona mejor analgesia que el óxido nitroso, fentanilo mediante PCA o meperidina intravenosa (4) o intramuscular (5), y un grado de satisfacción materna con la técnica equiparable a la analgesia epidural (6).

Un metaanálisis reciente refiere que la eficacia analgésica de remifentanilo PCA no fue superior a la analgesia epidural durante el trabajo del parto (7). No hay duda de que la seguridad de la PCA de remifentanilo sigue siendo una cuestión controvertida. Se ha reportado que pueden ocurrir depresión respiratoria y sedación materna durante el parto con el uso de PCA y tendencia a la acidosis en el recién nacido (8); por lo tanto, se requiere monitorización continua incluyendo *end-tidal* de CO_2 , supervisión cuidadosa, oxígeno suplementario en las parturientas y medios para reanimación neonatal (9).

Uno de los problemas de los opioides intravenosos para el alivio de dolor del trabajo del parto es la analgesia incompleta; esto no ha sido totalmente superado por el modo de administración

PCA, en la que los requerimientos de analgesia se incrementan con la progresión del parto. Además, los opioides proporcionan alivio del dolor predominantemente visceral y por lo tanto serán menos eficaces en la segunda etapa de trabajo del parto, cuando el dolor es predominantemente somático.

En la utilización de remifentanilo en este contexto, el momento de la dosis en bolo, su tasa de administración y el tiempo de bloqueo son elementos críticos para proporcionar una gestión eficaz del dolor; la mejora de los métodos de administración es esencial.

De acuerdo a la evidencia científica actual, el remifentanilo intravenoso mediante PCA no puede considerarse como un método de analgesia eficaz y seguro para ser usado rutinariamente para analgesia en el parto o como un reemplazo óptimo de la analgesia epidural (10). El hecho de que su indicación en obstetricia no esté oficialmente aprobada, no implica que su uso no sea aceptable una vez ha sido probado su eficacia analgésica (11).

Por ello, las parturientas que no puedan o quieran recibir analgesia epidural y que deseen analgesia durante el parto tienen una alternativa al “gold standard” -la opción menos mala o la mejor opción de la analgesia sistémica-, la administración de remifentanilo intravenoso mediante PCA, siempre con una estricta monitorización y vigilancia clínica.

E. Calderón Seoane

*Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

BIBLIOGRAFÍA

1. Saravanakumar K, Garstang JS, Hasan K. Intravenous patient-controlled analgesia for labour: A survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth* 2007;16:221-5.
2. Calderón E, Pernia A, De Antonio P, Calderón-Pla E, Torres LM. A comparison of two constant dose continuous infusion of remifentanil for severe postoperative pain. *Anesth Analg* 2001;92:715-9.
3. Morales C, Albadalejo A. Estudio descriptivo de la analgesia obtenida durante el trabajo de parto con PCA de remifentanilo: modelo británico. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21(6): 307-14.
4. Douma MR, Verwey RA, Kam-Endtz CE, van der Linden PD, Stienstra R. Obstetric analgesia: A comparison of patient-controlled meperidine, remifentanil, and fentanyl in labour. *Br J Anaesth* 2010;104:209-15.
5. Calderón E, Martínez E, Román MD, Pernia A, García-Hernández R, Torres LM. Remifentanilo intravenoso mediante infusor elastomérico frente a meperidina intramuscular. Estudio comparativo en analgesia obstétrica. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;7:462-7.
6. Tveit TO, Seiler S, Halvorsen A, Rosland JH. Labour analgesia: a randomised, controlled trial comparing intravenous remifentanil and epidural analgesia with ropivacaine and fentanyl. *Eur J Anaesthesiol* 2012;29:129-36.
7. Liu Z, Chen X, MD, Li H, MD, Qiu M, Duan T. A comparison of remifentanil parturient-controlled intravenous analgesia with epidural analgesia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2014;118:598-603.
8. Lin R, Tao Y, Yu Y, Xu Z, Su J, et al. Intravenous remifentanil versus epidural ropivacaine with sufentanil for labour analgesia: A retrospective study. *PLoS ONE* 2014;9(11):e112283. doi:10.1371/journal.pone.0112283
9. Bonner JC, McClymont W. Respiratory arrest in an obstetric patient using remifentanil patient-controlled analgesia. *Anaesthesia* 2012;67:538-40.
10. Birnbach DJ, Ranasinghe JS. Is remifentanil a safe and effective alternative to neuraxial labor analgesia? It all depends. *Anesth Analg* 2014;118:491-3.
11. Volmanen P, Alahuhta S. Will remifentanil be a labour analgesic? *Int J Obstet Anesth* 2004;13(1):1-4.