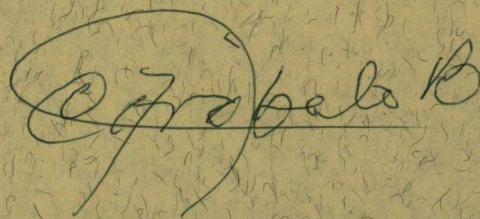
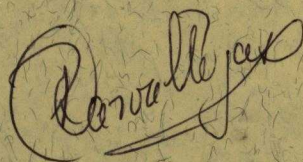


4

MED  
tesis  
G 2122  
2006

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
RESIDENCIA DE ANESTESIOLOGIA

**“ANESTESIA RAQUIDEA  
VERSUS PERIDURAL PARA  
CESAREAS”**



**AUTORA: DRA. LUISA ALEJANDRA GUARAYO DAZA  
RESIDENTE DE 1° AÑO  
TUTORA: DRA. ROSA CARBALLO  
DOCENTE RESPONSABLE: DR. CASIMIRO AREBALO**

**COCHABAMBA – FEBRERO - 2006**

# INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1PAG</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>3 PAG</b>
<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>4 PAG</b>
<b>JUSTIFIACION</b> .....	<b>4 PAG</b>
<b>OBJETIVOS</b>	
• <b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>22 PAG</b>
• <b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	<b>22 PAG</b>
<b>HIPOTESIS</b> .....	<b>22 PAG</b>
<b>METODOLOGIA</b>	
• <b>MATERIAL Y METODOS</b> .....	<b>23 PAG</b>
• <b>CRITERIOS DE INCLUSION</b> .....	<b>23 PAG</b>
• <b>CRITERIOS DE EXCLUSION</b> .....	<b>23 PAG</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>27 PAG</b>
<b>DISCUSION</b> .....	<b>29 PAG</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>29 PAG</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>32 PAG</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>33 PAG</b>

# ANESTESIA RAQUÍDEA VERSUS EPIDURAL PARA CESÁREA

## RESUMEN.

La cesárea es quizás, la cirugía más frecuentemente realizada en cualquier ambiente hospitalario que cuente con asistencia materna. Su connotación especial no puede ser comparable con otro tipo de cirugía en la que sea posible optar por técnicas de anestesia regional.

Una morbi-mortalidad 16-17 veces mayor en cesárea bajo anestesia general comparada con el mismo procedimiento bajo anestesia regional, justifica la implementación de nuevas técnicas de anestesia regional y la búsqueda de alternativas y coadyuvantes durante el acto operatorio que garanticen mejores resultados tanto para la paciente como para el grupo quirúrgico.

El presente es un estudio comparativo, retrospectivo, descriptivo y longitudinal realizado en el **HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"**, de la ciudad de Cochabamba, entre el periodo del 1 de marzo del 2005 y el 31 de diciembre del mismo año, en el cual se estudiaron a 200 pacientes ASA II – III, por muestreo aleatorio simple, sometidas a operación cesarea bajo anestesia subaranoidea y peridural, con edades comprendidas entre 15 y 45 años, que se encontraban cursando un embarazo de término o pretérmino y con indicación de cesárea electiva y de emergencia.

Las pacientes que ingresaron al estudio tuvieron diagnosticos multiples los cuales no influyeron en la eleccion de la tecnica anestesica. Las pacientes sometidas a cesarea bajo anestesia subaracnoidea tuvieron un tiempo menor de latencia del anestésico local utilizado

Se pudo observar que no hubo grandes diferencias en la hemodinamia de las pacientes que fueron sometidas a una u otra tecnica.

La duración de analgesia postoperatoria fue mayor en pacientes con anestesia peridural. Las complicaciones no fueron muy marcadas, solamente 22% de las pacientes sometidas a bloqueo subaracnoideo presento hipotension

El APGAR del recién nacido no se vio afectado con la elección de la técnica anestésica

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es quizás, la cirugía más frecuentemente realizada en cualquier ambiente hospitalario que cuente con asistencia materna. Su connotación especial no puede ser comparable con otro tipo de cirugía en la que sea posible optar por técnicas de anestesia regional.

Es claro que en cesárea la anestesia regional no solamente es la indicación inicial, sino que es mandatoria salvo ciertas y muy precisas indicaciones en las que se justificaría eventualmente llevar una mujer embarazada a anestesia general.

Una morbi-mortalidad 16-17 veces mayor en cesárea bajo anestesia general comparada con el mismo procedimiento bajo anestesia regional, justifica la implementación de nuevas técnicas de anestesia regional y la búsqueda de alternativas y coadyuvantes durante el acto operatorio que garanticen mejores resultados tanto para la paciente como para el grupo quirúrgico.

El estado hemodinámico de la paciente, su confort durante el transoperatorio, la presencia o no de náusea, vómito, cefalea, dolor, temblor, dificultad respiratoria etc; el ápgar del neonato y la comodidad del cirujano son algunas características del transoperatorio que sin duda califican el éxito o no de una determinada técnica.

Infortunadamente la impresión de que algunas conductas son mejores que otras no ha dejado de ser una mera observación personal muy cualitativa, y que difiere en forma marcada de uno a otro observador. De la misma manera la literatura médica no muestra evidencia de forma categórica que justifique el uso de algunas técnicas anestésicas sobre otras.

Es muy probable que el éxito de una técnica sobre otra en anestesia regional para cesárea no sea significativo en términos de morbimortalidad; pero sí en comodidad para la paciente y el grupo quirúrgico en los términos descritos; en mejor estabilidad hemodinámica; en menor incidencia de dolor intraoperatorio, de náuseas, de vómito, de hipotensión etc.

Con esto se pretende continuar explorando las diversas posibilidades que ofrece la anestesia regional, con el objeto de minimizar los eventos indeseables y mejorar los resultados durante el transoperatorio.

A partir de bases de datos correctamente tabuladas, y en donde la información documentada sea fiable y precisa, es posible realizar estudios posteriores de casos y controles y/o de cohorte retrospectivo que aporten cada vez mas desde el punto de vista investigativo y generen la posibilidad de organizar ensayos clínicos controlados que ofrezcan mucho mayor rigor epidemiológico.

## **MARCO TEORICO**

La mortalidad materna relacionada con la anestesia se reduce cuando no se utiliza la anestesia general. La mortalidad materna relacionada con la anestesia descendió de 12,8 a 1,7 por cada millón de nacimientos vivos en el Reino Unido y de 4,3 a 1,9 por cada millón de nacimientos vivos en los EE.UU. entre finales de los años setenta y finales de los ochenta. Se piensa que esto se debe en parte al mayor uso de la anestesia regional para el parto por cesárea. Por consiguiente, la anestesia regional (anestesia raquídea o epidural) para la cesárea es a menudo la opción que prefieren los encargados de la atención médica al comparar los riesgos y los beneficios, tanto de la madre como del feto.

Hoy en día, para proporcionar una anestesia óptima en cualquier tipo de cirugía, el anestesiólogo ha de conocer los cambios fisiológicos que se producen tanto durante el embarazo como en el parto. Así mismo, debe tener en cuenta los efectos directos e indirectos de los anestésicos en los recién nacidos. La elección de la anestesia para una cesárea depende del motivo de la intervención, del grado de urgencia, de los deseos de la paciente y de la indicación del anestesiólogo. En cuanto a la medida del bienestar neonatal, ésta resulta altamente interesante para calcular las necesidades de soporte de estos frágiles seres y ha sido objeto de estudio por numerosos obstetras y pediatras. Fue sin embargo una anestesióloga americana, Virginia Apgar, la que en 1952 sentó las bases de lo que hoy es el test más específico de estado neonatal.

La incidencia de la cesárea puede ser tan alta como el 55% en América del Sur, o tan baja como el 15,5% en Inglaterra . La anestesia epidural era la opción de anestésico regional que se prefería para la cesárea en Norteamérica en 1992, pero esto cambió hacia la anestesia raquídea en 1997. La anestesia raquídea ha sido la técnica preferida en el Reino Unido durante más de una década.

## **ANTECEDENTES HISTORICOS**

En 1885, el americano Leonard Corning inventó la anestesia espinal inyectando cocaína en la región lumbar de la médula espinal y fué el primero que insinuó los efectos de la anestesia epidural. Fue Bier quien en 1898 realizó la primera anestesia espinal con cocaína, señalando ya la existencia de cefaleas como secuela de dicha técnica. Robinson perfeccionó el método extrayendo primero la misma cantidad de líquido cefalorraquídeo que luego rellenaba de cocaína. En Europa fueron pioneros en la anestesia local Anton Wöfler, discípulo de Billroth y Paul Reclus, en Francia, que como siempre se han disputado el honor de haber sido los primeros en la técnica. Aún hoy día hay quien llama «*método*

de Shleich» a la anestesia regional, en honor al médico alemán que la popularizó.

En 1904, Alfred Einhorn descubrió el primer anestésico local sintético: la novocaína. En 1905, el doctor Heinrich Braun mejoró los resultados y la duración de la cocaína añadiéndole adrenalina, sustancia que había sido descubierta simultáneamente por el japonés Jokchi Takamane y el americano Thomas Bell Aldrich. En 1908, Bier realizó las primeras anestésias locorreregionales iv., pero su técnica no tuvo repercusión alguna. Veinte años después, Cahen en Francia, 1928, y después Morrisson, 1931, presentaron trabajos interesantes. Sin embargo fue preciso esperar hasta 1946, año en que con la introducción en clínica de nuevos anestésicos locales de baja toxicidad, este tipo de anestesia alcanzó un gran impulso. Los nacimientos se sucedieron a partir de entonces: 1930, la tetracaína; 1943, la lidocaína, a la que permanece ligado el nombre de Löfgren; 1952, la cloroprocaína; 1957, la bupivacaína, en 1971, la etidocaína y posteriormente la ropivacaína. También se perfeccionaron los métodos de administración, como las agujas epidurales de Touhy. Desde entonces hasta el día de hoy se han descubierto gran número de sustancias que han hecho de la anestesia local un método seguro y eficaz para evitar el dolor en pequeñas intervenciones quirúrgicas, desarrollando nuevas expectativas en la especialidad, como las unidades de tratamiento del dolor, tanto crónico como agudo, que están teniendo un crecimiento espectacular.

## **RECUERDO ANATÓMICO**

### **1. Estructura osea de la columna vertebral**

Un factor clave para localizar los puntos en los que hay que llevar a cabo la anestesia regional es la anatomía superficial. La apófisis espinosa de C2 se palpa inmediatamente por debajo de la protuberancia occipital. La unión cervicotorácica se identifica por la apófisis espinosa de C7. Las vértebras torácicas se identifican por sus costillas correspondientes. Una línea trazada