



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA**  
**Residencia Anestesiología "Complejo Hospitalario Viedma"**



# **RAQUIANESTESIA EN TRABAJO DE PARTO**

**Residente: Dra. Natty Roxana Velasco Aguilar**

**Tutor: Dr. Gonzalo Dalenz Cueto**

**Docente Responsable: Dr. Casimiro Arebalo Bustamante**

**Cochabamba-Bolivia**  
**2.009**

## **RESUMEN**

### **Objetivo:**

Comprobar la eficacia de la analgesia raquídea con uso de morfina vs. Fentanil en gestantes que cursan con trabajo de parto en el Hospital Materno Infantil Cochabamba en el periodo comprendido de septiembre 2008 a noviembre 2008

### **Material y Métodos:**

Se estudiaron 20 pacientes ASA II sometidas a trabajo de parto, que se dividieron en dos grupos: Grupo "1" (n = 10) quienes recibieron 0,2 mg. de Morfina y el Grupo "2" (n =10) que recibieron 0,2 mg de Fentanil. Todas las pacientes recibieron los medicamentos a través de un Bloqueo subaracnoideo lumbar simple. Se determinaron las siguientes variables: Datos antropométricos, Tiempo desde el bloqueo y el nacimiento, APGAR del recién nacido, Náuseas, Vómitos, Prurito, Sedación, Bloqueo motor Presión arterial, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Saturación de oxígeno, intensidad del dolor, y tiempo estimado de deambulación, durante las siguientes fases de evaluación: 5, 10, 15, 30, 60, minutos y 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 48<sup>a</sup> horas del postoperatorio. El análisis estadístico se realizó a través de Porcentajes, Promedios, desviaciones estándares, y valores absolutos.

### **Resultados:**

En los datos antropométricos (talla, peso y edad) no existen diferencias estadísticas significativas con una media 25,72 para la edad, 1,58 para la talla y 63,35 para el peso para ambos grupos. El tiempo transcurrido entre la anestesia hasta la salida del recién nacido fue de 110 min. para el grupo "1" y de 120 para el grupo "2", sin repercusión en el APGAR que de 9,7 para el Grupo "1" y de 9,7 para el Grupo "2". Los efectos secundarios: en el grupo "1", los episodios de náuseas fueron en 5

pacientes de estos 4 pacientes presentaron vómitos , en el grupo "2" el episodio de nauseas fueron en 3 pacientes, de las cuales 2 pacientes presentaron vómito. En 6 pacientes del grupo "1" y 4 pacientes del grupo "2" presentaron prurito de intensidad leve, y en 1 pacientes del grupo "2" se presentó prurito moderado. Ninguna de las pacientes presentó algún grado de sedación, en la escala de Ramsay.

Los valores promedios para la P.A.S. (mmHg.) para el Grupo "1" fueron de 106 y para el Grupo "2" de 103. Para P.A.D. los valores fueron en el Grupo "1" de 62 y para el Grupo "2" de 60. Los valores de FC (latidos por minuto) fueron, para el grupo "1" de 74 y para el Grupo "2" de 73 . En cuanto a la F. R. (respiraciones por minuto) se obtuvieron promedios para el Grupo "1" de 22 y para el Grupo "2" de 20. La (SpO2), valorada durante el parto hasta 2 horas postparto fueron de 97 para el Grupo "1" y de 98 para el Grupo "2". Con respecto al EVA (escala de 0 al 100) los datos fueron l: Grupo "1" de 1 y en el Grupo "2" de 2. El Bloqueo Motor BROMAGE IV en las pacientes del Grupo "1" fueron de 8 pacientes y BROMAGE III en 2 pacientes ,en cuanto al Grupo "2" 9 pacientes presentaron BROMAGE IV, y 1 paciente presento BROMAGE III.

### **Conclusiones:**

Nuestro estudio concluye que el efecto analgésico en el trabajo de parto y postparto para los dos grupos de estudio son similares, además que la morfina 0,2mg. es segura y provoca efectos secundarios, además que existe una buena tolerabilidad y aceptación por parte de las pacientes. A las dosis administradas no existe repercusión alguna en el recién nacido, y que el tiempo de deambulaci3n es menor en los dos grupos de estudio.

**Palabras Claves:** Analgesia postoperatoria, Morfina, , Bloqueo Subaracnoideo, Trabajo de parto.

## INDICE

I.- INTRODUCCION.....	pag. 4
II.- MARCO TEORICO.....	pag. 7
III.- OBJETIVOS	
A.  Objetivo General.....	pag. 26
B.  Objetivos Especificos.....	pag. 27
IV.- HIPOTESIS.....	pag. 27
V.- METODOLOGIA.....	pag. 27
A.- MATERIAL Y METODOS.....	pag. 27
B.- CRITERIOS DE INCLUSION.....	pag. 31
C.- CRITERIOS DE EXCLUSION.....	pag. 31
VI.- RESULTADOS.....	pag. 32
VII.- DISCUSION.....	pag. 35
VIII.- CONCLUSIONES.....	pag. 36
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	pag. 36
X.- ANEXOS.....	pag. 37

## INTRODUCCIÓN

El parto es un fenómeno que puede llegar a ser intensamente doloroso y se acepta que la analgesia neuroaxial es notablemente más efectiva en su alivio que la forma de analgesia parenteral, inhalatoria o pudenda .

En 1993 la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) publicó que “no hay otra circunstancia donde se considere aceptable que una persona experimente dolor intenso, posible de ser tratado en forma segura por un profesional entrenado”... “la solicitud materna es suficiente justificación para el alivio del dolor durante el trabajo de parto” . Sin embargo, existen una serie de conceptos a veces antagónicos, sobre el efecto de analgesia raquídea durante el trabajo de parto: aumentaría la duración de la primera y segunda etapas , la incidencia de distocias y partos instrumentales . Por otra parte, que no tendría efecto o que aceleraría el trabajo de parto .

En centros donde la producción de analgesia regional ha aumentado progresivamente, se ha visto que la incidencia de operación cesárea ha permanecido estable o ha tendido a disminuir . Analizando los trabajos de la analgesia raquídea no se asocia con

aumento de cesárea por distocia , provee mejor calidad de analgesia y presenta menor depresión neonatal. También se ha podido mostrar que la analgesia raquídea precoz no altera el resultado obstétrico en primíparas que reciben oxitocina .

El avance de las nuevas técnicas y fármacos en anestesia nos obligan a proveer a nuestros pacientes mejores alternativas en el tratamiento del dolor en el trabajo de parto, así como confort durante este período, sin complicaciones en el binomio materno – fetal.

## ANTECEDENTES

La historia sobre la analgesia en trabajo de parto tiene sus primeros antecedentes registrados desde que en 1847, James Y. Simpson obstetra de Edimburgo, introduce el éter para aliviar el dolor del parto, aunque el clero y otros médicos se oponían ya que tenían el dolor del parto como un mandato celestial, sin embargo Simpson fue un fuerte defensor del uso de anestesia durante el trabajo de parto y posteriormente introdujo el uso del cloroformo a como le había sugerido su amigo David Waldie.

En 1847 Charnnig, médico obstetra, citó el uso de la Morfina durante el Parto (Treatise on etherization in childbirth).

El método se afianzó y alcanzó una situación estable después que la Reina Victoria diera a luz en 1853 a su hijo Leopoldo mientras John Snow le administraba Cloroformo en lo que se denominó como anestesia “**á la reine**”, con ésto se elimina el estigma relacionado con el alivio del dolor durante el parto.

Halsted en 1884 en el Hospital John Hopkins administró cocaína en troncos nerviosos, naciendo de esta manera la anestesia de conducción en regiones periféricas. El primer nervio bloqueado fue el mandibular. Corning en 1885 en Nueva York experimentó en animales la posibilidad de la anestesia raquídea. Quincke en 1891 demostró la utilidad de la punción espinal como medio diagnóstico.

Augusto Bier en Alemania en 1898 produjo la verdadera anestesia espinal en animales, en él mismo y en su asistente Hildebrandt.

Theodoro Tuffier trabajando independientemente de Bier produjo anestesia espinal inyectando una solución de cocaína entre la tercera y la cuarta vértebra lumbar, publicando sus experiencias en Francia en 1899. Tuffier pensó que él había sido el primero en proponer el método y sólo más tarde reconoció gentilmente la prioridad del descubrimiento a Bier, por unas pocas semanas.

En 1900 el doctor Ramón Pardo Galíndez, médico de Oxaca, fue el primero en realizar una raquianalgesia en la República Mexicana.

Para 1901 M. Cathelin y Sicard, separadamente, introducen anestésicos en el espacio peridural por el hiato sacro, pero no es hasta en 1916 cuando Gastón Labat y Rudolph Matas, desarrollan e impulsan la anestesia regional y en 1921 el cirujano militar Español Fidel Pages propone el bloqueo peridural lumbar, dándole el nombre de anestesia metamérica.

En 1940 se inicia la anestesia subaracnoidea continua por Lemmon. Y en 1942 R. A Hingson popularizó la administración de anestésicos al espacio peridural por vía del hiato sacro, para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

## **JUSTIFICACIÓN**

La mayoría de las gestantes experimentan dolor durante la progresión del trabajo de parto de evolución normal. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejadas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto. Por lo tanto el alivio del dolor está plenamente justificado. Siendo la técnica de analgesia raquídea una opción utilizando opiodes a bajas dosis y que brinden seguridad para la madre y el feto. Probablemente pueda también brindarnos a nuestra población una mejor alternativa con la analgesia raquídea en el trabajo de parto de nuestras embarazadas.

## **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

¿Cual es la eficacia de la analgesia raquídea con uso de morfina vs fentanil en gestantes que cursan con trabajo de parto en el Hospital Materno Infantil Cochabamba en el periodo comprendido de septiembre a noviembre 2008?