

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON**  
**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**RESIDENCIA DE ANESTESIOLOGÍA**  
**SEGUNDO AÑO**

1. Resumen 2  
2. Introducción 3  
3. Marco teórico 5  
4. Objetivos 35  
5. Hipótesis 15  
6. Material y métodos 16  
7. Hoja de recolección de datos 18  
8. Resultados 20  
9. Discusión 23  
10. Conclusiones 26  
11. Anexos 27  
12. Referencias bibliográficas



**“ANALGESIA PERIDURAL DE PARTO:  
BUPIVACAINA+CLONIDINA VS. BUPIVACAINA+FENTANIL”**

**AUTORA :** Dra. Graciela Marina Córdova Pozo  
Residente de 2º año Complejo Hospitalario Viedma

**TUTORA :** Dra. Carmen Pariente Mendoza  
Anestesióloga - Hospital Viedma

**Cochabamba, febrero de 2006**

**INDICE**

RESUMEN

<b>1. Resumen</b>	<b>2</b>
<b>2. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>3. Marco teórico</b>	<b>5</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>5. Hipótesis</b>	<b>15</b>
<b>6. Material y métodos</b>	<b>16</b>
<b>7. Hoja de recolección de datos</b>	<b>18</b>
<b>8. Resultados</b>	<b>20</b>
<b>9. Discusión</b>	<b>23</b>
<b>10. Conclusiones</b>	<b>26</b>
<b>11. Anexos</b>	<b>27</b>
<b>12. Referencias bibliográficas</b>	<b>41</b>

## ANALGESIA PERIDURAL DE PARTO BUPIVACAINA+CLONIDINA VS. BUPIVACAINA+FENTANIL

### **RESUMEN:**

*Se presenta un estudio comparativo, a simple ciego, randomizado, para hallar las diferencias en la eficacia y efectos colaterales entre dos combinaciones Bupivacaina + clonidina vs. Bupivacaina+fentanil en analgesia peridural de parto. Se incluyeron 30 pacientes en trabajo de parto que cumplieran todos los criterios de inclusión, distribuidas en forma aleatoria en dos grupos, Grupo experimental: "BC" Bupivacaina 15 mg al 0,125% + clonidina 50 ug vs. Grupo control: "BF" Bupivacaina 15 mg al 0,125% +Fentanil 50 ug. Se evaluó y comparó el tiempo de latencia, el tiempo requerido para que se produzca una dilatación cervical de 10 cm, el tiempo necesario para alcanzar el periodo expulsivo en minutos, así como el tiempo de duración y eficacia de la analgesia según la escala de EVA; finalmente, se identificó la presencia de efectos colaterales en ambos grupos.*

*La combinación Bupivacaina + Clonidina presentó un periodo de latencia más corto, el tiempo requerido para alcanzar una dilatación de 10 cm el periodo expulsivo en minutos fue menor, la duración de la analgesia fue mayor, y resultó ser más efectiva en comparación al grupo control. Por otro lado, el grupo BC, a diferencia del grupo control, presentó como efecto secundario un grado leve de sedación que, para fines prácticos, no tuvo significancia en el desarrollo del parto ni en el APGAR fetal.*

*Ninguno de los dos grupos mostró variaciones hemodinámicas importantes. La fetocardia en ambos grupos se mantuvo dentro de parámetros normales., y el Apgar fetal al minuto y a los 5 para los dos grupos fluctuó entre 8 y 9.*

**PALABRAS CLAVE.** *Analgesia peridural de parto. Bupivacaina. Clonidina. Fentanil.*

## INTRODUCCIÓN

Contrariamente a lo sustentado por algunos cultores del parto natural, el dolor del trabajo de parto es real y puede producir angustia física y mental en la parturienta. No todas las mujeres reaccionan al dolor de la misma manera. Mientras hay algunas mujeres que se manejan adecuadamente en presencia de dolor, hay otras que no son capaces de cooperar para nada. Es posible que aquellas que tengan un alto umbral para el dolor no requieran ningún método para controlarlo; sin embargo, esto es una excepción más que una regla. La paridad influencia sobre el dolor del trabajo de parto, ya que las primíparas experimentan más dolor durante las etapas tempranas del trabajo, mientras que las multíparas sufren mayor dolor durante el segundo estadio. Según Melzak el dolor del trabajo de parto es uno de los peores tipos de dolor que puede experimentar la especie humana, incluyendo los dolores patológicos. Por sobre todas las cosas, debemos recordar que el dolor del trabajo de parto no es imaginario; es un dolor universal, y es experimentado por las mujeres de todas las culturas, razas, civilizaciones y estratos socioeconómicos e intelectuales. Aunque las influencias culturales pueden modificar el comportamiento de la paciente con respecto al dolor, estas influencias no van a disminuir el grado de dolor que realmente experimenta la paciente.

A través del tiempo el ser humano ha tenido la tendencia a tratar de mitigar, sino eliminar, el dolor del parto, sin mencionar conceptos religiosos, sociales, culturales y económicos. Se han utilizado métodos no farmacológicos entre los que podemos mencionar: la psicoprofilaxis, la hipnosis, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la acupuntura; métodos farmacológicos entre los que se incluye la medicación sistémica con opioides, sedantes o tranquilizantes; y métodos invasivos de bloqueos de los nervios que están implicados en la transmisión de los impulsos dolorosos, ya sea bloqueos periféricos como los bloqueos de los nervios pudendos y paracervical, ya con analgesia neuroaxial, más conocido como analgesia para el dolor de parto o analgesia obstétrica.

La técnica de la analgesia neuroaxial es simplemente la colocación de un catéter en el espacio peridural, siguiendo los pasos como si fuera para una anestesia peridural. A través del catéter epidural se inyectan volúmenes y concentraciones bajas del agente anestésico

local elegido para lograr un nivel de analgesia un poco por debajo del ombligo. El anestésico más usado es la Bupivacaína al 0,125 % o menos. Varios aditivos sumados a los anestésicos locales como los opioides y los agonistas adrenérgicos alfa 2 han sido utilizados para prolongar la duración de los bloqueos regionales, disminuir las dosis de anestésicos locales y mejorar la calidad de la analgesia.

Se pueden inyectar las drogas analgésicas bien sea por el método de bolo (inyección de toda la dosis) o mediante la infusión continua a través del cateter peridural o con infusotes continuos.

Sea cual sea el método elegido, la sensación de dolor es abolida y convierte el trabajo de parto de esa mujer en una experiencia placentera totalmente. Es de resaltar las ventajas de la analgesia obstétrica: Abolición del dolor, deambulación durante el trabajo de parto, mayor conservación de energía de la parturiente y menor cansancio, mayor colaboración con el obstetra, analgesia durante el post-parto, menor dosis de fármacos y menor toxicidad.

Proceso central: las fibras aferentes, cuyos cuerpos celulares se encuentran en el ganglio de la raíz dorsal, hacen sinapsis en las láminas I, II y V del asta posterior. Se cree que la convergencia de fibras cutáneas y viscerales en la lámina es la base del dolor referido, por ejemplo, la paciente en trabajo de parto que se queja de dolores en áreas cutáneas. Desde la médula espinal, las señales dolorosas son transmitidas al cerebro por la vía espinotalámica que se divide en un sistema lateral y otro medial. El sistema lateral incluye el tracto neoespinotalámico responsable de la conducción rápida de la información dolorosa hacia la corteza somatosensorial, de manera tal que la respuesta aparezca sin demora. La conducción lenta se realiza a través del sistema medial del tracto paleoespinotalámico, la que tiene proyecciones sobre la sustancia reticular, la materia gris, periacueducta, el hipotálamo y el sistema límbico. El sistema lateral da respuestas tales como el temor y la ansiedad y también ayuda a iniciar un curso apropiado de acción; mientras que el sistema