



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTÍNUA  
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**

**ANALGESIA PERIDURAL CONTÍNUA PARA EL  
TRABAJO DE PARTO-COMPARACIÓN DE DOS  
CONCENTRACIONES**

**AUTOR: Dr. YURY A. LAZARTE ROSAS**

**RESIDENTE: 2do. AÑO ANESTESIOLOGÍA**

**TUTOR: Dra. GRACIELA CÓRDOVA**

**ANESTESIÓLOGA HMIGU**

**Cochabamba – Bolivia**

**Febrero, 2009**

# INDICE

## Contenido Páginas

Índice	2
Introducción	3
Planteamiento del problema	4
Justificación	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Material y Método	17
Resultados	20
Conclusiones	28
Bibliografía	29
Anexos	30

## 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 epidural 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. La analgesia epidural con bajas concentraciones disminuiría la incidencia de partos instrumentales.

La forma actual de evitar los mecanismos relacionados al bloqueo neuroaxial que pueda alterar el trabajo de parto es el uso de anestésicos locales (AL) más diluidos (con o sin opioides), las técnicas anatómicas segmentarias (epidural).

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 que comparan analgesia epidural vs. Opioides parenterales en trabajo de parto se concluye que, la analgesia epidural 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 epidural 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.

## **ANALGESIA PERIDURAL CONTINUA PARA EL TRABAJO DE PARTO COMPARACION DE DOS CONCENTRACIONES**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las técnicas de analgesia del parto han buscado a lo largo del tiempo la mejoría de los resultados tanto obstétricos (duración del trabajo de parto, presentaciones distócicas, incidencia de fórceps, episiotomía,) como anestésicos, (grado de analgesia, bloqueo motor, rapidez de inicio de la analgesia, posibilidad de deambulación, dolor con episiotomía).

Todas las técnica que se han incorporado a lo largo de los últimos años plantean como hipótesis la mejoría en algunos de estos resultados buscando con frecuencia alternativas en el uso de distintos fármacos y sus dosis para garantizar una analgesia de parto adecuada y que a la vez sea segura para el binomio madre-niño, minimizando hasta donde sea posible los posibles efectos adversos que puedan existir.

En nuestro medio el fármaco más comúnmente usado en la analgesia de parto es la Bupivacaína. Sin embargo, las dosis de este fármaco están en constante evaluación, buscando el mejor equilibrio entre una analgesia eficaz y segura. En este sentido, se han planteado diferentes protocolos de manejo. Uno de ellos, maneja dosis de Bupivacaína al 0,125% + fentanyl 100 mcg, con resultados aceptables, se propone una dosis más baja de Bupivacaína al 0,065% + fentanyl 100 mcg. Se espera que dosis más bajas deben ser más seguras con o sin detrimento de su eficacia y dosis más elevadas pueden ser más eficaces pero con un rango menor de seguridad. Sin embargo, es tarea del presente estudio evaluar si estos supuestos en las dosis previamente mencionadas son ciertos o por el contrario no existen diferencias significativas en su eficacia o en su seguridad.

Presentado en forma más simple, la cuestión a resolver en el presente estudio es:

¿Una dosis de Bupivacaína al 0,065% es más segura que la dosis usada habitualmente de 0,125% en analgesia de parto?

¿Una dosis de Bupivacaína al 0,065% mantiene la misma eficacia que la dosis usada habitualmente de 0,125% para la analgesia de parto?

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

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 reflejas 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 epidural continua, la más popular internacionalmente, utilizando anestésicos locales a bajas dosis y que brinden seguridad para la madre y el feto.

El presente estudio, busca comparar dos concentraciones diferentes de Bupivacaína, para poder evaluar si una diferencia en las mismas (Bupivacaína al 0,125% versus 0,065%) presenta variaciones en la analgesia de parto y si existen diferencias en la seguridad del binomio madre-niño. Los resultados obtenidos permitirán adecuar de ser necesario los parámetros de dosificación para obtener mayor seguridad y mantener la eficacia en la analgesia de parto.