

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL OBRERO N°2 (CNS)

**ANALGESIA OBSTETRICA PERIDURAL PARA
EL PARTO VAGINAL CON:
BUPIVACAINA AL 0.25% Y 0.125%**

AUTOR

DRA. MARIA ANGELICA FUENTES ROCHA
RESIDENTE DE ANESTESIOLOGIA 2º AÑO

TUTOR: DR. ALFREDO PATIÑO
MEDICO ANESTESIOLOGO

JEFE DE ENSEÑANZA: DR. LINO LOAYZA
MEDICO ANESTESIOLOGO

FEBRERO DEL 2009
COCHABAMBA - BOLIVIA

INDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCION
- PLANTEAMIENTO DELPROBLEMA
- JUSTIFICACION
- MARCO TEÓRICO
- OBJETIVOS
- DISEÑO METODOLOGICO (MATERIAL Y MÉTODO)
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- ANEXOS
- BIBLIOGRAFÍA

ANALGESIA OBSTETRICA PERIDURAL CONTINUA PARA EL PARTO VAGINAL CON: BUPIVACAINA AL 0.25% Y 0.125%

RESUMEN

La administración de analgesia peridural en el parto constituye el mejor método de alivio del dolor para la parturienta y el más seguro para el bebé; por ende esta técnica ha sido por años la de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto.

El presente estudio se realiza con el objetivo de comparar la eficacia analgésica de la *bupivacaína* a dosis y concentración mínima y analizar los beneficios de una analgesia adecuada para nuestras embarazadas sin efectos secundarios sobre el binomio madre – hijo.

Son estudiadas embarazadas con feto único, a término en trabajo de parto de inicio espontáneo. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente en dos grupos.

Grupo A, recibió 8cc de *bupivacaína* al 0.125% y **Grupo B**, recibió 8cc de *bupivacaína* al 0.25%. El objetivo de la analgesia era conseguir una puntuación ≤ 3 según la escala visual analógica (EVA) de 0 a 10. Si resultara insuficiente se administraba un bolo de bupivacaína de 4cc según el grupo al que fue asignado la paciente.

Se valoró el bloqueo motor según la escala de Bromage modificada para el parto vaginal, la estabilidad hemodinámica, el estado fetal y la satisfacción de la paciente.

INTRODUCCIÓN

El dolor del parto es tan antiguo como la propia humanidad y viene a representar la forma más frecuente de dolor agudo muy intenso en la edad adulta. Una vez cumplida su misión de alertar se convierte en innecesario, y además puede ser perjudicial.

El parto es un fenómeno que puede llegar a ser intensamente doloroso y se acepta la analgesia neuroaxial es notablemente más efectiva en su alivio que la forma de analgesia parenteral, inhalatoria y 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 la analgesia peridural 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 peridural con bajas dosis o la analgesia combinada espinal peridural (ACEE) disminuirían 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), por lo que se ha difundido el uso de **dosis mínimas efectivas** para producir menor bloqueo motor sin alteración de las variables hemodinámicas de la paciente y así tener a una parturienta confortable y cooperadora.

El fármaco más utilizado para este fin ha sido la *bupivacaína*, ya que por numerosos estudios ha demostrado ser un anestésico seguro y eficaz tanto para la madre como para el feto.

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 peridural vs opioides parenterales en trabajo de parto se concluye que, la analgesia peridural 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 peridural 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.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible lograr la modulación del dolor del parto vaginal con concentraciones mínimas de *bupivacaina*?

JUSTIFICACIÓN

La población obstétrica representa una parte importante en el ejercicio profesional del anesthesiólogo, y es necesario manejar y utilizar las técnicas precisando en nuestro medio la dosificación mínima del anestésico local para este fin (*bupivacaina*), sin alterar la calidad de la analgesia ni el curso del trabajo de parto, con los mínimos efectos deletéreos del bloqueo peridural lumbar continuo.