

ANESTESIA PARA EL TRABAJO DE PARTO

ANESTHESIA FOR LABOR

DR. EUGENIO CANESSA B., DR. RODRIGO AÑAZCO G., DR. JORGE GIGOUX M., DR. JORGE AGUILERA S. (1)

1. Departamento de Anestesiología y Reanimación. Unidad de Anestesia Obstétrica y Ginecológica. Clínica Las Condes.

Email: ecanessa@clc.cl

RESUMEN

El nacimiento de un hijo es una experiencia maravillosa y dolorosa. Los mitos que rodean a la anestesia del trabajo de parto surgen tanto desde la ciencia y la sociedad como de las personas. En el presente artículo se revisa el estado actual del conocimiento sobre el efecto de la anestesia en el trabajo de parto, tomando alguno de sus aspectos más relevantes. Aunque la anestesia epidural estándar tiene algunos efectos negativos (partos instrumentales, paresia, retención de orina), las técnicas modernas (combinada espinal-epidural o epidural dosis bajas) han mejorado mucho estos aspectos. Por ello, la anestesia neuroaxial es la mejor alternativa en analgesia para parto. Sin embargo, a pesar de todo este avance poco ha cambiado la satisfacción materna, indicando que el dolor es sólo una parte de algo mucho más complejo.

Palabras clave: Analgesia, cesárea, combinada espinal-epidural, epidural, dolor de parto, progreso de trabajo de parto, deambulación.

SUMMARY

The birth of a child is a wonderful and painful experience. The myths surrounding anesthesia for the labor arise from science, society and patients. We review the state of the art

of the effects of anesthesia in labor, taking some of its most relevant aspects. Although the standard epidural anesthesia has some negative effects (instrumental deliveries, paresia, urinary retention), modern techniques (combined spinal-epidural or low doses epidural anesthesia) have importantly improved these aspects. Therefore, neuraxial anesthesia is the best alternative for labor analgesia. However, despite all these progress, there is little change in maternal perception and satisfaction, indicating that pain is just a part of a much more complex event.

Key words: Analgesia, cesarean section, combined spinal-epidural, epidural, labor pain, progress of labor, ambulation.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es quizás la experiencia más maravillosa del ser humano y también, para la madre, una de las más dolorosas (1) ¿Será posible separar ambas experiencias? ¿Se puede dar bienestar materno y fetal sin interferir con el progreso del parto y su resultado? ¿Cuándo debe comenzar una anestesia? ¿Cuándo termina?

Estas y muchas otras preguntas han surgido desde hace más de un siglo. Diversas respuestas han venido desde la ciencia, pero muchas otras desde la sociedad y mayormente desde los individuos (experiencia

personal y su transmisión oral). El resultado ha sido una gran cantidad de mitos que rodean nuestro quehacer.

La anestesia es uno de los descubrimientos más importantes en la historia de la humanidad. Esta fue el motor del avance de la medicina en los siglos pasados. Sin embargo, en nuestro afán de abarcarlo todo, intervenimos un proceso natural y maravilloso, el parto.

Aunque se ha avanzado en distintas direcciones para restaurar el *status* "natural" del parto (la pediatría le devolvió el recién nacido a la madre y la obstetricia le devolvió la madre a la familia), aún se debate sobre si la analgesia para el trabajo de parto afecta negativamente este proceso.

De más está decir, para empezar con la defensa de la anestesia, que muchos de los factores que conducen a un parto difícil y doloroso, como mal posición fetal, macrosomía y anomalías uterinas, también conducen a solicitar anestesia.

En esta revisión se analiza, desde el punto de vista de la evidencia científica, cuáles son los efectos de la analgesia neuroaxial en la duración y resultado del trabajo de parto; qué técnicas son mejores y cuáles son sus diferencias. Se verá también, qué tan precoz se puede comenzar una anestesia sin afectar el resultado obstétrico. Finalmente se revisarán los efectos de la anestesia sobre el bloqueo motor y la deambulación.

EFFECTOS SOBRE LA VÍA DE PARTO

Múltiples estudios observacionales han mostrado una fuerte asociación entre analgesia neuroaxial y parto quirúrgico (2). Estos trabajos se han basado en dividir a las pacientes en grupos según la elección hecha por la propia paciente en cuanto al método de analgesia. Aquellas que eligieron la analgesia epidural registraron una mayor incidencia de parto instrumental y cesáreas en comparación a aquellas que escogieron otros métodos analgésicos (por ejemplo vía parenteral). Sin embargo, al analizar estos datos, el grupo con anestesia neuroaxial tuvo otras condicionantes para tener un mayor riesgo de parto operatorio: mayor número de nulípara (3), desequilibrios demográficos (peso materno, talla, peso fetal y dilatación al inicio) (4) y trabajos de parto disfuncionales (5). Leighton y colaboradores (6) realizó un metaanálisis de 18 ensayos clínicos controlados y aleatorios, en el cual compararon analgesia neuroaxial y opiáceos parenterales. La incidencia de cesáreas fue la misma en ambos grupos (OR 1.03 IC95% 0.86-1.22) (figura 1). Sin embargo, la incidencia de parto vaginal instrumental fue mayor en el grupo neuroaxial (OR 1.92 IC95% 1.52-2.42). No se registraron diferencias en la duración de la primera etapa del trabajo de parto, pero la segunda etapa se prolongó en promedio 16 min. (IC95% 10-23min, $p < 0.05$). Esto último, si bien es estadísticamente significativo, es clínicamente irrelevante.

La revisión realizada por Anim-Somuah (7), que incluyó 38 estudios (9.658 mujeres), mostró que la analgesia epidural era mejor que la analgesia con opiáceos en cuanto a:

- Alivio del dolor (*Mean Difference*, MD, -3.36, 95%, CI -5.41 a -1.31)
- Reducción en la necesidad de analgesia adicional (RR 0.05, 95% CI 0.02 a 0.17),
- Reducción de riesgo de acidosis (RR 0.80, 95% CI 0.68 a 0.94)
- Reducción del uso de naloxona (RR 0.15, 95% CI 0.10 a 0.23)

Sin embargo la analgesia regional se asoció a:

- Aumento del parto vaginal instrumental (RR 1.42, 95% CI 1.28 a 1.57)
- Hipotensión materna (RR 18.23, 95% CI 5.09 a 65.35)
- Bloqueo motor (RR 31.67, 95% CI 4.33 a 231.51)
- Fiebre materna (RR 3.34, 95% CI 2.63 a 4.23)
- Retención urinaria (RR 17.05, 95% CI 4.82 a 60.39)
- Prolongación de segunda etapa del parto (MD 13.66 minutos, 95% CI 6.67 a 20.66)
- Aumento del riesgo de cesáreas por registro fetal no tranquilizador (RR 1.43, 95% CI 1.03 a 1.97).
- No hubo diferencia en el riesgo de cesáreas de cualquier causa (RR 1.10, 95% CI 0.97 a 1.25),
- Apgar menor de 7 a los 5 min. (RR 0.80, 95% CI 0.54 a 1.20) ni en la satisfacción materna (RR 1.31, 95% CI 0.84 a 2.05).

Cabe señalar que estos trabajos adolecen de errores difíciles de resolver. No es posible ser "ciego" a la mejor calidad en la analgesia neuroaxial y, por otro lado, un número significativo de pacientes se cambiaban de grupo (principalmente desde el grupo de opiáceos parenterales al de anestesia neuroaxial) luego de ser distribuidos al azar.

En suma, la analgesia neuroaxial no se asocia a un aumento de la incidencia de cesáreas en comparación a opiáceos parenterales pero sí a un aumento de los partos vaginales instrumentales. La razón podría radicar en el efecto de la analgesia sobre el piso pélvico o también en cambios en el comportamiento del médico (por ejemplo, decidir usar fórceps porque la paciente tiene buena analgesia). La prolongación sólo de la segunda etapa del trabajo de parto tiene poca relevancia clínica.

Es destacable que métodos de analgesia de parto con efectividad muy dispar produzcan niveles de satisfacción materna similares. Parte de este hallazgo se debe a que la forma de medir esta satisfacción en la literatura ha sido diversa (8) y sus resultados, aún más. Se requiere de más investigación clínica para llegar a tener herramientas objetivas de medición de esta variable.

Técnicas de analgesia neuroaxial

La técnica Combinada Espinal-Epidural (CEE) se introdujo en la práctica clínica en 1984 (9). Presenta la ventaja de un rápido inicio de acción con poco o ningún efecto sobre la deambulación. Estudios iniciales que la compararon con Analgesia Epidural (AE) sugirieron que la CEE podría reducir la duración del trabajo de parto (10). Gambling y colaboradores (11) mostró un aumento en la incidencia de bradicardia fetal grave con CEE, lo que llevó a un aumento en cesáreas de urgencia. A continuación se analizan tres trabajos (12-14) que compararon CEE y AE y su impacto en el trabajo de parto.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830171>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830171>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)