

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS



MEDICINA HUMANA 7MO SEMESTRE
DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ
ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU
[Fecha]

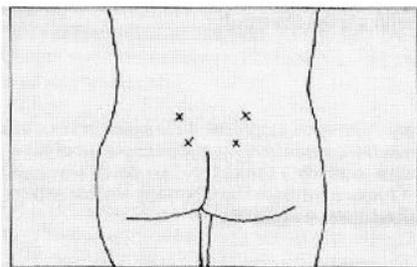
ANALGESIA OBSTÉTRICA

El dolor en el parto es agudo y de una gran variabilidad. Es influido por factores emocionales, motivacionales, sociales y culturales. Actualmente, se admite que la analgesia debe ofrecerse a todas las mujeres de parto, y salvo negativa de la mujer o contraindicación médica, no existe ninguna justificación para el no alivio del dolor. Las técnicas regionales han ido desplazando progresivamente a las técnicas endovenosas e inhalatorias por su mayor efectividad, efectos secundarios mínimos y porque permiten que la madre colabore en el trabajo de parto.

Mecanismos del dolor durante el parto.

En el periodo de dilatación predomina el dolor de tipo visceral (raíces T10-L1), causado por la dilatación del cérvix, segmento uterino inferior y cuerpo uterino. Se alivia con técnicas de bloqueo locorregional de dichas raíces.

En el periodo de expulsivo se añade un dolor somático y más localizado que se debe a la compresión de la cabeza fetal y al estiramiento de los tejidos del tracto de salida. Se transmite por los nervio pudendos (raíces S2-S4), por lo que se alivia con el bloqueo pudendo.



INYECCIÓN DÉRMICA DE SUERO ESTÉRIL: la inyección de 0.05-ml de suero estéril en cuatro puntos de la región sacra produce un alivio de los dolores bajos de espalda durante 60-90 min, y puede ser repetido tras una hora. Es ideal en etapas precoces, cuando se desea retrasar la analgesia epidural o cuando está contraindicada o no disponible. Es fácil, barato y no tiene riesgos conocidos.

INMERSIÓN EN AGUA: La inmersión en agua a 37°C una vez alcanzados los 4-5 cm de dilatación durante 1-2 horas , no parece que aumente la infección materna o fetal a pesar de que la bolsa amniótica esté rota.

OXIDO NITROSO podría proveer analgesia satisfactoria durante el trabajo de parto. Se debe instruir a la mujer a hacer inspiraciones lentas y profundas, retirando la mascarilla entre contracciones. El dolor no se elimina completamente, pero produce alivio. Precaución si se administra junto con opioides porque puede producir hipoxemia.

AGENTES PARENTERALES El más empleado es la meperidina que tiene un inicio de acción muy rápido y es muy barato. Inconvenientes: sedación, depresión respiratoria, disminución de vaciamiento gástrico, náuseas y vómitos. Por eso se suele asociar a fenotiacinas que potencian su acción analgésica y contrarrestan las náuseas y vómitos o con antieméticos como la metoclopramida. Además produce sedación fetal, que es fácilmente revertido con la administración de naloxona al recién nacido. Por estos motivos se ha llegado a cuestionar su uso en el parto. El fentanilo produce menos sedación neonatal pero no existe evidencia que sea una mejor alternativa (corta duración de acción por lo que precisa administrar dosis frecuentes). No hay pruebas de que los opioides parenterales influyan en la duración del trabajo de parto o la necesidad de intervención obstétrica. Las revisiones concluyen que la analgesia epidural provee un alivio superior del dolor.

ANALGESIA REGIONAL: Se han ideado varios bloqueos nerviosos para proveer alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto. Como ya he comentado, el dolor durante el primer periodo del trabajo de parto es generado en gran parte por el útero. Fibras sensoriales del útero, cuello y la porción superior de la vagina atraviesan el ganglio de Frankenhäuser (que está próximo al cérvix), hacia el plexo pélvico y después a los plexos iliacos internos medio y superior. De ahí las fibras viajan a través de las cadenas simpáticas lumbar y torácica inferior para entrar a la médula espinal por los ramos comunicantes blancos relacionados con los nervios raquídeos desde T10 a L1. Las vías motoras uterinas salen de la médula a nivel de las vértebras T7 y T8, por lo que en teoría se puede usar cualquier método de bloqueo sensorial que no afecte también a las vías motoras. Durante el periodo de expulsivo

el dolor surge de estímulos en la porción inferior del aparato genital. Se transmiten sobre todo por el nervio pudendo interno, cuyas ramas periféricas proveen inervación sensorial a perineo, ano y partes mediales e inferiores de vulva y el clítoris. Las fibras nerviosas sensoriales del nervio pudendo derivan de las ramas ventrales de los nervios S2 a S4.

En cuanto a los anestésicos utilizados, la dosis de cada agente varía ampliamente y depende del bloqueo nervioso particular y del estado de la paciente. Se puede aumentar la dosis, pero debe hacerse con seguridad mediante la administración de la dosis test. Puede ser epidural, intradural(subaracnoidea) o combinada. Puede ser en dosis únicas, bolos intermitentes, perfusión continua o autocontrolada. Parece que la perfusión continua es la que logra mejor alivio y satisfacción. Se deja un catéter in situ en la epidural, mientras que la raquídea o intradural no permite la introducción de un catéter y por eso es una dosis única. La combinada ofrece la posibilidad de un inicio rápido con la ventaja de una infusión continuada.

Bloqueo paracervical: Punción de los fondos de saco uterovaginales.

Indicación: Es útil en el alivio del dolor en el periodo de dilatación pero no en el expulsivo, por lo que se requeriría analgesia adicional para el parto.

Técnica: Se inyecta más frecuentemente lidocaína a ambos lados del cuello a las 3:00 y a las 9:00 del cuadrante del reloj. Inconvenientes: produce bradicardia fetal, efecto de corta duración y técnica no eficaz en un 10-30%.

- **Bloqueo pudendo:** El nervio pudendo interno transcurre bajo la superficie posterior del ligamento sacrociático menor en donde éste se une a la espina ciática.

Indicación: Su bloqueo produce analgesia durante el periodo de expulsivo. Si el parto ocurre antes de que el bloqueo sea eficaz, servirá para la realización y sutura de la episiotomía sin dolor.

Técnica: El acceso es por vía perineal o vaginal siendo esta última la de elección por ser más fácil. Se coloca a la paciente en la posición habitual del parto vaginal y se introduce la aguja

en la vagina, en dirección lateral y ligeramente media y posterior a la espina ciática apoyándose en el ligamento supraespinoso

Analgesia epidural:

Proporciona un alivio del dolor durante todos los periodos del parto superior a la de cualquier otra analgesia y es de gran seguridad. Es por lo tanto el método de elección.

El espacio epidural o peridural contiene tejido areolar, grasa, linfáticos y el plexo venoso interno. La punción suele hacerse a nivel intervertebral lumbar y menos a menudo a través del conducto sacro. Suele repetirse la dosis a través de un catéter. El bloqueo es de desear que se extienda desde los dermatomas T4 hasta S1

BLOQUEO RAQUÍDEO TOTAL: Con frecuencia es consecuencia de una dosis excesiva de anestésico local. Aparece hipotensión y apnea y debe tratarse inmediatamente para prevenir un paro cardíaco. Tratamiento: se desplaza el útero hacia un lado para disminuir la compresión aorto-cava, se instaura una ventilación eficaz y se administra efedrina.

Bloqueo raquídeo (subaracnoideo):

Consiste en la introducción de un anestésico local en el espacio subaracnoideo (lidocaína o bupivacaína mas frecuentemente). Sus ventajas incluyen un tiempo breve para el procedimiento, rápido inicio del bloqueo y alta tasa de éxitos. En el parto vaginal resulta especialmente útil para la aplicación de ventosa o fórceps, y se debe utilizar cuando la dilatación cervical sea completa.

Técnica Raquídea-epidural combinada: Provee analgesia rápida y eficaz para el trabajo de parto así como para la cesárea. Técnica: Se coloca una aguja de introducción en el espacio epidural y a continuación se inserta una aguja raquídea de pequeño calibre a través de la aguja epidural en el espacio subaracnoideo (técnica de la aguja a través de la aguja). Se inyecta una dosis rápida única de un opioide, acompañado a veces de un anestésico local, en el espacio subaracnoideo, se retira la aguja raquídea y se deja colocado el catéter epidural

ANESTESIA TOTAL : Técnica: Se realiza profilaxis con ranitidina y metoclopramida antes de la intervención. Administramos oxígeno durante 3-5 minutos con mascarilla. Inducción de anestesia con tiopental o propofol y succinilcolina. Se realiza maniobra de Sellik para intubar (compresión del cartílago cricoides desde que la paciente pierde la conciencia y se está esperando el efecto de la succinilcolina para evitar aspiración de contenido gástrico. Se mantiene la anestesia con oxígeno. Al término de la cesárea se cortan los anestésicos y se incrementa el oxígeno administrado. Se extuba cuando existan reflejos protectores de la vía aérea. Indicaciones: Son similares a las contraindicaciones para anestesia regional: emergencia obstétrica, infección en zona de punción, hipovolemia materna severa, deseo de la paciente, alteración de la coagulación no corregida, cardiopatía materna grave, fallo o imposibilidad de realizar anestesia regional.

BIBLIOGRAFIA

ANA FUENTES ROZALÉN “ ANALGESIA OBSTETRICA “COMPLEJO HOSPITALARIO ALBACETE
26 DE MAYO DE 2010