ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA EN LA INDUCCION Y CONDUCCION DEL PARTO

*Dr. Jaime Díaz Garzón**
*Dr. Iván González***
*Dr. Germán Franco****

Existe mucha experiencia en relación con la Anestesia Peridural Continua (APC) en la conducción del parto, habiendo sido la mayoría de los resultados favorables al procedimiento, siendo para muchos autores (1) (2) el mejor método anestésico-analgésico con que cuenta la obstetricia moderna. Sin embargo, la mayoría de los trabajos publicados al respecto (3) (4) establecen que para su empleo se necesita que la paciente esté en franco trabajo de parto, con una dilatación cervical de por lo menos 5 cm., aduciendo que si se emplea antes, podría detener el trabajo de par to o impedir su comienzo. Indudablemente que este empleo "tardío" de la APC, al no "cubrir" el trabajo de parto desde su iniciación, no solo podría acarrear efectos sicológicos adversos en la madre, que podrían disminuir la eficacia de la anestesia en su empleo posterior, sino que también estaría muy lejos de proporcionar la analgesia y tranquilidad necesarias durante todo el proceso del parto, como sería el ideal.

Nuestro interés fue el de usar la APC, desde antes del comienzo del parto, para cubrir ese "lapso-álgido", y lograr, en lo posbile, un parto exento de dolor.

Material y Métodos

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, en donde gracias a su gran volumen asistencial la consecución y selección de casos fue fácil, pero que a su vez en algunas ocasiones, por exceso de trabajo, no fue posible un control adecuado de las pacientes. El estudio fue realizado por miembros del personal docente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional, y por personal en adiestramiento de los Departamentos de Obstetricia y Ginecología y Anestesia, también de la Universidad Nacional.

La Inducción Electiva a término se realizó en 100 pacientes que llenaron los siguientes requisitos:

1. Embarazo normal. Se descartaron casos de cesárea anterior, presentaciones anormales, embarazos gemelares, placenta baja, etc.

* Instructor Asociado, Dpto. de Obst. y Gin. de la Universidad Nacional.
** Residente de 3er. año. Dpto. de Obst. y Gin. de la Universidad Nacional.
*** Residente de 3er. año. Dpto. de Anestesia de la Universidad Nacional.

2. Niño maduro. Se hizo valoración clínica cuidadosa.

3. Cuello maduro. Es decir, de consistencia blanda, corto, permeable a un dedo, central.

4. Pacientes sicológicamente preparadas para la Inducción.

Como agente inductor se empleó la ocitocina natural, y como agente anestésico la lidocaína. No se emplearon drogas sedantes analgésicas, hipnótico-barbitúricos etc., para no "contaminar" el procedimiento.

Se inició la siguiente secuencia:

1. Enema evacuador.

2. Aplicación de la primera dosis anestésica.

3. Diez minutos después se comenzó la Inducción con el goteo intravenoso de una solución de 4U. de ocito cina natural en 1.000 cc. de suero Dextrosado al 5% en agua destilada (4 m. U. x cc.), regulándose la velocidad del goteo hasta obtener y mantener una buena dinámica uterina (3-5 contracciones en 10', de buena intensidad).

Una vez desencadenado el trabajo de parto se practicó control riguroso cada 20-30', de la tensión arterial, de la fetocardia y de la dinámica uterina.

Desde el punto de vista anestésico, se dio gran importancia al estado anímico-ambiental. Se le explicó a la paciente el por qué del procedimiento, es decir, el de lograr un parto sin dolor, con los beneficios tanto para ella como para el niño. La punción se hizo según los métodos "de la gota pendiente" (5) y de Nessi (6), usando la aguja de Tuohy y catéteres de polietileno y Fortex. Los espacios escogidos fueron L-III y L-IV. Como soluciones anestésicas se usó la lidocaína al 1% y al 2% sin epinefrina, por temor a las hipertensiones a veces peligrosas, que pueden desencadenarse en asocio con los ocitócicos (7). Una vez colocado el catéter, se acostó la paciente en decúbito dorsal, levantándose la cabeza de la cama unos 20-30º. Luego se inyectó la dosis inicial de lidocaína, que casi siempre fluctuó entre los 150-200 mgr.

La segunda dosis y las subsiguientes se inyectaron tan pronto las pacientes comenzaban a dar muestras de molestai durante las contracciones uterinas. Las dosis de mantenimiento fluctuaron entre los 100-160 mgr. al 1% o al 2%, y el lapso entre ellas fue de 40-50' para las dosis al 1% y de 60-80' para las dosis al 2%. La última dosis se aplicó 10-15' antes de la salida del feto. (más detalles en "APC en la Inducción y Conducción del Parto. Aspectos anestésicos", a publicarse).

Resultados

El efecto conseguido fue más prolongado con las concentraciones al 2%, observándose que con las contracciones al 1%, los efectos fueron más cortos.

Número de dosis que se necesitó para que se realizaran los partos:

8 partos con 1 dosis
34 partos con 2 dosis
26 partos con 3 dosis
20 partos con 4 dosis
12 partos con más de 4 dosis.

La inducción se logró fácilmente en los 100 casos, habiendo sido los resultados excelentes desde ese punto de vista.

En cuanto a la Conducción del Parto, hubo falla en 15% de los casos (pacientes adoloridas, quejumbro-

sas), pero hay que decir que estas pacientes no fueron adecuadamente controladas (dosis insuficientes, etc.), por exceso de trabajo del personal encargado. El otro 85% puede considerarse excelente (pacientes tranquilas, alertas, colaboradoras), siendo de notar que en este grupo se incluyen los tres partos por cesárea, sin que hubiera habido necesidad de otro agente o método anestésico.

Complicaciones anestésicas

Las más frecuentes fueron:

Escalofrío (28 pacientes).

Somnolencia (92%).

Náusea y vómito (2%).

Bradicardia (1 caso), que cedió con atropina.

Hipotensión arterial (37%). Esta última complicación es la más peligrosa pues amenaza especialmente al feto —cuando dicha hipotensión baja de ciertos límites—, por lo cual hay que corregirla inmediatamente. Cuando la presión sistólica llegó a 70 mm. de Hg. se clasificó como hipotensión severa. Y cuando se mantuvo entre 80 y 90 mm. de Hg. se clasificó como leve. Se presentaron hipotensiones leves en 34 casos, la mayor parte de ellas debido a un nivel anestésico alto, por encima de D-X. El tratamiento para estos casos se hizo con oxígeno, quitar la inclinación de la cabecera de la cama y la administración de solución de Ringer, obteniéndose buenos resultados en todos los casos. En tres casos la hipotensión fue severa, entre 40 y 60 mm. de Hg en las cuales hubo que agregar vasopresores a las medidas antes enumeradas. La respuesta fue satisfactoria.

Discriminación de los 100 casos

Edad

Los límites fueron entre los 16 y los 40 años. La edad media fue 24.

Tensión arterial

Tensión arterial mayor de 140/90	14

Paridad

Primigestantes	51 (51%)
Secundigestantes	17
Multigestantes	32
(10 con más de 6 embarazos)	

Estado de las membranas

Con membranas íntegras	85
Con membranas rotas (RPM)	15
una de ellas con infección amniótica.	

Presentación

Vértice	97
Pelvis	3

Altura de la Presentación

Encajada	11
En —1	8
En —2	17
En —3	62
Flotante	2

Momento de la Amniotomía

(de los 85 casos con membranas íntegras)	
en 6 cm.	65
Con dilatación completa	20

Modo del parto

Espontáneo	65
Fórceps	29
(4 de rotación y 25 de desprendimiento)	
Cesáreas	3
Ayudados-intervenidos	3
(maniobras de Moriceau-Bracht)	

Duración del parto

Menos de 3 horas	54
(de éstas 28 primigestantes)	
De 3 a 6 horas	30
(de éstas, 14 primigestantes)	
De 6 a 9 horas	9
Más de 9 horas	7
(de éstas, 3 con más de 18 horas)	

Apgar

De 5-10 a 8-10	9
Más de 8-10	91

Peso fetal

De 2.200 gr. a 2.499 gr.	8
2.500 gr. y más	92

De los cuadros anteriores se deduce que la paridad no influyó sobre el resultado del procedimiento. Lo mismo puede decirse del estado de las membranas (que estuvieren rotas o no) y del momento de la amniotomía.

Es de notar que en los dos casos en que la presentación estaba flotante el parto se demoró más de 9 horas. A diferencia de los dos casos antes mencionados, el que la altura de la presentación estuviera en —3, —2, en 0, etc., no influyó en el resultado final.

En cuanto a los partos que demoraron más de 18 horas, hay que decir que esto se debió a que dichas pacientes no fueron adecuadamente controladas y tratadas, como se dijo antes, debido al exceso de volumen de trabajo.

En relación con el porcentaje habitual de fórceps en nuestro medio, sí es evidente que en nuestro estudio su empleo estuvo muy aumentado (29%), muy seguramente a que habiendo marcada relajación perineal, las variedades posteriores tienen poca tendencia a rotar, y de que estando abolido el reflejo del pujo, puede haber demora en el período expulsivo, aún en variedades anteriores. Así mismo, este fenómeno de la abolición del pujo, pudo haber intervenido desfavorablemente en los partos en pelvis, que estuvieron ayudados-intervenidos con las maniobras de Bracht-Moriceau.

En 8 casos los niños pesaron menos de 2.500 gr. En 2 de estos casos había ruptura prematura de membranas, lo que nos indujo a incluirlos en el estudio, y los otros 6, fue por error en la apreciación clínica.

De los 100 niños, 8 nacieron con un Apgar entre 5/10 y 8/10. De éstos, 2 fueron prematuros (uno en pelvis), otros dos fueron extraídos por cesárea por sufrimiento fetal (disfunción placentaria por toxemia y añosidad), y los otros 4 fueron debidos a hipotensión arterial materna, toxemia, etc. Todos ellos se recuperaron rápidamente. Tampoco hubo casos de muerte fetal neonatal.

Un hecho muy interesante fue la rapidez con que se realizaron la mayoría de los partos. 54 pacientes tuvieron el parto en menos de 3 horas (de éstas, 28 fueron primigestantes), 30 pacientes en menos de 6 horas (14 primigestantes). También es interesante notar que en sólo un caso de estos "partos rápidos y ultrarrápidos" se presentaron manifestaciones de su frimiento fetal, naciendo todos esos niños (exceptuando el mencionado) en excelentes condiciones.

En 99 casos la retracción uterina post-alumbramiento fue magnífica. Está demostrado (8) que la APC favorece dicha retracción. En un caso hubo hemorragia por hipotomía uterina, que cedió fácilmente con la administración de ocitócicos.

Las tres cesáreas que fueron practicadas, se pueden discriminar así:

Caso 1: Cesárea por añosidad (G1 de 37 años) y ruidos fetales taquicárdicos.

Caso 2: Cesárea en paciente toxémica. Feto igualmente en peligro.

Caso 3: Cesárea por falta de encajamiento. Feto de 3.910 gr.

Complicaciones obstétricas

En caso de hiperdinamia inadvertida y estando la paciente colocada en condiciones de anestesia, es de suponer que fácilmente podría llegarse a cualquiera de las siguientes complicaciones: ruptura uterina, desprendi-

miento prematuro de placenta normoinserta, embolía amniótica, sufrimiento fetal. En nuestra serie no se presentó ninguna de estas complicaciones, porque en todo momento se controló y evitó la hiperactividad uterina.

Comentarios

Indudablemente el método es bueno siempre que se reúnan las condiciones y requisitos arriba anotados.

Mientras se consiga y se mantenga una buena dinámica uterina (sin llegar a hiperdinamia) con el empleo adecuado y controlado de los ocitócicos, y la anestesia haya sido correctamente aplicada logrando así la regularización-coordinación (8) de las contracciones uterinas, y un buen ablandamiento relajación del canal segmento - cérvico - vagino - vulvar, la dilatación de esas zonas se hará fácilmente, casi desapareciendo la resistencia que pudiera existir al progreso y descenso de la presentación; se lograrán, así, lógicamente, partos rápidos, atraumáticos tanto para la madre como para el niño.

Hay que recalcar el hecho de que si el cuello no está maduro, la infusión ocitócica servirá para madurarlo (9), pero, a menos que se repita el procedimiento, el trabajo de parto no se iniciará, pudiéndose creer que el método ha fallado.

La APC puede considerarse como un procedimiento muy útil en obstetricia. Más aún, hay autores que la recomiendan para casi cualquier problema obstétrico, vale decir, en las toxémicas, las renales (10), en enfermedades cardiopulmonares (8), etc. Y sí a esto se suma el hecho, como así pretende demostrarlo el presente trabajo, de que parece favorecer la inducción del parto, no hay duda de que realmente se trata de una ayuda muy eficaz en uestra especialidad.

Como el presente estudio ha sido eminentemente clínico, creemos que estudios futuros deberán realizarse con ayuda del laboratorio.

Resumen y Conclusiones

1. Se empleó ocitocina más Anestesia Peridural Continua, en la Inducción y Conducción del Parto, en 100 pacientess.

2. Cuando se llenaron las condiciones requeridas y se controló el procedimiento adecuadamente, los resultados fueron excelentes.

3. Se registraron partos muy rápidos, sin consecuencias adversas ni para la madre ni para el niño.

4. No hubo ni una falla en la Inducción. La APC parece favorecer la acción de la ocitocina para promover la iniciación del parto.

5. Se llama la atención que cuando quiera que se emplee este procedimiento, debe hacerse un control riguroso de la tensión arterial, fetocardia y dinámica uterina.

Summary

1. Ocitocine plus continous Peridural Anaesthesia was used for Induction of laber and Delivery in one hundred patients.

2. When the necessary conditions were fulfilled and the procedure was adequately controlled, results were excellent.

3. Very quick deliveries were observed, without adverse consequences for mother nor child.

4. There was not one induction failure. It seems that continuous peridu-

ral anaesthesia improves ocitocine's action in promoting delivery.

5. It is underlined that whenever this procedure is used, there should be a strict control on arterial blood pressure, faetus's cardiac condition and uterine dynamics.

BIBLIOGRAFIA

1 RUSSELL P. H. Re-evaluation of continuous caudal anesthesia for Obstetrics. Surg. Gynec. Obstet., 119: 531-4, Sept. 1964.

2 AGUERO O., DE MENDOZA MIREYA. Aspectos anestésicos de la Anestesia Peridural. Rev. Obs. Gin. de Venezuela, 29: 159, 1969.

3 MOORE D., Anesthetic Techniques of Obstetrical Anesthesia and Analgesia. Charles C. Thomas, Springfield, 1964.

4 KANDEL P. F., Continuous epidural Anesthesia for Labor and Delivery. Canad. Med. Ass. Vol. 95: 947-53, Nov. 66.

5 GUTIERREZ A. Signo de la gota. Rev. de Cir. Buenos Aires, 255, 1953.

6 NESSI J. A., Anestesia Peridural Continua. Técnica Quirúrgica de E. R. Finochietto. Edit. Bs. As. 1952.

7 ADRIAN J. Hypertension and other circulatory effects following the use of oxytocics during cesarean section. In apraised of current concepts in anesthsiology. The C. V. Mosby Co. St. Louis, 1966, Vol. 3, pag. 411.

8 MOIR D. D., Epidural Analgesia in British Obst. In Brit. J. Anaesthesiae, 40: 129-137, 1968.

9 Y. SICA BLANCO, M. R., Remedio. Inducción del Parto. En: Archivos de Gin. y Obst. Tomo XXI, años 1963-64-65, pags. 116-26.

10 RODRIGUEZ C DE LA FUENTE FDO. Consideraciones hemodinámicas en el manejo analg. y anest. de la embarazada en T. de Parto con el diagnóstico de Toxemia. Ginec. y Obst. de México, Vol. 26 Nº 153, Jul.-69.