

# **ANALGESIA DEL PARTO EN GESTANTE DE ALTO RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**Autores: Dres. Ariadna García Rodríguez\*, Mario Luis Pérez  
Rodríguez\*\*, Sixto Fidel González Pérez\* y Alina Acosta  
Menoya\*\***

Hospital General Universitario “Abel Santamaría”. Pinar del Río

\* Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor  
Asistente. Hospital General Universitario “Abel Santamaría”. Pinar del Río  
CP: 20200. Email: [agarcia@princesa.pri.sld.cu](mailto:agarcia@princesa.pri.sld.cu)

\*\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital General  
Universitario “Abel Santamaría”. Pinar del Río. CP: 20200.

## RESUMEN

**Introducción:** La corioamnionitis es una infección de la cavidad amniótica y membranas corioamnióticas. Puede causar parto prematuro, grave infección en el neonato y bacteriemia materna con importante lesión pulmonar. **Objetivo:** Atenuar los efectos nocivos del dolor del parto, mediante analgesia subaracnoidea-epidural combinada (CSE), en una gestante con corioamnionitis y sepsis respiratoria grave.

**Presentación del caso:** Paciente de 36 años con embarazo gemelar de 30 semanas que presentó una neumopatía aguda inflamatoria con lesión pulmonar aguda, como consecuencia de una corioamnionitis. Se inició tratamiento médico y después de lograr mejoría clínica se decidió interrumpir el embarazo por vía vaginal. Se administró analgesia espinal epidural combinada para aliviar el dolor del parto. Se insertó catéter 3 cm en espacio epidural, con el fin de administrar bolos de bupivacaína al 0.5% y fentanyl, fue necesario administrar dos bolos. La analgesia espinal se reservó para los minutos previos al período expulsivo, usando dosis mínimas de las mismas drogas. El alivio del dolor fue excelente desde el inicio de la técnica. No existieron alteraciones hemodinámicas secundarias al bloqueo simpático, ni tampoco se presentaron aumentos de las demandas cardiorrespiratorias de la paciente, el prurito fue la única reacción adversa registrada. **Conclusiones:** La analgesia combinada subaracnoidea-epidural (CSE) ofrece ventajas sustanciales en la gestante de alto riesgo, durante el parto vaginal, con deterioro de la función respiratoria, al abolir las consecuencias nocivas del dolor.

**Palabras clave:** corioamnionitis, analgesia espinal epidural combinada.

## INTRODUCCION

La corioamnionitis es una infección de la cavidad amniótica y membranas corioamnióticas. Se presenta de 1 a 3 % de los embarazos a término y hasta 10 % en los pretérminos. Puede causar parto prematuro, grave infección en el neonato y bacteriemia materna con importante lesión pulmonar.<sup>1-3</sup>

La lesión pulmonar aguda es una forma menos grave del síndrome de dificultad respiratoria aguda. Se caracteriza por insuficiencia respiratoria, con alteración en el intercambio de gases, hipoxemia refractaria al oxígeno, disminución de la compliance pulmonar e infiltrado alveolar difuso en la radiografía de tórax, con una relación presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno ( $PaO_2 / FiO_2$ ) menor de 300.<sup>4,5</sup>

En una gestante con corioamnionitis asociada a lesión pulmonar aguda se debe interrumpir el embarazo para mejorar el resultado materno y neonatal, de ser posible por vía vaginal ya que de esta forma se disminuye el riesgo de infección de la cavidad peritoneal pero se suma una nueva agresión: el dolor, con consecuencias nocivas.<sup>1,2,4</sup>

Fue objetivo de este estudio atenuar los efectos nocivos del dolor del parto, mediante analgesia subaragnoidea-epidural combinada (CSE), en una gestante con corioamnionitis y sepsis respiratoria grave.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 36 años de edad con embarazo gemelar de 30 semanas. Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial crónica. Antecedentes obstétricos: 5 embarazos, 2 partos y 3 abortos. Ingresó con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. A los 15 días del ingreso presentó nuevamente contracciones uterinas, con fiebre (38 °C) y leucocitosis, luego aquejó falta de aire, tos y dolor precordial. Se realizó examen físico y complementarios: Sistema respiratorio: Aleteo nasal. Frecuencia respiratoria (FR): 36 respiraciones por minuto (rpm). Murmullo vesicular audible con estertores crepitantes bibasales y en pulmón izquierdo hasta tercio medio. Sistema cardiovascular: Frecuencia cardíaca (FC): 118 latidos por minuto (lpm). Tensión arterial (TA): 110/70 mmHg. Ruidos cardíacos taquicárdicos de buen tono. No soplos. Exámenes complementarios: Hematócrito: 0.30 L/L. Gasometría arterial: pH: 7.35, PaO<sub>2</sub>:60, PaCO<sub>2</sub>:31, HCO<sub>3</sub>:20, K:4.5, Na:140. Relación PO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub> = 285 respirando aire ambiental. Rayos X de tórax: (Figura 1) Derrame pleural en base pulmonar izquierda. Lesiones inflamatorias hiliobasales bilaterales, más acentuadas en lado izquierdo. Broncograma aéreo. Rectificación del arco pulmonar, aorta descendente dilatada, ensanchamiento de mediastino medio derecho y cardiomegalia.



**Figura 1:** Rayos X de Tórax

Considerando estos hallazgos y la clínica de la paciente se hace el diagnóstico primario de corioamnionitis y como consecuencia de esta se produjo neumopatía aguda inflamatoria asociada a lesión pulmonar aguda. Se instauró tratamiento con oxígeno por máscara facial con reservorio, broncodilatadores inhalados y antibioticoterapia de amplio espectro. Se logró una evidente mejoría clínica y sumado esto a las condiciones favorables del cuello uterino, los obstetras decidieron interrumpir el embarazo mediante inducción del parto. Es admitida en el servicio de parto con examen físico: Sistema respiratorio: Sin aleteo nasal. FR: 28 rpm. Murmullo vesicular audible con estertores crepitantes bibasales. Sistema cardiovascular: FC: 100 lat/min. Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono. No soplos.

Previa obtención del consentimiento informado de la paciente, se procedió a realizar analgesia epidural en bolos para el alivio del dolor del parto mediante técnica de pérdida de la resistencia, a nivel de interespacio L<sub>2</sub> – L<sub>3</sub>, con aguja de Touhy calibre 17. Se injertó catéter (3 cm) y se administró dosis de prueba con 3ml de bupivacaína 0.25 % y epinefrina 15 µg. Seguidamente se administró un bolo de 8 ml de bupivacaína al 0.25 % más 50 µg de fentanyl más epinefrina 1ml al 1/200 000. El alivio del dolor fue evaluado por la escala análoga visual (EAV), puntuada del 0 al 10. Se logró un adecuado alivio del dolor (EAV= 1) a los 10 minutos de administrado el primer bolo. Se logró además un bloqueo sensitivo a la altura del dermatoma T-10. Transcurridos 75 minutos la paciente comenzó a referir dolor de mayor intensidad. Se hizo necesario administrar un nuevo bolo epidural de 8 ml de bupivacaína al 0.125 %, se logró nuevamente alivio del dolor. Transcurridos 60 minutos es examinada por el obstetra y se constató descenso de la presentación que sobrepasó un tercer plano y dilatación cervical completa. En este momento, se realizó analgesia espinal en silla de montar en interespacio L<sub>4</sub> – L<sub>5</sub> con aguja espinal calibre 25 punta de lápiz, administrándose 2.5 mg de bupivacaína 0.5%

más fentanyl 25 µg. Se obtuvo un alivio total del dolor (EAV= 0). Durante el proceder se mantuvo la administración de oxígeno húmedo suplementario a través de mascarilla facial a 5 L/min. En todo momento se monitorizaron las variables: TA, FC, FR y saturación periférica de oxígeno (SpO<sub>2</sub>). Es de señalar que no se monitorizó frecuencia cardíaca fetal porque no era objetivo el bienestar fetal, dadas las características ya expuestas de la paciente. No existieron alteraciones hemodinámicas secundarias al bloqueo simpático. La paciente no tuvo incrementos de la frecuencia respiratoria durante el trabajo de parto. La SpO<sub>2</sub> osciló entre 94 % y 96 %. El prurito facial fue la única reacción adversa registrada, que cedió con naloxona intravenosa (40 µg).

Se produjo el parto de forma satisfactoria. Nacieron ambos gemelos fallecidos por sepsis congénita severa.

La presencia de líquido amniótico meconial fétido y el resultado neonatal, así como el estudio histológico de la placenta corroboraron el diagnóstico de corioamnionitis. Siendo esta una de las causas más frecuentes de distres respiratorio en la embarazada.

La paciente fue trasladada a la unidad de Cuidados Intensivos donde permaneció durante 72 horas. Además del tratamiento ya impuesto recibió ventilación mecánica no invasiva con PEEP de 10 y presión de soporte de 12 cm. H<sub>2</sub>O. Se logró resolución completa de su lesión pulmonar aguda en menos de 72 horas. La paciente fue dada de alta a los 7 días.

## DISCUSION

Cada día se hace más importante el papel del anestesiólogo encargado de asistir a la parturienta de alto riesgo al tratar de atenuar al máximo las consecuencias de un trabajo de parto doloroso. Como es sabido el dolor del parto suele ser intenso y muchas mujeres lo catalogan como la experiencia más dolorosa de su vida, que genera diferentes tipos de estrés fisiológicos, que hacen necesario que deban recurrir, fundamentalmente, a sus reservas respiratorias y cardiovasculares. Las catecolaminas liberadas como resultado del dolor y la ansiedad tienen un efecto perjudicial para la madre. Se produce un incremento del consumo de oxígeno el cual puede alcanzar hasta un 40 a 75 % de las cifras previas al inicio del trabajo de parto.<sup>6,7</sup> Estos cambios adquieren particular connotación en pacientes cuya reserva fisiológica está previamente disminuida, ya que esto pudiera llevar a insuficiencia del órgano dañado.

Al proporcionar analgesia adecuada durante el trabajo de parto mediante técnicas neuroaxiales se logró disminuir las demandas aumentadas que se derivan del dolor al disminuir la liberación de catecolaminas, el consumo de oxígeno, la hiperventilación y el estrés materno. La analgesia combinada subaracnoidea-epidural (CSE) combina las ventajas de ambas técnicas por lo que ha ganado gran aceptación por el alivio efectivo del dolor que proporciona y el elevado grado de satisfacción materna.<sup>7-10</sup>

En el presente caso (corioamnionitis con afectación pulmonar) se comenzó con una analgesia epidural en bolos, con mezcla de opioides y anestésicos locales. Se lograron resultados similares a los expuestos por algunos autores que preconizaron el uso de esta técnica ya que se logra una analgesia más efectiva que con la administración en infusión.<sup>9-11</sup> Teniendo en cuenta que el período expulsivo se caracteriza por ser la etapa más dolorosa del trabajo de parto, se reservó la analgesia espinal para este momento pues suprime los dolores más severos por lo que es extremadamente eficaz.

Debido a los resultados obtenidos en esta paciente, se pudo concluir que la analgesia combinada subaracnoidea-epidural (CSE), aplicada durante el trabajo de parto, ofrece ventajas sustanciales en la gestante de alto riesgo con deterioro de la función respiratoria, al abolir las consecuencias nocivas desencadenadas por el dolor del parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rolbin SH, Morningstar BA. La parturienta febril. En: Birbanch DJ, Gatt SP, Datta S. Anestesia obstétrica. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2000. p. 418-37.
2. Rodríguez Valderrama I, Martínez Tamez D, Serna Hinojosa A, Ponce de León Camacho MA, Albrego Moya V. Relación de la corioamnionitis y sepsis temprana en recién nacidos del Hospital Universitario Dr. José E González. Med Univer 2004; 6 (24): 167-71.
3. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez J M, Ferreiro Fernandez L, Díaz Pérez M C. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Rev Cubana Obstet Ginecol. [publicación seriada en línea]. 2007;33(2). Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>.
4. Sánchez Valdivia A, Sánchez Padrón A. Distress respiratorio agudo en el embarazo. Rev Cub Obstet Ginecol 2006; 32 (1): 1-16.
5. O'Connor MF, Hall JB, Schmidt GA, Word LD. Insuficiencia respiratoria aguda con hipoxemia. En: O'Connor MF, Hall JB, Schmidt GA. Cuidados intensivos. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2001. p. 591-637.
6. Lacassie JH. Analgesia para el trabajo de parto. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.scare.org.co/clasa>. Acceso el 10 de noviembre de 2007.
7. Canto Sánchez L. Dolor obstétrico. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.anestesia.com.mx>. Acceso 10 Noviembre 2007.
8. Aristizábal JA, Vargas W, Arrieta M. Analgesia combinada vs analgesia peridural para trabajo de parto. Rev Col Anest 2005; 33:103 - 6.

9. Vasudevan A, Snowman C E, Sundar S, Sarge T W, Hess P E. Intrathecal morphine reduces breakthrough pain during labour epidural analgesia. *BJA* 2007; 98 (2): 241- 5.
10. Fettes P D, Moore C S, Whiteside J B, Mcleod G A, Wildsmith J A. Intermittent vs continuous administration of epidural ropivacaine with fentanyl for analgesia during labour. *BJA* 2006; 97: 359–64.
11. Chua MHS, Sia ATH. Automated intermittent epidural boluses improve Analgesia induced by intrathecal fentanyl during labour. *Can J Anesth* 2004; 51: 581–5.