

# Sección de casos clínicos

## Caso clínico No. 51

G. V. J., paciente de 34 años de edad del sexo femenino.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre muerto por T.B.P., madre diabética falleciendo por infarto del miocardio. Hermanos, esposos e hijos sanos.

Antecedentes personales patológicos y no patológicos: Alimentación deficiente en calidad y cantidad. Tabaquismo y alcoholismo negativos. Padeció enfermedades comunes de la infancia. Amigdalitis y laringitis frecuentes. Transfusionales y alérgicos negativos. Hace 7 años se le practicó laparatomía por embarazo ectópico.

Paciente G XI, P IX, A I, partos y puerperios normales, productos de la concepción a término, con pesos de 2.800 Kg., 5 de ellos y 4 de 3.2 Kg. respectivamente.

Ingresa el día 2 de junio de 1968, por presentar embarazo de 40 semanas de evolución normal, habiendo asistido a consulta prenatal, en trabajo de parto con P.U.V.I., longitudinal, presentación pélvica completa, con bolsa rota 23 hs. antes.

Se dio tratamiento con antibióticos, pirrólicos con harbitúricos, conducción del trabajo de parto y se practicó bloqueo peridural continuo, agregándose sedación con Demerol.

Nota Pre, Trans y Postanestésica:

Gran múltipara, con antecedentes de ha-

ber recibido anestesia general bajo mascarilla para el período expulsivo de un parto, sin presentarse complicaciones. En buen estado físico. Se le practicó bloqueo peridural continuo con técnica de Gutiérrez, puncionando entre L3 y L4, catéter caudal, ministrándose 2 dosis de 100 mg. de Lidocaína al 1% y otra más de 200 mg. al 2% por el catéter mencionado. Analgesia satisfactoria, difusión T11 a T12. Se agregaron 100 mg. de Demerol (Meperidina) en 500 ml. de Sol. glucosada al 5% titulando el goteo, en dosis total de 50 mg. Se transfundieron 500 ml. de Sol. glucosada simple al 5%. A las 13.30 hs. se atendió el parto, naciendo el producto muerto. Durante la acción del bloqueo se tomaron constantemente los signos vitales: T.A., frecuencia cardíaca materna; presentándose valores de 120/90 mm.Hg. de T.A. y 100/min. de F.C. iniciales, antes del bloqueo; manteniéndose estos valores hasta después del nacimiento; únicamente la T.A. sistólica se elevó 20 mm. Hg. Pasó a la Sala de Recuperación consciente y sin haber sufrido accidentes trans ni postanestésicos.

Exámenes de Laboratorio: 7-VI-68: Hb 10.95 gr., Ht 37%, C.M.H.G. 30%. Se dio de alta el día 13 del mismo mes por presentar puerperio normal.

G. S. R. México, D. F.

## COMENTARIO AL CASO CLINICO N° 51

El objetivo primordial de la analgesia obstétrica moderna se basa en la abolición del dolor en el trabajo de parto y el período expulsivo, la protección de la paciente de todo sufrimiento, no interferir con el mecanismo del parto y carecer de efectos indeseables tanto en la madre como en el producto.

Parecería que dicho precepto en el presente caso no se hubiera logrado, al lamentar la muerte del producto. Con cierta justificación podría señalarse que el uso de la analgesia peridural con dosis repetidas asociada a la complementación de meperidina con "dosis tituladas" por vía endovenosa hubiera causado la muerte fetal.

Para aceptar tal evidencia deben tomarse en cuenta otros aspectos inherentes al método anestésico en sí, a la madre y al producto.

Sabemos que la analgesia peridural en la conducción del parto pélvico es efectiva siempre y cuando no produzca hipotensión, se obtenga una analgesia satisfactoria, no interfiera con el mecanismo de descenso y no elimine la resistencia que ofrece el piso perineal. Ello se obtiene introduciendo entre L3 y L4 el catéter peridural en dirección caudal, coincidiendo con una buena actividad uterina en frecuencia e intensidad (3 contracciones en 10 min.) y la dilatación cervical sea de 60 a 70%. Si se realiza la interrupción de la conducción nerviosa antes de este estadio, lógicamente observaremos una incoordinación del mecanismo por

pulsor con la anulación de los mecanismos rotadores, conduciendo todo ello a una permanencia prolongada de un feto hipóxico en la porción terminal del canal del parto.

Por otro lado, se recurrió a la complementación con el goteo endovenoso de meperidina en solución diluida. Sin duda, su empleo estuvo condicionado al fenómeno frecuentemente observado de tener a una paciente nerviosa e intranquila, no obstante que la analgesia peridural obtenida sea suficiente. Es importante subrayar que en ciertos casos está justificado el uso racional de hipnóticos, tranquilizantes, etc., para conseguir una sedación psíquica de la paciente, propiedad ausente en cualquier bloqueo de conducción.

Conociendo la dosis total empleada y el tiempo de administración (100 mg. en un período de 90 min. y 75 antes del nacimiento), sería difícil argumentar que la inyección del medicamento produjera la muerte fetal.

En el análisis realizado en nuestro hospital de 1,000 casos de distocias (2), se registró el parto pélvico en 215 ocasiones o sea el 21.5%, resolviéndose por vía vaginal el 85.1 y por vía abdominal el 14.9%. De los 187 casos resueltos por vía vaginal, el 55.2% correspondieron a la variedad completa y el 44.8% a la incompleta. De las complicaciones del embarazo la ruptura prematura de membranas (15 casos) y la toxemia (13 casos), fueron las más frecuentes. En 161 casos se tuvo que realizar algún

tipo de maniobra en el período expulsivo y sólo en 22 pacientes el parto fue espontáneo. Sólo el 18.3% careció de anestesia. La mortalidad fetal fue de 23 casos, 16 en el período ante e intraparte y 7 casos en el postparto. En 5 casos quedó plenamente demostrado que las maniobras y complicaciones del parto fueron determinantes del fallecimiento del producto.

Ello demuestra en forma clara y objetiva que la morbimortalidad del parto pélvico, no obstante los adelantos en la vigilancia y atención obstétricas, sigue siendo motivo de serias reflexiones. Para reducir tal incidencia independientemente de las normas clínicas de manejo, es imperativa la labor coor-

dinada del obstetra, anestesiólogo y pediatra para obtener óptimos resultados.

Pienso que en la muerte fetal contribuyeron los siguientes factores: ruptura prematura de membranas, posibilidad de infección amniótica, hipoxia fetal consecutiva a un trabajo de parto prolongado y la presencia de maniobras propias o exageradas del mecanismo de expulsión.

Dos de estas causas ya han sido mencionadas por Bonica (1), además de malformaciones congénitas, prematuridad, trastornos sanguíneos o hemorrágicos y trauma del nacimiento, ellas constituyen las principales causas de la muerte fetal.

M.M.C.  
México, D. F.

## REFERENCIAS

- 1.—BONICA, J. J.—*Principles and practice of obstetric analgesia & Anesthesia*.—F. A. Davis CO. Vol. 1, pp. 220, 1967.
- 2.—RODRÍGUEZ, A. J., SALDAÑA, G. R.—*Estudio de 1000 casos de distocia*.—Trabajos presentados en la XIII Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia por el Hosp. de Gineco-Obstetricia No. 3, I.M.S.S. Tomo único, pp. 180, 1965.

