

## IV.—Estado actual de la Anestesia Obstétrica

*Dr. Luis Pérez Tamayo.\**

### *Antecedentes Históricos*

EL uso de anestésicos para el alivio del dolor del parto era desconocido antes de la 2a. mitad del siglo XIX. Algunos manuscritos chinos refieren preparados soporíficos y opiáceos para el alivio del dolor en las parturientas, sin embargo; generalmente el parto tenía lugar en las formas y técnicas más variadas.

Por ejemplo, en las Islas Serang, las mujeres tenían sus partos en la posición erecta, sujetas al tronco de un árbol. Entre las tribus apaches eran suspendidas de un árbol, mientras que los encargados de asistir las, se balanceaban, ejerciendo presión sobre el fondo del útero.

Las parturientas en Asia, se sometían al trabajo de parto, arrodilladas con 1 ó 2 asistentes sobre sus hombros. De esta posición, trataban de ponerse de pie sujetándose a una estaca. En las Islas Pago Pago, en el Pacífico, el parto se atendía en condiciones similares, sólo que comprimiendo las regiones tóraco lumbares con los talones de los pies. Finalmente, otro método consistía en colgar al marido por los pies en un cuarto vecino, mientras en el otro se llevaba a efecto la expulsión del producto. (1)

Uno de los factores que frenaron el avance de la analgesia y anestesia obstétrica, fue el religioso. De este modo, vemos que ya el Profeta Isaías sostenía en sus escritos que

“las mujeres debían sufrir el dolor del parto”, y en el tiempo de los romanos no sólo no se proporcionaba alivio al dolor sino que a la profesión médica le prohibían todo intento encaminado a suprimirlo. El cuidado de estas pacientes era encomendado a las comadronas.

En 1591, Enfame Malcalyane fue quemado en la estaca por los eclesiásticos en Edimburgo por intentar aliviar el dolor del parto y en el siglo XVI se desarrolló el Mesmerismo en su grado máximo de barbarie. La publicación del *Lancet* del 18 de Abril de 1857, referente a la administración de cloroformo a la Reina Victoria para el nacimiento de la Princesa Beatriz, contribuyó en forma decisiva en los aspectos morales, médicos y sobre la sanción religiosa respecto al alivio del dolor del parto.

En 1818 en el Hotel Dieu de París, se registró el caso de un parto sin dolor, en una mujer intoxicada con otros fines; pero no fue sino hasta el siglo XVIII, cuando las comadronas empezaron a ser substituidas por médicos; proceso que fue acelerado al crearse las Sillas de Obstetricia en la Universidad de Edimburgo en 1726. En Philadelphia en 1804, Peter Miller escribió su tesis titulada: “Medios para disminuir el dolor del parto”. El autor recomendaba los siguientes métodos: 1o. Uso de eméticos nauseabundos, 2o. Ejercicio vigoroso y ayuno (procedimiento favorecido en el Congo)

\* Jefe del Servicio de Anestesiología. Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3. Centro Médico “La Raza”, I.M.S.S. México.

y 3o. Flebotomías de 400 a 800 ml. de sangre, con el objeto de reducir la congestión pélvica y aumentar la relajación perineal.

El esfuerzo de Simpson y Snow entre otros, hizo posible el alivio del dolor del trabajo de parto y atender el período expulsivo bajo anestesia general. En América, Walter Channing (1786-1876) de Boston, destaca entre los pioneros de la anestesia en Obstetricia.

### *Evolución de la Anestesia Obstétrica*

Dentro de la época moderna, se puede incluir el desarrollo de los llamados "métodos encefálicos" para el control del dolor del parto: entre éstos se puede mencionar el uso de la anestesia general con éter, cloroformo, óxido nitroso y tricloroetileno; destacando entre ellos, el de la analgesia o sedación (Dämmerschlaf de los alemanes). En 1918, el método de la analgesia obstétrica fue conocido ampliamente por el público y a partir de entonces, constituyó uno de los problemas fundamentales para el obstetra, ya que sus pacientes exigían tener su parto sin dolor. No todo fue satisfactorio, si se toma en cuenta que las técnicas usadas producían una incidencia muy elevada de asfixia neonatal (35-67%). La introducción de la meperidina en Obstetricia, por Irving y Batterman, representa otro gran adelanto. Posteriormente, aparece el Ciclopropano, el Halothane y el Penthrane, para mencionar sólo los agentes anestésicos de uso común.

En cuanto al control anatómico del dolor del parto, es necesario mencionar a Kreis, en Alemania (1901); Cathelin, un urólogo francés y a Stocckel, quien fue el primero en aplicar la técnica de Cathelin en Obstetricia (1909). En 1926, Cléland, inicia el estudio de la neurofisiología uterina y con ello se tiene un avance importante, tanto

en Obstetricia como en la Anestesiología modernas.

Entre las técnicas de analgesia regional tienen gran aceptación el bloqueo caudal continuo, descrito por Hingson y Edwards; el bloqueo subaracnoideo, el bloqueo peridural en sus distintas variedades, el bloqueo en "silla de montar" y el bloqueo de parámetros; así como el de Nervios Pudendos.

Por otro lado, es necesario mencionar los métodos del parto psicoprofiláctico y la hipnosis, los cuales han pasado por épocas de gran aceptación y rechazo, sin embargo; se utilizan con frecuencia en distintos medios.

### *Estado Actual de la Anestesia y Analgesia Obstétrica*

Las disciplinas de Obstetricia y Ginecología deben trabajar conjuntamente, ya que sus intereses son comunes. Aproximadamente en los años de 1930 a 1940, se inició una reducción en la mortalidad materna y en un grado menor en la mortalidad perinatal. Por muchas razones, una de las causas de esta incidencia se puede atribuir al desarrollo, evolución y aplicación de nuevos métodos de la anestesia y analgesia obstétrica, que permiten al Anestesiólogo seleccionar aquella que proporcione el máximo de seguridad tanto por la madre como para el feto. (2)

En la actualidad, en los centros especializados, se cuenta con atención de la mayor calidad desde el punto de vista anestesiológico, durante las 24 horas del día y esto es especialmente cierto para aquellas pacientes consideradas con un "Riesgo Obstétrico-Anestésico" elevado. Gradualmente, el Obstetra ha ido confiando y aceptando el hecho de que sea el Anestesiólogo el que decida sobre el método que aporte un margen más elevado de seguridad y afortunadamente también, un mayor número de pacientes acu-

den a la consulta prenatal y son atendidas en centros hospitalarios.

Ninguna paciente obstétrica debe ser considerada como un caso rutinario y tanto la madre como su producto sufrirán, si la anestesia es administrada por una persona no calificada y consciente de los peligros que esto involucra. El mayor adelanto en el manejo de las pacientes obstétricas en particular, es el reconocimiento de que la mejor atención de las mismas se deriva del esfuerzo conjunto de varias disciplinas. La efectividad máxima exige que cada uno de los miembros del equipo, independientemente del área que más le interese, conozca los principios básicos que deben ser aplicados en la resolución del problema clínico del paciente.

Se conoce muy poco acerca de los 9 meses, durante los cuales el feto humano ocupa un "espacio interno"; preparándose para ser lanzado a una vida independiente. Es necesario considerar los efectos de las drogas y las de los agentes anestésicos, tanto desde el punto de vista del feto como de la madre; especialmente sobre aquellas que potencialmente sean capaces de inducir cambios estructurales y funcionales aún antes del nacimiento. La Fisiología Obstétrica ha contribuido en este aspecto en forma importante y en la actualidad, estos servicios se consideran indispensables en los Hospitales de Obstetricia.

A pesar de que los conceptos anteriores son ciertos y prácticos, se debe confesar de que aún existe un déficit significativo de personal entrenado en las distintas disciplinas y en especial en la Anestesiología. La falta de personal debidamente entrenado, es el factor responsable de que la muerte materna por anestesia, ocupe el 4o. lugar entre las causas de mortalidad.

Hoy en día, el Anestesiólogo, el Obstetra y el Pediatra; así como el estudiante,

residente y enfermeras; cuentan con una obra titulada: "Principios y Práctica de la Anestesia y Analgesia Obstétrica", escrito por el Dr. John J. Bonica y editado por la Compañía F. A. Davis, de Philadelphia, a la cual un servidor ha dado en llamar "La Biblia en Anestesia Obstétrica"; en ella se presentan, discuten y analizan los principios de Fisiología materno-fetal, placentaria y uterina; de farmacología y los métodos y técnicas anestésicas, con descripciones claras y precisas, tanto para el manejo del trabajo de parto normal como para los pacientes de riesgo elevado. Por lo tanto, refiero al lector interesado en estos problemas, a la lectura y estudio de esta obra, aportación de un experto en la materia.

A continuación se presenta una lista de los temas incluidos en el primer volumen, con el objeto de dar una idea respecto a las disciplinas en las que el Anestesiólogo, que se dedica al manejo de pacientes obstétricas, debe estar familiarizado; independientemente del conocimiento de los métodos y técnicas anestésicos:

I.—*Fisiología Materna y Psicología durante el Embarazo y el Parto.*

- 1.—Fisiología del Embarazo.
- 2.—Aspectos psicológicos del embarazo, parto y anestesia.
- 3.—Fisiología de las fuerzas del parto.
- 4.—Efectos del parto sobre la madre.
- 5.—Naturaleza del dolor del parto.

II.—*La Placenta, el Feto y el Recién Nacido.*

- 1.—Anatomía y Fisiología de la placenta.
- 2.—Fisiología del Feto y del Recién Nacido.
- 3.—Efectos del Parto sobre el Feto y el Recién Nacido.

- 4.—Transferencia placentaria de Anestésicos y otras drogas. (Su acción sobre el feto y el recién nacido).
- 5.—La asfixia neonatorum.
- 6.—Mortalidad y Morbilidad Perinatal.

### III.—Aspectos Farmacológicos.

- 1.—Narcóticos.
- 2.—Sedantes, Hipnóticos, Ataráxicos.
- 3.—Relajantes musculares.
- 4.—Vasoconstrictores y Vasopresores.
- 5.—Ocitócicos y Relajantes uterinos.

### IV.—Anestesia y Analgesia General.

#### V.—Anestesia y Analgesia Regional.

### VI.—Complicaciones Maternas de la Anestesia General y Regional.

### VII.—Analgesia Psicológica.

(Hipnosis, parto natural y psicoprofiláctico; evaluación de los métodos de analgesia).

El entendimiento y utilización de los principios de la anestesia obstétrica se ha desarrollado en los últimos 20 años y esto se debe a los siguientes factores:

- a) Una mayor incidencia de partos en los hospitales.

- b) Anestesiólogos especialmente entrenados en anestesia obstétrica.
- c) La consulta Pre-anestésica en Obstetricia.
- d) Medios de difusión: periódicos, revistas, artículos, radio, televisión, etc.
- e) Aceptación de los medios de analgesia y anestesia por los representantes religiosos (Papa Pío XII, 1956 y 1957).
- f) Reconocimiento de que la analgesia y anestesia obstétrica es con frecuencia compleja y trascendente, ya que van dos vidas de por medio.
- g) Entendimiento de que la fisiología obstétrica y fetal, reducen el margen de seguridad.
- h) Educación de las pacientes en relación a la analgesia y anestesia obstétrica.
- i) Servicios de Anestesia Obstétrica durante las 24 horas del día.
- j) Reconocimiento del valor de los servicios prestados por el Anestesiólogo.
- k) Programas de enseñanza y entrenamiento de los residentes de Obstetricia en Anestesiología (1 a 3 meses).

## CONCLUSIONES

Hay mucho por hacer y estudiar. En muchos medios hospitalarios se devalora la importancia de la anestesia obstétrica.

## REFERENCIAS

- 1.—HINGSON, A. R. y HELLMAN, M. L.—*Anesthesia for Obstetrics*.—Pag. 57-70, 1956. J. B. Lippincot. Co. Philadelphia, U.S.A.
- 2.—REID, E. D.—*An Obstetrician's view of Anesthesiology Symposium on Maternal and Fetal Physiology in the Perinatal Period*.—Anesthesiology. Vol. 26, No. 4, pág. 377. July-August. 1965.
- 3.—BONICA, J. J.—*Principles and Practice of Obstetric Analgesia & Anesthesia*.—Pag. 1-10, 1967. F. A. Davis, Co. Philadelphia, U.S.A.