

## MITOS Y REALIDADES DE LA ANALGESIA PARA PARTOS

**Dra. María Cristina Celesia**

Especialista en Salud Pública. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

*Sí, oigo gritos  
como los de una parturienta  
gemidos como los de una primeriza:  
es la voz de Sión  
que pierde el aliento,  
que extiende las manos:  
"¡Ay, pobre de mí, estoy exhausta!"  
Jeremías 4: 31*

El dolor de parto ha sido reconocido desde la antigüedad como severo y agotador; sin embargo, poco ha sido lo que se hizo para aliviarlo. Aún hoy, en muchos lugares del mundo la mujer no recibe la atención necesaria en el momento del parto, hecho que podemos comprobar analizando los índices de mortalidad. En 1929, Hagarad afirmó que *la posición de la mujer en cualquier civilización es un índice del avance de esa civilización, y que la posición de la mujer se mide mejor por el cuidado que le es dado en el momento del parto.*<sup>1</sup>

La anestesiología ha crecido y se ha desarrollado en estrecha relación con la obstetricia: sólo basta con recordar que en 1847, J. Snow, "el padre de la anestesiología", publica un artículo sobre la inhalación de éter, mientras que el 19 de enero de ese mismo año, James Simpson, empleaba éter en el parto de una joven con deformidad en su pelvis.<sup>2</sup>

El clero escocés calvinista y muchos miembros influyentes de la profesión médica y de la comunidad objetaron el uso de anestesia en obstetricia. Los adversarios de Simpson hacían hincapié en la Biblia para atacarlo, con el conocido pasaje del primer libro de la Biblia:

*Y el Señor Dios dijo a la mujer:  
Multiplicaré "los sufrimientos  
de tus embarazos;  
darás a luz a tus hijos con dolor.  
Sentirás atracción por tu marido,  
Y él te dominará".  
Génesis 3:16*

A lo que Simpson rebatió con otra cita bíblica,

donde señalaba que Dios fue el primer anestesista:

*Entonces el Señor Dios  
hizo caer sobre el hombre  
un profundo sueño,  
y cuando este se durmió,  
tomó una de sus costillas  
y cerró con carne el lugar vacío.  
Génesis 2:21*

Pero fue el 7 de abril de 1853 cuando el mismo John Snow, el primer médico que limitó su práctica a la anestesiología, brindó alivio del dolor de parto con cloroformo a la Reina Victoria para el nacimiento de su octavo hijo, el príncipe Leopoldo. Este hecho aseguraría el uso de la anestesia en obstetricia. Poco después, en 1860, en Londres, la Reina Victoria expresa respecto a su hija: "Qué bendición el hecho de que haya recibido cloroformo. Tal vez sin él hubiese sufrido muchísimo".<sup>3</sup>

La mayor innovación en Anestesia Obstétrica llegó a principios del siglo pasado, en Alemania, donde surgió un nuevo intento para aliviar el dolor de parto. Fue de manos de von Steinbüchel y Gauss, que asociaron escopolamina y morfina y desarrollaron el llamado "Twilight sleep" (sueño crepuscular). Ellos sugerían 0,3 mg de escopolamina cada 2-3 hs. y no más de 20 mg. de morfina. El uso de opioides en forma inyectable desencadenó nueva resistencia entre los profesionales, que cuestionaban la relación entre beneficios y riesgos de la práctica, y las mujeres exigían cada vez más a sus médicos la aplicación de la técnica a lo largo de los Estados Unidos.

Dos temas dominaban el debate:

- los efectos de la anestesia sobre el recién nacido; y
- los efectos de la anestesia sobre el trabajo de parto.

Los efectos de la anestesia sobre el recién nacido, la posibilidad de que las drogas anestésicas pudieran cruzar la placenta y dañarlo, fueron temas de discusión entre quienes practicaban la obstetri-

cia. Snow refería oler éter en la respiración del recién nacido, Zweifel diseñó una reacción para demostrar cloroformo en el cordón umbilical y poco después describió una técnica de absorción de luz, para demostrar la transferencia de oxígeno de la madre al feto. Otros como W. Channing, negaban transferencia alguna a nivel placentario.

En 1953, en USA, la Dra. Virginia Apgar, anestesióloga, describió una escala que cambió la evaluación del recién nacido. Reemplazó la simple observación del recién nacido por una medición reproducible, permitiendo la posibilidad de la comparación sistemática de distintos tratamientos. Su "score" ayudó a cambiar el punto de atención de los cuidados obstétricos y aportó criterios objetivos para iniciar la resucitación del recién nacido.

Los efectos de la anestesia sobre el trabajo de parto fueron motivo de preocupación de los médicos. Encontraban que el éter y el cloroformo deprimían la actividad uterina, y también abolían la sensación de pujo. Simpson empleaba éter desde el primer estadio del trabajo de parto, con lo que obtenía inconciencia materna, reflejo de pujo abolido, atonía uterina y hemorragia posparto, mientras J. Snow practicaba una técnica diferente: empleaba éter y cloroformo para el segundo estadio, durante las contracciones, con lo que conseguía pacientes confortables y reactivas a la vez.

Podríamos ahora preguntarnos por qué hablar de "mitos y realidades".

*Mito*: del griego, significa fábula, ficción alegórica. Designa tanto una historia como la peripecia de una tragedia.

*Realidad*: del latín, designa a cosa, materia. Existencia real de una cosa. Verdad, sinceridad.<sup>4</sup>

Y surgiría otra pregunta: ¿Cuánto hay de mito y cuánto de realidad en lo que habitualmente se dice sobre la anestesia obstétrica? Para analizar estas preguntas no debemos olvidar que:

*"La historia es importante en la medida de sus enseñanzas"*.<sup>3</sup>

Podemos así aprender algo de la historia de la Anestesia Obstétrica y ello se refiere a que:

- cada droga y método nuevo supone riesgos;
- las nuevas drogas o tratamientos frecuentemente causan problemas en un sentido o dirección completamente inesperados;
- el gran perfeccionamiento en el cuidado de las pacientes ha surgido de la aplicación de principios de las ciencias básicas.

Actualmente, en los países desarrollados, los cuidados obstétricos, incluyendo las drogas para el alivio del dolor de parto y la anestesia que una mujer puede esperar y demandar, dependen de su educación y estándar de vida, de las prácticas médicas de la comunidad en la que vive y de la libertad de elegir

el obstetra, las comodidades del hospital y el anestesiólogo que desee.<sup>2</sup>

Llevó mucho esfuerzo y años obtener el reconocimiento del parto como proceso doloroso por entidades como la Organización Mundial de la Salud, que en 1999 dio a conocer una guía práctica para el cuidado del parto normal donde reconocía al trabajo de parto normal como hecho doloroso.<sup>5</sup>

*"Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el trabajo de parto, pero las respuestas de cada una de ellas al dolor del trabajo de parto son completamente diferentes ...aún, el trabajo de parto normal es doloroso."*

La Dra. Reynolds, en el libro *Pain relief in labour*<sup>6</sup> realiza una acertada defensa del derecho de la mujer a recibir alivio del dolor de parto cuando dice que: "...el control del dolor 'debería' formar parte del manejo integral del parto y ...la mujer embarazada tiene derecho a información básica acerca del dolor y su alivio durante el trabajo de parto tanto como a otros aspectos de su cuidado."

Varias encuestas se han realizado para investigar el grado de dolor referido por las madres luego del parto. En Londres, Holdcroft y Morgan interrogaron a pacientes 1-2 días después del parto y solamente el 2% de ellas reportó ausencia de dolor.<sup>7</sup> Un grupo de mujeres entrevistadas en Suecia, 1-2 días del posparto, refirieron dolor intolerable en el 35% de los casos; dolor severo en el 37% y dolor moderado en el 28%.<sup>8</sup> Ranta y Jouppila, entrevistaron en Finlandia a 833 parturientas y encontraron un 4% de pacientes que referían dolor ligero y un 60% referían dolor severo o intolerable.<sup>9</sup> Otro grupo, también en Finlandia, investigó a 1.091 pacientes, 360 primíparas y 731 multíparas, encontrando dolor intolerable en el 89% de las primíparas y 84% de las multíparas, mientras que sólo el 4% de las multíparas y el 0% de las primíparas refirieron poco dolor.<sup>10</sup>

De las investigaciones precitadas, se puede señalar un elemento común en todas las entrevistadas: *el dolor*. Dolor que es expresado en diferentes grados de intensidad y en la mayoría de los casos expresado como severo o más y pocas veces ausente.

Según la Real Academia Española, la palabra dolor, del latín: *dolor-oris* se define como "sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por una causa interior o exterior". Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, éste es "una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o descrita en términos relacionados con dicha lesión".<sup>11</sup> De acuerdo a las definiciones enunciadas, podemos afirmar que se trata de la impresión desagradable, siempre subjetiva, que se convierte en experiencia emocional. De todo ello se desprende que el dolor es una experiencia única, altamente subjetiva y multidi-

mensional, compuesta por dos facetas: la afectiva y la sensorial,<sup>12</sup> las cuales hacen que el tratamiento del dolor de parto deba abordarse desde un punto de vista dual.

El dolor del trabajo de parto, el dolor agudo más frecuente, con inicio y final bien definidos, es referido en el cuestionario de Mc Gill con intensidad alta, similar al producido a la amputación de un dedo, quedando allí demostrado que es uno de los más intensos.<sup>13</sup>

Las características del dolor de parto varían de acuerdo a factores obstétricos, físicos, fisiológicos. Podemos afirmar que el trabajo de parto de iniciación espontánea, que aumenta gradualmente de intensidad, es más tolerable que el dolor de parto inducido o acelerado, que se manifiesta con dolor inicial severo y que requiere mayor alivio, mayor analgesia. Existen también diferencias entre múltiparas y primíparas en la percepción del dolor. Las múltiparas toleran mejor el dolor de parto, por ser éste de menor duración, más corto aunque más fuerte que el de las primíparas. En síntesis, se afirma que la necesidad de alivio del dolor aumenta con la duración del trabajo de parto.

En las investigaciones mencionadas anteriormente, realizadas en Europa, también pudo comprobarse que el dolor medido después del evento comienza progresivamente a ser más inexacto y que el dolor más severo es borrado de la memoria en meses. Esto ocurriría por un fenómeno psicológico llamado de inhibición transmarginal. Por este fenómeno la mente humana tiene amnesia para los hechos desagradables, dolorosos. Así se justifica la amnesia para el dolor de parto que en el momento fue vivido como severo o intolerable.<sup>14</sup>

Cabe entonces preguntarnos cuál es el valor del alivio del dolor de parto si se olvida, si se borra de la memoria. Al respecto F. Reynolds nos dice:<sup>6</sup>

- Aunque el dolor se olvide rápidamente, esto no lo hace más tolerable en su momento; es por lo tanto simplemente humano intentar aliviarlo.
- Aunque pueda creerse que la ansiedad pueda exacerbar el dolor, aliviándolo, puede reducirse dramáticamente la ansiedad materna.
- El dolor del trabajo de parto provoca estrés psicológico que puede generar acidosis metabólica materna y desbalance hormonal, incluyendo la liberación de catecolaminas.

Desde los babilonios, hebreos, egipcios y griegos, el parto ha sido considerado como un hecho doloroso y temible. Podríamos afirmar que la lucha contra el dolor ha sido el objetivo de la medicina desde que existe la humanidad, aunque el alivio del dolor de parto siempre ha estado rodeado de desconocimiento e incompreensión.

Reconociendo la existencia de factores físicos, obstétricos, fisiológicos, psicológicos, culturales y étnicos, que favorecen o atenúan la percepción del dolor durante el trabajo de parto, el proceso de parto es doloroso en cualquier tipo de población, con independencia de su origen étnico, aunque el entorno social y factores de tipo cultural influyen en la expresión del dolor.

Paralelamente a los avances de la civilización, se han ido desarrollando en el mundo occidental diferentes técnicas para el alivio del dolor de parto. Así nos encontramos, a principios del siglo XXI, ante métodos no farmacológicos, psicológicos y físicos; métodos farmacológicos, sistémicos y regionales de alivio del dolor de parto, sin que casi ninguno de ellos pueda adjudicarse el alivio total del dolor de parto sin provocar algún tipo de modificación indeseada en el mismo.

## **Métodos no farmacológicos de alivio del dolor**

### **Métodos psicológicos**

- Preparación para el parto.
  - Nacimiento natural (Dick Read).
  - Nacimiento o parto sin dolor (Lamaze).
- Asistencia durante el parto:
  - Pareja
  - Partera
  - Doula
- Hipnosis
- Biofeedback

### **Métodos físicos**

- T.E.E.N.S.
- Masaje
- Acupuntura
- Baños de agua
- Descompresión abdominal
- Aromaterapia
- Audioanalgesia
- Homeopatía
- Herbalismo

## **Analgesia sistémica**

### **Analgesia inhalatoria**

- Concentraciones subanestésicas de agentes inhalatorios halogenados: ¿Sin pérdida de conciencia? ¿Sin riesgo de aspiración / regurgitación?
- Administración intermitente: NO<sub>2</sub> / O<sub>2</sub>= Entonox®

#### *Halogenados*

La analgesia inhalatoria para parto consiste en la administración de concentraciones subanestésicas de agentes inhalatorios, para proporcionar analgesia en la primera y segunda etapa del parto, o sólo como suplemento a la anestesia regional o local.

Debe tenerse especial cuidado en mantener a la madre despierta para que pueda cooperar y mantener los reflejos protectores de la vía aérea. Actualmente se la utiliza muy poco por varios motivos: la madre bajo los efectos de la analgesia inhalatoria no colabora, tiene amnesia, la analgesia no es completa, posiblemente pierda los reflejos protectores de la vía aérea, tendrá la posibilidad de bronco-aspiración y tendrá alterada la dinámica uterina con grandes posibilidades de hemorragia por atonía uterina.

Es importante recordar que el mayor riesgo de este tipo de analgesia es la posibilidad de sobredosis materna, debida a los cambios fisiológicos maternos que influyen sobre la CAM (concentración alveolar mínima). Esta sobredosis accidental ocasionará pérdida de reflejos protectores y rápida instalación de hipoxia.<sup>15</sup>

### Opioides sistémicos

- Meperidina: confusión, sueño, náuseas, vómitos, sedación, pérdida de control, depresión del recién nacido.
- Morfina + escopolamina = sueño crepuscular
- Fentanilo
- Sufentanilo
- Alfentanilo

Los opioides son la medicación sistémica más efectiva para el control del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, no existe actualmente un narcótico que pueda producir analgesia efectiva sin causar efectos colaterales maternos y/o fetales.

Por ello se los utiliza para *disminuir* el dolor, más que para *eliminar* el dolor. El efecto colateral más significativo es la depresión respiratoria materna y neonatal.

La depresión respiratoria es más importante en la segunda y tercer hora después de la administración intramuscular, pero es más frecuente en la primera hora después de la administración intravenosa.<sup>16</sup>

### Anestesia regional

Es la forma más efectiva de analgesia para partos y científicamente comprobada. "La analgesia peridural (AP) es la forma más efectiva de alivio del dolor del parto, pero se la asocia con aumento del índice de parto instrumental ...relacionado con la función motora. El advenimiento de nuevas técnicas que mantienen la función motora podrían reducir la intervención obstétrica".<sup>17</sup>

Desde los trabajos presentados por Thorp<sup>18</sup> se viene discutiendo sobre los efectos de la analgesia peridural sobre el trabajo de parto. El autor afirmaba que la AP actuaba sobre la progresión del trabajo

de parto, prolongando el primer y segundo estadio.

Sin dudas, un bloqueo regional *denso* puede afectar adversamente el progreso del trabajo de parto. Llamamos denso al bloqueo practicado con soluciones concentradas de anestésico local que limitan el movimiento de miembros inferiores y relajan el periné, impidiendo la rotación del móvil fetal hacia el mejor de los diámetros. Lo correcto sería proveer alivio del dolor de parto, tanto en el primer como en el segundo estadio, con soluciones diluidas de anestésico local y el agregado de opioides, según momento y forma de evolución del trabajo de parto.<sup>19</sup>

### Relación entre la AP y la forma de terminación del parto

En los estudios de Chesnut y col. y otros autores no parece existir relación entre el empleo de analgesia peridural y el aumento del número de cesáreas, en franca contraposición con lo expresado por Thorp.<sup>17</sup>

La razón de esa discrepancia es difícil de precisar con exactitud, ya que son muchos los factores que pueden influenciar el progreso normal del parto. Sobre 35.000 analgesias peridurales efectuadas en el Hospital Dexeus, Barcelona, en obstetricia, con soluciones diluidas de bupivacaina y opiáceos, no se observó aumento de partos instrumentales ni mayor duración del parto.<sup>20</sup>

### Contribución de la AP a la epidemia de cesáreas

El aumento del índice de cesárea parece relacionarse más con cambios en la actitud obstétrica frente a determinadas situaciones, como parto en pelviana o parto vaginal en cesárea previa, que a su relación con analgesia peridural. Como muestra podríamos revisar las estadísticas de la Maternidad Sardá: en el año 2001 hubo 25,6% de cesáreas y 5,5% de analgesia peridural para parto, mientras que en 1999 las cifras era del 20,7% y 4,37% respectivamente. Es decir un incremento de la tasa de cesáreas del 23,6% y de analgesia del 25,8%, cifras muy similares.

Podríamos suponer entonces, que los factores materno-fetales y el manejo obstétrico y no el uso de analgesia peridural, son los factores más importantes asociados al notable incremento del índice de cesáreas.

*"Se te ha indicado, hombre,  
qué es lo bueno  
y qué exige de tí el Señor.  
Nada más que practicar la justicia,  
amar la fidelidad  
y caminar humildemente con tu Dios."  
Miqueas 6:8*

## Bibliografía

1. Caton D. The history of obstetric anesthesia. En: *Obstetric anesthesia, principles and practice*. DH Chestnut 2<sup>nd</sup> ed. St Louis (MO): Mosby, 1999:3-12.
2. Moore DC. *Anesthetic techniques for obstetrical anesthesia and analgesia*. Chicago: Charles C Thomas Publisher, 1964:5-7.
3. Caton D. *Obstetric anesthesia: The first ten years*. *Anesthesiology* 1970; 33:102-9.
4. *Diccionario Real Academia Española* 20<sup>a</sup> ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1984:513.
5. World Health Organization. *Care in normal birth, a practical guide* 1999; <http://www.who.int/library/country/trunks/contents/index>.
6. Reynolds F. Labour pain and analgesia. En: Porter J, Russell R, Scrutton M. *Pain relief in labour*. London BMJ 1997; 3-16.
7. Holdcroft A, Morgan M. An assessment of the analgesic effect in labour of pethidine and 50 per cent nitrous oxide in oxygen (Entonox). *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1974; 81: 603-7.
8. Nettelebladt P, Fagestrom CF, Uddenberg N. The significance of reported childbirth pain. *J Psychosom Res* 1976; 20:215-21.
9. Ranta P, Jouppila M, Spalding T, Kangas-Saarela A, Hollmen R. Jouppila Parturients' assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. *Int J Obstet Anaesth London* 1994; 3:193-8.
10. Ranta P, Spalgeing M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1.091 Finnish parturients. *Acta Anaesth Scand* 1995; 39:60-66.
11. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 59 Suppl:S9-15.
12. Torres LM. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson, 1997:24-9.
13. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277- 99.
14. Morgan M. Labour pain and analgesia. En: Porter J, Russell R, Scrutton M. *Pain relief in labour*. London, 1997:18-20.
15. Colon T. Medicación sistémica analgoanestésica en el parto. En: Miranda A. *Tratado de anestesiología y reanimación en obstetricia*. Barcelona: Masson, 1997:147-83.
16. Abboud T. Drogas anestésicas durante el trabajo de parto. McMorland G, Marx G. *Manual de anestesia y analgesia obstétrica*. Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos. Buenos Aires: Ed. F.A.A.A., 1992:46-9.
17. MacArthur C et al. Comet Study Group. Comparative obstetric mobile epidural trial. *The Lancet* 2001; 358:19-23.
18. Thorp JA et al. The effect of continuous epidural analgesia on cesarean section for dystocia in nulliparous women. *Am j Obstet Gynecol* 1989; 161:670-5.
19. Chesnut et al. Continuous epidural infusion of 0.0625% bupivacaine-0.0002% fentanyl during the second stage of labour. *Anesthesiology* 1990; 72: 613-8.
20. Miranda A. Opiáceos espinales en obstetricia. Revisión. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995; 42:369-77.

---

## Nota del Comité de Redacción

### Recomendaciones de la OMS sobre la anestesia/analgesia en el Parto Normal

Se revisó la cita bibliográfica mencionada por la autora con el número 5 del trabajo de la OMS "Care in normal birth", extraído de la página Web:

[www.who.int/library/country/index/trunks/content/index](http://www.who.int/library/country/index/trunks/content/index)

Este trabajo fue publicado, resumido y traducido al español, en esta misma Revista bajo el título de *Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica* (Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1999; 18[2]:78-80).

De la revisión del trabajo de la OMS surge que, si bien se reconoce que el parto es un proceso doloroso, como resalta la autora, se mencionan las siguientes consideraciones:

- El parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, "no necesita otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso", brindando la menor cantidad posible de intervenciones compatibles con la seguridad de la madre y el niño. "En un parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural".
- Se resalta la importancia del apoyo durante el trabajo de parto y el informe señala que "...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con quien ella se sienta confortable y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una partera, etc.", haciendo notar que el acompañamiento disminuye el dolor.

- El informe clasifica las prácticas comúnmente realizadas durante el parto normal en 4 categorías, dependiendo de su utilidad, efectividad e inocuidad.

En la Categoría A: *Prácticas que se han demostrado útiles y que deben ser estimuladas*, se menciona: "Utilizar métodos de alivio del dolor durante el parto, no invasivos y no farmacológicos, tales como masajes y técnicas de relajación".

En la Categoría C: *Prácticas para las que existe evidencia insuficiente como para emitir una recomendación definitiva y que deben ser utilizadas con precaución mientras investigaciones futuras clarifican su uso*, se mencionan: "Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, tales como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa".

En la Categoría D: *Prácticas que se utilizan frecuentemente en forma inapropiada*, se menciona el "Control del dolor por analgesia peridural".

En este caso se alerta sobre el *uso rutinario e indiscriminado* de la anestesia peridural, que transforma el parto normal en un parto de riesgo, ya que exige la colocación de una vía endovenosa, monitoreo materno, etc. Se hace referencia además a las evidencias científicas que prueban un aumento en el número de cesáreas o uso de fórceps cuando se utiliza anestesia peridural.

*Dra. Celia Lomuto*

Comité de Redacción

Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

***La razón es inmutable y firme en su juicio, porque es  
señora de los sentidos y no esclava de ellos***

**SÉNECA**