

ANALGESIA OBSTETRICA

DR. ALFONSO ZAMORANO DIAZ - UFANO

Según la Academia de la Lengua Española, ANALGESIA es la falta o supresión de toda sensación dolorosa.

Según Bert B. Hershenson del Colegio Médico de Harvard, la historia del parto así como la historia del hombre en sí, se encuentra repleta de referencias de los esfuerzos realizados con el objeto de aplicar métodos de ANALGESIA, y el origen de estos métodos puede ser rastreado tan atrás como en los pueblos más primitivos de que se tenga noticias.

Se ve pues, que el hombre, a través de las edades, ha perseguido con tremenda insistencia la "SUPRESION DEL DOLOR", y es por esto, que sin el menor peligro de equivocarnos, podemos asegurar que el origen del médico, y por lo tanto de la medicina, se encuentra en la ANALGESIA, es decir, que el primer ser humano que actuó en el universo en tal sentido que le pudiéramos dar el nombre de médico, lo hizo con el único propósito de producir ANALGESIA. Por lo tanto es nuestra obligación, como médicos y como obstetras, el mantener nuestras mentes claras y sobre todo permeables a las posibilidades futuras del desenvolvimiento de nuevos métodos de ANALGESIA.

La buena práctica de la Obstetricia así como la buena práctica de la Anestesiología, se encuentran íntimamente ligadas con el aspecto psicológico y somático de la parturienta. Es por esto que todo médico, todo obstetra, todo anestesista, debieran leer cuidadosamente los trabajos de Reid y Cohen que a la letra dicen: "No existe ningún dato que sugiera que el dolor durante el parto sea un producto artificial de la cultura y la civilización, o que la obstetricia primitiva resulta tan satisfactoria, que debiera ser adoptada por los modernos hospitales norteamericanos".

La doctrina aristotélica de los cinco sentidos: la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto, no consideró a las sensaciones

dolorosas; Aristóteles colocó al DOLOR entre las pasiones del alma, punto de vista éste, que prevaleció durante veinte centurias hasta las clásicas investigaciones de MAGNUS BLIX en 1882, ALFRED GOLDSCHIEDER en 1883 y MAX VON FREY en 1884, que miraron al DOLOR como una sensación.

Es sabido que el dolor del parto es la consecuencia de la estimulación de las vías aferentes de los nervios cuyos mecanismos receptores descansan entre las estructuras del canal del parto; pero no me voy a ocupar en estos momentos de los aspectos anátomo-fisiológicos o anátomo-patológicos de este dolor, ni de la infinidad de teorías existentes que tratan de explicar su origen y sus mecanismos; eso lo conocen ustedes mejor que yo; escuetamente trataré de referirme a las ventajas que emanan de tener un buen plan de ANALGESIA para la parturienta que confiada se entrega en nuestras manos.

En primer lugar tenemos la obligación de conocer farmacológicamente todos aquellos medicamentos con los que usualmente trabajamos en este campo de la ANALGESIA, y en segundo lugar, debemos estar en contacto íntimo con el anestesista para acostumbrarnos mutuamente al sistema de trabajo.

Al conocer la farmacología de los medicamentos es que les podemos sacar el máximo de utilidad en beneficio de nuestra parturienta: los BARBITURICOS antagonizan los efectos tóxicos cerebrales de la procaína y otros anestésicos sólidos; la ESCOPOLAMINA tiende a antagonizar el laringoespasma inducido por los barbitúricos; las drogas vasopresoras tienden a neutralizar la hipotensión inducida por los analgésicos espinales.

También tenemos que comprender que la combinación de drogas seleccionadas como medicación ANALGESICA en el parto, es influenciada, o mejor aún, determinada,

por el tipo de anestesia que se va a usar, por el estado de la parturienta y el bebe que va a nacer, y por el grado de relajación requerido para el tipo de parto. Paradójicamente, entre más profunda deba ser la anestesia, más superficial debe ser la ANALGESIA.

Las drogas más usadas para producir ANALGESIA OBSTETRICA son: barbitúricos — escopolamina — apomorfina — promazina — demerol — morfina — pantopón — paraldehido.

Dentro de este grupo de drogas me voy a referir sólo a aquellas con las que he sistematizado un plan de ANALGESIA más o menos constante, para aquellos partos cuya terminación aparece como de desenvolvimiento normal:

1.—Después del enema evacuante: 0.10 gr. de Seconal sódico oralmente, con el objeto de probar la sensibilidad a los barbitúricos y sedar psicológicamente a la parturienta.

2.—Si no hay reacción desfavorable alguna y el parto sigue su curso, pasada una hora, también por vía oral: 0.10 gr. de Seconal Sódico, más 0.20 gr. de Amital Sódico. Al mismo tiempo se inyecta, por vía intramuscular, 0.6 mgr. de escopolamina.

Hay que tener presente que la dosis máxima para los barbitúricos es de 0.40 gr., y para la escopolamina de 1.30 mgr.

3.—Como el parto continúa y el trabajo se vuelve más activo, la parturienta sufre de contracciones uterinas dolorosas por lo que se le inyecta un coctel I.M. ó E.V., de acuerdo a lo que se juzgue en ese momento: 0.50 mgr. de Demerol, 0.50 mgr. de Promazina y 0.32 mgr. de Escopolamina.

4.—Una hora después; por vía I.M. o E.V.: 0.50 mgr. de Demerol, 0.50 mgr. de Promazina y 0.32 mgr. de Escopolamina.

5.—El Demerol y la Promazina, en la dosis anterior, se repite cada 2 horas si es necesario.

En el caso de que los barbitúricos o la escopolamina, o la combinación de ambos, produzca sobre actividad o agitación de la parturienta, se puede inyectar dosis adicionales de Promazina. Generalmente, con una o dos dosis adicionales se resuelve este incidente.

Con este plan hemos atendido durante muchos años a nuestras parturientas, creyendo firmemente que las hemos ayudado a sobrellevar este proceso fisiológico que tanto las angustia y que tanto dolor les produce.

Los bebes que nacen son evaluados de acuerdo a la clasificación de APGAR.