

PRESENTADO EN EL XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

La administración de ropivacaína durante el trabajo de parto: analgesia y bloqueo motor

M. Andrés Pedrosa, E. Martínez Ibeas, J. García Carrasco, E. X. Mackenzie Moore, I. Peñuela Saldaña, L. Fernández López y V. Ayerza Casas

Hospital Universitario de Burgos

Andrés Pedrosa M, Martínez Ibeas E, García Carrasco J, Mackenzie Moore EX, Peñuela Saldaña I, Fernández López L y Ayerza Casas V. La administración de ropivacaína durante el trabajo de parto: analgesia y bloqueo motor. *Rev Soc Esp Dolor* 2017;24(3):143-144.

Palabras clave: Trabajo de parto, analgesia obstétrica epidural, ropivacaína, bloqueo motor.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son una de las principales causas de atención en los hospitales de todo el mundo. El dolor durante el trabajo de parto, a pesar de ser un evento fisiológico, constituye una sensación desagradable para la gestante, ocasionando angustia, estrés y, en ciertas ocasiones, limitación de su cooperación en el expulsivo, pudiendo verse comprometido el bienestar materno-fetal.

La analgesia epidural se considera el estándar de la analgesia obstétrica. Un gran número de investigaciones han pretendido resolver los diversos interrogantes planteados con respecto a la analgesia epidural y sobre las interferencias que pueda tener en el desarrollo y finalización del parto. Por todo ello, la anestesia epidural sigue siendo hoy en día cuestión de debate, existiendo discrepancias en las recomendaciones literarias en cuanto a qué dosis, concentración o volumen utilizar.

El objetivo primordial de nuestro estudio es analizar si el uso de ropivacaína, como anestésico local epidural a una concentración de 0,1 %, produce una misma analgesia que su equivalente del 0,2 % con menor bloqueo motor.

MATERIAL Y MÉTODOS/RESULTADOS

Durante el presente estudio de cohortes, se precisó de la colaboración de 32 gestantes en trabajo de parto con anestesia epidural (16 con ropivacaína al 0,2 % y 16 con ropivacaína al 0,1 %).

Entre los criterios de inclusión destacan: gestantes primíparas y a término (37-42 semanas de embarazo), con edades comprendidas entre 26-37 años e IMC de 18 a 25. Que cumplieran los criterios de inicio de trabajo de parto, con una dilatación cérvico-uterina en el momento de ejecutar la técnica epidural de 3-4 cm. Con deseo de realización de técnica epidural y que cumplieran criterios para poder realizar la técnica, siendo los criterios de exclusión haber padecido cirugía previa uterina, algún problema obstétrico durante el parto (HTA y diabetes gestacional) y todos aquellos partos que finalizaran en cesárea.

Entre las limitaciones del estudio contábamos con realizar un estudio unicéntrico. Esto implicaría que los resultados obtenidos por nosotros quizás no sean comparables a los de otros centros. No obstante, los estudios unicéntricos cuentan con la ventaja de reducir las posibles diferencias en las técnicas anestésicas y en criterios obstétricos para manejo del parto, pudiendo considerarse estos muy similares.

A tales sujetos, tras la colocación del catéter epidural y administración de la primera dosis de anestésico, se les explicó y se les entregó una encuesta en la que se registró:

1. La escala visual analógica del dolor (EVA) con puntuación de 0 a 10.
2. Grado de satisfacción, que se midió con cinco ítems (1: nada satisfecho; 2: poco satisfecho; 3: satisfecho; 4: bastante satisfecho; 5: muy satisfecho).

3. La evaluación del bloqueo motor en base a la escala de Bromage (0: nulo; 1: bloqueo parcial; 2: bloqueo casi completo; 3: bloqueo motor completo).

Siendo valorados todos ellos a los 60 y 120-180 min posteriores a la primera dosis y en el periodo expulsivo.

El análisis de datos entre los dos grupos, que presentaban características equiparables entre sí, se realizó mediante t de Student, considerando estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0,05$.

Nuestros hallazgos demostraron que el bloqueo motor con ropivacaína al 0,2 % no ofrece diferencias significativas frente al 0,1 %. A su vez observamos que la ropivacaína al 0,1 % produce la misma analgesia e igual grado de satisfacción en las gestantes que su equivalente al 0,2 %. Destacando como resultados secundarios la presencia de un elevado número de cesáreas en el grupo de mayor concentración, y la no existencia de diferencias significativas en el test de Apgar de los recién nacidos según las concentraciones.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

A pesar de los resultados obtenidos, la bibliografía respalda nuestra hipótesis inicial, atribuyendo la no significación de nuestros hallazgos al escaso tamaño muestral. Serían necesarios estudios posteriores solventando dicho problema, animando así a la realización de nuevas investi-

gaciones dirigidas también a valorar el aumento de instrumentación asociado a mayor concentración del fármaco.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Bojórquez-Steffani C, Hernández-Lazcano O, Pérez Cervantes B, Villarreal-Careaga J. Ropivacaína epidural 0,1 % más fentanilo contra ropivacaína 0,2 % para analgesia obstétrica. *Arch Salud Sin* 2011;5(2):42-4.
2. Segado Jiménez MI, Arias Delgado J, Domínguez Hervella F, Casas García ML, A. López Pérez C, Izquierdo Gutiérrez C. Analgesia epidural en obstetricia ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto? *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2011;58(1):11-6.
3. Aceituno L, Sánchez Barroso MT, Segura MH, Ruiz-Martínez E, Perales S, González Acosta V, et al. Influencia de la analgesia epidural en el parto. *Clin Invest Gin Obst* 2010;37(1):27-31. DOI: 10.1016/j.gine.2009.02.007.
4. Ferrante FM, Barber MJ, Segal M, Hughes NJ, Datta S. 0,0625 % bupivacaine with 0,0002 % fentanyl via patient-controlled epidural analgesia for pain of labor and delivery. *Clin J Pain* 1995;11(2):121-6.
5. Guo S1, Li B, Gao C, Tian Y. Epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl versus ropivacaine and fentanyl for pain relief in labor: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(23):e880. DOI: 10.1097/MD.0000000000000880.