

# **Aspectos y impactos de la anestesia en la salud materna**

\* Taís Martinez, \*\* Luiz Henrique Chequim, \*\*\* Manoel Agrasso Neto

\* Médica – Residente de Anestesiología do Hospital Stella Maris em Gurarulhos, São Paulo, Brasil, Telefono: (55+41) 9199-8606 - Email: [tais-martinez@hotmail.com](mailto:tais-martinez@hotmail.com)

\*\* Médico, Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Brasil, Telefono: (55+41) 99914192 – Email: [luiz\\_lhc88@yahoo.com.br](mailto:luiz_lhc88@yahoo.com.br)

\* \* \* Professor, Centro Universitário FACVEST, Lages, Santa Catarina, Brasil, Telefono: (55+48) 99030197

## **Sub-tema 5**

### **Mejorar la salud materna**

#### **1 INTRODUCCIÓN**

La seguridad asistencial, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica (GOMÉZ-ARNAU et al (2011)).

Aunque en todos los tiempos los médicos han intentado aliviar la enfermedad o el traumatismo sin causar más daño, solo recientemente, a la luz de datos objetivos, la seguridad asistencial ha comenzado a considerarse una parte integral del quehacer sanitario (GOMÉZ-ARNAU et al (2011)).

Uno de los objetivos básicos de la medicina es la creación de entornos cada vez más seguros para los pacientes y especialidades como la Anestesiología han tenido históricamente un protagonismo especial en el tema de la seguridad clínica (GOMÉZ-ARNAU et al (2011)).

La anestesiología fue la primera especialidad médica en reconocer la seguridad del paciente como un problema independiente. Sin embargo, queda un largo camino que recorrer y muchas áreas en las que la conducta anestésica puede mejorar (GOMÉZ-ARNAU et al (2011)).

Aunque la bibliografía sobre la seguridad en Anestesiología es amplia, hay un aspecto que merece atención, el conocimiento limitado que los pacientes tienen sobre el tema. Así, en este estudio, buscarse discutir aspectos de la anestesia y sus impactos en la salud materna.

A continuación, se presentan los objetivos, materiales y métodos, resultados, conclusiones y bibliografía de este estudio.

#### **2 OBJETIVOS**

##### **2.1 Objetivo General**

- Discutir aspectos de la anestesia y sus impactos en la salud materna.

## 2.2 Objetivos Específicos

- Investigación bibliográfica de los temas anestesia y salud materna;
- Identificación de información pertinente para la investigación.

## 3 MATERIALES Y MÉTODOS

En un sentido amplio, el método de investigación bibliográfica es el sistema que se sigue para obtener información contenida en documentos. En sentido más específico, el método de investigación bibliográfica es el conjunto de técnicas y estrategias que se emplean para localizar, identificar y acceder a aquellos documentos que contienen la información pertinente para la investigación.

Para discutir los aspectos de la anestesia y sus impactos en la salud materna se utilizó los conceptos del Business Process Management – BPM, de procesos de negocio, de valor agregado, de unidad de atención a la salud y de paciente.

Business Process Management es un concepto de gestión de negocios con foco en la optimización de resultados de las organizaciones través de la mejora de los procesos de negocios. Utiliza métodos, técnicas y herramientas para analizar, modelar, publicar, optimizar y controlar procesos de negocio.

Procesos de negocio es el conjunto de actividades de entrega de valor a clientes generando retorno de inversión a las partes interesadas, así, procesos de negocio son cadenas de actividades.

Valor agregado son los valores que las actividades agregan, o sea, son aquellos que contribuyen para el resultado del proceso de forma positiva, o sea, en este caso, el paciente percibe.

Por unidad de atención se habla de lo que se conoce como atención primaria, que es la asistencia médica que una persona con algún problema de salud recibe en un primer momento.

El término paciente suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica en una unidad de atención.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 La anestesia como proceso

Teniendo en cuenta, que un proceso de negocio es el conjunto de actividades de entrega de valor a clientes generando retorno de inversión a las partes interesadas y que valor agregado son los valores que las actividades agregan, se presenta en la figura 1, entonces, la

anestesia desde la perspectiva de los procesos de negocio.



Figura 1 – Proceso anestésico.  
Fuente: Elaborado por los autores.

En la Figura 1, desde una visión sistémica, tenemos como entrada del sistema los clientes y proveedores (personas y suministro de fármacos); el tratamiento farmacológico se produce en la unidad de salud (procedimientos pre-quirúrgicos, procedimientos quirúrgicos y procedimientos postquirúrgicos) y como salida del sistema tenemos los pacientes recuperados, que regresan a la sociedad.

#### 4.1.1 Impactos relacionados con la industria de fármacos

Según Orser (2014), el conocimiento científico sobre el funcionamiento de los anestésicos, y cómo hacer mejor, no siguió el progreso de otras áreas de desarrollo de fármacos.

Muchos anestésicos modernos comparten propiedades estructurales y los efectos clínicos con éter, cuya aplicación como anestésico se demostró por primera vez en público por William Morton, dentista en Boston, en 1846.

Desde entonces, la anestesia es utilizada por más de 40 millones de pacientes cada año, sólo en América del Norte. Sin embargo, los avances desde la época de Morton vino principalmente del desarrollo de sistemas y estrategias de administración de fármacos complejos para el control de los peligros y efectos secundarios de la anestesia (ORSER, 2014).

Hoy en día, los anestésicos generales son los más potentes depresores de la actividad del sistema nervioso, que afecta hasta la regulación de las funciones cardíacas y respiratorias. En consecuencia, tienen un margen relativamente estrecho de seguridad: el límite entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica, o incluso letal. También es por qué las personas cuya función pulmonar es ya inestable cardiovascular o - como víctimas de trauma sometidos a operaciones de emergencia o pacientes en medio de una operación de corazón – tienen necesidad de obtener una dosis más baja de lo normal, lo que podría hacerlos susceptibles a breves episodios de conciencia (ORSER, 2014).

Aunque los avances radicales en la anestesia general se han sentado las bases de procedimientos complicados como el trasplante de órganos y la cirugía cardíaca en el cielo abierto, los efectos neurodepresores de estos medicamentos

los hacen más propensos a causar la muerte durante una operación del procedimiento quirúrgico en sí. Puesto que la mortalidad relacionada con la anestesia se estabilizó en una tasa de aproximadamente un paciente en 13.000 en los últimos 15 años, parece que los anestesiólogos alcanzan los límites de aplicación de estas toxinas de forma segura (ORSER, 2014).

Además, los efectos secundarios graves, que van desde la pérdida de control de la vía aérea a los problemas cognitivos y de memoria después de la anestesia general, también puede conducir a la gran influencia que los anestésicos actuales ejercen sobre el sistema nervioso central. La buena noticia es que la investigación está comenzando a proporcionar una mejor comprensión de los anestésicos (ORSER, 2014).

Todos los anestésicos generales hoy en día se desarrollaron empíricamente, o la prueba de la capacidad de producir efectos deseables que definen el estado anestésico. Los principales componentes de la anestesia son sedación, desvanecimiento (también llamado hipnosis), inmovilidad, ausencia de dolor (analgesia) y la falta de memoria del período bajo anestesia (amnesia). El estudio de los mecanismos por los que los anestésicos obtienen estos resultados deseados, muchos grupos, incluyendo el de Profesor Orser en la Universidad de Toronto, están empezando a desentrañar tales efectos. La investigación muestra que la actividad de estos medicamentos implica interacciones altamente específicas con las subpoblaciones de células del sistema nervioso, para crear cada una de las propiedades distintas de la anestesia.

Con este conocimiento, por fin, se espera desarrollar una nueva generación de fármacos y el riesgo muy específicos. La investigación también podría mejorar los tratamientos con sedantes y pastillas para dormir, que comparten algunos de los mecanismos de la anestesia (ORSER, 2014).

#### 4.1.2 Impactos prequirúrgicos

La visita preoperatoria suele ser el primer encuentro que el paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente tiene con el anestesiólogo y es un paso crucial para que el proceso se lleve de forma segura y satisfactoria, tanto en los aspectos médicos como en los organizativos. Normalmente se lleva a cabo en las consultas externas de anestesia pero hay que tener presente que cualquier paciente que se ha de intervenir habrá de ser valorado, por ejemplo en urgencias, antes de llevar a cabo la anestesia para hacerlo con el mayor índice de eficacia y seguridad (SOLSONA, 2013).

El objetivo principal de la valoración preoperatoria es el de reducir la morbilidad de la intervención, tanto en lo referente a la cirugía como al acto anestésico. Los objetivos finales de esta evaluación preoperatoria son de dos tipos: (1) Identificación de aquellos pacientes en los que el período perioperatorio puede constituir un mayor riesgo de morbilidad y de mortalidad, por el conjunto de los riesgos asociados con la enfermedad subyacente y por el procedimiento quirúrgico propuesto; (2) Diseño de estrategias perioperatorias que tienen como objetivo reducir los riesgos adicionales asociados a la cirugía relacionados con los medios organizativos que no pueden ser considerados en estas recomendaciones y que hay que adecuarlos a las particularidades de cada centro en que se lleve a

cabo la valoración y el procedimiento (SOLSONA, 2013).

La revisión de la historia clínica del paciente, de los registros previos, la anamnesis orientada y la exploración física se considera imprescindible para la valoración preanestésica. Es importante conocer el problema quirúrgico actual ya que el manejo anestésico depende del tipo de cirugía y además la patología a tratar puede suponer condiciones médicas subyacentes con implicaciones anestesiológicas (SOLSONA, 2013). Hay que recoger de forma detallada todos los tratamientos que está recibiendo el paciente. Por otra parte cada paciente debe ser revisado en función de las condiciones específicas que puedan interferir con la anestesia y la cirugía y que deben ser evaluados y, potencialmente, tratados.

Segun Solsana (2013), ante todo paciente que va a someterse a una intervención se plantea la existencia de una serie de factores que amenazan con la aparición de morbimortalidad durante la anestesia. Estos pueden derivarse de: la anestesia y técnicas asociadas a la misma (punciones, intubación,...); el estado general del paciente, enfermedades previas y su interacción con la anestesia y la cirugía; y la cirugía propiamente dicha. Para este autor, actualmente la anestesia es una práctica médica relativamente segura y la muerte por anestesia es excepcional, sobre todo en pacientes sanos. El estudio preanestésico ha de servir para detectar factores de riesgo para tomar medidas que disminuyan la morbimortalidad.

Uno de los objetivos de la valoración preanestésica es la estratificación del riesgo del paciente que va a someterse a una cirugía. Las escalas de riesgo establecen categorías en función de las características y la comorbilidad de los pacientes. Permiten identificar los grupos de alto riesgo y contribuyen a concentrar recursos y medidas preventivas en los pacientes que más pueden beneficiarse de ellas. También ayudan a informar a los pacientes y familiares del riesgo de determinada intervención. Finalmente, permiten comparar los resultados de diferentes centros, ajustándolos a las características de sus pacientes. Las principales limitaciones de las escalas de riesgo son que analizan solo un número determinado de variables, y que su aplicación no puede generalizarse (SOLSONA, 2013).

#### 4.1.3 Impactos quirúrgicos

Segun May (2014), en la sala de operaciones, el anestesista es que se encarga de controlar las funciones vitales del paciente, como la respiración, la temperatura, la hidratación, la presión arterial y la frecuencia cardíaca. También es su papel para mantener al paciente aún inconsciente y / o sin dolor durante la operación. "Son los 'ángeles de la guarda" del paciente ", según el Dr. Diego May, anesthesiologo del Hospital Israelita Albert Einstein, en São Paulo.

Según el Dr. May, todo anestésico conduce a la caída de presión arterial alta. Los anestésicos locales también son cardiotoxicos y neurotóxicos y suponen un riesgo para el paciente cuando se usa en dosis excesivas. Entre los anestésicos generales, el "riesgo" es la cuestión de las vías respiratorias. Anestesiado, el paciente deja de respirar. Es responsabilidad del anesthesiologo proporcionar oxígeno al paciente a través de dispositivos adecuados.

A continuación, se muestra los principales riesgos por tipo de anestesia, recordando que el procedimiento es seguro cuando es realizado por un profesional anestesiólogo. Para la Anestesia General los riesgos son: reacciones alérgicas, el riesgo cardiovascular (infarto, arritmia), accidente cerebrovascular postoperatorio, problemas de "posicionamiento" - anestesiado, el paciente puede tener un miembro comprimido por la posición del cuerpo. Para la Anestesia Locorregional los riesgos son: caída de presión, cardiotoxicidad, neurotoxicidad, hematoma epidural.

El desarrollo de la Anestesiología ha contribuido significativamente el desarrollo de equipos y dispositivos que han facilitado la realización de los procedimientos anestésicos. En una medicina progresivamente mejor equipada, los anestesiólogos se sienten ayudados por una tecnología cada vez más fiable con la administración de fármacos, con la aplicación de medidas de soporte para mantener estabilizados a los pacientes y con la monitorización de parámetros biológicos que nos ayudan en la toma de decisiones. Sin embargo, a pesar de la sofisticación cada vez mayor de nuestros equipos y de las notables mejoras en seguridad que se han producido en el campo de la Anestesiología, los problemas con el equipamiento continúan presentes en el ámbito anestésico desde los inicios de nuestra especialidad.

#### 4.1.4 Impactos postquirúrgico

Incluso en procedimientos quirúrgicos menores, el riesgo de complicaciones siempre estará presente. Las primeras unidades de recuperación postanestésica surgieron en 1880 y tiene como objetivo proporcionar la recuperación de los pacientes y prevenir y detectar las complicaciones relacionadas con la anestesia y la cirugía. El enfoque es ayudar al paciente hasta que se ha recuperado de los efectos de la anestesia, es decir, hasta que sus signos vitales, funciones motoras y sensoriales vuelven a los niveles normales (BRUNA, 2009).

No existen muchos estudios que estudien las complicaciones postoperatorias relacionadas directamente con anestesia o que aporten datos globales en grandes series o colectivos nacionales (GÓMEZ-ARNAU et al, 2011).

Todavía existe una tasa alta de complicaciones postoperatorias de diferentes sistemas corporales. Independientemente de su origen quirúrgico o anestésico o en la propia patología del paciente, el anestesista puede utilizar estrategias que reduzcan su incidencia y severidad. El trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre todos los implicados en el procedimiento son fundamentales. Por otra parte, varios estudios recientes han sugerido que el manejo intraoperatorio y los sucesos desfavorables perioperatorios tienen una influencia negativa en la evolución a largo plazo (GÓMEZ-ARNAU et al, 2011).

Los métodos utilizados para la predicción de problemas postoperatorios se centran en la identificación de comorbilidades, la evaluación cardiorrespiratoria, la edad, el modo, tipo y duración de la cirugía. Las herramientas más comunes son escalas que valoran estado físico, comorbilidad, severidad fisiológica y operatoria, riesgo cardíaco, etc. Otros métodos se basan en la evaluación de la capacidad funcional, ya sea la tolerancia al ejercicio o mediante la medición del umbral

anaerobio o pico de consumo de oxígeno durante el ejercicio.

Por otra parte, en el horizonte aparecen nuevos métodos de predicción de riesgo basados en el análisis de biomarcadores, si bien los estudios realizados hasta el día de hoy son en series pequeñas y en patologías y cirugías determinadas (GÓMEZ-ARNAU et al, 2011).

Con la modernización de la anestesia, se expande la demanda de una atención post-anestésica sistemática. Al mismo tiempo, hubo una mayor oferta de la tecnología, lo que permitió la evaluación del paciente en el período postoperatorio inmediato con mayor precisión y velocidad. Se observó reducción de la morbilidad y mortalidad de los pacientes y la disminución de la hospitalización (BRUNA, 2009).

No podemos predecir el futuro con exactitud; sin embargo, se cree que las salas y los profesionales de recuperación post-anestesia seguirán desempeñando un papel clave en el éxito de la recuperación de los pacientes sometidos a anestesia y procedimientos quirúrgicos (BRUNA, 2009).

#### 4.1.5 Impactos materno fetal

El dolor es una experiencia emocional sensorial desagradable relacionado con daños en los tejidos o descrita en tales términos y se sabe que es un signo importante del comienzo del trabajo de parto. Hay muchos métodos seguros y eficaces de control del dolor durante el parto, es decir, no farmacológicos y farmacológicos, que se pueden usar individualmente o combinadas (COELHO e GOUVEIA, 2012).

Los métodos farmacológicos, objeto de este estudio, son los que utilizan cualquier medicamento para promover la reducción de la sensación de dolor durante el parto. Estos métodos incluyen: anestesia general, la analgesia sistémica, analgesia regional y analgesia local (WEISSHEIMER, 2005).

Con la evolución de los estudios sobre los métodos de alivio del dolor en el trabajo de parto, técnicas sistémicas (fármacos atarácicos, barbitúricos y opiáceos por oral, intramuscular e intravenosa) y técnicas regionales (bloqueo epidural y intratecal / espinal) han sido menos utilizados, haciendo espacio para las técnicas (infiltración local y bloqueo del nervio pudendo), local que se destacan por ser realizado sólo cuando hay una necesidad de una episiotomía, o episiorrafia, o se la región perineal ha sufrido laceraciones durante el parto (RICCI, 2008).

La infiltración local, que puede ser administrado por la partera, inhibe la sensibilidad de la zona perineal mediante la inyección de un anestésico local, tales como la lidocaína, el nervio perineal. Esta técnica no funciona en los dolores de contracciones uterinas, actúa para conciliar el sueño la zona desgarrada.

Como un ejemplo de la técnica anterior, el bloqueo del nervio pudendo se refiere también a la administración de anestésicos locales, sin embargo, deben ser inyectados 15 minutos antes de la necesidad de su acción y actúa en los nervios pudendos proximales a las espinas ilíacas, dando el alivio del dolor en el tercio inferior de la vagina, la vulva y el perineo. Este método puede ser utilizado durante el período expulsivo para realizar una episiotomía, para parto vaginal con

fórceps o ventosas (RICCI, 2008).

Es importante que la atención y el cuidado en la elección de la droga, su dosis, la ruta y el tiempo que se administrará, pues los anestésicos y analgésicos, al alcanzar el torrente sanguíneo de la madre, entran en contacto con el barrera placentaria y puede crear condiciones fetales no tranquilizadoras o, si administrado cerca del momento del nacimiento, depresión respiratoria en el bebé, factores que generan la principal preocupación en relación con el uso de medidas farmacológicas para el alivio del dolor en el parto (WEISSHEIMER, 2005).

Desenredar la mayor eficacia entre los métodos de alivio dolor en el parto con el fin de controlarla para evitar que posibles efectos perjudiciales ocurren al bebé, para mantener la fisiología natural del trabajo de parto, para generar la creación de la unión entre la díada madre-hijo, para estimular la lactancia materna y la percepción del propio proceso de dar a las mujeres el nacimiento son, sin duda, los principales desafíos que enfrentan los profesionales que trabajan en la área de obstetricia (PRIMEAU; LUCEY; CROTTY, 2003).

En la actualidad, se ve que la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento acerca de las probabilidades de los métodos farmacológicos, en algunas situaciones, submetemse para uso exclusivo de conveniencia. Pero no se puede negar que la administración algunos de estos medicamentos son beneficiosos durante el proceso del parto en situaciones donde el trabajo no progresa debido a la tensión que conduce al dolor, dado que estos fármacos ayudan a la relajación, facilitando la expansión de la cuello uterino (COELHO e GOUVEIA, 2012).

Actualmente, existe un consenso de que si cualquier método farmacológico es indicado para el tratamiento del dolor en el parto, la analgesia regional con epidural espinal-epidural o técnica combinada deben emplearse, preferiblemente con respecto al uso de opiáceos sistémicos o analgesia inhalatoria (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Es derecho de las mujeres brasileñas recibir atención durante el parto que tiene posibilidades de control del dolor cuando y si necesario, un hecho garantizado por Orden del Ministerio de Salud N° 2815 de 1998, y N° 572 de 2000, que inclui la analgesia del parto en la tabla de procedimientos obstétricos pagado por el Sistema Único de Salud (SUS) (BARALDI et al., 2007).

En el anexo 1, se presentan las publicaciones que abordan métodos fármacos para el dolor en proceso de parto, los métodos descritos en cada publicación y sus efectos en la salud materno-fetal, seleccionados por Coelho y Gouveia (2012).

## **CONCLUSIONES**

En este estudio, hemos tratado, basado en conceptos (gestión de procesos de negocio, procedimientos, valor agregado, unidad de atención de salud y de pacientes), de discutir, con enfoque de procedimiento y sistémico, aspectos de la anestesia y sus impactos en la salud materna.



Se discutieron: la anestesia como un proceso, impactos asociados a la industria de fármacos, impactos pre-quirúrgicos, impactos quirúrgicos, impactos post-quirúrgicos y los impactos materno-fetales.

Los resultados muestran que: (1) según una visión sistémica, las entradas del sistema son personas y fármacos; (2) la atención al paciente ocurre en la unidad de atención a salud, donde existen procedimientos pre-quirúrgicos, quirúrgicos y post-quirúrgicos; y (3) la salida del sistema son pacientes recuperados que retornan a sociedad.

En relación a los fármacos, los resultados muestran que el conocimiento científico sobre el funcionamiento de los anestésicos, y cómo hacer mejor, no siguió el progreso de otras áreas de desarrollo de fármacos. En consecuencia, tienen un margen relativamente estrecho de seguridad: el límite entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica, o incluso letal. El estudio de los mecanismos por los que los anestésicos obtienen estos resultados deseados están empezando a desentrañar tales efectos y con este conocimiento, por fin, se espera desarrollar una nueva generación de fármacos y riesgo muy específicos.

En relación a los procedimientos pre-quirúrgicos, los resultados muestran que la visita preoperatoria suele ser el primer encuentro que el paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente tiene con el anestesiólogo y es un paso crucial para que el proceso se lleve de forma segura y satisfactoria, tanto en los aspectos médicos como en los organizativos. Uno de los objetivos de la valoración preanestésica es la estratificación del riesgo del paciente que va a someterse a una cirugía.

En relación a los procedimientos quirúrgicos, los resultados muestran que a pesar de la sofisticación cada vez mayor de nuestros equipos y de las notables mejoras en seguridad que se han producido en el campo de la Anestesiología, los problemas con el equipamiento continúan presentes en el ámbito anestésico.

En relación a los procedimientos post-quirúrgicos, los resultados muestran que se cree que las salas y los profesionales de recuperación post-anestesia seguirán desempeñando un papel clave en el éxito de la recuperación de los pacientes sometidos a anestesia y procedimientos quirúrgicos.

En relación a los impactos materno fetal, los resultados muestran que en la actualidad, se ve que la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento acerca de las probabilidades de los métodos farmacológicos, en algunas situaciones, submetemse para uso exclusivo de conveniencia. Es derecho de las mujeres brasileñas recibir atención durante el parto que tiene posibilidades de control del dolor cuando y si necesario, un hecho garantizado por Orden del Ministerio de Salud.

## ANEXO 1 - Estudos de los métodos farmacológicos de alívio del dolor durante el parto y sus efectos en la salud materna y fetal.

Título e Autor	Métodos Farmacológicos de Alívio da Dor no Trabalho de Parto	Repercussões na saúde materno-fetal
Analgésia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua (CORTÉS <i>et al.</i> , 2007)	Analgésia Peridural Contínua (APC); Analgésia Combinada Raquiperidural (ACRP).	<b>Mulher:</b> alívio imediato da dor após administração da ACRP; Facilidade para deambular e urinar após administração de ambas as técnicas. <b>Feto:</b> indicação de cesárea por bradicardia fetal.
Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais (SOUZA; SILVA; MAIA FILHO, 2009)	Analgésia Peridural Contínua (APC); Analgésia Combinada Raquiperidural (ACRP).	<b>Mulher:</b> mais casos de náuseas e rápido alívio da dor após realização da técnica ACRP; menor dificuldade para mover-se no leito e mais casos de hipotensão nas que receberam APC; <b>Feto:</b> vigor ao nascer.
O uso da analgesia peridural em obstetria: uma metanálise (BARALDI <i>et al.</i> , 2007)	Analgésia Peridural	<b>Mulher:</b> rápido alívio da dor; Aumento do período expulsivo e de práticas intervencionistas como o uso de ocitocina. <b>Feto:</b> possível depressão respiratória ao nascer.
Analgésia e anestesia no trabalho de parto e parto (CUNHA, 2010)	Opióides por via sistêmica; Anestésia Peridural; Raquiperidural.	<b>Mulher:</b> opióides são responsáveis por sedação; Analgesia peridural e raqui peridural aliviam a dor da mesma maneira, podem retardar o trabalho de parto e aumentar a possibilidade de parto vaginal operatório (inibe a vontade de "fazer força"). <b>Feto:</b> opióides podem causar depressão respiratória no recém-nascido.
Analgésia e anestesia durante o trabalho de parto (SOUZA <i>et al.</i> , 2010)	Analgésia sistêmica; Bloqueios locorreionais; Analgésia espinhal; Raquianestésia; analgesia peridural; Bloqueio combinado raquiperidural.	<b>Mulher:</b> bloqueios locorreionais proporcionam analgesia seletiva; Bloqueio do nervo pudendo e analgesia infiltrativa pode gerar complicações como toxicidade sistêmica, hematomas e abscessos pela injeção venosa acidental de anestésico local; Bloqueio paracervical pode gerar complicações como punção da artéria uterina e infecção; Analgesia peridural proporciona analgesia prolongada e limitada aos segmentos de dor, o que evita o relaxamento precoce do períneo; O bloqueio combinado proporciona rápido alívio da dor, produz menor bloqueio motor e simpático e permite a deambulação pela parturiente. <b>Feto:</b> bloqueio paracervical pode gerar depressão ao nascer, pode ocorrer punção do couro cabeludo do bebê e infecção; Analgesia peridural se mal aplicada, causa o relaxamento precoce do períneo, podendo interferir na rotação interna do feto e gerar distócias.
Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010)	Analgésia Peridural; Analgésia Combinada Raquiperidural	<b>Mulher:</b> alívio da dor durante o trabalho de parto por ambos os métodos. <b>Feto:</b> não apresenta repercussões na saúde do bebê.

Continua

### Continuación

<p>Analgésia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências (SILVA; PASSINI JUNIOR; AMORIM, 2010)</p>	<p>Analgésia Peridural; Analgésia Combinada Raquiperidural.</p>	<p><b>Mulher:</b> ocorrência de febre após a utilização da técnica peridural por alteração na termorregulação da mulher. <b>Mulher/Feto:</b> na ocorrência da febre conseqüente à analgesia, reduz-se a suspeita e a investigação de infecção materna e neonatal, o que pode evitar investigações desnecessárias e exames adicionais para pesquisa de infecção, além do uso indiscriminado de antibióticos no período intraparto.</p>
--	---	---

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, F. V. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 64-71, 2007.

BRUNA, Thiara. Assistência de Enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. FASB, **Saúde e Beleza**, 2009.

COELHO, M. M.; GOUVEIA, H. G. **Métodos de Alívio da Dor no Trabalho de Parto e Repercussões na Saúde Materno-Fetal**. TCC, Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, 2012.

CORTÊS, C. A. F.; SANCHEZ, C. A.; OLIVEIRA, A. S.; SANCHEZ, M. S. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p 39-45, jan./ fev., 2007.

CUNHA, A. A.; Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 11, p. 559-606, nov. 2010.

GÓMEZ-ARNAU, J.I., OTERO, M.J., BARTOLOMÉ, A., ERRANDO, C., Arnal D, Moreno AM, et al. Etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. **Rev Esp Anestesiología Reanim.** 2011; 58: 375-83.

MAY, Diego. Entenda a anestesia e a função do anestesiológico. **Em Dia Com a Saúde**, Hospital Israelita Albert Einstein, 2014. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/ent...> Acesso em: 22/12/2014.

ORSER, Beverley A. Por trás da anestesia. Scientific American Brasil, **Dueto Editorial**, 2014. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/por\\_tras\\_da\\_anestesia.html](http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/por_tras_da_anestesia.html). Acesso em: 22/12/2014.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidência. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

PRIMEAU, M. R; LUCEY, K. A.; CROTTY, P. M. Managing the pain of labor. **Advance for Nurses**, 4 (12), p. 15-19, 2003.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, F. A. O. L. F.; PASSINI JÚNIOR, R.; AMORIM, M. M. R. Analgesia de parto e febre materna: revisão baseada em evidências. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 12, p. 661-665, dez. 2010.

SOLSONA, Benjamín. Evaluación Preoperatoria, Factores de Riesgo Anestésico, Escalas de Riesgo. Hospital Universitari de Tarragona, Joan XXIII. Disponible em:

<http://www.scartd.org/arxius/preop07.pdf> Acesso em: 22/12/2014.

SOUZA, M. A.; SILVA, J. L. P.; MAIA FILHO, N. L. Bloqueio combinado raquiperidural versus bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 485-491, 2009.

SOUZA, G. N.; FERREIRA, D. Q.; CAMANO, L.; MORAES FILHO, O. B. Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. **Revista FEMINA**, v. 38, n. 12, p. 655-659, dez. 2010.

WEISSHEIMER, A. M. **O manejo da dor em obstetrícia**. In: de OLIVEIRA, D. L. (org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 341-55, 2005.