ARTÍCULO ORIGINAL

ANALGESIA EN PRIMIGESTA EN TRABAJO DE PARTO CON CLORHIDRATO DE TRAMADOL IM, DESDE 1 DE SEPTIEMBRE DE 2013 A 28 DE FEBRERO DE 2014. HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO HOLANDÉS (H.M.B.H.)

Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo[1], Dr. Franz Enríquez Quintanilla[2]

RESUMEN

Introducción: El trabajo de parto es generalmente un acontecimiento doloroso, 75% de las primigestas en trabajo de parto pueden llegar a presentar dolor intenso asociado con aumento de la presión arterial, el consumo de oxígeno y producen la liberación de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo uterino y comprometer al feto.

Metodología Se realizó un estudio analítico, prospectivo durante 6 meses consecutivos, en el servicio de Obstetricia del H.M.B.H.

Se conformaron dos grupos en forma aleatoria, se usó el tramadol durante el trabajo de parto y como control se utilizó agua destilada, posteriormente se realizó los controles durante el trabajo de parto respectivo, para evidenciar la existencia o no de la reducción del dolor, utilizando como control la escala visual del dolor.

Se realizó un ensayo clínico controlado en un total de 80 pacientes de las cuales 40 pacientes recibieron tramadol y 40 pacientes recibieron agua destilada.

Resultados: Muestran que del 80% de las pacientes en las que se realizó el uso de tramadol redujeron el dolor en las dos primeras horas, comparando con el grupo control en las que no se evidencia reducción del dolor. El 20 % restante se evidencia la continuidad de la escala del dolor.

Además se encuentra como hallazgo que en las pacientes que se utilizó el tramadol, llevó a un trabajo de parto con un periodo de tiempo más corto

Conclusión: El Tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo mínimo, pero si es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

Palabras Clave: Tramadol, Trabajo de parto, Analgesia, Primigestas

SUMMARY

Introduction: The labor is usually a painful event, 75% of first time pregnant women in labor could contain intense pain associated with increased blood pressure, oxygen consumption and produce catecholamine release that may affect the flow uterine blood and engage the fetus.

Methodology: Analytical prospective study was conducted for 6 consecutive months in the service of Obstetrics H.M.B.H.

Two groups were formed randomly, tramadol used during labor and as a control distilled water was used subsequently controls was performed during labor respective delivery, to demonstrate the existence of pain reduction, using as a control visual pain scale. acontrolledinatotalof80patientsofwhich40patientsreceivedtrial 40patientsreceivedtramadolanddistilledwaterwasconducted.

Results: They show that 80% of patients in whom it was performed using tramadol reduced the pain in the first two hours, compared to the control group in which no evidence of pain reduction. The remaining 20% continuing pain scale is evident. Furthermore it is as finding that patients who used tramadol led to a labor with a shorter period of time

Conclusion: Tramadol is useful in analgesia pain in minimal time, but if it is effective for cervical ripening and shorten labor in primipara.

Keywords: Tramadol, Labor, Analgesia, primigravid

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es generalmente un acontecimiento doloroso para la madre. Normalmente hasta el 75% de pacientes en trabajo de parto pueden llegar a presentar dolor debido a que un dolor intenso se asocia con reflejos que aumentan la presión arterial, el consumo de oxígeno y producen la liberación de catecolaminas que pueden afectar el flujo sanguíneo uterino y comprometer al feto, es recomendable utilizar algún tipo de analgésico en pacientes

[1] *Médico Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés*

[2] *Ginecólogo Obstetra MEDICINA MATERNO- FETAL. Hospital Municipal Boliviano Holandés*

que experimentan dolor severo durante su trabajo de parto.

Los analgésicos empleados para disminuir la intensidad del dolor durante el parto son los opioides tales como meperidina, pentazocina y tramadol.

El tramadol tiene afinidades por los receptores opioides mu, kappa y delta siendo estas menores que las de la morfina, pero iguales a las de la codeina. Un segundo mecanismo de acción del tramadol, plenamente demostrado en la actualidad y que complementa su eficacia analgésica es el de impedir la receptación de noradrenalina y serotonina en las vías descendentes nerviosas que parten desde la sustancia reticular gris del bulbo y protuberancia y que controlan el ingreso de los estímulos dolorosos en medula espinal.

El tramadol tiene una vida media de 5-6 horas. El comienzo de su acción analgésica es de 5 a 10 minutos en la aplicación intravenosa y de 20 a 40 minutos después de su administración oral. Su excreción se le hace en más del 90% por via renal, es útil en dolores de tipo tumoral en el de infarto del miocardio, dolores postquirúrgicos, postraumáticos y en el dolor del trabajo de parto

El tramadol no es un sustituto de la morfina, y tampoco tiene sus efectos deletéreos sobre la función cardiorrespiratoria. A diferencia de la morfina tampoco produce estreñimiento y el riesgo de tolerancia y dependencia. Adicionalmente la organización mundial de la salud no clasifico el tramadol como narcótico y no es considerado como tal en ningún país donde se comercializa.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio analítico, prospectivo durante 6 meses consecutivos a partir de 1 de Septiembre de 2013 hasta 28 de Febrero de 2014; en el servicio de Obstetricia del H.M.B.H.

Se ingresó al estudio a pacientes primigestas con embarazo de termino (37 a 40 semanas), en estado físico adecuado (ASA I), pacientes comprendidas entre 15 y 37 años de edad, embarazo normal sin riesgo obstétrico o perinatal, trabajo de parto con dilatación cervical >4 cm, producto en presentación de vértice, líquido amniótico claro (en caso de amniotomía), sin medicación alguna durante 24 horas previas al ingreso , sin contraindicación a los opiáceos.

Se excluyó a las pacientes multigestas que se encuentran en trabajo de parto, pacientes comprendidas en edades < a15 años o >37 años, embarazo con riesgo obstétrico o perinatal, pacientes con otras patologías asociadas que podrían complicar el trabajo de paro o parto, trabajo de parto con dilatación < 4 cm de dilatación cervical, presentación anormales que no sean de vértice, líquido amniótico mencionado (en caso de amniotomía), con medicación alguna durante 24 horas previas al ingreso, pacientes con contraindicación a los opiáceos (hipersensibilidad, insuficiencia renal, nefropatía por analgésicos, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, insuficiencia uteroplacentaria e hipoventilación alveolar)

Posteriormente se conformaron dos grupos en forma aleatoria, se usó el tramadol durante el trabajo de parto y como control se utilizó agua destilada, posteriormente se realizó los controles durante el trabajo de parto respectivo, para evidenciar la existencia o no de la reducción del dolor, utilizando como control la escala visual del dolor.

Se realizó un ensayo clínico controlado en un total de 80 pacientes de las cuales 40 pacientes recibieron tramadol y 40 pacientes recibieron agua destilada.

Mujeres primigestas que se encuentran en el primer periodo del trabajo de parto en el servicio de Obstetricia del Hospital Boliviano Holandés.



OBJETIVO

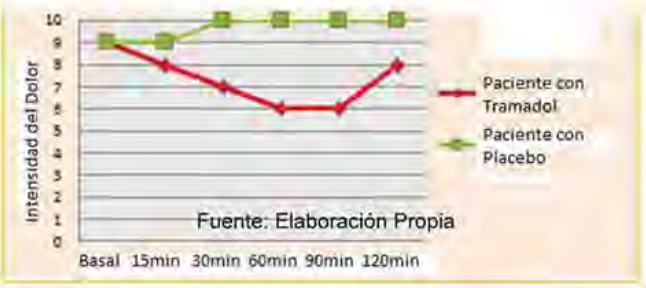
Determinar la eficacia de clorhidrato de Tramadol como analgesia en primigestas con primer período del trabajo de parto, en el servicio de obstetricia del H.M.B.H, desde 1 de septiembre de 2013 a 28 de febrero de 2014.

RESULTADOS

Muestran que del 80% de las pacientes en las que se realizó el uso de tramadol redujeron el dolor en las dos primeras horas, siendo efectivo el mismo; comparando con el grupo control en las que no se evidencia reducción del dolor. El 20 % restante se evidencia la continuidad de la escala del dolor. (Como se evidencia en la gráfica 1 y 2)



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a los efectos colaterales se evidencia buena tolerancia en pacientes con uso de Tramadol, habiendo una minima cantidad (n=10) que presentaron somnolencia, (n=5) náuseas y (n=1) vómitos. En comparación con el grupo control



Fuente: Elaboración Propia

Además se encuentra como hallazgo que en las pacientes que se utilizó el tramadol, llevó a un trabajo de parto con un periodo de tiempo más corto

VII. DISCUSIÓN

Podemos mencionar que con los resultados obtenidos, que el tramadol provoca una disminución general de la intensidad del dolor en las pacientes durante las primeras dos horas.

Efectivamente el nivel del dolor bajo desde moderado a leve en varios porcentajes según el tiempo de evaluación del mismo luego de aplicado el fármaco.

Estos datos son estadísticamente significativos con relación al grupo control, y evidencian una acción analgesica del tramadol durante el parto.

El tramadol en el presente estudio, no mostro que alterara los signos vitales maternos, fetales, del neonato, ni tampoco la progresión de la labor de parto, por lo que se considera que su uso es seguro.

La incidencia de efectos colaterales de relación causal posible al uso de tramadol fueron minimos e incluyeron somnolencia, náuseas y vómitos. Sin embargo estos síntomas pueden presentarse también en pacientes enlabor de parto sin la administración pro vía de analgésico

En conclusión el clorhidrato de tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo de 2 horas

Además es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

CONCLUSIONES

El Clorhidrato de Tramadol es útil en la analgesia del dolor en un tiempo de 2 horas. Además es efectivo para maduración cervical y acortar el trabajo de parto en primigestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greibel C, Halvorsen J, Goleman T. Management of spontaneous abortion. American Family Physician 2005; 72 (7): 1243-1250.

2. Warriner I, Shah I. Preventing un safe abortion and its consequences: Priorities for search and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.

3. World Health Organization. Definition of unsafeabortion, May2009.

4. Singh,Hospital admissions resulting from un safe abortion: Estimates from developing countries. Lancet 2006; 368: 1887-1892.

5. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. Expert Review of Obstetrics & Gynecology 2007; 2(1): 67-108.

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for post abortion care. Obstetrics & Gynecology 2009; 113: 465-468.

7. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized out patient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2001; 6(3): 141-144.

8. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after Misoprostol vs surgical ltreatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.

9. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol sublingual vrs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009.