



Evolución y desarrollo de la Anestesia Obstétrica. 50 años de experiencia

50 years of experience in the development and evolution of obstetric anesthesia

Héctor Lacassie Silva^{1,*}

¹ Profesor Adjunto de Anestesiología Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Profesor Titular, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Maestro de la Anestesiología de Chile.

El autor no tiene conflictos de interés.

Hace poco más de 50 años empezó oficialmente la anestesia obstétrica en Chile con la contratación de un anes-
tesiólogo en horario diurno en la maternidad del Hospi-
tal José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile en Santiago.
Hasta aquella época, quien se encargaba de la analgesia del
parto era el propio obstetra, realizando punciones epidurales
e inyectando dosis únicas de lidocaína. Fue en esta época que
nacieron mis dos hijos mayores, donde su madre algo de anal-
gesia tuvo, claro que suministrada por su tratante.

Luego, en mayo de 1971 la Pontificia Universidad Católica
de Chile hizo lo mismo y me contrató como médico anes-
tésiologo a cargo de la maternidad. Esta tendencia fue paulatina-
mente seguida por los diferentes hospitales y clínicas del país,
iniiciándose así una subespecialidad que era muy necesitada.

Este fue un período social complejo en Chile. Solo contá-
bamos con catéteres y trócares re esterilizados, los que tení-
amos que afilar constantemente previo a su uso. El trócar espinal
más fino era de calibre 21 y de punta biselada. A su vez, las
anestias epidurales eran de dosis única utilizando solamente
lidocaína. La anestesia general era con tiopental, succinilcolina
y éter. De los anestésicos halogenados el único disponible era
halotano que producía gran relajación uterina y no infrecuen-
tamente inercia. Disponíamos de nuestros oídos, visión y tacto
como monitorización, ya que los monitores cardíacos solo esta-
ban disponibles para grandes cirugías en el mejor de los casos.

Las circunstancias de la vida me llevaron a trabajar en el
sector privado y público. En el Hospital Dr. Sótero del Río em-
pezamos a usar morfina intratecal como único analgésico en el
trabajo de parto, que fue concomitante con el descubrimiento
de receptores a opiáceos en la médula espinal, descritos no mu-
cho antes. Esta técnica significó una gran cantidad de efectos
colaterales por lo que debimos suspender este trabajo y decidi-
mos usar la morfina solo para la analgesia posoperatoria en la
operación cesárea. La dosis la redujimos a 80 microgramos con

lo que obtuvimos una buena analgesia con pocos efectos co-
laterales. Luego empezamos a usar la morfina para este efecto
en la vía epidural con dosis de 2 mg, con lo que se logró una
buena analgesia posoperatoria. Este esquema ha perdurado
hasta hoy, donde recientemente ha sido recomendado por la
Sociedad Americana de Anestesia Perinatal (SOAP)¹.

A mediados de los años 70 llegaron los catéteres y agujas o
trócares desechables, junto con jeringas de baja resistencia para
la técnica epidural. Además, se incorporó la bupivacaína, que
revolucionó el manejo analgésico al permitir un alivio de más
larga duración.

Sin embargo, en los años 80 se reportaron los primeros ca-
sos de intoxicación por bupivacaína lo que fue un retroceso,
pero a su vez una oportunidad para mejorar. Dio pie a cambiar
la técnica analgésica y empezar a usar dosis bajas de anesté-
sicos, incorporando coadyuvantes como fentanyl y epinefrina.
Esto fue el inicio de la analgesia obstétrica moderna, que em-
pezó a basarse en la evidencia más que en el empirismo, cosa
que abracé siguiendo el ejemplo de mi maestro, el Dr. Walde-
mar Badía, de tener la disciplina del estudio y perfeccionamien-
to permanente. Fue en esta década que nació mi hijo menor,
donde su madre recibió una analgesia, que en sus palabras,
fue excelente. Al menos fue dada por un anes-
tésiologo. A esas alturas yo contaba con una década de experiencia,
además, de disponer de mejores implementos y técnicas que bien pude
desarrollar en un centro privado, que ha sido un ejemplo de
buena medicina en el país.

En la década de los 90 la aparición de los dispositivos para el
manejo de la vía aérea significó un gran avance en el manejo de
ésta, me refiero a los dispositivos supraglóticos especialmente a
las máscaras laríngeas de segunda generación las que se pue-
den usar en las pacientes obstétricas que requieren de anestesia
general cuando falla la intubación endotraqueal.

Los trabajos de los años 2000 demostraron las equipoten-

laca@vtr.net

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2675-7282>

cias de los diferentes anestésicos locales, el efecto sinérgico de los adyuvantes y el impacto de la analgesia neuroaxial en el desenlace obstétrico. Fue en este año que nació mi primer nieto. Tuve la suerte de poder darle anestesia a mi nuera, quien no solo tuvo una grata experiencia, con escaso bloqueo motor de extremidades, sino que le permitió disfrutar de su experiencia al máximo, tal como ella lo relataría posteriormente. ¡Al parecer, la técnica analgésica del parto evolucionó favorablemente, ya que aquella experiencia dio pie para que me eligiera para los siguientes dos!

Hoy se han incorporado implementos nuevos como las bombas de infusión continua y a demanda, que han permitido involucrar a la paciente en el manejo de su propia analgesia, lo que ha mejorado la satisfacción de ellas a la vez que hemos mejorado más aún el perfil de seguridad de la analgesia para el trabajo de parto.

Nuevas técnicas analgésicas como la analgesia combinada espinal epidural ha sido una real contribución al permitir disminuir las dosis de anestésicos empleadas en cesárea atenuando la respuesta hemodinámica de la técnica espinal tradicional.

Otros implementos ya de este siglo, como la ultrasonografía, han llegado para quedarse y ser un gran aporte en la anestesiología en general. La anestesia obstétrica no es una excepción y por el momento su más claro aporte es en pacientes difíciles de puncionar, como lo son las pacientes obesas, que en este siglo son muy frecuentes. Está por verse su aporte en otros escenarios.

En cuanto a la anestesia general, en mi opinión la incorporación de la anestesia total endovenosa (TIVA) utilizando propofol y remifentanil ha permitido dar por primera vez una anestesia general apropiada, sin crisis hipertensivas, evitando la tocolisis por halogenados y sin afectar al feto por el traspaso

placentario de drogas. Creo que su aporte será el de reducir la morbilidad de la anestesia general. Como sea, las técnicas regionales seguirán siendo las de elección para la operación cesárea, reservando la general como última opción.

La anestesia obstétrica es una de las subespecialidades más dinámicas, con constante evolución de técnicas y estrategias de manejo, pero además donde en un momento puede estar todo tranquilo y al minuto siguiente se desencadena un infierno.

Luego de casi 50 años como anestesiólogo, en mi opinión lo que nos queda por delante es seguir desarrollando la docencia y educación continua en anestesia obstétrica. Un buen punto de partida es este número, dedicado por completo a temas de anestesia obstétrica lo que celebro y apoyo. Pero más que eso, quisiera que se desarrolle la anestesiología obstétrica en la forma de una subespecialidad formal. Hoy, con la información tan fácilmente disponible para quien esté interesado, además de la existencia de un cuerpo docente de diferentes instituciones suficientemente capacitado, es que veo y deseo para el futuro la creación de un programa robusto para el desarrollo de esta hermosa especialidad.

Referencias

1. Bauchat JR, Weiniger CF, Sultan P, Habib AS, Ando K, Kowalczyk JJ, et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement: Monitoring Recommendations for Prevention and Detection of Respiratory Depression Associated With Administration of Neuraxial Morphine for Cesarean Delivery Analgesia. *Anesth Analg.* 2019 Aug;129(2):458–74. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004195> PMID:31082964