

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

38

27

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO  
"LA RAZA" I.M.S.S.  
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA No. 3

# FALLA DE ORIGEN

"COMPLICACIONES DEL BLOQUEO PERIDURAL  
EN LA PACIENTE OBSTETRICA"



## TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
E INVESTIGACION MEDICA

EN ANESTESIOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. ELIA TERESA JURADO ROMERO



IMSS

MEXICO, D. F.

Handwritten signature: *Elia Teresa Jurado Romero*

Stamp: FACULTAD DE MEDICINA, DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA" I.M.S.S.

Handwritten signature: *Elia Teresa Jurado Romero*

Handwritten text: p. 80.

Handwritten signature: *Elia Teresa Jurado Romero*

1995



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO "LA RAZA" I.M.S.S.  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA" I.M.S.S.

"COMPLICACIONES DEL BLOQUEO  
PERIDURAL EN LA PACIENTE  
OBSTETRICA"

TESIS DE POSTGRADO  
ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. ELIA TERESA JURADO ROMERO

(1)

## DEDICATORIAS

### A DIOS

POR TODO LO QUE ME HA BRINDADO, ROGANDE NO ME ABANDONE.

### A MI ABUELITA

PORQUE CON SU CARACTER ENERGETICO Y CONSEJOS ME GUIO HASTA EN LOS ULTIMOS DIAS DE SU VIDA.

### A MI MADRE

POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL QUE GRACIAS A DIOS SIGO RECIBIENDO.

### A MI HERMANO

HACIENDELE SABER QUE CUENTA CON MI AYUDA PARA SU FORMACION.

### A MI ESPOSO

POR SU AMOR, PACIENCIA Y APOYO QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE LO HOY ALCANZADO.

### A MI HIJO

PORQUE A PESAR DE SU TEMPRANA EDAD TUVO QUE SOPORTAR MI AUSENCIA, ESPERANDO MI REGRESO DIA A DIA.

### A MIS PROFESORES

CON AGRADECIMIENTO.

### A TODOS LOS PACIENTES

QUE PARTICIPARON EN MI ENSEANZA.

(2)

## INDICE

|                              |    |
|------------------------------|----|
| DEDICATORIAS . . . . .       | 1  |
| INDICE . . . . .             | 2  |
| TITULO . . . . .             | 3  |
| MATERIAL Y METODOS . . . . . | 7  |
| RESULTADO . . . . .          | 8  |
| DISCUSION . . . . .          | 9  |
| CONCLUSION . . . . .         | 10 |
| RESUMEN . . . . .            | 11 |
| RESUMEN EN INGLES . . . . .  | 12 |
| CUADROS Y GRAFICAS . . . . . | 13 |
| BIBLIOGRAFIA . . . . .       | 31 |

**"COMPLICACIONES DEL BLOQUEO PERIDURAL EN LA PACIENTE OBSTETRICA"**

**+DRA. ELIA TERESA JURADO ROMERO.  
++DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA.  
+++DRA. MA. ESTHER SOLIS LUNA.**

A medida que transcurre el tiempo, un mayor número de pacientes obstétricas acuden a los servicios toco-quirúrgicos por lo que el anestesiólogo debe conocer las características fisiológicas especiales del embarazo para manejar en forma adecuada la anestesia obstétrica brindando un manejo óptimo al binomio materno fetal.<sup>6</sup>

De acuerdo con la literatura, la anestesia tiene sus orígenes desde los tiempos más remotos. Con la evolución de la ciencia médica y la cirugía, la anestesiología se ha convertido en una importante especialidad.

Escribir sobre Anestesia-Analgésia en Gineco-Obstetricia implica hablar de Anestesia Peridural conocida también como anestesia epidural, supradural y extradural.

Por definición la anestesia peridural es una anestesia conductiva producida por la inyección simple o continua de un anestésico local directamente en el espacio peridural por la vía interespinosa lumbar torácica o cervical, produciéndose principalmente bloqueo segmentario de las fibras nerviosas sensitivas raquídeas y simpáticas, con bloqueo parcial de las fibras motoras.<sup>2</sup>

---

**+Residente de tercer año de Anestesiología en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

**++Profesor titular del curso de Anestesiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico adscrito al servicio de Anestesiología, Centro Médico La Raza y asesor de Tesis.**

**+++Jefe del Departamento de Anestesiología del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Anatómicamente los límites del espacio peridural son: por arriba el agujero occipital, por abajo la membrana sacrococcígea, por delante el ligamento longitudinal posterior, por detrás la superficie anterior de las láminas vertebrales y el ligamento amarillo y lateralmente por los pedículos de las vertebrales y los agujeros intervertebrales. Este espacio descrito como virtual esta contenido entre el cilindro de la duramadre y las paredes del canal vertebral y esta ocupado por grasa, vasos sanguíneos y linfáticos.

Las técnicas de penetración en este espacio están determinadas por las peculiaridades anatómicas de la columna vertebral en sus distintos niveles.

La columna vertebral esta formado por 33 vertebrales: 7 cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares, 5 sacras y 5 coccígeas. Presenta cuatro curvaturas anatómicas: a) anterior b) posterior torácica c) anterior lumbar y d) posterior sacrococcígea.<sup>2</sup>

Es importante recordar que dentro del canal vertebral se localiza la médula espinal que esta cubierta por las meninges, siendo la duramadre la capa más externa y cuyas propiedades bioquímicas y anatómicas determinan entre otros factores la punción dural. En los recién nacidos la médula espinal termina en el borde inferior de la tercera vertebra lumbar, mientras que en el adulto se sitúa en el borde inferior de la vertebra lumbar I o borde superior del lumbar II. El ancho del espacio peridural depende del nivel de la columna vertebral y varia inversamente con las dilataciones y estrechese de la médula espinal. En estudios realizados se describe que en mujeres con edad reproductiva la distancia de la piel al espacio peridural es de 2.7 a 6.8 cm con un promedio de 4.59 cm.<sup>3</sup>

Es importante conocer que la aplicación de un bloqueo peridural produce cambios fisiológicos y efectos a diferentes niveles que aunados a los producidos por si solos durante el embarazo hacen de la anestesia un factor de riesgo en la morbilidad materna. Se menciona que no tiene efectos directos sobre el recién nacido de forma depresiva aunque la hipotensión o hipoperfusión producida por la anestesia se asocia con un incremento en la frecuencia cardiaca fetal pero sin producir alteraciones del ritmo o cambios muy importantes.<sup>6</sup>

Se hace incapie en que la técnica analgésica obstétrica ha de ser con el pensamiento puesto en el niño.<sup>5</sup>

Pueden existir problemas técnicos que condicionen o favorezcan algunas complicaciones.

La literatura describe muchas de estas posibles complicaciones como son: segmentos anestésicos fallados<sup>7</sup>, la punción de una vena epidural<sup>8</sup>, la punción dural involuntaria<sup>9</sup>, dolor patológico enmascarado<sup>10,11</sup>, secuelas neurológicas consideradas como inmediatas entre las que se encuentran los temblores, inyección intravenosa por canulación inadvertida pudiendo condicionar, convulsiones,<sup>12</sup> y síndrome de Horner's,<sup>13</sup> y las tardías mencionándose la recuperación prolongada.<sup>14</sup>

(5)

Otras complicaciones inmediatas son la inyección subaracnoidea masiva<sup>15</sup>, la inyección subdural masiva<sup>16</sup> y la difusión vesical. Existen también otras complicaciones neurológicas como son los hematomas epidurales y subdurales<sup>17</sup>, el traumatismo de la médula espinal o raíces nerviosas y el síndrome de la arteria espinal anterior.<sup>18</sup>

Igualmente se describe la existencia de factores contaminantes que contribuyen a la producción de complicaciones entre los que están la infección y el absceso epidural.<sup>19</sup>

Lo anterior solo por mencionar quizás de las complicaciones más importantes, pero existen un sin número de complicaciones descritas en la literatura que justifican el interés de realizar un análisis retrospectivo de las complicaciones ocurridas en el período mencionado en el Hospital de Gineco-Obstetricia CMRaza, comparándolas con las ya reportadas.

Los objetivos de este estudio fue investigar las complicaciones más frecuentes del bloqueo peridural en pacientes obstétricas mediante la revisión de expedientes clínicos y conocer las ventajas y desventajas de esta técnica anestésica evaluando el porcentaje de cuantos presentan complicación, valorando en forma secundaria la calidad de anestesia que se brinda en dicha unidad.

A continuación se mencionan las complicaciones del bloqueo peridural reportadas en la literatura.<sup>5</sup>

#### COMPLICACIONES INMEDIATAS

Punción dural involuntaria  
Inyección subaracnoidea masiva  
Bloqueo epidural masivo  
Inyección epidural intravenosa  
Cefaleas  
Dolor de espalda  
Disfunción vesical  
Administración errónea (fármacos- soluciones)  
Metahemoglobinemia (secundaria a la absorción sistémica de fármacos)  
Rotura de catéter epidural

#### COMPLICACIONES NEUROLOGICAS

Traumatismo de la médula espinal o raíz nerviosa  
Hematoma epidural  
Hematoma subdural  
Síndrome de la arteria espinal anterior

SECUELAS NEUROLOGICAS

- Inmediatas: Temblores  
Inyección intravenosa  
Inyección epidural involuntaria (convulsiones)  
Síndrome de Horner's
- Tardías: Recuperación prolongada

COMPLICACIONES POR CONTAMINANTES MEDULARES

Infección  
Absceso epidural

COMPLICACIONES POR PROBLEMAS TECNICOS

Difusión excesiva  
Síndrome de Horner's-transitorio  
Segmentos anestésicos fallados  
Punción de una vena epidural  
Punción dural involuntaria  
Espalda conflictiva (escoliosis-cifoscoliosis)  
Dolor patológico enmascarado-hemorragia accidental

**MATERIAL Y METODOS**

Este estudio fue realizado previa aprobación del Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza con datos recabados en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se analizaron del archivo clínico del departamento de anestesia del HGO, las hojas de registro de anestesia y recuperación (forma 4-30-60/72) de las pacientes sometidas a bloqueo peridural para la resolución de su parto por vía vaginal o abdominal (cesárea) durante el período comprendido del mes de septiembre de 1974 al mes de febrero de 1975. Fueron excluidos los registros que mostraron la presencia de eventos condicionantes de complicaciones independientes del procedimiento anestésico en estudio. Por ej. sangrado masivo, complicaciones quirúrgicas o patología agregada.

Se registraron el número total de bloqueos peridurales realizados en pacientes obstétricas durante el período referido, el grupo de edad en los que se realizó mayor número de bloqueos, el procedimiento obstétrico para la resolución del parto, la técnica del abordaje del espacio peridural, el agente anestésico utilizado y el número de bloqueos que presentaron o no complicaciones realizando el porcentaje de los mismos e incidencia, comparando los resultados obtenidos con los de la literatura.

## RESULTADOS

Se realizaron 2279 bloqueos peridurales en un período de seis meses (cuadro 1), de los cuales en relación a la edad se tiene que de 14 a 20 años se realizaron 392 (17.2%), de 21 a 30 años se realizaron 1147 (50.3%), de 31 a 40 años se realizaron 723 (31.7%) y en 41 o más años (17.8%). (cuadro 2).

En cuanto a los procedimientos obstétricos para la resolución del parto se tiene que para parto vaginal fueron 1315 BPD (57.7%) y para cesárea 964 BPD (42.3%). (cuadro 3)

La técnica de abordaje del espacio peridural fueron de Dogliotti en 2051 (90%) y la de Gutiérrez en 182 casos (8%) y una combinación de ambas en 46 (2%). (cuadro 4).

Los agentes anestésicos utilizados fueron, lidocaína al 2 % (simple o con epinefrina) en 2119 (93%), bupivacaína en 114 (5%) y una combinación de ambas en 46 (2%) (cuadro 5).

el número de BPD que presentaron complicación fue de 915 (40.1%) mientras que el número de BPD sin complicación fue de 1364 (59.9%). (cuadro 6).

Las complicaciones más frecuentes del BPD en la paciente obstétrica del HGD que se registraron fueron observadas en el cuadro 7, encontrando que la complicación más frecuente fue la analgesia insuficiente en 306 casos (13.4%), mientras que la menos frecuente fue la disfunción vesical en 7 casos (0.30%).

En el cuadro número 8 observamos además del porcentaje la incidencia de cada una de las complicaciones registradas y que de alguna manera nos sirve de indicador de la calidad de anestesia proporcionada en los hospitales. Igualmente se realizó una comparación del porcentaje de las complicaciones del BPD en la paciente obstétrica de HGD con el porcentaje reportado en la literatura encontrando pocas diferencias significativas (cuadro 9)

## DISCUSION

La introducción del bloqueo peridural a la anestesia obstétrica en los sesenta revolucionó esta subespecialidad haciéndola más utilizada. Es una de las técnicas más útiles en el armamento del anestesiólogo siéndolo más en la paciente obstétrica. Produce analgesia suficiente sin pérdida de la conciencia, así como mínimo bloqueo motor que permite la cooperación de la paciente en el trabajo de parto, parto vaginal y con un nivel adecuado para cesárea.

En la serie estudiada de 2279 BPD se encontró en relación a los resultados obtenidos que el grupo de mujeres en las cuales se aplico el BPD con más frecuencia fue en el de 21 a 30 años siguiendo el grupo de 31 a 40 años, posteriormente el de 14 a 20 años y menos frecuente en el de 41 o más lo cual esta en relación a la edad de mayor actividad sexual y por lo tanto de mayor fertilidad.

En cuanto a la realización del BPD se encontró que el parto vaginal fue la principal indicación siguiéndole a este la indicación por cesárea, siendo la técnica de Dogliotti para el abordaje del espacio peridural la más utilizada, en segundo la técnica de Gutiérrez y en tercer lugar la combinación de ambas.

El anestésico más utilizado para la administración de los bloqueos fue la lidocaína al 2% simple o con epinefrina, siguiendo la bupivacaína y en algunos casos la combinación de ambas.

Las complicaciones encontradas fueron en un total de 915. Es importante recordar que la habilidad, destreza y conocimiento de este procedimiento anestésico es de suma importancia para disminuir el número de complicaciones y mejorar la calidad del mismo rindiéndolo seguro y efectivo.

Considerando el porcentaje e incidencias encontradas de las complicaciones registradas podemos inferir que la calidad de anestesia que se proporciona en el HGO es satisfactoria, esto es basándonos en que la mayoría son complicaciones condicionadas por los cambios fisiológicos y sus efectos a diferentes niveles propios del Bpd casi imposibles de modificar dadas las características y variabilidad biológica de cada individuo.

### CONCLUSION

En conclusión podemos considerar que la técnica anestésica en estudio ( BPD ) es efectiva para proporcionar analgesia suficiente en la paciente obstétrica para los procedimientos ya señalados y que es una técnica de fácil realización siempre y cuando se sigan los lineamientos descritos ampliamente en diferentes textos y revistas de la materia.

Por último cabe mencionar que la comparación de las complicaciones de BPD registradas y las reportadas en la literatura tienen pocas diferencias significativas.

**RESUMEN**

Se plantea el bloqueo peridural como la técnica analgésica ideal para la paciente obstétrica ya que no produce pérdida de la conciencia y condiciona un bloqueo motor mínimo que permite la cooperación de la paciente en el parto vaginal y con un nivel adecuado es suficiente para la operación cesárea.

Se estudio una serie de 2279 BPD (sept. 94-feb. 95) con el objeto de estudiar el porcentaje e incidencia de las complicaciones del BPD comparándolas con las reportadas en la literatura, no encontrando diferencias significativas, por lo que se concluye que este procedimiento anestésico es útil, fácil de realizar, seguro y efectivo en la paciente obstétrica.

(12)

SUMMARY

Peridural blockade is proposed as the ideal analgesic technique to obstetrical patient because it do not yield to loss awareness and it build a minimal motor blockade that allow patient cooperation in vaginal delivery and within a proper level it is suitable to Cesarean section.

It was studied a series of 2279 PBD (Sept 94 - Feb 95) to make a study of percentage and incidence of PBD complications and to compare them with the literature reports, without meaningful differences.

We concluded that this anaesthetic procedure is useful, easy, safe and effective in the obstetric patient.

Número de bloqueos peridurales realizados en pacientes obstétricas del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza. IMSS. del mes de septiembre de 1994 al mes de febrero de 1995.

| METODO ANESTESICO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------|--------------|------------|
| BLOQUEO PERIDURAL | 2279         | 100%       |

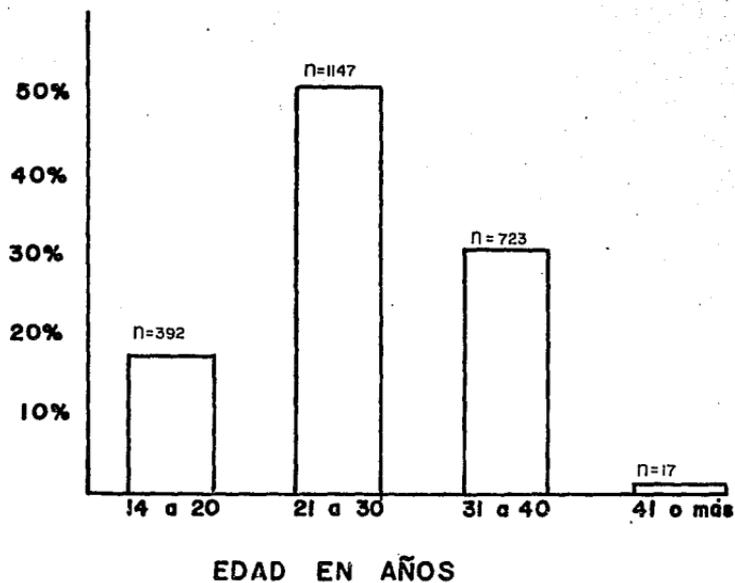
CUADRO 1.

## GRUPO DE EDAD EN LOS QUE SE REALIZO BDP.

| EDAD         | No. DE CASOS | PORCENTAJE  |
|--------------|--------------|-------------|
| 14-20 AÑOS   | 392          | 17.2%       |
| 21-30 AÑOS   | 1147         | 50.3%       |
| 31-40 AÑOS   | 723          | 31.7%       |
| 41 O MAS     | 17           | 0.8%        |
|              |              |             |
| <b>TOTAL</b> | <b>2279</b>  | <b>100%</b> |

CUADRO 2.

GRAFICA DE CUADRO 2.



n = No. DE CASOS

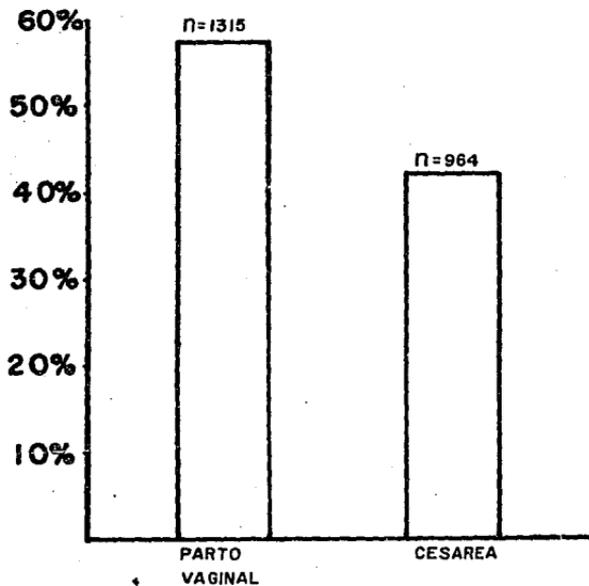
(16)

PROCEDIMIENTOS EN LOS QUE SE REALIZO BDP.

| PROCEDIMIENTO | No.DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|-------------|------------|
| PARTO VAGINAL | 1315        | 57.7%      |
| CESAREA       | 964         | 42.3%      |
|               |             |            |
| TOTAL         | 2279        | 100%       |

CUADRO 3.

**GRAFICA DE CUADRO 3.**



$n$  = No. DE CASOS

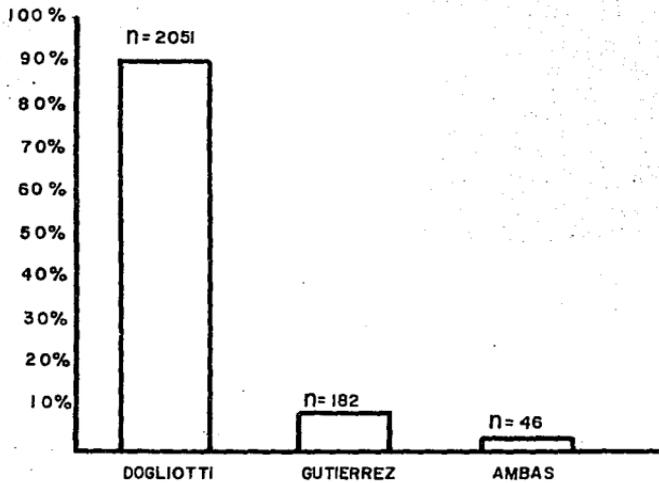
(18)

TECNICA DE ABORDAJE DEL ESPACIO PERIDURAL.

| TECNICA   | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------|--------------|------------|
| DOGLIOTTI | 2051         | 90%        |
| GUTIERREZ | 182          | 8%         |
| AMBAS     | 46           | 2%         |
|           |              |            |
| TOTAL     | 2279         | 100%       |

CUADRO 4.

# GRAFICA DE CUADRO 4.



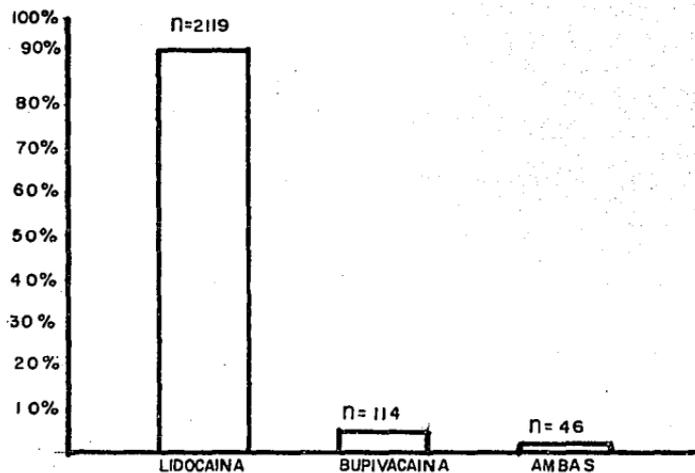
n = No. DE CASOS

## AGENTE ANESTESICO UTILIZADO EN EL BDP.

| ANESTESICO                                   | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--|--------------|------------|
| LIDOCAINA 2%<br>(SIMPLE Y CON<br>EPINEFRINA) | 2119         | 93%        |
| BUPIVACAINA                                  | 114          | 5%         |
| AMBAS (COMBINADAS)                           | 46           | 2%         |
| TOTAL  | 2279         | 100%       |

CUADRO 5.

## GRAFICA DE CUADRO 5



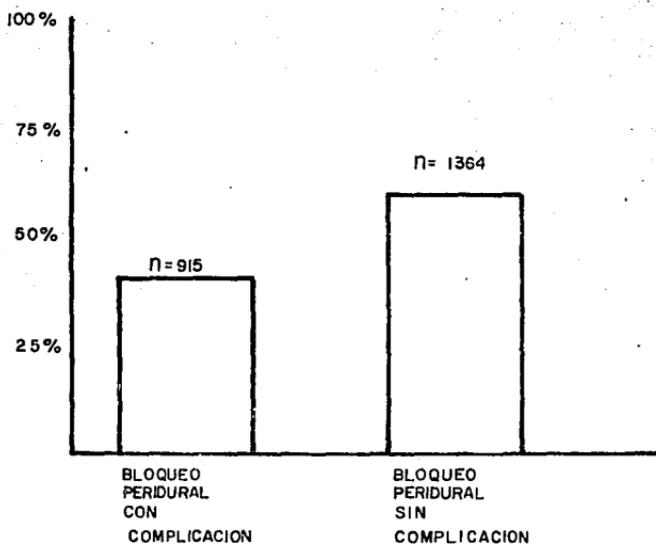
n = No. DE CASOS

NUMERO DE BLOQUEOS PERIDURALES QUE PRESENTARON COMPLICACION Y  
NUMERO DE BLOQUEOS PERIDURALES QUE NO PRESENTARON COMPLICACION.

| METODO ANESTESICO                     | No. DE CASOS | PORCENTAJE  |
|---------------------------------------|--------------|-------------|
| BLOQUEO PERIDURAL<br>CON COMPLICACION | 915          | 40.1%       |
| BLOQUEO PERIDURAL<br>SIN COMPLICACION | 1364         | 59.9%       |
|                                       |              |             |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>2279</b>  | <b>100%</b> |

CUADRO 6.

**FIGURA DE CUADRO 6**

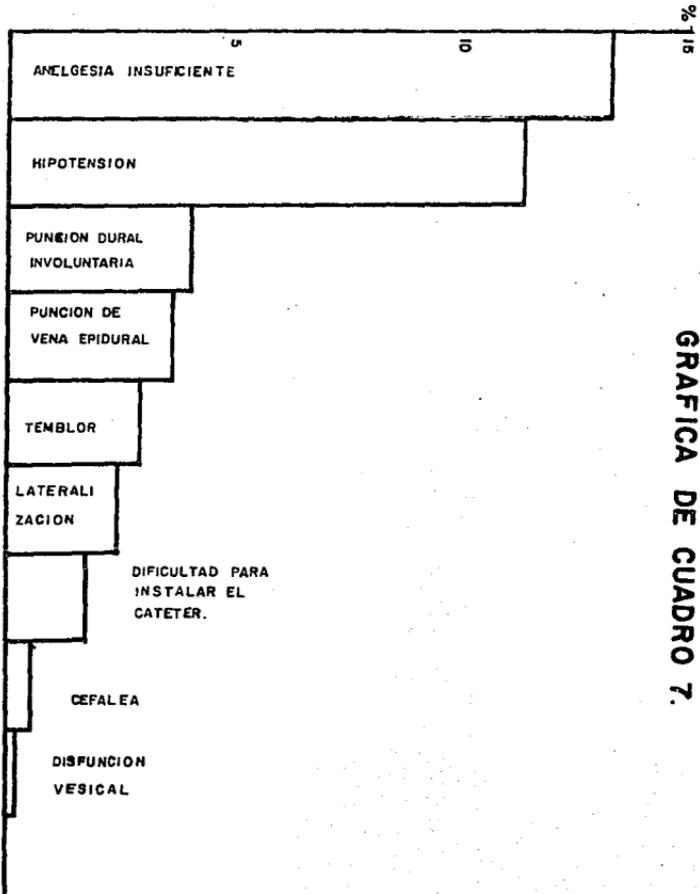


$n$  = No. DE CASOS

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL BLOQUEO PERIDURAL EN LA PACIENTE OBSTETRICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.3 DEL CENTRO MEDICO LA RAZA. IMSS.

| COMPLICACION                     | NO.DE CASOS | PORCENTAJE   |
|----------------------------------|-------------|--------------|
| ANALGESIA INSUFICIENTE           | 306         | 13.4%        |
| HIPOTENSION                      | 260         | 11.4%        |
| PUNCION DURAL INVOLUNTARIA       | 92          | 4.0%         |
| PUNCION VENA EPIDURAL (Roja)     | 81          | 3.6%         |
| TEMBLOR                          | 65          | 2.9%         |
| LATERALIZACION                   | 54          | 2.4%         |
| DIFICULTAD PARA INSTALAR CATETER | 39          | 1.7%         |
| CEFALEA - POSTPUNCION DURAL      | 11          | 0.48%        |
| DISFUNCION VESICAL               | 7           | 0.30%        |
|                                  |             |              |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>915</b>  | <b>40.1%</b> |

CUADRO 7.

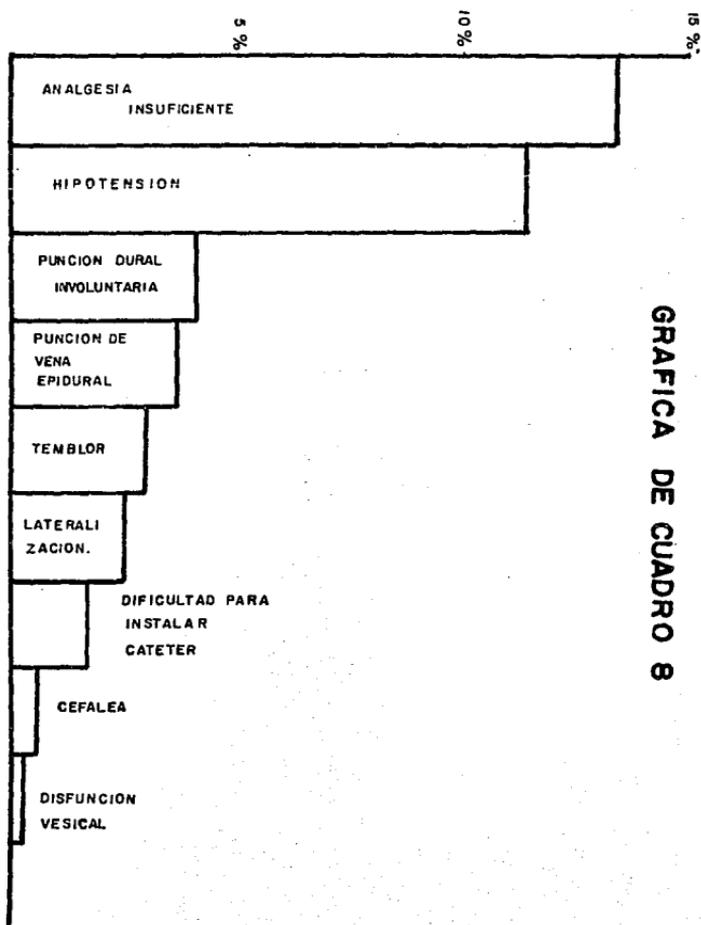


**GRAFICA DE CUADRO 7.**

INCIDENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS COMPLICACIONES DEL BLOQUEO PERIDURAL EN PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.3 DEL CM LA RAZA. IMSS.

| COMPLICACION                     | No. DE CASOS | PORCENTAJE   | INCIDENCIA   |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| ANALGESIA INSUFICIENTE           | 306          | 13.4%        | 1:7.4        |
| HIPOTENSION                      | 260          | 11.4%        | 1:8.7        |
| PUNCION DURAL INVOLUNTARIA       | 92           | 4.0%         | 1:24.7       |
| PUNCION DE VENA EPIDURAL (Roja)  | 81           | 3.6%         | 1:28.1       |
| TEMBLOR                          | 65           | 2.9%         | 1:35.0       |
| LATERALIZACION                   | 54           | 2.4%         | 1:42.2       |
| DIFICULTAD PARA INSTALAR CATETER | 39           | 1.7%         | 1:58.4       |
| CEFALEA - POSTPUNCION DURAL      | 11           | 0.48%        | 1:207        |
| DISFUNCION VESICAL               | 7            | 0.3%         | 1:325        |
|                                  |              |              |              |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>915</b>   | <b>40.1%</b> | <b>1:2.4</b> |

CUADRO 8.



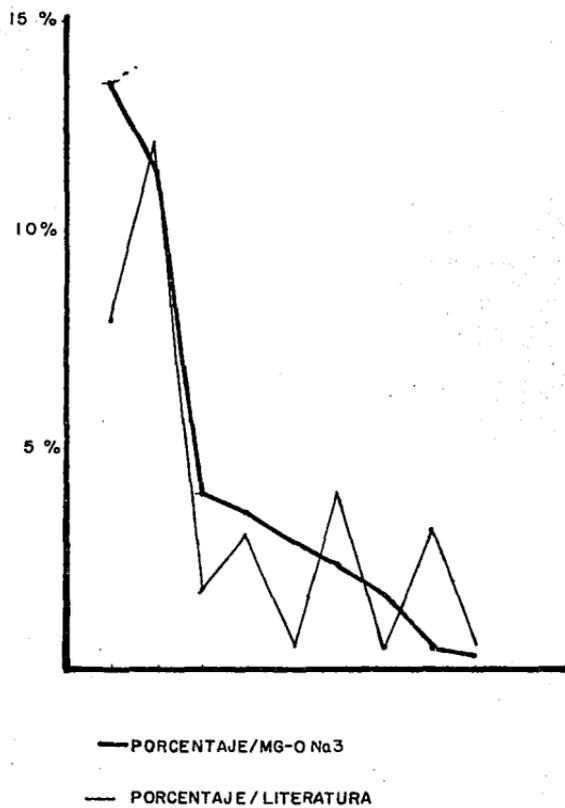
**GRAFICA DE CUADRO 8**

COMPARACION DEL PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES DEL BLOQUEO PERIDURAL EN LA PACIENTE OBSTETRICA DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.3 DEL CM LA RAZA. IMSS.  
CON EL PORCENTAJE REPORTADO EN LA LITERATURA 4,7,8,12

| COMPLICACION                        | PORCENTAJE/MG-0<br>No.3 | PORCENTAJE/LITERA<br>TURA |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| ANALGESIA<br>INSUFICIENTE           | 13.4%                   | 8.0%                      |
| HIPOENSION                          | 11.4%                   | 12%                       |
| PUNCION DURAL<br>INVOLUNTARIA       | 4.0%                    | 1.8%                      |
| PUNCION DE VENA<br>EPIDURAL (Roja)  | 3.6%                    | 3.0%                      |
| TEMBLOR                             | 2.9%                    | 0.4%                      |
| LATERALIZACION                      | 2.4%                    | 4.0%                      |
| DIFICULTAD PARA<br>INSTALAR CATETER | 1.7%                    | 0.4%                      |
| CEFALEA -<br>POSTPUNCION DURAL      | 0.48%                   | 3.3%                      |
| DISFUNCION VESICAL                  | 0.30%                   | 0.4%                      |
|                                     |                         |                           |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>40.1%</b>            | <b>33.3%</b>              |

CUADRO 9.

GRAFICA DE CUADRO 9



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salinas Santillán et al. La anestesia como factor de riesgo de mortandad materna. Rev. Mex. Anest 1993 16:3 - 10.
- 2.- Aldrete J. Antonio. Anestesia Peridural. Texto de anestesiología teórico-práctica. 1991 pp 675 -759.
- 3.- Bromage Philip. Analgesia epidural. 1984 pp 1 - 6
- 4.- Dennis J. Patin et al. Anatomic and biomechanical properties of human lumbar dura mater. Anesth Analg 1993 76:535-40
- 5.- Miranda Hernández et al. Distancia de la piel al espacio peridural lumbar. Estudio comparativo: población no obstétrica Vs población obstétrica. Rev. Mex. Anest 1993 16:11-14
- 6.- Ray V. Brizgys et al. The incidence and neonatal effects of maternal hypotension during epidural anesthesia for cesarean section. Anesthesiology 1987 67:782-86.
- 7.- Robert J. Webb et al. Obstetrical epidural anaesthesia in a rural canadian hospital. Can J anaesth 1992 39:390-3
- 8.- C Mac Arthur et al. Investigation of long term problems after obstetric epidural anaesthesia. BMJ 1992 304:1279-82.
- 9.- J.M.A.A. Van Der Maaten et al. Failure of anaesthesia after accidental subdural catheter placement. Acta Anaesthesiol Scand 1992 36:707-9.
- 10.- S. J. Rowbottom et al. Epidural Analgesia and uterine rupture during labour. Anaesth Intens Care 1994 22:79-80.
- 11.- M.P.R. Walker et al. Epidural anaesthesia, episiotomy, and obstetric laceration. Obstetrics Gynecology. 1991 77:668-71.
- 12.- Brian Y. Mc Lean et al. Failure of multiple test doses and techniques to detect intravascular migration of an epidural catheter. Anesth Analg 1992 74:454-6
- 13.- Juraj Sprung et al. Horner's Syndrome and trigeminal nerve palsy following epidural anaesthesia for obstetrics. Can J Anaesth 1991 38:767-71.

- 14.- Wasa Ueda et al. Role of afferent neural input in regression of sensory paralysis during epidural analgesia. *Anesth Analg* 1992 74:358-61.
- 15.- Neelkanth V. Palkar et al. Accidental total spinal block: a complication of an epidural test dose. *Can J Anaesth* 1992 39:10 1058-60.
- 16.- C. B. Collier. Accidental subdural block: Four more cases and radiographic review. *Anaesthesia and Intensive Care*. 20: 2 May 1992.
- 17.- G. Metzger and G. Singbartl. Spinal epidural Hematoma following epidural anesthesia versus spontaneous spinal subdural hematoma. Two case reports. *Acta Anaesthesiol Scand* 1991 35:105-7.
- 18.- Douglas W. Eastwood, MD. Anterior spinal artery syndrome after epidural anaesthesia in a pregnant diabetic patient with scleredema. *Anesth Analg* 1991 73:90-1.
- 19.- P. Dawson et al. Epidural Abscess associated With postoperative epidural analgesia. *Anaesthesia and Intensive Care*. 1991 19:569-91.