



DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i1.484>

## Artículo de Revisión

### Analgesia para la labor de parto: métodos modernos y lineamientos para su aplicación

Analgesia for labor: modern methods and guidelines for its application

Pedro Quishpe Pila<sup>1</sup>, Andrea Pico Aguilar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Carlos Andrade Marín - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Quito – Ecuador

Quishpe P, Pícco A. Analgesia para la labor de parto: métodos modernos y lineamientos para su aplicación. *Enferm Inv.* 2019; 4(1):48-54

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2019 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

#### Historia:

Recibido: 17 octubre 2018  
Revisado: 16 noviembre 2018  
Aceptado: 18 marzo 2019

**Palabras Claves:** Analgesia de parto, dolor en embarazo, opioides sistémicos, métodos analgésicos

**Keywords:** Analgesia of childbirth, pain in pregnancy, systemic opioids, analgesic methods.

#### Resumen

El manejo de la paciente obstétrica durante la labor o trabajo de parto es especial debido a que el dolor es desencadenado por el mismo mecanismo biológico que implica su desenlace, tiene impacto sobre el estado hemodinámico materno fetal, de aquí la elección de las técnicas y medicamentos así como soluciones analgésicos ampliamente estudiadas con mínimo efecto sobre la madre o el feto. Se ha planteado seguridad en el uso de medicamentos durante la labor, sin embargo el manejo debe ser individualizado en vista de la variabilidad de cada individuo.

El inicio de analgesia durante la labor de parto, varía dependiendo de la condición de nuestro paciente sin embargo se ha descrito que en ausencia de contraindicación médica, la solicitud materna es suficiente indicación para el alivio del dolor durante el parto, para esto se ha descrito varias condiciones que ayudan en el manejo activo, ya sea con técnicas invasivas o no invasivas, uso de medicamentos o dispositivos, sin embargo el manejo de pacientes obstétricas durante su labor de parto en nuestro país, es hasta el momento escasa y poca aplicada. De aquí el rol del anestesiólogo durante el manejo analgésico del parto debe ser permanente y destacado en el equipo de atención obstétrica, no tan solo por su capacidad para resolver el dolor durante el proceso de parto y facilitar las maniobras obstétricas, sino también, porque es un elemento clave a la hora de resolver las posibles complicaciones o emergencias.

#### Abstract

The management of the obstetric patient during work or work in childbirth is special because the pain is triggered by the same biological mechanism that implies its outcome, has an impact on maternal and fetal hemodynamic status, here is the choice of techniques and the medicines. The analgesic solutions have been studied with minimal effect on the mother or the fetus. Safety has been planted in the use of drugs during work, however, the management must be individualized in view of the variability of each individual.

The start of analgesia during labor, the conditions of use of our patient, the patient, the patient, the communication work, the request for medical information, the request, medical attention, medical attention and communication. Several conditions that help in the active management, either with invasive or non-invasive techniques, use of medications or devices, however, management of obstetric patients during their labor in our country, is so far, scarce and little application.

Hence the role of the anesthesiologist during the analgesic management of labor should be permanent and outstanding in the obstetric care team, not only for its ability to resolve pain during the birth process and facilitate obstetric maneuvers, but also because it is a key element when solving possible complications or emergencies.

#### Autor de correspondencia:

Pedro Quishpe Pila. Hospital Carlos Andrade Marín, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Teléfono: +593 984345344, Quito, Ecuador. Email: [pedro\\_quishpe@yahoo.es](mailto:pedro_quishpe@yahoo.es)/[pedroq409@gmail.com](mailto:pedroq409@gmail.com).

## Introducción

Se considera analgesia de parto cuando a una paciente obstétrica durante su labor o trabajo se le da la opción de tener un manejo adecuado y alivio del mismo, el manejo de su dolor debe ser parte importante en su abordaje,<sup>1-5</sup> ya que la falta de analgesia durante el trabajo de parto se ha asociado, según muchos estudios, con mayor riesgo de depresión posparto y estrés postraumático, el dolor es considerado un sufrimiento de carácter innecesario en vista que no ha demostrado ser beneficioso para la madre ni al feto, las alternativas de utilidad para su manejo,<sup>2,5-7</sup> en el que supone un manejo activo en las diferentes fases que implican a la labor, a pesar de esto en nuestro país aún no existe en nuestro sistema de salud público, una política que abarque el alivio del dolor durante el parto, pero se dispone de esquemas de analgesia guiadas al alivio del dolor, durante el parto en ambientes privados, se ha considerado el tema de analgesia en parto en vista de que las intervenciones que implican su manejo no siempre son de rutina, una de limitantes es que no se dispongan de los insumos necesarios y personal capacitado para llevarlo a cabo, el manejo activo de dolor.<sup>8-11</sup>

Existen diferencias en los patrones de práctica sobre cuándo iniciar el manejo activo de dolor, se han planteado varias posibilidades clínicas una de tantas soluciones analgésicas, que han demostrado utilidad para minimizar el impacto en la duración y el resultado del trabajo de parto de un paciente,<sup>12,13</sup> debe ser tomado en cuenta de esto resalta por estudios prospectivos en donde se demostró que las tasas de parto por cesárea no se ven afectadas por la iniciación temprana de la analgesia así como el uso de varios adyuvantes junto a la solución de anestésicos locales puede reducir significativamente la gravedad del bloqueo motor y la necesidad de un parto vaginal asistido.<sup>14,15</sup>

## Desarrollo

El manejo de dolor activo o analgesia durante la labor de parto implica proporcionar una experiencia segura y agradable para las pacientes que presentan un dolor intenso a severo, considerándolo una parte importante en la atención médica anestésica, todas las inquietudes radican en responder la pregunta del analgésico ideal el cual debería cumplir las condiciones de proveer una excelente analgesia, ser inocuo para la madre y el feto, tener un efecto predecible y constante, ser fácilmente reversible, tener un buen control materno, sin alterar trabajo de parto, ser de fácil administración, disponible y económico.<sup>5,14,16-18</sup>

Dolor durante el parto y fisiología del dolor

Se define al dolor como una experiencia sensorial y emocional no placentera que podría estar asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrita en términos de daño, considerando que el alivio de dolor es uno de los ejes de medicina, el manejo y su alivio es nuestra responsabilidad, a pesar que se ha descrito varias dificultades en su manejo, el dolor durante la labor de parto descartan las guías de la OMS que definió una escalera del dolor, no aplica en vista que las técnicas desarrolladas para el manejo se basa en medicación y técnicas de bloqueo usadas según la intensidad del dolor y la condición de la paciente, hay que considerar que el comportamiento del dolor durante el parto es real siendo en ocasiones tomado como un dolor severo, está presente en todas las culturas y se ha demostrado que existe un componente psicológico asociado al dolor, por lo que la percepción del mismo durante el trabajo de parto se lo asociado incluso con amputación de dedos.<sup>2,3,12,19-21</sup>

Se cree que los niveles séricos elevados de progesterona aumentan la cantidad de endorfinas endógenas por lo cual aumenta el umbral al dolor durante la labor, estas concentraciones más altas de endorfinas se encuentran al final de la fase expulsiva,<sup>6,15,22,23</sup> sin embargo el dolor es un evento nocivo que desencadena contracciones las cuales estimulan el desarrollo del reflejo de Ferguson, encargado de mandar señales al cerebro para que el hipotálamo y la hipófisis produzcan oxitocina, el aumento en la intensidad de las contracciones uterinas incrementa la hiperventilación materna que a su vez produce hipocapnia que resulta en la dificultad para transferencia de oxígeno al feto. Se continúa con la revisión de las fases de dolor desencadenadas durante la labor.<sup>2,24,25</sup>

Fase inicial del primer periodo caracterizado por ser un dolor visceral, producido por la distensión, dilatación y estiramiento del cuello uterino además del segmento inferior uterino, es difuso, sordo y difícil de localizar, las vías implicadas en el mecanismo de dolor son vías aferentes viscerales del dolor entran a la médula espinal en T10-L1 (T11-T12) produciendo dilatación cervical que a su vez progresan a contracción uterina.<sup>26-28</sup> Fase 2 considerado como fase de expulsión caracterizado por ser un dolor somático producido por la distensión suelo pelvis, vagina y periné es agudo y bien localizado además de distribución regular.<sup>28-30</sup>(figura 1)

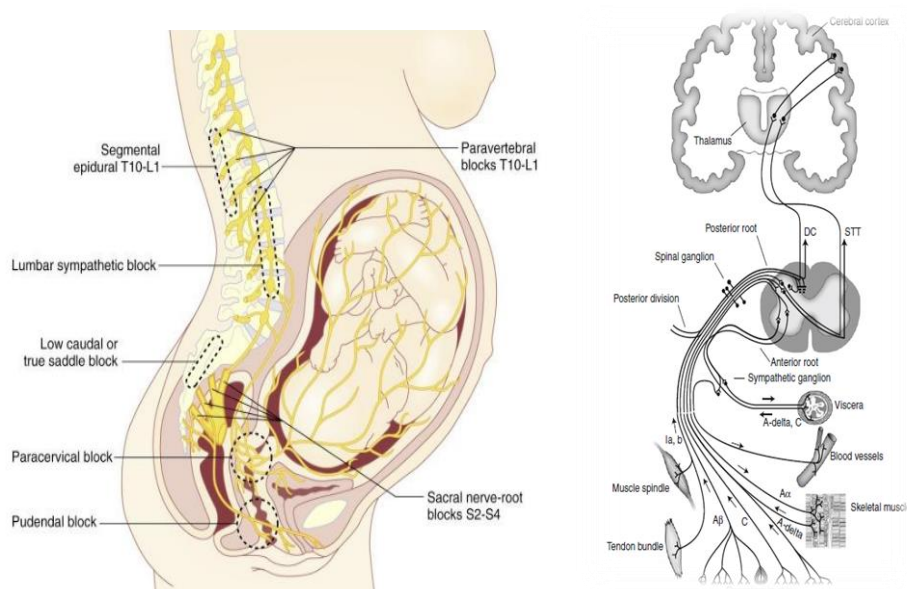


Figura 1 vías de dolor durante la labor (Tomado de Fisiología del trabajo de parto | Williams. Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical.)

El impacto sobre la actividad Sistema Nervioso Autónomo, con aumento de catecolaminas plasmáticas, con actividad tocolítica que incrementa más aun las contracciones uterinas con impacto sobre el sistema cardiovascular materno, que produce aumento del gasto cardiaco (GC)<sup>5,15,29</sup> y de la resistencia vascular pulmonar, con reducción de la perfusión útero-placentaria además del compromiso del sistema respiratorio caracterizado durante la labor con periodos de hiperventilación intermitente que en ausencia de O<sub>2</sub> suplementario los periodos de hipoventilación compensatorios resultan en periodos de hipoxemia materna transitoria por lo que se incrementa el Volumen Minuto (VM) (75 a 150% en 1ª fase y 150 a 300% en la 2ª fase).<sup>6,21,29,31</sup>

### MANEJO ANALGÉSICO Y TÉCNICAS COMUNES EN LABOR DE PARTO

Cuando iniciar el manejo analgésico durante la labor de parto, por mucho tiempo se consideró que la introducción de la analgesia durante la labor, antes de la dilatación cervical de cuatro centímetros (cm), las pacientes presentaban mayores complicaciones asociándolas al bloqueo neuroaxial. Sin embargo, muchos estudios posteriores, demostraron que la asociación de analgesia neuroaxial no aumento de la tasa de cesáreas se consideró los efectos deletéreos en mujeres embarazadas y con persistencia de dolor.<sup>11,16,29,32,33</sup>

Como premisa para inicio de analgesia en labor de parto se considera que en ausencia de contraindicación médica, la solicitud materna es suficiente indicación para el alivio del dolor durante el parto se han descrito métodos analgésicos sistémicos, Inhalatorio así como No Farmacológico además de Métodos Regionales tales como Bloqueo pudendo, Bloqueo paracervical, Bloqueo raquídeo o espinal, Analgesia epidural, Raquídeo y Epidural combinada.<sup>19-21,25,26</sup>

### ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS

Según su mecanismo de acción, pueden ser clasificadas como técnicas que reducen el estímulo doloroso, técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos, y aquellas que aumentan las vías inhibitorias descendentes (Clasificación de Revisión Oxford).

Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominala.<sup>7,19,34-36</sup>

Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto, tacto, masajes, acupresión sin agujas, aromaterapia.

Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio analgesia, bio retroalimentación durante clases prenatales.<sup>19,21</sup>

### TERAPIA INHALATORIA

Los registros oficiales al inicio de terapia inhalatoria desde 1846 con éter en donde Keep lo utilizo para aliviar el dolor de parto sin embargo se vio de desuso por dogmas religiosos y efectos adversos en neonatos.<sup>21,22,37</sup> A la fecha los agentes utilizados Entonox y Derivados de flurano de estos el Entonox que supone una preparación de 50% de óxido nitroso y 50% de oxígeno de ayuda en dolor leve a moderado su utilidad en primera fase de parto en donde el método de aplicación consiste en inhalar unos 30 segundos antes de que comience una contracción ayuda al manejo de dolor sin embargo presenta una mayor incidencia de náuseas maternas, vómitos y somnolencia materna por lo que su uso se ve limitado en segunda fase de labor de parto.<sup>21,22</sup>

Fluoranos como el sevofluorano, isofluorano metoxyflurano, enflurano se han descrito su uso para manejo de dolor en la fase inicial de labor de parto al igual que Entonox de los cuales sevofluorano ha demostrado igual efectividad sin embargo su uso se ha visto limitado por polución y presencia de amnesia en la materna.<sup>22,33</sup>

## ANALGESIA SISTÉMICA

En referencia a la analgesia endovenosa, se emplean opiáceos los cuales ejercen acción a nivel central su principal ventaja radica en que necesitan la presencia permanente de un anestesiólogo con dosis bien administradas, ofrecen una efectividad moderada,<sup>1-3,6,25,28,38,39</sup> altas dosis se han asociado con emesis, náuseas, prurito, sedación materna y depresión respiratoria fetal por lo que la administración debería ser exclusiva bajo vigilancia de personal entrenado. La administración de opiáceos, supone un riesgo por lo que se han descrito varias recomendaciones para su uso, destacadas la evaluación clínica de paciente a quien se le va administrar opiáceos, evaluación de riesgos y beneficios, disposición de equipo de reanimación, durante el uso de opiáceos, monitoreo que indica la Asociación Americana de Anestesiología considerado como básico, disposición de un acceso venoso que debería ser utilizado para situaciones de emergencia o profilaxis de broncoaspiración, medidas para reversión de opiáceos (Naloxona) sin olvidar el comentar a Pediatra del uso de analgésicos opiáceos.<sup>2,11,39,40</sup>

A continuación se describe breves rasgos de los analgésicos comunes utilizados para control de labor de parto

Tramadol es un opiáceo sintético con baja afinidad por receptor mu dispone de efectos GABA, adrenérgicos y serotoninérgicos de ahí la posibilidad de su gran efecto emético a nivel fetal no se ha demostrado que presente depresión respiratoria significativa tras el alumbramiento la cantidad que atraviesa la barrera placentaria es metabolizado completamente por hígado neonatal dando como resultado pocas complicaciones neonatales la dosis generalmente usada es 100 mg intravenoso sin embargo No es de utilidad en analgesia de parto por vida media mayor a 80 horas y mayor posibilidad de presentar los efectos adversos propios de medicamento.<sup>11,24,41</sup>

Meperidina o Petidina es el opiáceo parenteral más usado en USA la evidencia que supone su uso lo a echo de elección siendo efectivo para el control de dolor durante la 1ª fase del trabajo de parto provee de analgesia en 5 - 10 min con dosis intravenosas (25 - 50 mg) o en 40 - 50 min dosis intramuscular (50-100 mg). La duración del efecto analgésico 3 - 4 horas, meperidina atraviesa barrera placentaria y su metabolito activo (Normeperidina) tiene vida media de 60 horas en el neonato por lo podría presentar disminución de la variabilidad de la FCF. Su mayor riesgo en caso de intoxicación o presencia de efectos adversos no es fácil de revertir con Naloxona.<sup>8,11</sup>

Morfina un opiáceo parenteral con buena afinidad por receptores mu dosis usual intravenosa 2 - 5 mg tiempo de acción 3 - 5 min, e intramuscular 5 - 10 mg tiempo de acción 20 - 40 min. Atraviesa barrera placentaria produciendo en el feto alteraciones que depende de la dosis y de la edad gestacional a la que fue administrada debido a la mayoría de efectos adversos su uso ya es infrecuente. La mayoría de efectos producidos por su metabolito activo morfina 6 glucoronido que es 13 veces más potente que morfina mayor riesgo de depresión respiratoria.<sup>11,14,28</sup>

Fentanilo uno de los opiáceos usados como alternativa en quienes el bloqueo neuroaxial este contraindicado el rápido inicio de acción, corta duración de acción y ausencia de metabolitos activos las dosis intravenosas usuales 25 - 50 mcg, con efecto máximo 3 - 5 min las misma puede ser repetida cada 20 min con duración de 30 - 60 min. Se caracteriza por no afectar el estado clínico del RN, Apgar o pruebas neuroconductuales sin embargo supone el riesgo de bradicardia fetal que dura máximo 30 min pero caracterizado por no requerir de reanimación fetal.<sup>11,13,25</sup>

Remifentanilo un opiáceo agonista mu de vida media corta, metabolizado por esterasas plasmáticas y tisulares esta distinción lo vuelve seguro en analgesia de labor de parto por su escasa transferencia placentaria y vida media sensible al contexto constante (3,5 min) lo vuelve seguro, no es acumulable. Se puede usar como bolo de 0.2 ug /kg esperar 5 min siempre colocar monitoreo la duración máxima 15 a 20 min y se desarrollado métodos analgésicos tomando en cuenta Ramsay y EVA uno de los más usados con Ramsay 2 y EVA <5 está indicada la infusión continua a 0.025 ug/kg/min si EVA continua >5 repetir bolo máximo 2 bolos en una hora. No sé ha reportado efectos adversos neonatales.<sup>11,13</sup>

Del uso de analgésicos opiáceos surge la Analgesia controlada por el paciente (PCA) durante el trabajo de parto esta modalidad es una adición reciente y puede usarse siempre que las técnicas regionales estén contraindicadas o no están disponibles.<sup>11,13,33</sup>

Utilidad con drogas consideradas seguras o susceptibles de uso en PCA incluyen fentanilo y más recientemente remifentanilo donde las dosis de Fentanilo consideradas como seguro y la no presencia de metabolito activo 20-50ug efecto 60 min el Remifentanilo opiáceo ideal incluso en infusión continua menor riesgo de depresión neonatal en el trabajo de parto es más eficaz y más seguro que la petidina.<sup>2,6,13</sup>

## ANALGESIA REGIONAL

La analgesia espinal y epidural son el método más eficaz de alivio del dolor del trabajo de parto sigue siendo considerado el Gold estándar en la práctica actual, con mínimos efectos depresores en la madre y en el feto esta técnica provee analgesia completa en la mayoría de pacientes siempre que la técnica haya sido correctamente utilizada de este tipo de analgesia las más utilizadas son el bloqueo epidural, el espinal y el combinado espinal-epidural.<sup>6,8,9,14,16,18</sup>

Se ha descrito varios preparativos para poder llevar a cabo esta técnica analgésica durante la labor de parto de estos destaca la historia médica y obstétrica completa de la cual tendremos especial interés en alergias y condición de paciente para poder realizarla, posibles contraindicaciones de la misma, la realización de un examen físico completo: incluido la evaluación de la vía aérea, se debe establecer el plan obstétrico que tome en cuenta el bienestar fetal, una vez tomada la decisión de analgesia regional se tiene que explicar la técnica a utilizar con sus posibles complicaciones además de preparar el equipo de emergencia y drogas a utilizar siempre asegurando un adecuado acceso venoso y monitorización durante la realización del procedimiento.<sup>2,5,7,16,18</sup>

Analgesia Epidural y Cateter para la utilización de este tipo de técnica no se requiere dilatación cervical mínima. Hay que tomar en cuenta las contraindicaciones generales tales como infecciones, coagulopatía, deformidades anatómicas en columna, negativa total de paciente a realizarse el procedimiento, las normas de preparación, verificamos aunque no es de rutina la hidratación, en relación a la posición de paciente se lo puede realizar en sedestación o decúbito lateral no hay diferencia en personal capacitado una vez realizado lo anterior descrito se procede a realizar la técnica epidural de preferencia con pérdida de resistencia que incluye solución para prueba.<sup>5,16,18</sup>

La dosis de prueba nos sirve para detectar signos tempranos de toxicidad sin llegar a producir convulsiones o paro cardiorrespiratorio se han descrito la administración de 3 cc Lidocaína 1,5% con Epinefrina o 3 cc Bupivacaina 0,25% con epinefrina lo que nos determina signos de bloqueo motor a los 4 minutos o incremento en FC >30 x min o >20% de la basal.<sup>16</sup>

Varias condiciones como evitar dosis en el momento de la contracción el inicio de administración de dosis de 5 cc hasta obtener bloqueo adecuado (T10) se lo puede realizar de la siguiente manera.<sup>17</sup> (Tabla 1)

#### Preparación Infusión Peridural Bupivacaína 0,125 % + Fentanilo 2mcg /ml

Sistema Infusión Peridural	Bupivacaína 0,125 %	Fentanilo 2mcg /ml	Solución fisiológica NaCl 0,9 %
Jeringa 20 ml	2,5 ml de Bupivacaína 0,5 %	40 mcg = 0,8 ml de Fentanilo(50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente (16,7 ml), para llevar el volumen final a 20 ml
Jeringa 60 ml	15 ml de Bupivacaína 0,5 %	120 mcg = 2,4 ml de Fentanilo (50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente (42, 6 ml), para llevar el volumen final a = 60 ml
Bomba 100 ml	25 ml de Bupivacaína 0,5 %	200 mcg = 4 ml de Fentanilo (50 mcg/ml)	por 100ml. Descartar 29 ml previo a incorporar los fármacos

Tabla adaptada por el autor

Analgesia Espinal Epidural Combinada: CSE dicha modalidad combina la administración espinal única con la técnica epidural continua la instauración de la analgesia espinal es casi inmediata con escaso bloqueo motor. Se lo ha considerado como “Epidural deambulante” las dosis generalmente usadas son bupivacaína 2,5 mg + fentanil 20 mcg, siempre probar catéter e iniciar mantenimiento de la forma expuesta anteriormente.<sup>7,8,16,18</sup>

De esto resulta The Walking Epidural o Mobile Epidural es el tipo de analgesia ideal donde la instauración y participación activa materna con mínimos efectos sobre el bebé este tipo de analgesia combinada busca una modalidad que permita libertad de movimiento dicha condición de “movilidad”; no de “deambulación”. Para lograrlo se utiliza la misma técnica epidural con la modificación de dosis. “low dosis” dando como resultado un parto sin dolor, fuera de la cama, deambulando o sentada en “pelota” obstétrica.<sup>16</sup>

La medicación administrada debe ser en bolos epidural intermitente o single shot Bupivacaina 0.0625 to 0.125% mas Fentanilo 2ug (5ml).<sup>8,14,16,18</sup> (Tabla 2)

#### Preparación Infusión Peridural Bupivacaína 0,0625 % + Fentanilo 2mcg /ml

<b>Sistema Infusión Peridural</b>	<b>Bupivacaína 0,0625 %</b>	<b>Fentanilo 2mcg /ml</b>	<b>Solución fisiológica NaCl 0,9 %</b>
Jeringa 20 ml	1,25 ml de Bupivacaína 0,5 %	40 mcg = 0,8 ml de Fentanilo (50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente (17,9 ml), para llevar el volumen final a = 20 ml
Jeringa 60 ml	7,5 ml de Bupivacaína 0,5 %	120 mcg = 2,4 ml de Fentanilo (50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente, (50, 1ml)para llevar el volumen final a = 60 ml
Bomba 100 ml	12,5 ml de Bupivacaína 0,5 %	200 mcg = 4 ml de Fentanilo (50 mcg/ml)	x 100ml. Descartar 16,5 ml previo a incorporar los fármacos
Sistema Infusión Peridural	Bupivacaína 0,0625 %	Fentanilo 2mcg /ml	Solución fisiológica NaCl 0,9 %
Jeringa 20 ml	1,25 ml de Bupivacaína 0,5 %	40 mcg = 0,8 ml de Fentanilo (50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente (17,9 ml), para llevar el volumen final a = 20 ml
Jeringa 60 ml	7,5 ml de Bupivacaína 0,5 %	120 mcg = 2,4 ml de Fentanilo (50mcg/ml)	Incorporar cantidad suficiente, (50, 1ml)para llevar el volumen final a = 60 ml
Bomba 100 ml	12,5 ml de Bupivacaína 0,5 %	200 mcg = 4 ml de Fentanilo (50 mcg/ml)	x 100ml. Descartar 16,5 ml previo a incorporar los fármacos

Tabla adaptada por el autor

Bloqueo pudendo y el Bloqueo Paracervical produce analgesia bloqueando dolor originado en segmento uterino inferior, cérvix y canal vaginal superior sin embargo el riesgo materno por absorción sistémica, inyección intravascular además de bradicardia fetal por absorción directa, son las condiciones por las que cada vez están en desuso.<sup>6,14,16</sup>

## Conclusiones

El manejo de dolor durante labor de parto requiere atención adecuada que garantice una estabilidad de la paciente con menor repercusión en el recién nacido las técnicas que utilizemos debe ser guiada al estado de la paciente por lo tanto el manejo de analgesia durante la labor debería iniciarse siempre que la paciente nos lo solicite. Las técnicas neuroaxiales siguen siendo la forma estándar de oro de proporcionar analgesia, por su alta eficacia, en atenuación de dolor y sin repercusión sobre el estado de contracción en dosis adecuadas, de estas la analgesia epidural con uso de catéter y dosis en single shot ha demostrado ser tan eficaz como infusión continua dejando de lado los efectos adversos del anestésico en dosis altas. El manejo farmacológico intravenoso puede ser una opción razonable cuando la analgesia regional este contraindicada o haya negativa de paciente, es segura, beneficia a la madre en atenuación de dolor y mejora notablemente el desarrollo del parto sin interferir en el estado de contracción, las dosis adecuadas en intervalos correctos y supervisión de especialista en necesaria. Se describe caso de tumor de ovario en niña procedente de área rural, con diagnóstico tardío y sin estudio histopatológico de tumor maligno de ovario derecho con metástasis pulmonar debido a la tardanza en recibir asistencia médica especializada por recibir tratamiento natural por espacio de varias semanas lo que impidió el diagnóstico y tratamiento especializado de modo oportuno. Para evitar lo sucedido se debe incrementar la vigilancia clínico-epidemiológica en las áreas rurales.

## Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

## Financiación

Autofinanciado.

## Agradecimientos



Ninguno declarado por los autores.

## Referencias

1. Chen K, Lu Z, Xin YC, Cai Y, Chen Y, Pan SM. Alpha-2 agonists for long-term sedation during mechanical ventilation in critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 6;1:CD010269.
2. Gomezese OF, Ribero BE. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2017 Apr 1;45(2):132–5.
3. Nauta M, Landsmeer MLA, Koren G. Codeine-acetaminophen versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of post-abdominal surgery pain: a systematic review of randomized trials. *Am J Surg*. 2009 Aug;198(2):256–61.
4. pubmeddev. delivery analgesia current methods - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Oct 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
5. Budden A, Chen LJY, Henry A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 9;(10):CD009701.
6. Cheng YW, Caughey AB. Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017 Dec;44(4):547–66.
7. Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, et al. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clin Ther*. 2009;31 Suppl 2:S152-167.
8. Myers J, Chan V, Jarvis V, Walker-Dilks C. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2010 Feb;18(2):137–49.
9. Smyth C, Ahmadzai N, Wentzell J, Pardoe A, Tse A, Nguyen T, et al. Intrathecal Analgesia for Chronic Refractory Pain: Current and Future Prospects. *Drugs*. 2015 Nov;75(17):1957–80.
10. de Paula E, Cereda CMS, Fraceto LF, de Araújo DR, Franz-Montan M, Tofoli GR, et al. Micro and nanosystems for delivering local anesthetics. *Expert Opin Drug Deliv*. 2012 Dec;9(12):1505–24.
11. Mercadante S, Porzio G, Gebbia V. New opioids. *J Clin Oncol*. 2014 Jun 1;32(16):1671–6.
12. Kelly A, Tran Q. The Optimal Pain Management Approach for a Laboring Patient: A Review of Current Literature. *Cureus [Internet]*. [cited 2018 Aug 14];9(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467776/>
13. Hinova A, Fernando R. Systemic remifentanil for labor analgesia. *Anesth Analg*. 2009 Dec;109(6):1925–9.