

Historia de la anestesia gineco-obstétrica en México

Acad. Dr. G Manuel Marrón-Peña*

* Academia Mexicana de Cirugía. Colegio Mexicano de Anestesiología, Fundador y ex presidente de la Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia, A.C. (SMAGO).

Solicitud de sobretiros:

Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.
Nueva York No. 32 despacho 803, Col. Nápoles,
Delegación Benito Juárez, CP 03810,
Tel/fax: 5669-1457 y 5669-1659.
E-mail: comeexane@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 19-03-13.

Aceptado para publicación: 21-07-13.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

INTRODUCCIÓN

Escribir acerca de la anestesia y la analgesia en gineco-obstetricia significa remontarnos a la historia de la terapia analgésica y al inicio de la anestesiología misma⁽¹⁾, a una época que data desde hace unos 3,800 años, romántica muchas veces y en ocasiones cruel, como lo atestiguan pasajes bíblicos y mitológicos que propiciaron la validación de sentencias como: «Mujer, parirás con dolor» citada en el Génesis 3:16⁽²⁾, pero que además es muy rica en datos curiosos, como los recogidos siglos más tarde en los oráculos y en la Edad Media acerca de los brebajes que se administraban a la mujer para abolir este flagelo humano, hasta llegar a importantes descubrimientos acontecidos en los siglos XIX y XX permitiendo su desarrollo actual.

Antes de Cristo, la anestesia como tal no existía y menos la dedicada a quitar el dolor del parto, principalmente porque las mujeres no figuraban en ningún sentido dentro de las escalas jerárquicas en los países asiáticos, europeos, africanos y americanos y también porque no había anestésicos; eran las propias mujeres las que trataban de ayudar a sus pares en esos duros momentos de su existencia, sabiendo que por el dolor y las complicaciones del parto corrían el riesgo de

morir o de sufrir en demasía, algo que a los hombres parecía no importar, aunque lo que realmente sucedía es que ante su gran preocupación, mejor se alejaban o no se metían en el problema, principalmente porque no sabían qué hacer. Por otro lado, en el mundo oriental y occidental durante los primeros quince siglos después de Cristo, las cosas no parecen cambiar demasiado, ya que tampoco había una atención médica directa a las embarazadas; eran las comadronas quienes se ocupaban de ellas y de los recién nacidos.

En la América precolombina, por ejemplo en Perú, se tenía conocimiento del efecto analgésico y reconfortante que producía el masticar las hojas de la coca; la cual en el siglo XVI fue exportada a Europa y ni aquí, ni en su lugar de origen sus propiedades anestésicas fueron usadas durante el parto. En México se conocían los efectos soporíferos y alucinógenos de algunos hongos, del peyote y del zoapatle; sin embargo, su uso en las embarazadas al igual que el de la coca de los incas se pierde en la noche de la historia, ya que no hay datos para pensar que los antiguos pobladores mesoamericanos, particularmente los mexicanos, los utilizaran con fines analgésicos en las parturientas⁽³⁾, aunque según Ocaranza⁽⁴⁾ y Soustelle⁽⁵⁾ existían deidades como Cihuacóatl, la primera mujer que parió y Xochiquetzal, diosa de las embarazadas, Centéotl, diosa de

la tierra y las medicinas, así como Xoaltecuhtli, el dios del sueño, a quienes se hacían grandes ceremonias para poner a las gestantes en manos de las mujeres viejas y sabias que sabían acerca del parto. Se conocía al Cocomecatli «para sanar los dolores de los empeines y a las paridas en sus dolores». Los dos autores citados describen que en esos tiempos se hacían embriotomías con feto muerto y versiones por maniobras externas, procedimientos ambos casi imposibles de realizar sin los efectos de algún método de analgesia, lo cual es también imposible de comprobar ante la ausencia de escritos o imágenes que lo confirmen.

En Europa, se ponía una botella de licor al lado de la cama de la mujer en trabajo de parto para que lo tomara libremente de acuerdo a la intensidad del dolor⁽³⁾. En este continente, la Edad Media (siglos V al XV d.C.) se caracterizó por un profundo oscurantismo de más de nueve siglos de duración como consecuencia de una serie de obstáculos, casi la mayoría de ellos por fanatismos mal encauzados o por la ignorancia propia de aquellos tiempos, que enjuiciaba e incluso quemaba vivos a quienes intentaban quitar el dolor de las parturientas tal y como le sucedió a Enfame Macalyne, quien en Edimburgo trataba de evitar con soporíferos los espasmos del trabajo de parto de las embarazadas, por lo que se le condenó a la hoguera en 1591⁽³⁾. Es hasta que Zarubabel Endecott médico, en Salem, Mass., en 1659, quien se atreve a sugerir una prescripción para aliviar el dolor del parto, pero no se conocen ni los resultados ni el tipo de medicamentos que empleaba⁽³⁾. Posteriormente, ya en el siglo XVIII se da la más importante transición en el cuidado de las parturientas, porque en Edimburgo, en 1726, los médicos deciden tomar el papel que les corresponde para ocuparse de la atención del parto y del dolor que le acompaña e invaden el terreno ocupado tradicionalmente por las comadronas. Potter Miller, en 1804, en Filadelfia escribe una tesis llamada «Medios para aliviar el dolor del parto», en ella propone el uso de eméticos, ayuno y ejercicios vigorosos como distractores del mismo, además de flebotomía de 400 a 800 mL para reducir el sangrado del alumbramiento, revelando con ello aún la gran ignorancia que había alrededor de la embarazada, el parto, el recién nacido y la anestesia⁽³⁾.

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX ya se habían descubierto los primeros agentes anestésicos inhalatorios y locales⁽⁶⁾, se había sugerido casi desde su invención el uso de todos ellos para quitar el dolor y para anestesia en el ser humano; sin embargo, nunca se habían puesto en práctica con tales fines y menos aun en la práctica de la gineco-obstetricia.

Hasta aquí queda claro que mundialmente existió preocupación por quitar el dolor, tanto el quirúrgico como el del parto, se había intentado mitigarlo con alcohol, derivados opioides, «hashish», hongos alucinógenos, isquemia por congelación o torniquete e inconciencia por traumatismo en la cabeza o por estrangulación (Cuadro I); sin embargo,

no se sabía hacerlo en forma científica y, humanísticamente hablando, no se le había dado a la mujer la importancia que tiene en el mundo actual y en donde la OMS cita que uno de los parámetros principales para conocer y calificar el grado de desarrollo que una nación tiene, radica ciertamente, en la atención que en materia de salud general y obstétrica se les brinda a las mujeres y a los niños de ese país.

Se sabe muy bien que el desarrollo de la cirugía general y de la gineco-obstetricia como especialidades, se ha debido a varios hechos y entre ellos destacan tres fundamentales.

El primero y tal vez el más importante de todos, es el descubrimiento y evolución de la anestesiología, le siguen el empleo en forma rutinaria de la antisepsia y luego la transfusión sanguínea. La satisfactoria evolución de la cirugía, desde luego también ha tenido que ver con el ingenio y habilidad del cirujano para concebir, efectuar, evaluar y modificar las distintas técnicas quirúrgicas, casi al unísono con la innovación y aplicación de los distintos materiales de sutura e instrumental quirúrgico que la tecnología ha creado para su utilización en el ser humano. Lo anterior engloba a los factores más importantes para que la cirugía ocupe el privilegiado lugar que hoy en día tiene.

LA ANESTESIA MODERNA

Es evidente que la anestesiología, como ciencia de la medicina, ha demostrado su gran valía y su importancia desde su inicio, tomado éste a partir de la aplicación del éter por Morton, en 1846; esta rama médica comparada con una cirugía llena de limitaciones y que se caracterizó por siglos de empirismo y dolor, ha tenido un desarrollo extraordinario basado en el esfuerzo e inteligencia de hombres también extraordinarios, por ello y en reconocimiento a ellos, el presente artículo describe cuáles son los principales hechos históricos que han permitido al médico anestesiólogo llegar hasta la anestesia gineco-obstétrica moderna. A continuación se citarán algunos sucesos memorables, particularmente aquellos realizados por los médicos anestesiólogos mexicanos del pasado y del presente, quienes han hecho importantes aportaciones para que la práctica de la anestesia gineco-obstétrica sea cada vez más segura.

La descripción de este apartado se hará a partir de una serie de acontecimientos históricos seleccionados cronológicamente desde el descubrimiento de la anestesia y hasta la época actual (1842-2013).

Anestesia inhalatoria

Entre 1842 y 1846 se dan los acontecimientos que propiciaron el descubrimiento de la anestesia⁽⁷⁾. Crawford Long utilizó el éter con fines anestésicos desde 1842, pero nunca quiso publicar sus experiencias. En 1844 el dentista Horace Wells se hace sacar un diente por un colega bajo los efectos del óxido

Cuadro I. Desarrollo de la terapia analgésica.

Lugar	Año	Terapéutica
Babilonia	2250 a.C.	Hierbas medicinales
Papiro de Eber	1550 a.C.	Hierbas medicinales
China	3000-1500 a.C.	Acupuntura, masajes, dietas
Egipto, Grecia y Roma	800 a.C.	Combinación de las técnicas anteriores
Autor	Año	Suceso o descubrimiento
Sertunes	1806	Morfina
Sertunes	1832	Codeína
Wells	1844	Óxido nitroso
Morton	1846	Éter
Simpson	1847	Éter en obstetricia
Pravas	1851	Jeringa
Snow	1853	Cloroformo en obstetricia
Wood	1853	Perfeccionamiento de la jeringa
Rynd	1853	Aguja hipodérmica
Cornig	1885	Analgesia peridural c/cocaína
Quinkle	1891	Bloqueos diagnósticos y terapéuticos
Bier	1892	Primera raquianestesia
Schlosser	1900	Alcoholización de nervios
Catheline y Sicard	1901	Bloqueo peridural caudal
Sicard, Stoeckel	1909	Bloqueo peridural caudal en obstetricia
Lowen	1910	Bloqueo peridural caudal en cirugía
Pages	1921	Pérdida de resistencia (localización del espacio epidural; aire)
Dogliotti	1931	Pérdida de resistencia (localización del espacio epidural; agua)
Gutiérrez	1932	Gota suspendida (localización del espacio epidural)
Logfren	1943	Descubre la lidocaína
Ekstam	1957	Descubre la bupivacaína
Snyder	1973	Describe la endorfina y la existencia de receptores morfínicos

Marrón Rev Mex Anest. 1993;16:31-37.

nitroso sin dolor alguno. El 16 de octubre de 1846 en el mismo lugar, es decir, en el Hospital General de Massachusetts, otro dentista, William TG Morton, de Boston, socio de Wells redescubre el éter dietílico y aporta al mundo la anestesia. A partir de octubre de 1846 todo descubrimiento en ella se intentó aplicar a la obstetricia, por eso tan sólo unos meses después, el 19 de enero de 1847, Sir James Young Simpson, en la Universidad de Glasgow, fue el primero en aplicar anestesia con éter a una paciente, para realizarle una versión por maniobras internas de un feto muerto que estaba en posición pélvica⁽⁷⁾. Posteriormente preconiza el uso del cloroformo y reporta 30 casos a la comunidad médica de Edimburgo en noviembre de ese año, desatando grandes críticas de los escoceses calvinistas que lo difamaron como hereje y blasfemo, aludiendo al citado Génesis 3:16 de la Biblia⁽²⁾.

Simpson, estudioso de las Sagradas Escrituras, citó en su defensa al Génesis 2:21 que dice: «Y el señor Dios hizo caer un profundo sueño sobre Adán y él se durmió, y tomó una de sus

costillas y cerró la carne». Simpson después añadió «Lo que el mismo Dios hizo no puede ser pecado. Aunque admitiéramos que la mujer fue como resultado del pecado original, sentenciada a las miserias del dolor físico puro y de la agonía del parto, por lo menos, ciertamente, bajo la dispensa cristiana, la necesidad moral de padecer tales angustias ha cesado y terminado»⁽⁷⁾. Unos años después, en 1853, John Snow es el primer médico dedicado por completo a la anestesiología, y anestesia con cloroformo a la reina Victoria de Inglaterra para asistirle en el nacimiento de su octavo hijo, el príncipe Leopoldo, ayudando con ello a vencer la resistencia imperante al uso de anestésicos durante el parto, por eso se puede asegurar que el cloroformo es la piedra angular sobre la que se apoya el inicio racional y científico de la anestesia en gineco-obstetricia⁽⁷⁾. En México, se piensa que Pablo Martínez del Río fue el primero en administrarlo en obstetricia, como lo demuestra su trabajo publicado en la Gaceta Médica de México de 1878 acerca de «La anestesia en la práctica obstétrica»⁽⁸⁾. Sin embargo, cabe

mencionar que la primera anestesia inhalatoria en un conflicto bélico fue con éter sulfúrico y fue administrada por Edgar H. Barton, en nuestro país, en la primavera (marzo-abril) de 1847 durante la Guerra México-Norteamericana y no por John B. Porter, ni en la Guerra de Crimea, ni con cloroformo como se creía previamente, además durante esta conflagración del continente americano, se sabe que los médicos mexicanos conocieron el éter sólo unos meses después de su aplicación por Morton⁽⁹⁾. Asimismo, se sabe que el éter en la República Mexicana inició su uso el día 4 de junio de 1847 en la ciudad de Mérida, Yucatán⁽¹⁰⁾ y el primer médico mexicano en usarlo fue el doctor José Matilde Sansores y no el doctor Martínez del Río, quien lo empleó, posiblemente a fines de 1848 o principios de 1849, es decir, 30 años antes de su publicación. El doctor Ramón Alfaro y González de Cosío fue el primero en usar cloroformo en México al menos 25 años antes que los médicos Martínez del Río, Ayala Ríos, José Ma. Bandera, Lavista y otros. El doctor Alfaro comunicó a sus colegas los resultados de su experiencia con este anestésico el 31 de diciembre de 1851 en el seno de la Sociedad Médica de México, mismos que publicaría a principios de 1852 en el periódico de la Academia de Medicina de México. Estos nuevos datos nos permiten concluir que el doctor Alfaro es el fundador de la anestesia clorofórmica en México y no el doctor Martínez del Río como se creía⁽¹¹⁾.

El doctor José María Bandera acompañó al doctor Rafael Lavista y anestesió en numerosas intervenciones quirúrgicas a sus pacientes, entre otras administró junto con él la anestesia para la primera histerectomía abdominal realizada en el año de 1878 en la ciudad de México. El doctor Antonio Ayala Ríos empezó a aplicar el cloroformo y el éter en Guadalajara, en el año de 1887. Por esos mismos años, dos médicos de origen extranjero, Arton y Legaret, hicieron lo propio en San Luis Potosí⁽¹²⁾.

Hoy en día no se concibe una anestesia general de ginecología y obstetricia sin intubación endotraqueal, la primera de ellas en México la realizó Martín Maquivar Amelio^(12,13).

Cabe mencionar que una etapa de más de 40 años y muy importante en la anestesia obstétrica de México, la marcó el uso del ciclopropano que se usó por primera vez en 1935, aunque tuvo que ser retirado por su peligrosa explosividad^(12,14). Hay anécdotas heroicas como la del doctor Humberto Cordero Cervantes, quien arriesgando su propia vida en el Hospital General sacó de los quirófanos de obstetricia un tanque de este gas y que por defectos de la válvula, se estaba escapando al exterior con el peligro inminente de una explosión; lo cargó y lo llevó a lugar seguro en donde no había personas, cerciorándose de que terminó de vaciarse en ese sitio y que ya no existía riesgo alguno para nadie⁽¹⁵⁾.

Dos inventos son cruciales para el avance médico-quirúrgico: 1. La jeringa inventada por Charles Gabriel Pravaz en 1851 y perfeccionada por Alexander Wood en 1853 y 2. La

aguja hipodérmica metálica que inventó en ese mismo año F. Rynd⁽⁶⁾. Ambos inventos propiciaron el nacimiento de la anestesia regional (peridural, subaracnoidea, combinada, local y mixta) y de la anestesia endovenosa, desde luego junto con el advenimiento de los anestésicos locales y de los anestésicos parenterales (Cuadro I). Además, estos dos descubrimientos dieron la pauta para la administración de líquidos cristaloides y coloides, así como para la transfusión sanguínea por la vía intravenosa en la restitución de las pérdidas perioperatorias.

Anestesia regional

August Bier descubre la raquianestesia con cocaína para la cirugía general en 1898 y también describe la cefalea post punción dural, ya que la padeció en su persona. En México es aplicada esta técnica por primera vez en la ciudad de Oaxaca por Ramón Pardo⁽¹⁶⁾, en 1900. La raquianestesia es usada con éxito por Pitkin⁽³⁾ para cesárea desde 1928 y su empleo principalmente en EUA y en el mundo, incluido nuestro país, para la cirugía ginecológica y obstétrica fue muy amplio durante más de tres décadas.

El año de 1901 parece ser el indicado para marcar el inicio de la anestesia de conducción en obstetricia y, en Francia Cathelin y Sicard describen el bloqueo peridural por la vía caudal, luego Stoeckel y Lowen (1909) usan este método con éxito en el parto, al grado que su aplicación usando anestésicos locales más seguros permanece vigente⁽³⁻⁶⁾.

El bloqueo peridural por la vía lumbar (Cuadro I)⁽⁶⁾ es propuesto en 1920 por Fidel Pages, de España. En 1927 Cleland describe las vías del dolor del parto y su trabajo permite sentar las bases para la aplicación lógica y precisa de los anestésicos locales en los bloqueos peridurales e inhibir el dolor del trabajo de parto a nivel de L1, T12, T11 y T10. Posteriormente en 1928 Abural, de Rumania, informa de la utilización del bloqueo peridural lumbar en las embarazadas. En 1931, Dogliotti, de Italia presenta sus experiencias en la localización del espacio peridural con el método de «Pérdida de la resistencia con agua» y en 1932 Alberto Gutiérrez, en Argentina, promueve el método de «La gota suspendida» con el mismo propósito⁽⁶⁾. Graftagnino en EUA reporta modificaciones a la técnica y su aplicación en obstetricia, en 1935⁽⁶⁾.

Actualmente se combina el bloqueo espinal con el bloqueo peridural para histerectomía, en lo que se conoce como anestesia regional combinada con aguja a través de la aguja, inicialmente puesta en práctica por la doctora Quintero, del Hospital General de México, pero no publicado⁽¹⁵⁾.

Estos informes, aunados a la aparición de anestésicos locales como la procaína (1905), la lidocaína (1948), la bupivacaína (1957), la levobupivacaína y la ropivacaína junto con el descubrimiento de Sykes de los receptores opiáceos en la médula espinal, en 1973⁽⁶⁾, han permitido su administración más segura por las vías peridural y subaracnoidea.

En México, el bloqueo peridural lumbar en obstetricia tuvo como antecedente principal la aplicación subaracnoidea de anestésicos locales tipo cocaína y luego procaína, así como tetracaína con resultados satisfactorios durante las décadas de los años treinta y hasta los cincuenta del siglo XX, también en esa época apareció la aplicación endovenosa de meperidina (50 a 100 mg) más prometazina (50 mg) y promazina (25 mg) en lo que se conoció como coctel lítico. Ambas técnicas: la regional y la IV las efectuaba el mismo cirujano gineco-obstetra, la segunda de ellas prevaleció hasta finales de los años setenta, porque produce amnesia y sedación profunda, muy útiles para los intereses del cirujano, desechándose finalmente por las severas complicaciones que causaba en el producto (depresión respiratoria, hipotonía, retardo en la succión etc.)

Hacia 1938, el doctor Isidro Espinosa de los Reyes usó el bloqueo peridural caudal con catéter, incluso antes que lo describiera Hingson⁽¹⁷⁾, siguiéndole otros como J. Rábago, y Mateos Fournier al inicio de los años cuarenta⁽³⁾. Hacia 1945 en la Prensa Médica Mexicana aparece publicado el trabajo de la doctora Irene Talamas V «Técnica del doctor Fernández Fierro para la anestesia caudal»⁽¹⁸⁾; más adelante y ya entre 1956 y 1960 lo aplicarían en la Maternidad 1 del IMSS Vicente García Olivera, Fernando Rodríguez de la Fuente, Carlos Martínez Reding y Vasconcelos Palacios, quienes además usaron otras técnicas de anestesia regional incluidas el bloqueo subaracnoideo, el bloqueo peridural lumbar, el bloqueo peridural lumbar con doble punción en diferentes espacios y doble catéter, uno cefálico y el otro dirigido caudalmente para cubrir con analgesia la primera y segunda etapas del trabajo de parto, respectivamente y hasta nivel de T6-T4 para realizar la operación cesárea. Después de 1961 Rodríguez de la Fuente logra en el Hospital de Ginecología y Obstetricia 2 del IMSS implantar la técnica de bloqueo peridural lumbar con catéter cefálico y ya para 1963 sustituye al bloqueo subaracnoideo y al bloqueo caudal, por el peligro de hipotensión arterial severa con el primero y por la contaminación del catéter con materia fecal de la parturienta con el segundo. En esos años se aplicaban de 20 a 25 bloqueos peridurales lumbares diariamente, extendiéndose rápidamente esta práctica a los otros hospitales de la institución y luego a los de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como a los privados, principalmente al Sanatorio Español y al Hospital Francés. En esos años es donde Benjamín Bandera, Vasconcelos Palacios, Martínez Osorio, Pérez Tamayo, Alcaráz Guadarrama y muchos otros juegan un papel fundamental en la difusión y empleo de estas técnicas por todo el país^(15,18-21), al grado de que en los años setenta y hasta la actualidad las técnicas neuroaxiales se usan hasta en el 90 y 95% de las pacientes gineco-obstétricas que requieren anestesia, llegando a usarse hasta en más de 20,000 procedimientos al año en el Hospital de Gineco-Obstetricia 4 del IMSS de la ciudad de México por sólo citar alguno.

Usubiaga, en 1977, publica la experiencia mundial de 10 años sobre las principales complicaciones neurológicas de la anestesia peridural y subaracnoidea, concluyendo que las de tipo mayor se presentan uno por cada 11,000 bloqueos aplicados, sienta las bases para su prevención y tratamiento, así como los fundamentos científicos para su continua utilización, principalmente en la obstetricia^(6,22). En este sentido, en las Clínicas Mexicanas de Anestesiología del Colegio Mexicano de Anestesiología se publicó en 2008 «Los eventos adversos de la anestesia neuroaxial». En ella se muestra que las complicaciones han disminuido a uno por cada 20,000 anestésias y que la seguridad anestésica es mayor y una preocupación constante⁽²³⁾.

Anestesia endovenosa

La anestesia endovenosa también fue posible realizarla después del descubrimiento de la jeringa y la aguja. El «Sueño crepuscular» a base de morfina más escopolamina intravenosa para el dolor de parto se preconiza al igual que los barbitúricos. Crile, en 1911, propone administrar dosis pequeñas de varias drogas para evitar sus efectos secundarios, creando así un método llamado «Anosiasociación», precursor del actual concepto de Anestesia Balanceada generado por Lundy en 1926^(6,12).

Bennet aplica por primera vez curare como relajante muscular, en 1938 y H. Griffith lo introduce en la clínica anestésica, después seguirían la succinilcolina y los modernos mioresolutivos imprescindibles en toda cirugía que requiera intubación traqueal y relajación muscular transoperatoria⁽⁶⁾. La doctora Virginia Apgar es una anestesióloga que en 1950 describió un método aún en uso para calificar al recién nacido después del nacimiento por vía vaginal o por cesárea, con el cual se terminó la discusión acerca de si la anestesia produce o no depresión fetal; hoy se sabe con fundamentos que todas las técnicas anestésicas la ocasionan, aunque las de tipo regional son las menos depresoras. Estos hechos hicieron que la reanimación del producto fuera encomendada inicialmente al anestesiólogo, y que posteriormente la presencia del pediatra neonatólogo se hiciera obligatoria en los hospitales obstétricos para este fin⁽⁶⁾.

En 1952 Laborit descubre y preconiza el coctel lítico ya mencionado, muy usado hasta finales de los años 70 en nuestro país y actualmente prácticamente olvidado. Este método es a su vez precursor de la neuroleptoanalgésia en 1959 que fue propuesta por De Castro y Mundeller. En 1963 Corssen y Domino introducen el uso de la ketamina y la anestesia disociativa; ambas técnicas también tuvieron su auge en la práctica obstétrica mexicana inicialmente por Alcaráz Guadarrama y Herrera Barroso, en el Hospital General de México⁽¹⁵⁾. En las siguientes décadas, y hasta la actualidad estos fármacos, los nuevos inductores y los nuevos narcóticos, así como los adyuvantes hacen que la anestesia endovenosa obstétrica sea muy segura en los nosocomios públicos y privados de todo el país.

Las técnicas de anestesia inhalatoria, regional y endovenosa fueron seguidas y practicadas por los médicos mexicanos de acuerdo a lo publicado en el extranjero, sin mucho retraso en el tiempo ni en el uso de los fármacos. Hay publicaciones de López Hermosa, J. Andrade, Medellín y Sánchez, Prado Vértiz, Zamudio, Espinosa de los Reyes y muchos otros que así lo demuestran, ya que se preocuparon por difundir sus experiencias en el campo de la anestesia y la analgesia obstétrica.

En las décadas de 1950 a 1975 se construyen en el país verdaderas instituciones asistenciales, de seguridad social y privadas para la práctica exclusiva de esta especialidad en servicios de atención continua las 24 horas, favoreciéndose la atención materno-infantil y la práctica de la anestesiología^(1,3,6). En este período es cuando anestesiólogos como Benjamín Bandera, García Olivera, Martínez Osorio, Suárez Muñoz Ledo, Sánchez Hernández, Rodríguez de la Fuente, Vasconcelos Palacios, Pérez Tamayo, Manzo Carballo, Reyes Tayabas, Herrera Parra, García Carrizosa, Alcaráz Guadarrama, Martínez Reding, Souza Riley, por sólo citar a algunos, publican en la *Revista Mexicana de Anestesiología* desde 1952 (año de su fundación) artículos sobre el tema, pero además, en los hospitales para la atención de las mujeres de nuestro país logran instituir y aportan conceptos acerca de los cambios que produce el embarazo en la mujer mexicana en los diferentes aparatos y sistemas y como éstos son afectados por las drogas anestésicas. Instituyen la valoración preanestésica en la paciente gineco-obstétrica. Se ponderan las técnicas de bloqueo de conducción, hoy conocidas como anestesia/analgesia neuroaxial para el trabajo de parto y la cesárea, inicialmente refieren el bloqueo peridural caudal y luego el peridural lumbar, desplazando a la raquianestesia en estas pacientes a un segundo término. Se conoce mejor la fisiopatología de las pacientes con preeclampsia-eclampsia, preconizándose su manejo como de alto riesgo, con necesidad de cuidados intensivos en salas de terapia. Se conoce mejor el choque hipovolémico por hemorragia y se racionaliza el uso de la transfusión sanguínea. El choque séptico por infección puerperal se maneja con antibióticos de alto espectro, con corticoides y drogas vasoactivas. Se integran los servicios de recuperación, de terapia intermedia y de cuidados intensivos gineco-obstétricos. Se hace obligatoria la monitorización de los sistemas orgánicos vitales antes, durante y después de la anestesia con la tecnología de punta con que contaban. Se logra el control casi absoluto del dolor perioperatorio, dejando de ser un flagelo; se conocen sus vías fisiológicas y el cómo bloquearlas casi a voluntad con los distintos métodos de administración de fármacos aplicados por los anestesiólogos. Se dan las guías para el manejo anestésico de pacientes obstétricas de alto riesgo⁽²⁴⁾ cardiopatas, neurópatas, neumópatas, nefrópatas, con trastornos de la coagulación, con obesidad mórbida, colagenopatías, portadoras de síndromes raros, etc. Destaca la introducción de narcóticos al espacio peridural y

subaracnoideo para el manejo del dolor⁽²⁵⁾, así como el uso racional de los coloides y cristaloides endovenosos para el cuidado hemodinámico de las pacientes. Se retiran agentes anestésicos peligrosos para la paciente como el ciclopropano por su explosividad, así como el propanidid y el alfatesin por sus propiedades anafilácticas. Se introducen nuevos anestésicos locales, endovenosos e inhalatorios a la práctica obstétrica más seguros para la madre y el producto. Se establece la enseñanza y la rotación obligatoria a estos hospitales por residentes de anestesiología. La investigación y las publicaciones se incrementan y se vuelven de más calidad científica⁽²⁶⁾.

La primera mitad de los años 70 es prolífica, se manifiesta por la inquietud de los anesthesiólogos mexicanos por acrecentar sus conocimientos, se agrega un año más de subespecialización a los dos años de estudios de especialización, una de las sedes fue el Hospital de Gineco-Obstetricia 1 del IMSS, en donde su profesor titular fue el doctor Guillermo Vasconcelos Palacios, contando con el aval de la UNAM y es uno de los antecedentes más importantes para la integración de los capítulos de subespecialidades anestesiológicas del Colegio Mexicano de Anestesiología y posteriormente para la constitución de la actual Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia (SMAGO), además es de los pioneros del programa de residencia en anestesiología de tres años de duración^(26,27).

De 1980 a la actualidad la seguridad anestésica es la máxima preocupación, los comités de morbimortalidad, de infecciones hospitalarias, etc., funcionan estrictamente, al grado que en instituciones como las mencionadas la mortalidad materna es prácticamente nula, reportándose cifras por causa anestésica menores a cinco por 10,000 nacidos vivos,²⁸ muy similares a las de los países desarrollados, permitiéndose con todo lo anterior avances insospechados como son: la introducción y consolidación de la cirugía laparoscópica diagnóstica y terapéutica, para oclusión tubárica bilateral, cirugía de esterilidad, miomectomía, histerectomía y técnicas de reproducción asistida, la práctica de la cirugía fetal intrauterina, la monitorización de los sistemas orgánicos vitales durante y después de la anestesia con la tecnología de punta con que actualmente se cuenta y que es casi la ideal. El control casi absoluto del dolor pre, trans y postoperatorio, se conocen sus vías fisiológicas y el cómo bloquearlas casi a voluntad por distintos métodos de administración de fármacos, aplicados la mayoría de las veces por los anestesiólogos. La aparición de substitutos de la sangre con funciones iguales, pero sin sus reacciones adversas y se incorporan nuevas soluciones coloides y cristaloides para el mejor manejo del shock hemorrágico en la embarazada. La introducción de nuevos antibióticos para la prevención y tratamiento de las infecciones puerperales. Más utilización de la analgesia preventiva y anticipatoria usando analgésicos parenterales e infiltración con anestésicos locales en lo que será la herida quirúrgica antes de hacer la incisión. Mejor control de las náuseas y vómito, así como

del dolor postoperatorio en salas de recuperación e incluso en clínicas del dolor agudo intrahospitalarias en donde se manejen técnicas antiálgicas de administración de fármacos peridural, parenteral, transdérmica, oral, mucosa. Técnicas acupunturales y eléctrica transcutánea, parto psicoprofiláctico. Realización de un mayor número de cirugías ambulatorias y de corta estancia hospitalaria para obtener relaciones costo-beneficio más favorables y aprovechar mejor las camas de hospital disponibles. Más educación continua y capacitación de médicos anestesiólogos y gineco-obstetras en cursos de posgrado de tipo diplomado después de la especialización, todo ello gracias a los colegios de anestesiología del país, entre los que destaca el Colegio Mexicano de Anestesiología y la SMAGO⁽²⁷⁾, que se fundó en agosto de 1995, tiene 17 años de

existencia realizando diplomados, cursos de actualización y otras actividades de educación médica continua, para ayuda de las pacientes y sus recién nacidos gracias a los conocimientos que obtienen los anestesiólogos.

En conclusión: social, económica y políticamente la mujer tiene el reconocimiento al que siempre fue merecedora; el embarazo, el recién nacido y las patologías que la aquejan en la esfera urogenital son el centro de atención de los médicos, permitiendo que la cirugía ginecológica y obstétrica sea cada vez más atrevida y también más intervencionista debido a la medicina perioperatoria que se practica y en donde la anestesia es el principal factor para ello, permitiendo el beneficio y seguridad que con ello obtienen las pacientes.

REFERENCIAS

1. Marrón PM. Impacto de la anestesia en la gineco-obstetricia. PAC Anestesia 2. Libro 10. Ed. Intersistemas. 2001;1:9-16.
2. La Santa Biblia. Génesis 3:16. Selecciones del Reader's Digest. Iberia S.A. 7a. ed. 1982:9.
3. Sandoval CA. Anestesia obstétrica. Evolución histórica. En: Gandería JA, Ayala FS. Edición Homenaje al "Dr. Guillermo Vasconcelos Palacios". Anestesia Obstétrica y Perinatología. Temas Selectos. México 1978;7-21.
4. Ocaranza F. Historia de la medicina en México. Draeger. París, Francia. Laboratorios Midy. México; 1934.
5. Soustelle J. La vida cotidiana de los aztecas. Fondo de Cultura Económica. México; 1956:10-19.
6. Aldrete JA. Historia de la anestesiología. Texto de Anestesiología Teórico-Práctica. Salvat Mexicana de Ediciones. México; 1986;3-23.
7. Caton D. The History of Obstetric Anesthesia. In: Chestnut HD. Obstetrics and Practice. Mosby. 1994;1:3-13.
8. Martínez del Río P. La anestesia en la práctica de la obstetricia. Gac Méd Méx; 1878;13:15-18.
9. Marrón PM, Aldrete JA, Wright AJ. La primera administración de anestesia en un conflicto bélico. Rev Mex Anest. 1985;8:155-9.
10. Saenz LC. ¿Es la primera anestesia por inhalación administrada en Yucatán, la primera en la República Mexicana? Rev Mex Anest. 1985;8:151-154.
11. Sánchez M. El Dr. Ramón Alfaro y la anestesia clorofórmica en México. Gac Méd Méx. 2007;143(6):525-29.
12. Bandera B. Historia de la Anestesiología en México: Evolución y desarrollo futuro. Rev Mex Anest. 1960;9:83-94.
13. Maquivar AM, Terrazas J. Diecinueve casos de anestesia con respiración controlada. Sus posibilidades en la anestesia de tórax. Memoria del Primer Congreso de tuberculosis y silicosis; 1949.
14. Vasconcelos PG. Datos históricos y evolución de los diversos procedimientos empleados en anestesia obstétrica. En: Canto SL. Anestesia obstétrica. El Manual Moderno. XXIII-XXX. 2001.
15. Mille LE. 100 años de Historia del Hospital General de México. Rev Mex Anest 2005;28 (Supl. 1):S206-S210.
16. De Ávila CA. La primera anestesia espinal en México. Rev Mex Anest 1960;51:317-328.
17. Hingson RA, Hellman LM. Anesthesia for obstetrics. J.B. Lippincot, Co., Philadelphia-Montreal; 1956.
18. García OV. La evolución de la anestesia caudal. Boletín Informativo. Fed Soc Anest Rep Mex. 1972;1.
19. Bandera CB, Vasconcelos PG y cols. La anestesia en la operación cesárea. Rev Mex Anest. 1957;6:37.
20. Vasconcelos PG. Consideraciones sobre anestesia en Obstetricia. Rev Mex Anest. 1958;8:38.
21. Martínez RC, Martínez OS, Vasconcelos PG, Rodríguez de la Fuente F. Bloqueo peridural en cirugía obstétrica. Rev Mex Anest. 1962;11:58.
22. Usubiaga JE. Neurological complications following epidural anesthesia. Little Brown and Co. Inc., Boston; 1975.
23. Carrillo ER, Marrón PM. Clínicas Mexicanas de Anestesiología del Colegio Mexicano de Anestesiología. Eventos adversos de la anestesia neuroaxial. Ed. Alfíl. 2008;8.
24. Marrón PM. Anestesia para pacientes obstétricas de alto riesgo. En: Fiorelli-Alfaro. Complicaciones Médicas del Embarazo. McGraw Hill Interamericana; 2004.
25. Marrón PM, Cañas HJ. Narcóticos epidurales en anestesia obstétrica. Rev Mex Anest. 1993;16:31-37.
26. Marrón PM, Jaramillo MJ. Enseñanza de la Anestesiología. Algunos datos históricos. Rev Mex Anest. 1999;3:210-217.
27. Nuche CE, Marrón PM, Rivera FJ. Historia de la Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia A.C. Boletín de la SMAGO. 2006;1.
28. Salinas SML, Gaytán PD, Muñoz SE. La anestesia como factor de riesgo de mortalidad materna. Rev Mex Anest. 1993;16:3-10.