# ANESTESIA EPIDURAL
## en el parto

SaludMadrid

Hospital del Henares

Comunidad de Madrid

# Guia Informativa de la Analgesia Epidural en Obstetricia

SaludMadrid
Hospital del Henares
Comunidad de Madrid

# ÍNDICE

1. Introducción . . . . . 5

2. El dolor de parto . . . . . 7

3. Procedimiento de la técnica epidural . . . . 9

4. Complicaciones frecuentes . . . . . 13

5. Información a las embarazadas . . . . . 15

# 1. Introducción

Conscientes del interés existente en nuestra sociedad por los temas médicos, añadido al desconocimiento sobre la Anestesiología y de la utilidad que ofrece el tener conocimiento sobre la Anestesiología Epidural en Obstetricia, el Servicio de Anestesiología y Reanimación del **Hospital del Henares** ha elaborado esta guía informativa, dirigida tanto a las embarazadas como a otros profesionales sanitarios.

Pretendemos con ello evitar las dudas y falsas creencias que sobre la epidural en el parto existen y que con frecuencia Están basadas en una fuente de información errónea.

A pesar de que la epidural o peridural es una técnica anestésica conocida y hace más de 70 años, su práctica cotidiana y sobre todo su aplicación en el parto son relativamente recientes. En la actualidad, la situación ha experimentado un giro de 180 grados, hasta el punto de que tanto las Sociedades de Anestesiología como de Ginecología no sólo no cuestionan su aplicación sistemática en el parto normal, sino que consideran que la disponibilidad y aplicación de la epidural en el parto son “un índice cualitativo de referencia en un Servicio de Anestesiología y Reanimación y una premisa imprescindible para la práctica de la Obstetricia moderna”.

# 2. El dolor en el parto

Para cada mujer el trabajo del parto es único. El grado de este dolor, al igual que otros dolores, es muy variable en su intensidad. La mayoría de los trabajos publicados sobre este tema coinciden en que aproximadamente para el 60% de las primíparas y para el 45% de las multíparas este dolor puede ser considerado como severo, muy severo o intolerable, constituyendo para un número no despreciable de mujeres una experiencia traumatizante psicologicamente, de tal forma que, en la actualidad, está unánimemente aceptado que la sola presencia de dolor en el parto es una indicación para la analgesia epidural.

El principal objetivo es proveer a la madre de un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio maternofetal, debiendo tener en consideración varios factores:

- Estado del feto en el momento del parto.
- Requerimientos impuestos por las circunstancias obstétricas.
- Patología materna asociada.
- Competencia y experiencia del anestesiólogo actuante.

# 3. Procedimiento de la técnica epidural

**Requisitos previos:**

- Aceptación clínica del paciente.
- Indicación clínica.
- Analítica previa reciente.

**Criterios para realizar la analgesia:**

Las técnicas de analgesia o anestesia regional en Obstetricia, aunque no están exentas de riesgos, adecuadamente administradas, y teniendo en cuenta sus contraindicaciones, cumplen satisfactoriamente con los requisitos de la analgesia/anestesia obstétrica: mínimo riesgo y efectos secundarios para la madre, el feto y el neonato, y escasa repercusión sobre la progresión del parto. No deben reservarse sólo a pacientes con problemas especiales, médicos u obstétricos.

- Estas técnicas deben practicarse por los anestesiólogos en estrecha colaboración con los obstetras.
- Antes de instaurar la analgesia, la paciente será examinada, evaluada y debidamente informada por el anestesiólogo, dando su consentimiento.
- Se proporcionará al anestesiólogo toda la información necesaria sobre aquellos aspectos patológicos si los hubiese que pudieran modificar su conducta para realizar la técnica.

- Se establecerá una vía venosa antes de iniciar la técnica y durante todo el período de analgesia epidural se le administrarán sueros intravenosos.
- Requiere vigilancia y monitorización de la parturienta, del feto y de la dinámica uterina.
- Antes de realizar el bloqueo se le lavará la espalda con una solución antiséptica y el anestesiólogo utilizará anestesia local en la zona de punción epidural.

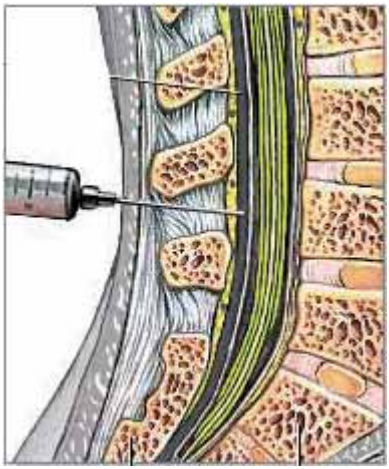
El espacio epidural es una región anatómica con un espesor aproximado de 0,5 cm., ubicada por fuera de la columna vertebral o raquis, externamente a la meninge más periférica, la duramadre, con la peculiaridad de tener una presión negativa en su interior, lo que nos permite su localización por punción percutánea. Por este espcio discurre un trayecto de los nervios sentitivos, motores o vegetativos que llegan o salen de la médula espinal. En este espacio no se encuentra ni la médula espinal ni el líquido cefalorraquídeo; estos se encuentran más internamente, en el espacio intradural o raquídeo, serparados del espacio epidural o peridural por la meninge o "duramadre". Al inyectar fármacos a este nivel, en este caso anestésicos locales, se va a bloquear la transmisión nerviosa, que dependiendo de diversos factores puede tener un predominio sensitivo o motor.

La localización del espacio en la espalda es en la zona lumbar entre dos vértebras, pudiendo hacerse la punción desde L2 a L5 y se realiza con la paciente sentada o acostada de lado sobre su parte izquierda, mediante unas agujas raquídeas y jeringas especiales, que sirven para la detección de la presión negativa.

Una vez identificado el espacio epidural o peridual, se introduce un fino catéter y se extrae la aguja, permaneciendo el catéter mientras dure el parto. Ocasionalmente el catéter roza un nervio y causa un breve tirón o sensación de hormigueo en la pierna. Una vez que el catéter está colocado en el sitio correcto, se asegura y fija con esparadrapo a lo largo de la espalda o en la cintura. A través del catéter se va a inyectar una perfusión continua controlada o bien dosis inter-

mitentes de una anestésico local a bajas concentraciones con un opioide liposoluble u otros adyuvantes. Dichos fármacos "cubren" los nervios y bloquean el dolor, lo cual produce analgesia epidural.

El momento ideal para insertar el catéter es discutido. Se recomienda que la embarazada tenga contracciones regulares y haya comenzado el período de dilatación. En partos muy avanzados, por encima de 8 ó 9 cm., para muchos antestesiólogos no está indicada, dado el menor beneficio analgésico que se va a obtener y la mayor probabilidad de complicaciones derivadas de la punción en estos casos. No obstatne, debe valorarse cada caso individualmente y se podrá optar por otras técnicas aunque algo menos efectivas.



Una vez insertado el catéter y comprobada su correcta ubicación se inicia la perfusión continua del anestésico local, previa dosis inicial. Posteriormente el fármaco puede ser inyectado de tres formas:

- En bolus sucesivos
- En perfusión continua

Debido a que el medicamento necesita penetrar varios nervios, no comienza a hacer efecto inmediatamente sino gradualmente. El alivio se notará en 10-20 minutos.

Su médico anestesiólogo le administrará una dosis de prueba del anestésico y le pedirá que le informe si siente algún mareo, un sabor extraño, latidos rápidos del corazón o un adormecimiento repentino de las piernas. Su colaboración nos ayudará a evitar las reacciones adversas.

Se consigue un mínimo bloqueo motor y una acción más selectiva sobre las raíces nerviosas sensitivas. La paciente moverá las piernas, la musculatura abdominal conservará la fuerza necesaria para el trabajo del parto y las contracciones para la dilatación y expulsión del fetos serán indoloras.

Dependiendo de sus circunstancias, el anestesiólogo ajustará el grado de analgesia que usted tendrá. Puede notar adormecimiento, pesadez o debilidad temporal de sus piernas.

La analgesia epidural obstétrica es una técnica con escasa o mínima incidencia de efectos secundarios graves (aunque como todo acto médico no está exento de ellos).

La analgesia epidural se realiza en la sala de dilatacón o en el paritorio adyacente al quirófano de Urgencias Obstétricas. Por ello, en el caso de que durante el parto fuese precisa la realización de una cesárea, ésta podría realizarse de forma inmediata, con la ventaja añadida de no requerir anestesia general ya que por el catéter epidural se administraría una nueva dosis más concentrada de anestéisco, transformando la “analgesia” en “anestesia epidural”.

El bloqueo puede ser utilizado tanto tiempo como lo necesite. Después del alumbramiento se le retirará el catéter y las sensaciones volverán en pocas horas; deberá permanecer en cama hasta que el bloqueo se disipe después del parto.

# 4. Complicaciones frecuentes

Se puede afimar que esta técnica, llevada a cabo con las normas adecuadas de seguridad y monitorización y por médicos anestesiólogos expertos, está prácticamente exenta de complicaciones graves, entendiendo por esto aquellas que puedan afectar de forma permanente e irreversible a la salud de la madre o del feto. No obstante, las complicaciones más frecuentes observadas son:

**1.** Fallos en la analgesia: completos, parciales o unilaterales. Puede intentarse repetir la punción en otro espacio. En partos muy rápidos o cuando la epidural se inicia tardíamente, se pueden producir bloqueos incompletos de las raíces sacras, con la consiguiente ausencia de analgesia en la vulva y periné durante el expulsivo. Es importante reseñar que lo ideal no es una ausencia total de percepción de las contracciones, sino que la mujer sienta de forma indolora la contracción uterina.

**2.** Cefaleas (dolor de cabeza): pueden ser originadas por la perforación accidental de la duramadre durante la inserción de la aguja o del catéter y la pérdida subsiguiente de líquido cefalorraquídeo, o por otras causas sin perforación de la duramadre. Disminuye la probabilidad de que esto ocurra manteniéndose tan quieta como sea posible durante la colocación de la aguja. Son habitualmente autolimitadas, y ceden con tratamiento conservador o sin él en pocos días.

El malestar que a veces dura varios días, puede disminuirse o eliminarse con medidas sencillas tales como acostándose de espalda, bebiendo abundantes líquidos y tomando pastillas para el dolor.

**3.** Punción de un vaso sanguíneo epidural: en estos casos hay que retirar el catéter e intentar una nueva punción. Si se repite el problema tres o cuatro veces podría ser recomendable abandonar la técnica.

**4.** Dolores de espalada (lumbalgias): raramente son secundarios a la analgesia epidural; en ocasiones pueden tener características de lumbociatalgia si se roza una raíz nerviosa durante la punción.

**5.** Punción imposible o dificultosa: por muy diversas causas, puede darse en un mínimo porcentaje de embarazadas.

**6.** Pueden ocurrir temblores, y esto es una reacción común: a veces ocurren durante el parto aun cuando no se haya realizado un bloqueo epidural.

**7.** En raras ocasiones, el medicamento anestésicio puede afectar los músculos del tórax y parece que es dificil respirar. Se susel administrar oxígeno para aliviar esta sensación.

**8.** Descenso de la presión arterial y mareo: para evitarlo se le administran sueros intravenosos y la colocarán del lado izquierdo.

# 5. Información a las embarazadas

Una de las experiencias más gratificantes en la vida es el nacimiento de un hijo. Este acontecimiento debe ser lo más placentero y seguro como sea posible, tanto para la madre como para su bebé. El obstetra, el anestesiólogo y las matronas y el resto del equipo desean ayudarle a lograr este objetivo.

Para cada mujer su parto es único. El grado de dolor que sentirá diferirá del que sientan otras mujeres en el parto. Depende de factores tales como el nivel de tolerancia al dolor, tamaño y posición del feto, fuerza de las contracciones uterinas y experiencias previas al alumbramiento. Por tanto, las decisiones con respecto al control del parto deben ser hechas específicamente para cada embarazada.

Algunas mujeres encuentran control adecuado del dolor con las técnicas de relajación y respiración aprendidas en las clases de preparación al parto. Otras pueden encontrarlas inadecuadas.

Si solicita un bloqueo epidural, el obstetra y el anestesiólogo considerarán su estado de salud, las experiencias anestéiscas anteriores, el progreso del trabajo del parto y las reacciones de su hijo.

Cada madre puede responder de forma diferente a los distintos medicamentos epidurales. Algunas pueden tener un período breve de contracciones uterinas disminuidas.

Muchas otras, sin embargo, se ven agradablemnete sorprendidas al saber que después de que los fármacos epidurales son inyectados, el trabajo del parto progresa rápidamente.

La analgesia epidural le permite descansar durante la parte más fuerte del trabajo del parto, que es la diltación del cérvix (cuello uterino). Cuando tenga que empujar, tendrá energías de reserva. Si no sintiera este impulso de impulsar, deberá seguir las instrucciones del personal médico y las matronas.

La analgesia epidural facilita el confort del feto al estar la madre más relajada.

Si se necesita un parto instrumental (fórceps, ventosa, etc.) frecuentemente no se precisará anestesia adicional y si no fuese así se reforzará el bloqueo para obtener mayor pérdida de sensación y relajación muscular.

Para protegerla y manejar todas las reacciones adversas, el médico anestesiólogo evalúa su estado cuidadosamente, juzga médicamtne, toma precauciones de seguridad y realiza tratamientos especiales durante el procedimiento.

Siéntase en libertad de exponer sus preocupaciones, preguntas, dudas y temores relacionadas con la anestesia regional al médico anestesiólogo, durante la entrevista que mantendrá con él antes del parto.

SaludMadrid

Hospital del Henares

Comunidad de Madrid