

ANESTESIA EPIDURAL

ANALGESIA Y/O ACTIVIDAD TERAPÉUTICA

Montserrat Catalán Morera

Se está generando un debate en la sociedad en torno a un dilema: mujeres, hombres y profesionales que opinan que parir y bajo los efectos de la anestesia epidural es la mejor opción; y mujeres, hombres y profesionales que sugieren que la anestesia tiene unas aplicaciones muy concretas en obstetricia, y que es muy bueno poder disponer de ella en estos casos, pero que no es por definición la mejor manera de parir y como consecuencia de nacer, sino que la opción de vivir a plenitud la experiencia del parto y del nacimiento es la mejor elección para ellas y para sus hijos.

...Hace diez años, en el hospital, llevaba diez horas de parto y no podía resistir más. El dolor era intenso, inmovilizada sobre la cama. Tras mucho suplicar conseguí que me pusieran la anestesia epidural -actualmente, al contrario, parece que hay que suplicar para que no te la pongan. Horas más tarde, mi hijo había nacido. Lloró enseguida, era hermoso, me ayudaron con un fórceps, no sentía ganas de empujar pero me decían cuándo debía hacerlo, y yo lo hacía. ¿Crees que el agua hubiese hecho el efecto que yo necesitaba?, Mercedes.

La carta que recibí de Mercedes me sugirió escribir este artículo porque pensé que podía ayudar a más personas. Circunstancias socioeconómicas hacen que en nuestro país, en un momento, una mujer tenga que suplicar una anestesia, y actualmente deba suplicar que no se la pongan y que se acompañe su parto de otra manera. En otros países no existe la anestesia ni cuando es realmente necesaria, y en otros, las opciones son varias. En general depende, en último término, de cuestiones de mercado.

Mercedes, yo pienso que la anestesia peridural o epidural, que significa lo mismo, ha sido un gran avance, es una gran amiga que está ahí, actualmente, para cuando las mujeres la necesitan y para otras situaciones.

La gran mayoría de los partos transcurre con facilidad. Yo digo, en lenguaje coloquial, que hay partos que son "un

regalo", que la vivencia de las parejas es extraordinaria, aunque siempre acostumbran a llevar a la mujer "al límite de sus fuerzas", porque un parto es algo infinitamente intenso cada vez por el simple hecho de llevar al nacimiento. Hay partos que son realmente "trabajados", es necesario un gran esfuerzo, tesón, paciencia, esperanza, coraje y voluntad de parir para seguir con optimismo, confianza, entrega... el transcurso de todo el trabajo, hasta recibir al hijo que colma todos los deseos. En ellos son muy importantes el calor, los masajes, los paseos, el aliento, el agua... Hay partos "difíciles", que requieren todo lo anterior y más; no bastan el agua caliente y los masajes, los cambios de posturas, el movimiento, las palabras alentadoras o las miradas que infunden valor... Estos partos, en que unas contracciones intensas, rítmicas y frecuentes no se corresponden con el resultado que cabe esperar: una buena dilatación. Estos partos en que la dilatación no avanza, o que aunque sean de mamás altas y con una amplia estructura pélvica o con un bebé más bien pequeño, éste no alcanza a entrar bien en la pelvis o no desciende bien por el canal del parto. Estos partos "difíciles" son pocos, pero a veces en ellos la anestesia epidural puede ser una buena aliada. En unos casos, porque actúa disminuyendo el dolor de las contracciones en la madre que ya a partir de un momento dado le estaban tensando demasiado, y el agua, el calor, un pequeño analgésico o los masajes no conseguían calmarla. Al ceder el dolor, la mujer vive mucho mejor la continuación del parto. Al mismo tiempo, la anestesia, algunas veces, consigue relajar el cuello del útero que no dilataba y con ella termina de abrirse.

Otras veces, cuando en algún parto decimos que el/la niño/a no encaja bien, "está alto", no baja, se estanca, no progresa, se da la situación de que todo ello puede ser debido a que la mujer lleva muchas horas de parto pero con unas contracciones que para resolver este progreso del parto no son suficientemente intensas, duraderas y rít-

micas. La anestesia epidural nos da la posibilidad de intentar mejorar esta dinámica uterina administrando al mismo tiempo un poco de oxitocina que se haría insopor- table muchas veces para la mujer si no tuviéramos el recurso de la anestesia. En este caso nos permite probar si con más dinámica uterina, más contracciones, conseguimos facilitar la salida del/a bebé.

Cuando una cesárea se va vislumbrando como solución a un parto "complicado", en muchas ocasiones, como he dicho, la anestesia epidural puede ayudarnos: unas veces para facilitar la dilatación y otras para poder aumentar la dinámica uterina y posibilitar la progresión del descenso del bebé. No siempre lo conseguiremos. Cuando la necesidad de una cesárea se hace patente, si se trata de una urgencia, la madre y la pareja aceptan cualquier tipo de anestesia, aun si se requiere una anestesia general, que por ser más rápida se usa en las urgencias mayores.

Una mujer, una pareja pueden tener gran ilusión por llevar adelante un parto lo más natural posible, pero si a medida que va pasando el tiempo va intuyendo que el parto no fluye como era de esperar e incluso llega a estancarse, esta mujer o esta pareja aceptan bien el intento de facilitar la dilatación o el descenso del/a bebé con anestesia epidural y/u oxitocina. Si el intento fracasa pasado un tiempo prudencial asumen la necesidad de la cesárea, que se llevará a cabo con la misma anestesia y la pareja recibirá a su hijo nacido a través de la cesárea con el mismo cariño, la misma entrega y respeto. Tratarán de dejar para después las múltiples preguntas que se agolpan en su mente tratando de encontrar explicaciones a lo sucedido.

Poder disponer de la anestesia epidural en estas situaciones nos ofrece grandes ventajas. Cuando conseguimos que facilite el parto, por el descanso que supone para la madre y porque en este descanso transcurre la dilatación o el encajamiento y/o el descenso del bebé, entonces podemos disminuirla, reduciendo su dosis porque generalmente se administra en infusión continua y conseguir así que la madre, pasado un tiempo, con su pelvis y sus piernas menos anestesiadas pueda sentir y seguir el impulso de sus pujos y no deba seguir las indicaciones de quienes le atienden, sino que puede tomar su papel consciente y activo hasta conseguir con sus propias fuerzas y

si es posible sin ayuda de instrumentos acompañar la salida del bebé y puede darle la más entrañable bienvenida.

En el quirófano, la anestesia epidural permite a la madre y al padre o a quien le esté acompañando estar plenamente conscientes y emocionados esperando ver y oír a su hijo/a inmediatamente al salir de su barriga, porque mientras un/a ginecólogo/a se lo muestra a los padres, el/la ayudante/a le corta el cordón y si no hacen falta aspiraciones u otras intervenciones sobre el/la bebé, éste puede pasar directamente a manos de su padre y al pecho de su madre, mientras los ginecólogos terminan la operación.

Cuando el primer vínculo entre la madre y/o el padre y su hijo se da en el quirófano merece más respeto, si cabe, cuidado y atenciones para no interrumpirlo que si se da en las habituales condiciones de intimidad de la casa o en el paritorio de la Maternidad.

Es en este quirófano donde el/la niño/a ofrece su primer meconio, su primera mirada, su primer susurro, su primer llanto, huele y lame y toca a su madre y en muchos de ellos/as al calor del pecho y al olor del pezón se despierta su instinto de succión.

El nacimiento de un/a niño/a a través de una cesárea no debe suponer, salvo casos que lo requieran o por voluntad de la madre, ninguna separación; pueden salir juntos del quirófano y llegar juntos a la habitación, donde se puede bañar y pesar al bebé sin necesidad de separarle de su madre.

El 70% de los partos se pueden contar entre los regalados y los trabajados. Los realmente difíciles son pocos, y los complicados, menos.

Hasta aquí he intentado dar una explicación a la preocupación de Mercedes. Es importante dejar parir en paz a las mujeres que pueden hacerlo sin ayuda de nadie, pero también es importante saber estar desde el primer momento en que intuimos que algo requiere nuestra colaboración con el masaje, el calor, el agua, el aliento... y, si es preciso, con la anestesia. Al final, en el último momento, siempre es más difícil cambiar el rumbo de las cosas. Al hablar de la anestesia en el parto me parece importan-

te referirnos a las publicaciones de M. Odent que hacen hincapié en los efectos a largo plazo de la anestesia en el parto:

¿Puede la drogadicción empezar en el nacimiento?

- En los países ricos, una mayoría de niños nacen con el uso de drogas.
- En los países ricos, la drogadicción está creciendo.

Relacione estos dos hechos y se preguntará porqué miles de investigadores, con el apoyo económico de millones de dólares, no tratan de confirmar (o invalidar) las conclusiones de los estudios de B. Jacobson y su equipo en Suecia. Su informe principal no es confidencial. Se publicó en noviembre de 1990 en el *British Medical Journal*. B. Jacobson y su equipo estudiaron los documentos de doscientos drogadictos nacidos en Estocolmo entre 1945 y 1966. El grupo de control consistía solamente en hermanos de drogadictos, también nacidos en Estocolmo durante el mismo período. Este método es el mejor para reducir los posibles contrapesos causados por factores como la estructura de la familia, niveles socioeconómicos, educación, etc. El principal resultado obtenido fue que en el grupo de estudio una alta proporción de madres recibió narcóticos (morfina o pethidine), barbitúricos o ambos durante el embarazo y el parto. No hay una diferencia significativa entre los dos grupos si las drogas fueron administradas más de diez horas antes del nacimiento. Los riesgos se incrementan cuando las drogas se suministran varias veces. Además, las madres del grupo de estudio habían recibido óxido nitroso en períodos más largos y más a menudo durante el nacimiento que las madres del grupo de control. Algunos factores pueden confundir como: hospital de nacimiento, orden de nacimiento, duración del parto, presentación del bebé en el parto, intervención quirúrgica y peso al nacer.

Este informe fue precedido por un estudio enfocado a la adicción a la anfetamina. En Estocolmo hay unos 3.000 adictos exclusivamente a las anfetaminas en relación a sólo 400, exclusivamente a narcóticos. La principal conclusión de este estudio es que la administración de óxido nitroso durante el nacimiento es un factor de riesgo esencial para una eventual adicción a la anfetamina, y que el

riesgo de adicción es proporcional a la duración de la exposición de óxido nitroso. La duración de la analgesia con óxido nitroso fue analizada con doce factores potenciales: hospital de nacimiento, año de nacimiento, orden de nacimiento, peso en el nacimiento, duración del parto, presentación del bebé en el parto, asfixia, aguas meconiales, intervención quirúrgica, administración de narcóticos, barbitúricos y cloroformo. Cuando el óxido nitroso ha sido suministrado durante cuatro horas y media o más, el riesgo de que el niño se convierta en adicto es 5,6 veces mayor que si el gas se administrara menos de quince minutos. Esta diferencia es altamente significativa.

El trabajo de B. Jacobson es representativo de una nueva generación de investigación explorando las consecuencias de todo tipo de acontecimientos e interferencias en el período perinatal. En el futuro, la manera de nacer de los niños/as puede ser influenciado de forma importante por las investigaciones de disciplinas al margen de la obstetricia y la perinatología. Esto es absolutamente nuevo. Quienes están directamente envueltos en nacimientos estarán obligados a tener en cuenta el punto de vista de investigadores que originalmente no tenían relación con el parto.

Vale la pena conocer de dónde viene B. Jacobson y cómo emprendió estos estudios. Es un profesor de ingeniería médica. Mientras programaba ordenadores encontró por accidente una relación entre nacimiento traumático y comportamiento autodestructivo en la vida. Esto fue el principio de su nueva orientación. Se recogieron documentos con información de nacimientos relacionados con 281 casos de suicidios, de víctimas que nacieron en Estocolmo después de 1940 y murieron allí durante 1978-1984. Comparando con 2.901 personas del grupo de control, se puede ver que los suicidios por asfixia estaban muy relacionados con asfixia en el nacimiento, mientras que suicidios con elementos mecánicos violentos se asociaban a un trauma de nacimiento mecánico.

Estos descubrimientos son todavía más significativos si se comparan con las conclusiones de la investigación realizada en Rhode Island (EE.UU.) por Lee Salk y sus colegas sobre suicidios de adolescentes. Los 52 archivos prenatales y neonatales de bebés que se suicidaron entre las eda-

des de doce y veinte años fueron revisados y comparados con grupos de control comparables. Cuarenta y seis factores de riesgo fueron investigados. Uno de los principales descubrimientos es que la angustia respiratoria de más de una hora durante el nacimiento es un factor específico de riesgo para suicidarse durante la adolescencia. Los autores del informe sugieren un enlace entre el dramático incremento de suicidios entre adolescentes y el factor que más bebés sobreviven gracias a métodos de reanimación.

Desde Estocolmo a Kumamoto

El trabajo de B. Jacobson da explicación a probables efectos a largo término de drogas que fueron comúnmente utilizadas en Suecia entre 1945 y 1966. Esto lleva a pensar sobre los efectos a largo plazo del extensivo uso de las drogas modernas. Un ejemplo extremo es el método de nacimiento en la universidad de Kitasato en Japón. Este método está caracterizado por una rutina inducción del parto una semana antes del día que se prevee el nacimiento, una pre-medicación oral con un cóctel de valium y pentobarbital, y durante el nacimiento, inyecciones de valium y ketamine, inhalación de metoxyflurane y óxido nitroso si es necesario. Psiquiatras de Kumamoto encontraron que los niños nacidos con este método tenían alto riesgo de convertirse en autistas.

Nuestros comentarios

1. Para los que no están familiarizados con estadísticas médicas, digamos que todos estos estudios informatizados sólo pueden establecer correlaciones y detectar factores de riesgo. "Correlación" significa que la asociación entre dos factores es más frecuente que si ocurriera por casualidad. Los estadísticos tienen métodos para evaluar la interferencia de factores que pueden confundir, por ejemplo factores de peso, antes de introducir el concepto de factores de riesgo. De todas maneras, siempre es posible pasar por alto un factor que pueda confundir. En otras palabras, correlación y factores de riesgo no significan causa-efecto. Además, los estadísticos tienen a su disposición medios para determinar el grado de significación de una correlación.

2. Por razones obvias, todavía existe una falta de estudios científicos teniendo en cuenta los posibles efectos a largo plazo de nuevos procedimientos como la anestesia epidural. Los efectos de la anestesia epidural en el bebé han sido seguidos durante el primer mes después del nacimiento a través de la "escala de valoración del comportamiento neonatal" de T. B. Brazelton. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Nota: recientes documentos relacionan la aplicación de epidurales a la madre con efectos a largo plazo. Por ejemplo, un importante estudio británico realizado con 11.701 mujeres ha establecido una relación entre la anestesia epidural durante el parto y dolor crónico de espalda.

Permitidme un comentario: cuando se administra la anestesia de manera rutinaria porque forma parte del protocolo o se solicita la anestesia porque se ha puesto de moda o porque ya se ha convertido en costumbre o porque "prefiero no enterarme y que saquen a mi hijo", cuando se pide o se admite de una forma acrítica y cómoda sin búsqueda de más información, cuando sin pedir explicaciones se delega en la clase médica, en los valores culturales prevalentes... la responsabilidad del nacimiento, ¿no será muy fácil que a lo largo de la primera infancia, de la segunda y de la adolescencia este bebé siga "mamando" esta actitud ante la vida y eso sea realmente lo que le dañe junto a la anestesia, o más que la anestesia?

Quisiera mencionar también las palabras de R. Laing, en "Política de la experiencia", citado por Maite Sánchez Pinuaga y Xavier Serrano en "Ecología infantil y maduración humana": *Actualmente el nacimiento es anulado como experiencia personal activa y la mujer pasa de persona activa a paciente pasiva, de sujeto que siente a objeto anestésico. (...) Si uno no siente que el niño siente, puede concluir que es una ilusión sentir que sí lo hace. Si uno siente que percibe los sentimientos del bebé, concluirá que aquellos que no los perciben sufren de una pérdida de sensibilidad.*

No puedo pensar que la anestesia epidural de la que he hablado, administrada y aceptada con plena conciencia, vaya a tener estos efectos adversos a largo plazo. Estos padres posiblemente estarán más entrenados, más pre-

parados para tomar actitudes conscientes, críticas, reflexivas y respetuosas ante la vida, y esto seguramente será un gran bien para un bebé que llegó al mundo ayudado por esta anestesia.

Otra referencia obligada para mí al hablar de la anestesia en el parto es la de Adrienne Rich, en su obra "Nacida Mujer", recientemente mencionada por Verena Smith, comadrona de Italia que participó en las Jornadas "Nacer en España hoy" organizadas por la Plataforma por los Derechos del Nacimiento este verano en Barcelona,

haciendo una intervención en que resaltó muy bien a mi criterio los aspectos sociales del parto y del nacimiento: *Un nuevo tipo de prisión para las mujeres, la prisión de la no conciencia, de las sensaciones amortiguadas, de la amnesia, de la pasividad total, que puede hacernos perder contacto no sólo con las sensaciones dolorosas, sino con nosotras mismas*

Montserrat Catalán es ginecóloga de la Casa de Naixements Migjorn (Barcelona) y miembro de la Asociación "Nacer en Casa" Contacto: 93 833 06 78; migjorn@inicia.es

CURSO DE FORMACIÓN CREANDO ESCUELA PARA PROFESIONALES

CÓMO ASISTIR PARTOS NORMALES SIN INTERVENCIONES INNECESARIAS, EN INTIMIDAD, CON SEGURIDAD

1. Presentación. La Concepción. Cómo se Gesta mi Profesión

- ¿Por qué me hice comadrona?, ¿qué busco?, ¿qué espero?, ¿qué siento?, ¿qué hago?
- ¿Qué significa responder a unos protocolos, estar en un sistema? ¿Cómo se crece dentro de esta formación? ¿Qué ha quedado impregnado en nuestras células de la formación? ¿Qué me creo del papel que represento?
- ¿Qué es la mujer para mí? La feminidad
- ¿Qué relación tengo con las mujeres, con la vida? ¿Qué es lo que me nutre, me alimenta?
- ¿Por qué asisto partos y qué supone esto en mi vida? ¿Quiero cambiar algo?, ¿quiero aprender algo?
- La transformación. Nuestro cambio es el cambio de las mujeres
- No podemos acompañar a nadie, si antes nosotras no hemos llegado allí.
- La salud y la enfermedad. El camino.
- El embarazo no es una enfermedad: analítica, ecografías, etc.
- La comunicación con el bebé: ¿quién es, cómo viene, de dónde, para qué, por qué se desea un bebé?
- ¿Cómo cuidar al bebé durante el embarazo? La alimentación y el resto de los cuidados
- Entiendo lo que me pasa, los cambios, la preparación al gran cambio, el postparto
- ¿Cómo se hace una historia en el embarazo a una pareja que ha decidido parir tomando el parto-nacimiento como algo suyo?
- Los límites: nuestros y los de ellos/as
- La VIDA, la muerte

2. ¿Cómo se Asisten los Partos?

- Las visitas del parto
- La asistencia
- Cuidados posteriores

3. Hay que Tener Buena Leche

- El problema de fondo: dar amor
- Los ritmos biológicos del/a bebé: respetar su tiempo, dar tiempo, respetar su espacio, crear su espacio
- La sexualidad-placer
- El apoyo
- La información-contrainformación

4. El Poder en el Parto y la Crianza

- Embarazo
- Parto
- Postparto: yo puedo, yo valgo, yo soy capaz luego, no hay que inhabilitar a las mujeres ni a los niños

Fechas

El Curso se impartirá en tres fines de semana: 24-26 de septiembre, 29-31 de octubre y 26-28 de noviembre de 2004.

Lugar

MIGJORN, Casa de Naixements; Sant Vicenç de Castellet, Barcelona; tel. 938330678, migjorn@inicia.es.

Precio

450 euros a abonar en tres plazos.

Ponentes

Mercedes Serrano. Comadrona, Asociación "Nacer en Casa"
Maite Gómez. Comadrona, Asociación "Nacer en Casa"
Montserrat Catalán. Ginecóloga, Asociación "Nacer en Casa", Casa de Naixements Migjorn.

Información e inscripciones

Mercedes, tel. 949332474
Maite, tel. 949324519
Montse, tel. 938330678