

INFORME SOBRE LA ANALGESIA REGIONAL EN EL PARTO

Informe solicitado por la Dirección General de Atención Primaria y Especializada a la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor

Justificación

Varios procedimientos pueden ser de utilidad para aliviar el dolor durante el trabajo del parto, desde las técnicas de relajación hasta la utilización de una amplia gama de fármacos administrados por vía parenteral, con acción sistémica, o mediante técnicas de analgesia locorregional. Su utilización variará de un área a otra en función de una serie de factores que pueden ser tanto sociológicos como profesionales.



Fotografía: Carmen González Navarro

La mayoría de las gestantes experimenta dolor durante la progresión del trabajo de parto (TP) de evolución normal. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio TP. El alivio del dolor está plenamente justificado.

El principal objetivo es proveer a la madre de un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno-fetal. La seguridad de la madre y su hijo será condición imprescindible de cualquier procedimiento de analgesia-

anestesia obstétrica, y es misión del anestesiólogo seleccionar los agentes y técnicas más seguros y adecuados para cada caso, 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, factores fundamentales para enfrentarse a los complejos problemas que pueden presentar la paciente obstétrica.

Requisitos previos

- Aceptación previa de la paciente.
- Indicación clínica.

Contraindicaciones

- Infección local (lugar de la punción) o general.
- Trastornos de la coagulación y tratamiento con anticoagulantes.
- Hemorragia severa o shock.
- Eclampsia.
- Parto muy avanzado o aparición de complicaciones que exijan su finalización rápida.

Siempre habrá que hacer una valoración clínica de cada paciente para tomar la actitud más adecuada.

Criterios para realizar la analgesia

Las técnicas de analgesia o anestesia regional en obstetricia, que se realizan mediante la administración en el espacio epidural y/o subaracnoideo de anestésicos locales, opiáceos y otros adyuvantes, son actualmente las más eficaces. Aunque no están exentas de riesgos, adecuadamente administradas, y teniendo en cuenta sus contraindicaciones, cumplen satisfactoriamente con los requisitos de la analgesia/anestesia en obstetricia: 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 o obstétricos.

Estas técnicas deben practicarse siempre por los anesthesiólogos en estrecha colaboración con los obstetras. En cualquier caso, debe proporcionarse a la parturienta y al feto las mejores condiciones de seguridad. Los siguientes criterios deben entenderse como requisitos mínimos para llevar a cabo una práctica clínica correcta, y complementan a los referidos en la "Guía de la Práctica Clínica en Anestesiología", de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR), así como los "Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia":

1. La analgesia o anestesia regional se iniciarán y mantendrán exclusivamente en un lugar que reúna todas las condiciones necesarias para poder realizar sin demora una reanimación cardiopulmonar (RCP).

El equipamiento debe incluir fuente de oxígeno y aspiración, médicos para mantener la vía aérea y ventilación pulmonar con presión positiva, así como fármacos y equipo para una RCP.

2. La analgesia o anestesia regional deberán realizarse por un médico anesthesiólogo.

Estos procedimientos estarán reservados a los especialistas en anestesiología y en los Centros de Acreditación Docente, a los médicos en formación en esa especialidad debidamente supervisados.

3. La analgesia o anestesia regional no deberán iniciarse hasta que la gestante haya sido examinada y evaluada por el anesthesiólogo, y haya otorgado su consentimiento después de haber sido debidamente informada.

Toda la documentación anterior formará parte del registro de analgesia/anestesia obstétrica. Tanto la evaluación preanestésica como la información y el consentimiento

acerca de los procedimientos analgésicos disponibles e indicados, deberán realizarse siguiendo los criterios generales de la SEDAR y de acuerdo con el ordenamiento jurídico. Se procurará que el anesthesiólogo informe a la paciente y obtenga su consentimiento por escrito antes del parto y de forma idónea.

No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto. Por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto. El alivio del dolor está plenamente justificado.

4. Antes de instaurar la analgesia o anestesia regional, el estado del feto, de la madre y el progreso del parto deberán evaluarse por un médico obstetra que proporcione al anesthesiólogo toda la información necesaria sobre aquellos aspectos que pudieran modificar su conducta para realizar la técnica. Un médico obstetra supervisará el proceso del parto.

Durante el período de dilatación, la parturienta permanecerá en el habitáculo destinado para ello. El médico obstetra que atiende y dirige el proceso del parto deberá tener en cuenta las indicaciones del anesthesiólogo respecto de la técnica de analgesia/anestesia.

5. Se establecerá una vía venosa antes de iniciar la técnica y durante todo el período de analgesia o anestesia epidural.

6. La analgesia/anestesia regional para el TP y el parto vaginal requiere vigilancia y monitorización de la parturienta, del feto y de la dinámica uterina. Los datos obtenidos deberán ser registrados.

a) Se vigilará mediante monitorización adecuada la oxigenación, la ventilación y la circulación de la parturienta con analgesia regional durante todo el proceso del parto.

- Monitorización automática de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.
- Pulsioximetría.

b) La frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina se monitorizarán de forma continua.

Se utilizará monitorización adicional cuando las condiciones clínicas de la parturienta o el feto lo exijan. Cuando el bloqueo regional se convierta en un procedimiento anestésico se aplicarán los criterios de la SEDAR para la monitorización básica intraoperatoria.



Fotografía: Carmen González Navarro

7. La solución de las posibles complicaciones de la técnica, hasta que ésta haya finalizado y el estado de la puérpera sea satisfactorio y estable, será responsabilidad del anestesiólogo.

Deberá existir un lugar adecuado para la recuperación de la puérpera. Se seguirán los criterios de la SEDAR para cuidados postanestésicos.

Recursos humanos

Revisadas las dedicaciones y actividades del proceso de analgesia epidural, puede aceptarse que cada proceso involucra un término medio de 4 horas de profesional, de

manera que existe un rango aproximado entre 1,2 horas y 7,35 horas, en el que se concentra el 95% de la casuística. Con estos cálculos y conociendo que existen otras circunstancias que requieren un soporte anestésico durante las guardias de Obstetricia y Ginecología (abortos, ectópicos y otras cirugías obstétrico-ginecológicas de urgencia) cabe asumir que debe existir un anestesiólogo de guardia exclusivo para el área de Obstetricia y Ginecología por cada 1.500 - 3.000 partos/año. Como mínimo, para que sea adecuado el coste/beneficio. El Centro debe realizar un mínimo de 1.500 partos/año, asumiendo que se harán 324 cesáreas/año (18%), 150 legrados por aborto/año (10%), 15 ectópicos/año (1%) y 8 histerectomías/año. En cualquier caso, en los Centros que realicen menos de 1.500 partos/año, deberá buscarse el soporte adecuado.

Este documento ha sido elaborado por:

- Dr. Lluís Cabero, Presidente de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.
 - Dr. Francisco López Timoneda, Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
 - Dr. Benjamín Alonso, Jefe de Sección de Anestesiología y Reanimación del Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
 - Dr. José Manuel Bermejo, Médico Adjunto del Servicio de Anestesiología y Reanimación Gineco-Obstétrica del Hospital La Paz. Madrid.
 - Dr. Antonio González González, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital La Paz. Madrid.
 - Dr. Ricardo Santamaría Lozano, Jefe Sección Tocología del Hospital General de Segovia. Segovia.
- Con la coordinación de la Dra. Lucrecia Suárez Cortina, Consejera Técnica de la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD.

Fuente: <http://www.sedar.es/socios/documentos/parto/parto.htm#requisitos>

*Es preciso tener un caos dentro de sí
para poder dar a luz una estrella fugaz*
F. Nietzsche