



# ANALGESIA OBSTETRICA

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

MEDICINA HUMANA  
DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ  
CHRISTOPHER MANUEL LIY NAZAR

La analgesia epidural obstétrica consiste en el alivio del dolor del trabajo de parto mediante la introducción de fármacos (habitualmente anestésicos locales) en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Por lo tanto su distribución será metamérica, es decir, se anestesiara la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado. Con la paciente sentada o en posición de decúbito lateral se anestesia la piel y se punciona el espacio entre dos apófisis espinosas de las vértebras lumbares con una aguja especial que permite la introducción de un catéter para la infusión continua de fármacos, conectada a una jeringa de baja resistencia llena de aire o solución salina, que permite localizar el espacio epidural, un espacio virtual de menor resistencia que los adyacentes situado antes de la duramadre. Es una técnica no exenta de complicaciones, pero muy segura y eficaz en manos de un anesthesiologo adiestrado.

En la analgesia epidural obstétrica se usan dosis bajas de anestésicos locales, por tanto el principal indicador de su efecto es el alivio del dolor. A veces se puede observar también cierto grado de bloqueo motor (no siempre bilateral y simétrico) y bloqueo simpático

Existen, sin embargo, unos pasos más o menos definidos para intentar reducir la incidencia o bien minimizar el impacto del fallo de la analgesia epidural. El primero es la realización de una punción epidural con una metodología y técnica correctas, comprobando previamente el equipo (se han descrito fallos por material defectuoso<sup>12,13</sup>) y administrando una dosis test adecuada para detectar el emplazamiento intravascular o intratecal (ej. con 3 ml de bupivacaína 0,25% con adrenalina) y una dosis inicial con el objetivo de alcanzar un nivel T10 aproximadamente (ej. 10-15 ml de bupivacaína < 0,125% con fentanilo 2 µg.ml<sup>-1</sup>, 10-15 ml de bupivacaína < 0,25% con fentanilo 2 µg.ml<sup>-1</sup>, 10 ml de levobupivacaína 0,125% o 10 ml de ropivacaína 0,2%). Aunque parezca obvio, en los casos donde la paciente necesitará analgesia antes de los 20-30 minutos que tarda en hacer efecto la epidural convencional (ej. secundíparas con 4 cm o más de dilatación,

primíparas >7 cm, dolor referido >8 en la escala visual analgésica, fracaso de la técnica epidural previa con dilatación avanzada), hay que plantearse suplementar la analgesia de entrada. Una opción es la administración una dosis subaracnoidea de anestésico local y mórfico (ej. 1 ml de bupivacaína o levobupivacaína 0,25% sin vasoconstrictor con 20 µg de fentanilo ó 5 µg de sufentanilo, aunque hay que recordar que el sufentanilo intratecal se ha relacionado con hiperreactividad uterina y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, especialmente a dosis mayores de 7,5 µg).

En un parto recién iniciado, si la sensación de la punción epidural no es buena desde el primer momento y la paciente no presenta contraindicaciones o dificultad especial para la punción, deberíamos plantearnos la posibilidad de repetir la punción de nuevo o realizar una anestesia combinada espinal-epidural antes de empezar con medidas correctivas de analgesia inadecuada.

En cuanto a los modos de presentación de la analgesia epidural inadecuada, las causas pueden ser las siguientes: ausencia total de analgesia, analgesia inicial insuficiente, analgesia unilateral, dolor bilateral, dolor perineal y lumbar y analgesia parcheada

#### Analgesia unilateral

La paciente presenta dolor solo en un lado. La mayor parte de las veces se debe a que las matronas les colocan sobre el lado en el que el bebé tiene el mejor registro cardiotocográfico, de tal modo que el lado sobre el que apoyan está totalmente bloqueado y el de arriba poco o nada. La solución es colocar a la paciente en decúbito lateral con el lado doloroso en declive si registro cardiotocográfico es adecuado y administrar un bolo de refuerzo (por ejemplo 10 ml de ropivacaína 0,2%, levobupivacaína 0,25% o debupivacaína 0,25%). Si no se puede, poner el refuerzo y explicarle a la paciente lo que ocurre y que probablemente el lado sobre el que apoya se le va a quedar aún más dormido. Después del refuerzo hay que valorar su efecto y considerar si persiste, pensar en la posibilidad que el catéter

haya sido introducido demasiado y se haya lateralizado, por ello el siguiente paso es la retirada del catéter epidural 1-2 cm y administrar un nuevo refuerzo (valorando el grado de bloqueo). Aquí debemos matizar que algunos estudios sugieren que introducir el catéter epidural más de 6 cm incrementa el riesgo de lateralización, por tanto en algunas pacientes la solución primaria podría ser la retirada parcial del catéter, más que la administración de bolos de refuerzo. Si a pesar de esto no obtenemos mejoría y sospechamos de alteraciones anatómicas o que la colocación del catéter puede ser incorrecta, retirar el catéter y pinchar de nuevo.

### Analgesia parcheada

Los parches a menudo no se sabe por qué se producen y pueden aparecer en cualquier momento del parto. A menudo se atribuyen a alteraciones anatómicas del espacio epidural, aunque no debemos olvidar que puede ser por un fallo del emplazamiento del catéter, como el escape transforaminal del catéter, que se manifiesta como un bloqueo parcial limitado a uno o dos dermatomas, y que proporciona analgesia sólo en una pequeña área, acompañado a veces de un bloqueo simpático lumbar unilateral y cierta debilidad del cuádriceps. Administrar refuerzos de anestésico local en caso de analgesia parcheada puede no ser, por tanto, la solución definitiva, y si no hay ninguna mejoría tras los refuerzos y la retirada parcial del catéter, lo mejor es no esperar y pinchar de nuevo a la paciente cuanto antes.

### analgesia neuroaxial

La analgesia combinada se caracteriza por la administración de una dosis de medicación subaracnoidea (ej. 1 ml de bupivacaína al 0,25% preferiblemente sin morfina) ya que es el mayor implicado en alteraciones del registro cardiotocográfico mediante punción única además de la analgesia continua por el catéter epidural. Útil en fases avanzadas de dilatación o en pacientes con mucho dolor inicial.

La punción subaracnoidea sobre técnica epidural es similar a la anterior excepto que no se administran fármacos subaracnoideos. Podría mejorar la analgesia

epidural, con menor incidencia de dolor sacro, por el paso de parte de la dosis epidural al espacio subaracnoideoa través del orificio de la duramadre. Necesita más estudios para valorar su eficacia ya que no todos los autores están de acuerdo en su eficacia.

**La analgesia espinal** continua es una alternativa en el caso de pacientes con artrodesis de columna instrumentada y cirugía de raquis que pueda comprometer la difusión del anestésico local en el espacio epidural<sup>3</sup>, o de punción dural accidental (a través del propio catéter).

#### Bloqueos periféricos

El bloqueo bilateral del plexo de Frankenhauser (bloqueo paracervical<sup>36</sup>) se aplica solo en las fases iniciales de dilatación (4-5 cm) a intervalos de al menos 1 hora. A partir de 8 cm de dilatación es más difícil de realizar y tiene más riesgo de efectos secundarios. Produce una analgesia de inicio rápido (2 a 5 min) y duración variable (60-90 min con mepivacaína 1%, 40 min con lidocaína 1%, 120-150 min con bupivacaína 0,125% y 120-360 min con ropivacaína 0,75%)<sup>37</sup> calificada de excelente por el 75% de las embarazadas<sup>38</sup>, pero de inferior calidad a la administración de una dosis única de analgesia subaracnoidea. Se recomienda no usar lidocaína ni mepivacaína por el atrapamiento iónico en el lado fetal. No afecta la deambulación

#### Fármacos inhalatorios

El óxido nitroso<sup>49</sup>, de inicio rápido (50 seg), se puede usar en cualquier fase del parto<sup>36</sup>. Se elimina rápidamente de los pulmones y no causa depresión neonatal, Su eficacia analgésica es controvertida, entre moderada y satisfactoria según algunos estudios, menor que con los gases halogenados o el remifentanilo, y depende en parte de la capacidad de la paciente de autoadministrarse el gas En caso de necesitar episiotomía para el expulsivo, infiltrar el periné con anestésicos locales porque con óxido nitroso solo es insuficiente.

Los agentes halogenados son de uso infrecuente y suele circunscribirse al expulsivo, ya que es difícil ajustar las concentraciones analgésicas.

**ANALGESIA INTRA VENOSA** Es la analgesia de elección en pacientes que no quieren o no pueden recibir técnicas neuroaxiales por alguna contraindicación (fundamentalmente problemas de coagulación)