



Curso: El dolor en el parto mecanismos psicofisiológicos y estrategias holísticas para la prevención y el alivio

Imparten: Blanca Herrera – Ascensión Gomez



presencial y online

Madrid, 10 de enero 2019

información:

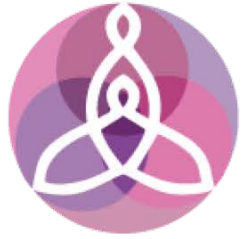
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

“La manera en la que nuestra cultura trata a las mujeres durante el parto, es un buen indicador sobre cómo las mujeres y su contribución a la sociedad, son valoradas y honradas.”

INA MAY GASKIN



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



2018 International Awards on
Perinatal Mental Health Education

PROGRAMA

1. Neurofisiología del dolor en el parto
2. La química y la bioquímica. Dolor fisiológico, dolor provocado: influencia de la medicalización del parto en la intensidad y la vivencia del dolor.
3. El sistema nervioso autónomo: comprendiendo cuales son las verdaderas necesidades de las mujeres durante todo el proceso. La influencia del entorno, el clima emocional, el acompañamiento.
4. Emociones, estado hormonal, estado de consciencia.
5. El miedo y su impacto en la evolución del parto y el dolor. Como afrontarlo.
6. Epidural: las luces y las sombras.
7. La analgesia endógena: conocerla, comprenderla, favorecerla.
8. Recursos no farmacológicos de alivio del dolor fisiológico.



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

ANALGESIA EPIDURAL: LUCES Y SOMBRAS



Cuadro de Amanda Greavette



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICA

- En 1847 Sir James Simpson, obstetra escocés, administró “ether” a una mujer de parto para controlar el dolor. Sus temores eran: El efecto de la analgesia sobre la contractilidad, el estado fetal/neonatal, la hemorragia postparto, etc.
- A partir de ese momento se han realizado diferentes pruebas con medicamentos sistémicos y locales.
- En la actualidad estamos trabajando con la Analgesia Epidural



QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Resumen de la evidencia

La experiencia de parto está influenciada por varios factores tales como las expectativas, nivel de preparación, complicación del parto y el grado de dolor experimentado (11).	2++
La actitud y el comportamiento de los cuidadores es el factor que más influye en la satisfacción materna. Las mujeres están más satisfechas cuando sus expectativas de dolor y de elección del manejo del mismo se cumplen (11)	2++



Las mujeres con analgesia neuroaxial combinada intradural-epidural administrada en PCEA, (controlada por ellas) alcanzan mayor satisfacción con el alivio del dolor durante el parto que las que reciben apoyo continuo por la matrona más otras formas de analgesia (petidina IM, Entonox® y métodos no farmacológicos). La satisfacción global con la experiencia del parto y nacimiento es alta y similar en mujeres de ambos grupos (274).	1+
La satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el grado y tipo de dolor, el alivio del dolor, la participación, cuidado estructurado y control en la toma de decisiones (278).	2++
El cumplimiento de las expectativas es el factor que más se relaciona con la satisfacción (280).	2+

Recomendaciones

B	Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.
----------	--



QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Resumen de la evidencia

La analgesia neuroaxial provee un alivio efectivo del dolor en el parto (309).	1+
La primera etapa del parto es significativamente más corta en mujeres que reciben analgesia neuroaxial que en las que no se les administró ningún tipo de analgesia (309).	1+
Analgesia neuroaxial frente a analgesia con opioides parenterales	
La analgesia neuroaxial frente al uso de opioides provee una mayor satisfacción, un mayor alivio del dolor en la primera y en la segunda etapa del parto y una menor necesidad de analgesia adicional (310).	1+
La duración de la segunda etapa del parto, el riesgo de parto instrumental y el uso de oxitocina son mayores cuando se administra analgesia neuroaxial, tanto en dosis convencionales como en bajas dosis (310).	1+
Las mujeres tienen mayor riesgo de hipotensión, de tener fiebre >38°C y de retención urinaria con la administración de analgesia neuroaxial (310).	1+
La analgesia neuroaxial está asociada a un mejor estatus ácido-base neonatal que los opioides. Además, los RN tienen menor riesgo de necesitar la administración de naloxona (310;312).	1+

En relación a la lactancia materna a las 6 semanas, no se han demostrado diferencias entre la administración de analgesia neuroaxial y la administración de opioides parenterales (311).	1+
Las mujeres manifiestan mayor dolor, sufren una mayor sedación y tienen más náuseas con la utilización intravenosa de remifentanilo que con la analgesia epidural (307).	1+

Recomendaciones

A	Se recomienda informar a las mujeres de que la analgesia neuroaxial es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental.
√	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial.





QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Resumen de la evidencia

La analgesia combinada (intradural-epidural) provee un comienzo más rápido de la analgesia que la epidural sola. Aunque una vez establecida la analgesia, las dos técnicas son igualmente efectivas. Las mujeres estaban más satisfechas con la administración de la analgesia combinada pero se observó una mayor incidencia de prurito. No se observaron diferencias en relación a resultados neonatales o tipo de parto (315;316).	1+
La comparación de los regímenes tradicionales con modernos a bajas dosis y combinada (intradural-epidural) no mostró diferencias en relación a la severidad del dolor tras la administración de la epidural y en número de mujeres con capacidad para pujar (317).	1++
Entre los regímenes tradicionales y los modernos a bajas dosis se observaron diferencias tales como: más mujeres con partos espontáneos, con una duración de la segunda etapa del parto ≤ 60 minutos y más mujeres con capacidad para pujar en el grupo de infusión de epidural a bajas dosis. La tasa de cesáreas fue similar. Los RN de este grupo tenían más posibilidades de tener una baja puntuación en el test de Apgar ≤ 7 al minuto, aunque a los 5 minutos ni en la admisión en unidad neonatal (317).	1++
Los resultados a largo plazo no muestran diferencias entre diferentes regímenes en la satisfacción materna con la experiencia del parto, ni en dolor de espalda, dolor de cabeza o de cuello, ni parestesias. Aunque las mujeres asignadas a regímenes modernos tuvieron menores tasas de incontinencia urinaria de esfuerzo y menos problemas de control intestinal, comparando con las mujeres del grupo tradicional (317).	1++
El beneficio de la analgesia combinada es la rapidez de la instauración del efecto analgésico, con el inconveniente de una mayor incidencia de prurito y el hecho de que es una técnica más invasiva. Comparada con la epidural tradicional produce además mejor analgesia (precisa menos rescate) con menor retención urinaria. Cuando se compara con la epidural a bajas dosis, no hay diferencias en la satisfacción materna (319).	1+

Recomendaciones

A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural).



Resumen de la evidencia

Las pruebas de coagulación son pobres predictores de hemorragia perioratoria, ya que el riesgo de sangrado entre pacientes con test de coagulación anormal y normal es similar (321).	III
No existe evidencia suficiente para determinar si el recuento de plaquetas es un predictor de complicaciones relacionadas con la anestesia neuroaxial (16).	IV
La capacidad de predicción de sangrado de las historias depende de lo específicas que estas sean y de la presencia de historia familiar de sangrado positiva y el sangrado después de sucesos traumáticos (salvo parto) (321).	III

Recomendaciones

C	No se recomienda realizar un estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	No se recomienda realizar un recuento intraparto de plaquetas rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto.
√	La decisión de realizar un recuento de plaquetas y un test de coagulación debe ser individualizada y basada en la historia de la mujer, el examen físico y los signos clínicos.



QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

Resumen de la evidencia

Existe evidencia de que la precarga por vía intravenosa antes de la técnica neuroaxial reduce las tasas de hipotensión materna y las anomalías de la FCF cuando se administra analgesia epidural a altas dosis. Sin embargo, la evidencia existente no permite confirmar si es útil en bajas dosis (323).

1+

Recomendaciones

- | | |
|---|--|
| √ | Se recomienda asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial. |
| A | La precarga por vía intravenosa no necesita ser administrada rutinariamente antes de la analgesia epidural con dosis bajas o con analgesia intradural-epidural combinadas. |

Resumen de la evidencia

La administración precoz (<3-4 cm de dilatación cervical) de analgesia epidural no influye el uso de oxitocina, en el tipo de parto, ni en la duración del mismo (324;325;327).

1+

Recomendaciones

- | | |
|---|---|
| A | La analgesia regional puede proporcionarse cuando la mujer lo solicite, incluso en fases tempranas de la primera etapa del parto. |
|---|---|

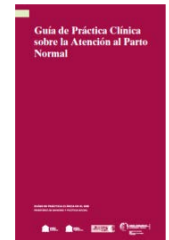




QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Resumen de la evidencia

Los bolos intermitentes administrados por el personal del hospital, comparada con PC, reduce la dosis total de anestésico local, implicando un menor bloqueo motor (10).	1+
La PCEA, comparada con los bolos intermitentes administrados por personal hospitalario, incrementa la satisfacción de la mujer en relación con el alivio del dolor (10).	1+



Recomendaciones

A	Se recomienda la administración de PCEA. La PC y los bolos administrados por personal hospitalario son alternativas válidas en función de los diferentes recursos.
---	--

Resumen de la evidencia

La analgesia epidural produce un incremento significativo de hipotensión, fiebre materna, retención urinaria (310;341).	1+
La incidencia de anomalías en la FCF es similar en mujeres con analgesia epidural en comparación con mujeres con meperidina (344). Las mujeres con analgesia epidural tenían menor variabilidad en la FCF, más aceleraciones aunque la incidencia de deceleraciones fue similar (343).	1+
Durante el establecimiento de la analgesia con opioides por vía intradural se incrementa la incidencia de bradicardia fetal (345-347).	1+

Recomendaciones

✓	Se recomienda el control de la tensión arterial durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis.
✓	Se recomienda la MEC de la FCF durante los primeros 30 min del establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada siguiente bolo de 10 ml o más de anestésico local a bajas dosis.





QUÉ DICE LA EVIDENCIA

Resumen de la evidencia

La asociación de fentanilo y bupivacaína al 0,0625% vía epidural disminuye la dosis total de anestésico local empleado, produce menor bloqueo motor, mayor duración de la analgesia y más prurito (350-354).	1++
El número de mujeres que mantienen la lactancia a la 6ª semana posparto es mayor cuando no ha habido problemas en la lactancia a las 24 h y cuando la concentración de fentanilo en sangre de cordón umbilical es <200pg/ml (355).	1+
La administración de fentanilo durante el parto, especialmente en dosis altas, puede dificultar el establecimiento de la lactancia materna.(356).	3
En el establecimiento de la analgesia con opioides por vía intratecal puede incrementarse la incidencia de bradicardia fetal y la incidencia del prurito (345).	1+
La combinación de anestésico local con fentanilo intradural es más eficaz que sólo anestésico local (346;347).	1+
La analgesia intradural con opiáceos parece tener una eficacia analgésica similar a los 15 minutos de su administración, aunque hay una mayor incidencia de prurito, en comparación con los anestésicos locales (358).	1+

Recomendaciones

A	Se recomienda la utilización de bajas dosis de anestésico local junto con opioides para la analgesia epidural.
---	--





QUÉ DICE LA EVIDENCIA



Hay pruebas, predominantemente de alta calidad, de que la iniciación temprana o tardía de la analgesia epidural para el trabajo de parto tienen efectos similares sobre todos los resultados medidos. Sin embargo, a las pacientes asignadas a la iniciación tardía de la epidural se les proporcionaron diversas formas alternativas para el alivio del dolor durante el período de demora, por lo que es difícil evaluar claramente los resultados. Se concluye que, en el caso de las primíparas en trabajo de parto que solicitan analgesia epidural para el alivio del dolor, parecería que el momento para iniciar la analgesia epidural depende de la solicitud de la paciente

WHAT WORKS

Evidence suggests that epidural, combined spinal epidural (CSE) and inhaled analgesia effectively manage pain in labour, but may give rise to adverse effects. Epidural, and inhaled analgesia effectively relieve pain when compared with placebo or a different type of intervention (epidural versus opioids). Combined-spinal epidurals relieve pain more quickly than traditional or low dose epidurals. Women receiving inhaled analgesia were more likely to experience vomiting, nausea and dizziness.

When compared with placebo or opioids, women receiving epidural analgesia had more instrumental vaginal births and caesarean sections for fetal distress, although there was no difference in the rates of caesarean section overall. Women receiving epidural analgesia were more likely to experience hypotension, motor blockade, fever or urinary retention. Less urinary retention was observed in women receiving CSE than in women receiving traditional epidurals. More women receiving CSE than low-dose epidural experienced pruritus.



Provide information about epidural analgesia, including the following:

- It is available only in obstetric units.
- It provides more effective pain relief than opioids.
- It is not associated with long-term backache.
- It is not associated with a longer first stage of labour or an increased chance of caesarean birth.
- It is associated with a longer second stage of labour and an increased chance of vaginal instrumental birth.
- It will be accompanied by a more intensive level of monitoring and intravenous access, and so mobility may be reduced.



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

QUÉ DICEN LAS MUJERES

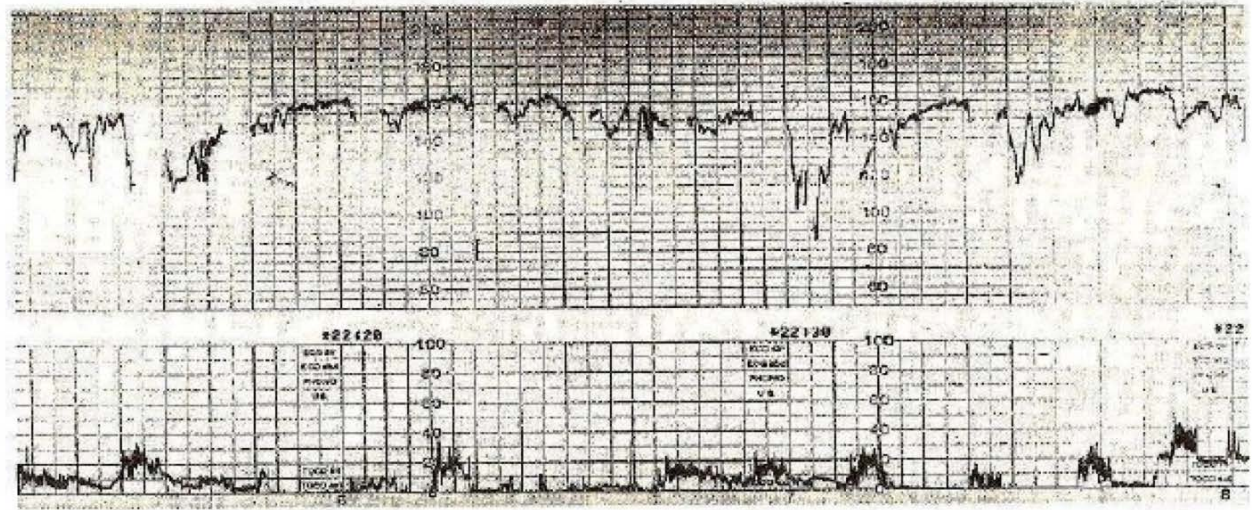
- Para muchas mujeres es un “alivio”, un verdadero “milagro”...
- Pero para otras:
 - “no sentir las piernas me generaba mucha angustia y ansiedad”
 - “la cabeza del bebé no estaba bien colocada, me atormentaba y me culpaba a mi misma por haber cedido a ponerme la epidural”
 - “si lo hubiera sabido, las contracciones hasta ese momento eran llevaderas, después dejé de sentir...”
 - “a raíz de ponerme la epidural... todo se complicó”



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

QUÉ DICE LA EXPERIENCIA

- No siempre funciona como debería:
 - Se lateraliza, aparecen “ventanas”, bloqueo motor, etc.
- Alteraciones en el RCTG... Y sustos!!!
- Mal-posiciones de la cabeza del bebé
- Partos prolongados
- Fiebre intraparto
- Cefaleas

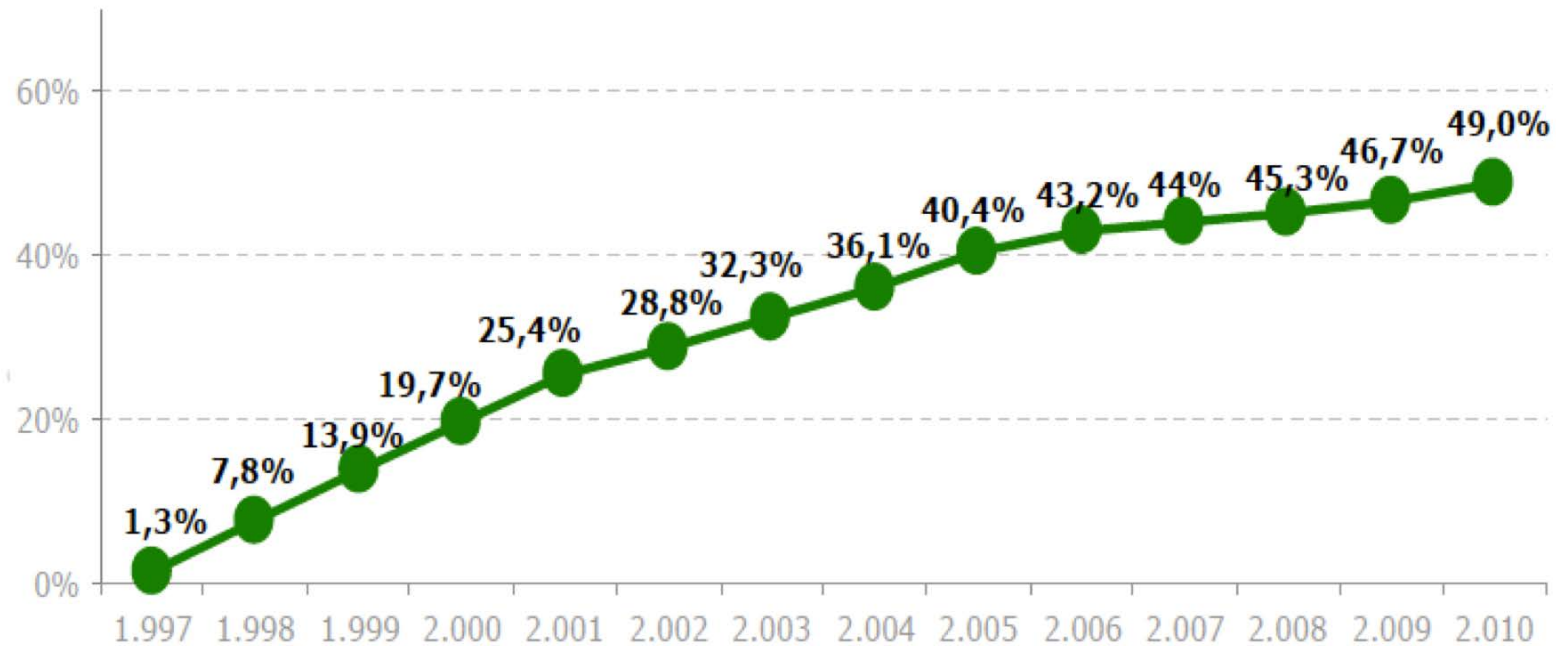






Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

QUÉ DICE LA EXPERIENCIA

ANALGESIA EPIDURAL (en %)



INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
 % de Protocolos de atención al parto que mencionan las ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS para el manejo del dolor	Revisión de Protocolos	67.0%	100%
INDICADOR DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
 % de partos con ANALGESIA LOCORREGIONAL	Revisión de Historias Clínicas	72.2%	30-80%



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

LUCES Y SOMBRAS

- Hoy por hoy la analgesia epidural se usa por muchas mujeres en el parto.
- Es un método efectivo de alivio del dolor.
- Muchas mujeres pueden tener una experiencia muy satisfactoria del parto con epidural.
- No se trata de “demonizarla”.



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

LUCES Y SOMBRAS

- Es un recurso... no un objetivo en sí misma.
- Es importante realizar estudios....
- Porque hoy ya sabemos que:
 - Puede no funcionar, o lateralizarse...
 - Puede producir hipotensión
 - Puede producir cefaleas
 - Puede producir picores
 - Prolonga la segunda etapa del parto
 - Aumenta la tasa de partos instrumentales y cesáreas



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

LUCES Y SOMBRAS

PERO Y:

- El feto/receién nacido/nacida
- El vínculo madre/bebé
- La lactancia...



QUE HACER...??

- Ni “demonizar” – ni “endiosar”... Es un recurso.
- Preparación al parto que sea “congruente”... para que la mujer tenga unas expectativas “realistas”.
- Utilizar... Cuando sea necesaria.
- Cuando sea necesaria... **Saber compensar**