

Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Alumna: Pilotti, Valeria

Tutor: Dr. Edgar, Zanuttini

Cotutor: Dr. Scotta, Roberto

Título: “Analgésia Peridural en partos. ¿Confort o síntomas adversos?”

Fecha de presentación: Febrero de 2009.

ÍNDICE:

RESUMEN:.....	1
INTRODUCCIÓN:.....	2
MARCO TEÓRICO:.....	4
PROBLEMA	9
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS:.....	9
RESULTADOS:.....	11
DISCUSIÓN:.....	25
CONCLUSIONES:.....	28
ANEXOS:.....	29
BIBLIOGRAFÍA:.....	32

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Dr. Zanuttini, Edgar por su apoyo.

Muy especialmente a mi cotutor, Dr. Scotta Roberto que me guío en todo y me enseñó mucho.

Al personal del servicio de obstetricia y anestesiología del Sanatorio de la Mujer por su amabilidad.

Al Dr. Parenti, Pablo, Dr. Bassan Norberto y Peszotto Stella Maris por su colaboración y consejos.

Y por último a mi familia, en especial a mi papá por introducirme en el tema.

RESUMEN:

Objetivos: a) conocer la frecuencia con que se presentan los síntomas adversos de la analgesia peridural en el post-parto; y b) evaluar, en contra partida, el confort de la paciente en este mismo período.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo, en el cual se incluyeron en el análisis las pacientes asistidas en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario entre el 6 de Junio de 2008 y el 6 de Octubre del mismo año, que se realizaron analgesia peridural y cumplían los criterios de inclusión (160 pacientes).

Resultados: La complicación que más frecuentemente se presentó durante el período post-parto fue la lumbalgia (40%), seguido de la cefalea (11,25%), y por ultimo las parestesias (1,88%). El 46,88% no refirieron ningún síntoma.

El 75,6% de las parturientas sintieron un gran alivio del dolor de las contracciones uterina después de la colocación de la peridural. El 99,4 % de las pacientes se sintieron contenidas, el 96,3% afirmaban que el anestesiólogo les había explicado la técnica peridural, y destacando la conformidad de las pacientes, se halló que el 88,8% de las parturientas se volvería a realizar la técnica analgésica peridural para el alivio del dolor en el parto.

Conclusiones: La técnica de la analgesia peridural no está exenta de síntomas adversos, pero en este trabajo se encontró que estos síntomas en la mayoría de los casos son de corta duración y no influyen significativamente en la decisión por parte de las parturientas de realizarse la analgesia peridural en caso de un nuevo parto.

INTRODUCCIÓN:

El dolor asociado al proceso del parto es tan antiguo como la humanidad y ha sido un tema que ha preocupado a los anestesiólogos y a los obstetras desde hace muchos años. Este dolor es muy variable y son pocos los estudios sobre la prevalencia, intensidad y calidad de este dolor. La incidencia de dolor intenso e intolerable varía entre el 30 y el 80%¹.

El dolor del trabajo de parto afecta a la embarazada y al feto²⁻³. La hiperventilación materna durante las contracciones es seguida de un período de hipoventilación que disminuye la transferencia de O₂ al feto; esta situación es generalmente bien tolerada en una gestación normal, pero puede agravar la situación de un feto previamente comprometido. El aumento de catecolaminas provocado por el dolor incrementa la presión arterial y el gasto cardíaco y disminuye el flujo uterino; esto implica un aumento del trabajo del ventrículo izquierdo bien tolerado en las gestantes sanas, pero que puede llevar a descompensaciones en la cardiópata, hipertensa o preecláptica.

La analgesia obstétrica debe cumplir los siguientes requisitos: aliviar el dolor materno sin afectar su seguridad, no afectar el proceso de parto y no alterar el bienestar fetal ni al recién nacido.

Desde 1847 se han utilizado diversas técnicas analgésicas y diversos fármacos para intentar mitigar el dolor, como los anestésicos inhalatorios, los opiáceos administrados vía intravenosa, intramuscular, peridural o intraduralmente, solos o asociados a anestésicos locales.

De todos estos métodos analgésicos la analgesia peridural es la técnica más efectiva y con la relación beneficio/riesgo más favorable para controlar el dolor relacionado con el trabajo del parto y del expulsivo^{4,5}.

Los efectos sobre la evolución del parto y su influencia en el aumento de instrumentación y de cesáreas han sido objeto de múltiples estudios,^{6, 7, 8} y son objeto de controversia. La analgesia y anestesia peridural no están exentas de complicaciones^{9, 10} y, por tanto, de demandas médico-legales¹¹; pero en general, tanto la incidencia como la trascendencia de las complicaciones son menores si la técnica se realiza correctamente^{12, 13}.

MARCO TEÓRICO:

La anestesia epidural o peridural consiste en la introducción de fármacos en el espacio peridural bloqueando las terminaciones nerviosas a nivel de su salida de la médula. El espacio peridural se encuentra dentro del conducto vertebral, por fuera de la duramadre espinal. El bloqueo peridural afecta a todas las modalidades de la función nerviosa, es decir, motora, sensitiva y autonómica. Sin embargo, se puede obtener un bloqueo diferencial, regulando la concentración del anestésico local¹⁴.

Para llegar al espacio peridural, la aguja debe atravesar el ligamento supraespinoso, el ligamento infraespinoso y, por último, el ligamento amarillo, que une las láminas adyacentes y es el más grueso y robusto de los ligamentos¹⁵.

El espacio peridural se extiende desde el orificio occipital hasta el cóccix. La duramadre espinal discurre desde el orificio occipital hasta aproximadamente S1- S2.

Además de los nervios espinales el espacio peridural contiene un tejido adiposo y vasos sanguíneos que se dirigen a y desde las vértebras, médula espinal, meninges y nervios espinales¹⁵.

En la realización de la técnica peridural es importante que antes de inyectar la dosis del fármaco completa se utilice una dosis de prueba, que no es más que una pequeña dosis del fármaco, con la finalidad de asegurarse de que el espacio alcanzado es el deseado antes de continuar administrando dosis mayores.

Las indicaciones para un bloqueo analgésico durante el parto son las siguientes:

<i>Indicaciones analgésicas</i>	<i>Indicaciones obstétricas</i>
1- Dolor, estrés materno o ambas cosas.	1- Distocias dinámicas (incoordinación uterina).
2- Presentación occisito-posterior.	2- Distocia cervical (espasmo cervical).
3- Solicitud materna (excepto que existan contraindicaciones).	3- Embarazo doble.

”Analgésia Peridural en partos. ¿Confort o síntomas adversos?”

	4- Parto instrumental, probable cesárea o ambas cosas.
	5- Cesárea previa
	6- Estados hipertensivos del embarazo (excepto si existen convulsiones o coagulopatías).
	7- Situaciones que desaconsejen la hiperventilación (por ej.: epilepsia).
	8- Situaciones en las que sea aconsejable evitar una anestesia general (por ej. Falta de ayuno o probabilidad de intubación difícil)
	9- Prematurez
	10- Muerte fetal intraútero
	11- Parto inducido
	12- Enfermedad respiratoria

En cuanto a los anestésicos locales en obstetricia, si bien no existe ninguno que reúna todas las condiciones idóneas para brindar analgesia durante el trabajo de parto, es decir, que sea inocuo para la madre y el feto, que produzca una excelente analgesia, que no provoque bloqueo motor y que no interfiera sobre la fisiología del parto; en la práctica se trata de acercarse a los objetivos con los fármacos disponibles en nuestro medio: lidocaína, bupivacaína y ropivacaína.

De estos, los más utilizados son la bupivacaína y la ropivacaína, ya que su efecto es más prolongado y en bajas concentraciones tienden a bloquear las fibras sensitivas en mayor medida que las motoras.

Algunos anestesiólogos combinan el anestésico local con un opioide, ya que estos interrumpen selectivamente la conducción nociceptiva, logrando la abolición del dolor sin afectar las funciones motora y autonómica, con lo cual se disminuye la dosis

del anestsico local a utilizar. El fentanilo es el opioide de elecci3n por su liposolubilidad que le permite atravesar las meninges con mayor facilidad y rapidez.

Lamentablemente, pese a los avances t3cnicos y farmacol3gicos logrados en el campo de los bloqueos centrales, la analgesia peridural para el parto no es un m3todo exento de complicaciones.¹⁴

Si la aguja peridural se hace avanzar m3s all3 de la duramadre se producir3 una lesi3n parcial o una perforaci3n total de la citada meninge, ocasionando una comunicaci3n accidental entre el espacio subaracnoideo y el espacio peridural. Esta es una de las m3s frecuentes complicaciones t3cnicas del bloqueo peridural, “la **punci3n dural accidental**”. Si bien su incidencia se reduce bastante si se adopta una t3cnica prolija y el h3bito de la cautela, varias circunstancias (espacios peridurales muy superficiales, pacientes movedizas, estructuras ligamentarias muy laxas, jeringas atascadas, falta de experiencia o exceso de confianza) determinan que esta complicaci3n sea casi inevitable en un porcentaje variable de las punciones. Los estudios publican incidencias de dolor de espalda en el postparto de mujeres que han recibido analgesia epidural que varían desde un 3 a un 45%^{16,17}.

Cuando la aguja de Tuohy ha perforado la duramadre y el lquido cefalorraquideo (LCR) fluye por su extremo distal en forma franca y clara el diagn3stico de la complicaci3n es sencillo; en estos casos se trata de lo que se conoce como *punci3n dural accidental advertida*. En cambio, hay otros casos en los que se ha producido una soluci3n de continuidad en la duramadre y sin embargo no se observa la salida de lquido o solo refluyen unas pocas gotas de procedencia dudosa. Es posible que en estos últimos casos solo una pequeña porci3n del bisel de la aguja peridural haya ingresado en el espacio subaracnoideo y que la presi3n del LCR espinal lumbar no sea suficiente para provocar un reflujo franco y clínicamente detectable: *punci3n dural accidental*

inadvertida y solo una dosis de prueba adecuada permitirá diagnosticarla con certeza. Si no se procede de este modo es posible que una dosis alta de anestésico local (dosis peridural) sea inyectada directamente dentro del LCR y se produzca lo que se conoce como un bloqueo espinal masivo, el que no solo conlleva un elevado riesgo para la paciente sino que además constituye una verdadera emergencia médica debido a la rapidez con la que se instalan los síntomas: bloqueo motor, depresión respiratoria e hipotensión^{15, 18}.

Como resultado de la punción dural accidental se produce el síndrome de hipotensión intracraneal, en el que se observa **cefalea que puede acompañarse de síntomas visuales y auditivos**. Este síndrome se produce porque con la pérdida de LCR a través del orificio dural dejado por la aguja, la presión de LCR disminuye, y la vasodilatación compensadora, agravada por la posición erecta, produce una tracción de los vasos sanguíneos dilatados sensibles al dolor y origina una cefalea de tipo vascular^{15, 18}.

Esta cefalea tiene ciertas características: como son los cambios posturales, ya que la cefalea comienza al adoptar la posición erecta, y se alivia al acostarse; otra característica es la localización, pudiendo presentarse en la región fronto-occipital, la cual es la forma más frecuente, en la nuca, en el vértex, o una combinación de estas. La intensidad, la duración y el momento de inicio varían. A veces comienzan mucho después de que la paciente abandona el hospital, ya que la lenta pérdida de LCR se produce de forma continua sin causar síntomas hasta que las pérdidas sobrepasan un límite, o hasta que se alcanza un cierto umbral de dolor.

A su vez, la pérdida de LCR puede persistir durante un largo tiempo, debido a que la duramadre no cicatriza fácilmente por tener pobre irrigación.

Como existe una comunicación anatómica entre el espacio subaracnoideo y la cóclea se pueden producir alteraciones auditivas como la disminución de la audición, sensación de taponamiento, chasquidos, tinnitus, zumbidos y retumbos.^{15, 18.}

También se pueden ver alteraciones visuales que consisten en visión doble, dificultad para el enfoque, visión borrosa, manchas en el campo visual, fotofobia, destellos visuales y dificultad para la lectura^{18.}

La inserción del catéter en el espacio peridural puede producir irritación de las raíces nerviosas dando como resultado **parestesias** en miembros inferiores. Hay varios factores que pueden influir en la aparición de parestesias, como: el material de fabricación del catéter, que la punción peridural se realice exactamente en la línea media y la longitud de catéter que avanza en el espacio peridural^{18, 19.}

Otro síntoma muy frecuente es la **lumbalgia**, la cual es muy común durante el embarazo y el puerperio. Generalmente el dolor de espalda es producto de la lordosis exagerada durante el embarazo. Pero se han propuesto otros factores que aumentan el riesgo de sufrir dolor de espalda en el post-parto después de la administración de analgesia peridural, como ser: el uso de agujas largas, hematomas en el ligamento supraespinoso, la dificultad en la identificación del espacio peridural, la postura que se adopta de manera prolongada durante el parto y el período expulsivo y la distensión de la articulación sacroilíaca como resultado del movimiento de las extremidades inferiores antes de la resolución de la anestesia^{18.}

PROBLEMA:

¿Son frecuentes los síntomas adversos de la peridural para parto?

¿Es más significativo para la paciente el alivio del dolor o los síntomas adversos?

OBJETIVOS:

Generales:

1. Conocer la frecuencia con que se presentan los síntomas post-anestesia peridural en el parto.
2. Evaluar el confort de la parturienta con respecto a la peridural en el parto.

Específicos:

1. Identificar los síntomas adversos más frecuentes.
2. Conocer la duración de los síntomas adversos.
3. Evaluar el alivio del dolor durante las contracciones uterinas.
4. Cuantificar el deseo de las pacientes de ser anestesiada con peridural ante un nuevo parto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional prospectivo. El mismo incluyó a todas las parturientas a las que se les haya realizado peridural entre el 6 de Junio y el 6 de Octubre del año 2008 en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Se obtuvo la información del libro de partos del Sanatorio de la Mujer de cada parturienta acerca de que si había recibido, o no, anestesia peridural, si el parto había

terminado en cesárea, si se utilizó fórceps, o fue espontáneo, la edad de la paciente y si era primeriza o cuantas gestas tuvo. Luego se les pidió autorización a cada paciente en forma personal, previa información sobre los objetivos del trabajo, y sus datos de filiación en el día de internación post-parto y a los 15 - 20 días posteriores se les realizó una entrevista telefónica, completando la recolección de los datos para la investigación.

Se excluyeron a aquellas pacientes que no habían recibido peridural y a las que se les había realizado cesárea.

Las variables a analizar fueron: (ver anexos I y II)

- Dolor en el sitio de punción
- Parestesias en miembros inferiores
- Cefalea
- Alivio del dolor de las contracciones uterinas
- Contención
- Realización del curso de parto
- Realización de una nueva peridural para futuro parto
- Edad de la paciente
- Si es primeriza o no
- Parto instrumentado (fórceps, ventosa)

Los datos obtenidos fueron tabulados en una tabla en el programa Microsoft Excel XP. El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa SPSS 17.0.

RESULTADOS:

Desde el 6 de Junio hasta el 6 de Octubre de 2008, se recolectaron los datos del libro de pre-parto de 661 pacientes del servicio de Obstetricia del Sanatorio de la Mujer, de las cuales fueron excluidas 172 pacientes por cesáreas programadas, 63 que comenzaron el trabajo de parto espontáneamente y 45 fueron inducidas pero terminaron en cesárea. En total se excluyeron por cesárea 279 pacientes (42,20%).

De las cesáreas, tanto programadas como no, todas fueron con peridural.

Se excluyeron también: 7 pacientes a las que se les habían realizado legrados uterinos, 3 mujeres por óbitos fetales y 1 presentaba un embarazo retenido.

Entre las 371 mujeres con partos normales, instrumentados o no, no se realizaron anestesia peridural 100 parturientas (26,95%).

Se obtuvo el consentimiento y la entrevista de 160 pacientes, que conformaron nuestro grupo en estudio.

Cuadro N° 1: Edad de mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008

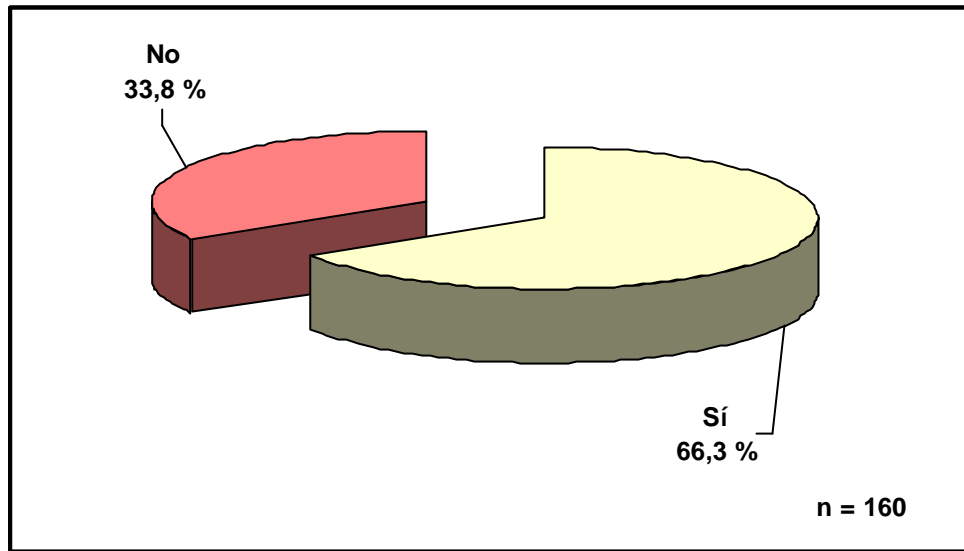
Edad (en años)	N° mujeres	% mujeres
Menos 20	13	8.1
20 – 30	73	45.6
30 – 40	74	46.3
Total	160	100.0

Entre las pacientes estudiadas la mayoría tenía entre 20 y 40 años.

Gráfico N° 1: Características de las mujeres parturientas con aplicación de peridural.

Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008.

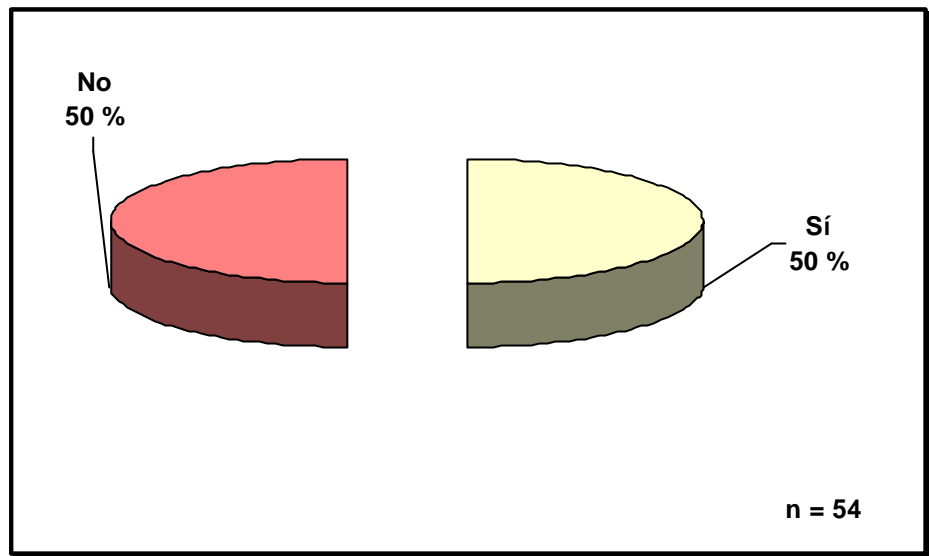
a. Parturienta primeriza



Más de la mitad de las parturientas eran primerizas.

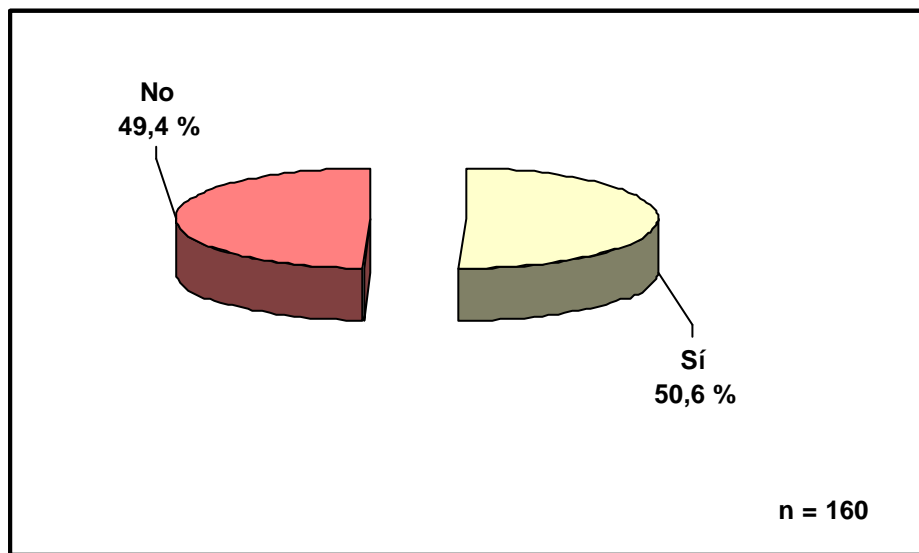
- De las que no eran primerizas (54), 27 se habían realizado la peridural en el parto anterior.

b. Recibió Peridural para parto anterior



Del grupo de pacientes que ya habían tenido parto anterior, la mitad se habían realizado la técnica analgesia peridural.

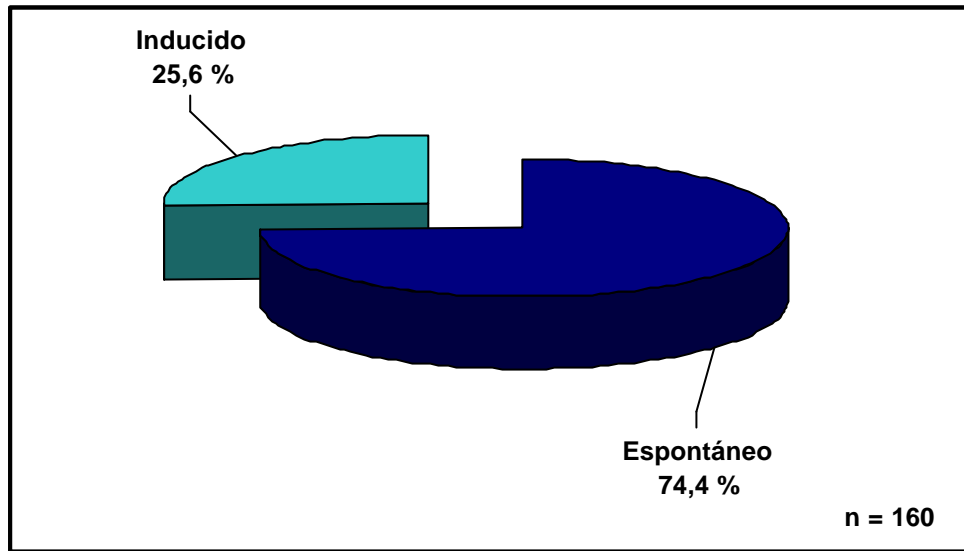
c. Realización de Curso pre-parto



Un 50,6 % de las mujeres incluidas en el trabajo habían realizado el curso de pre- parto.

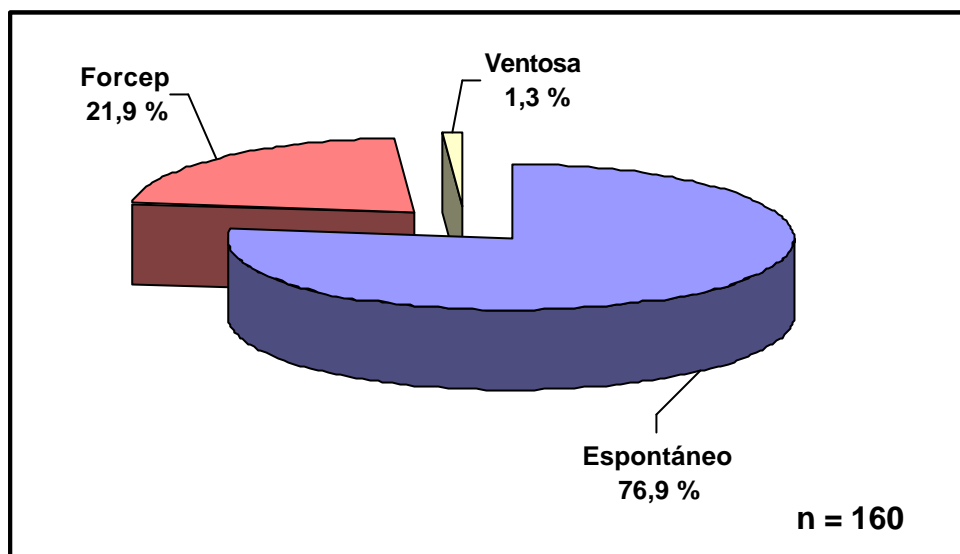
Gráfico N° 2: Características del parto de mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008.

a. Inicio del trabajo de parto



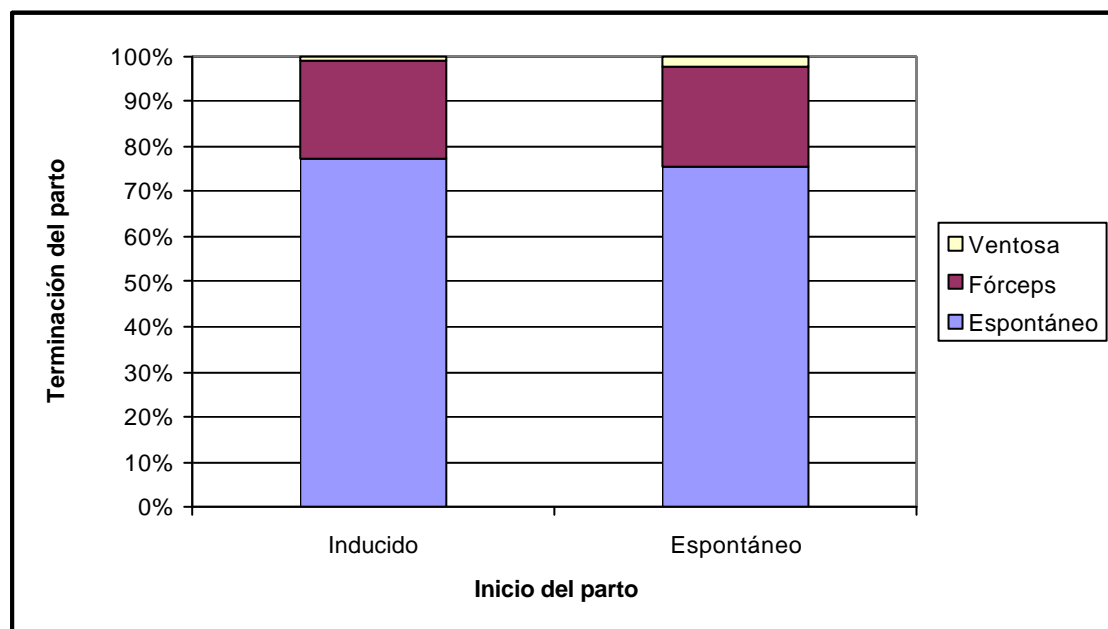
Del total de las embarazadas el 74,4 % inicio el trabajo de parto espontáneamente.

b. Término del parto



El 76,9 % de los partos terminaron de forma espontánea.

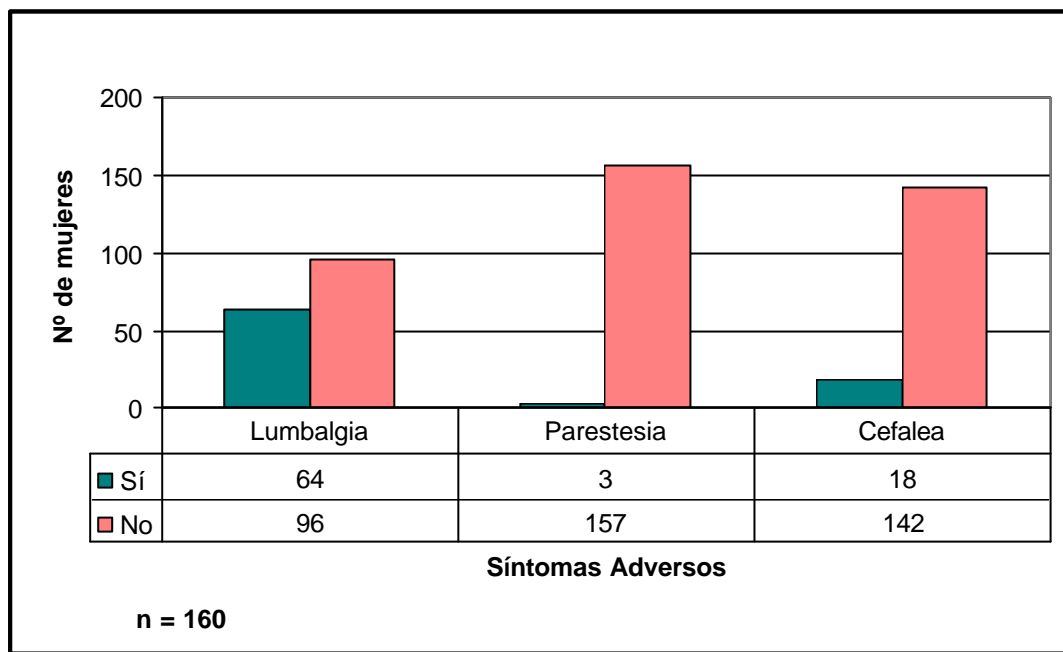
c. Relación de la forma de inicio de los partos con la terminación



Alrededor de las tres cuartas partes de los partos, tanto inducidos (25,6%) como inicialmente espontáneos (74,4%), finalizaron espontáneamente.

Gráfico N° 3: Síntomas adversos en mujeres parturientas con aplicación de peridural.

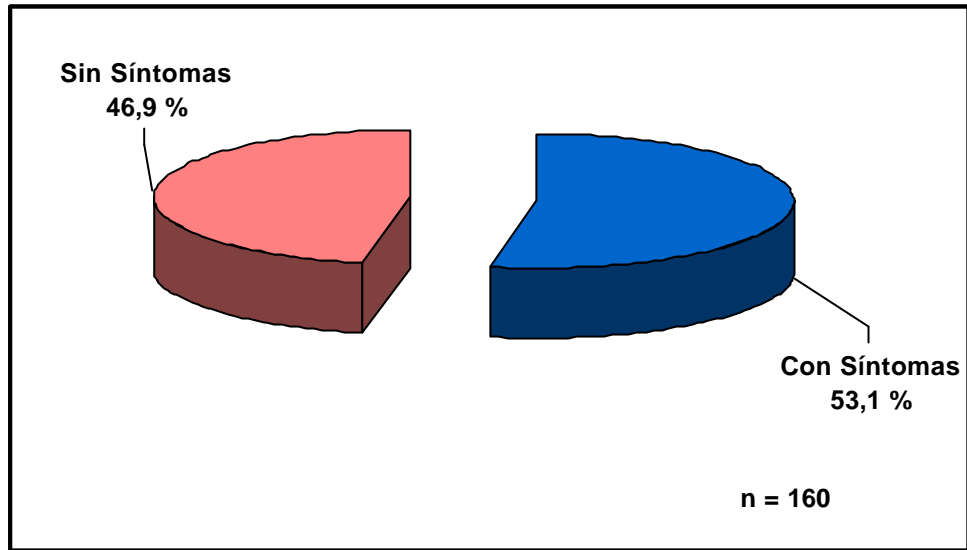
Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



Entre los síntomas adversos encontrados, el 40% de las mujeres presentaron lumbalgia, el 11,25% cefalea y el 1,87% parestesias.

- En las 3 pacientes que manifestaron parestesias se había utilizado el fórceps para la terminación del parto y eran primerizas.

Gráfico N° 4: Presencia de Síntomas adversos en mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



Aproximadamente la mitad de las pacientes no tuvieron ningún síntoma adverso.

Cuadro N° 2: Características de la lumbalgia en mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008

(n = 64)

	N° mujeres	% mujeres
Momento del dolor		
En el momento de la peridural	7	4.4
Luego de la peridural	38	59.4
Ambos	19	29.7
Total	64	100.0
Duración de la lumbalgia		
1 a 2 días	31	54.4
3 a 6 días	12	21.1
7 y más días	14	24.5
Total	57	100.0
Consulta por dolor lumbálgico		
Sí	8	12.5
No	56	87.5
Total	64	100.0

De las pacientes que sintieron lumbalgia, en la mayoría se presentó después de recibir la peridural, de una duración de 1-2 días y solo 8 de ellas consultaron por ese dolor.

Cuadro N° 3: Características de las cefaleas en mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008

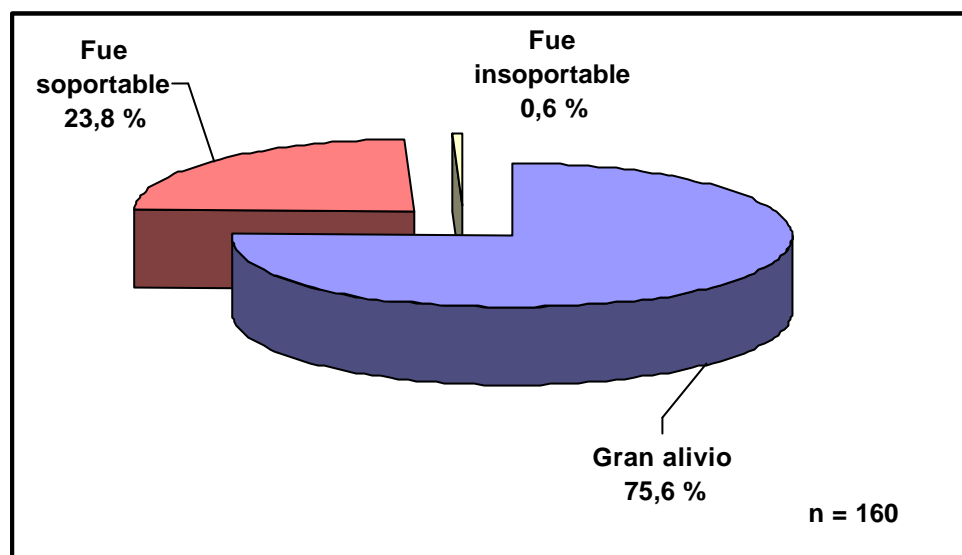
(n = 18)

	N° mujeres
Cefaleas Fronto - Occipitales	
Sí	12
No	6
Total	18
Duración de cefaleas	
1 a 2 días	12
3 a 7 días	2
7 a 10 días	1
Más de 10 días	3
Total	18
Síntomas acompañantes a las cefaleas	
Sí	6
No	12
Total	18
Calmaba la cefalea con la posición horizontal	
Sí	6
No	14
Total	18

En la mayoría de los casos la cefalea fue fronto-occipital y de 1-2 días de duración, y en menos de un tercio de los casos se acompañó de algún síntoma y calmaba con la posición horizontal.

- De las 18 pacientes que manifestaron cefalea, 13 se volverían a realizar la analgesia peridural en caso de un nuevo parto, 4 no saben y 1 no se la volvería a realizar.

Gráfico N° 5: Alivio de las contracciones uterinas con la anestesia en mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



Las tres cuartas partes de las pacientes refirieron haber sentido un gran alivio del dolor de las contracciones uterinas después de la peridural.

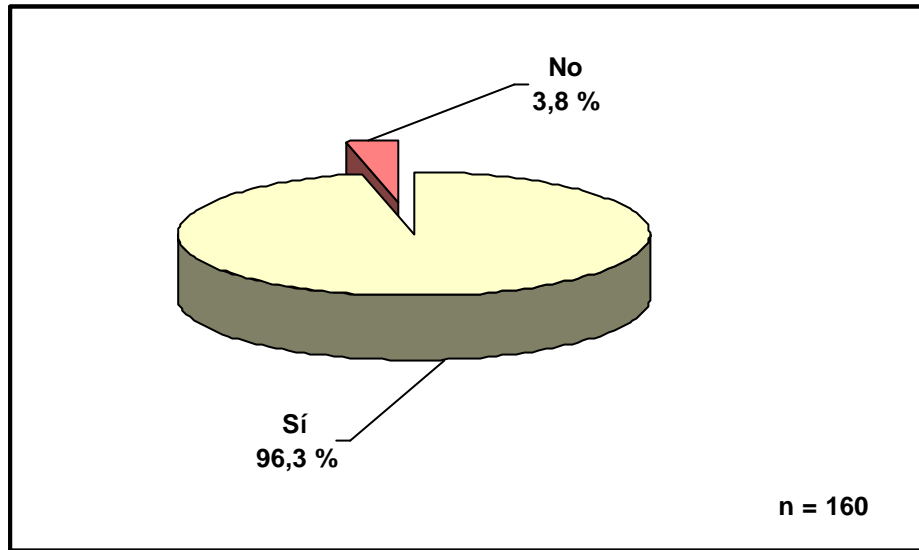
Gráfico N° 6: Contención en mujeres parturientas con aplicación de peridural.

Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



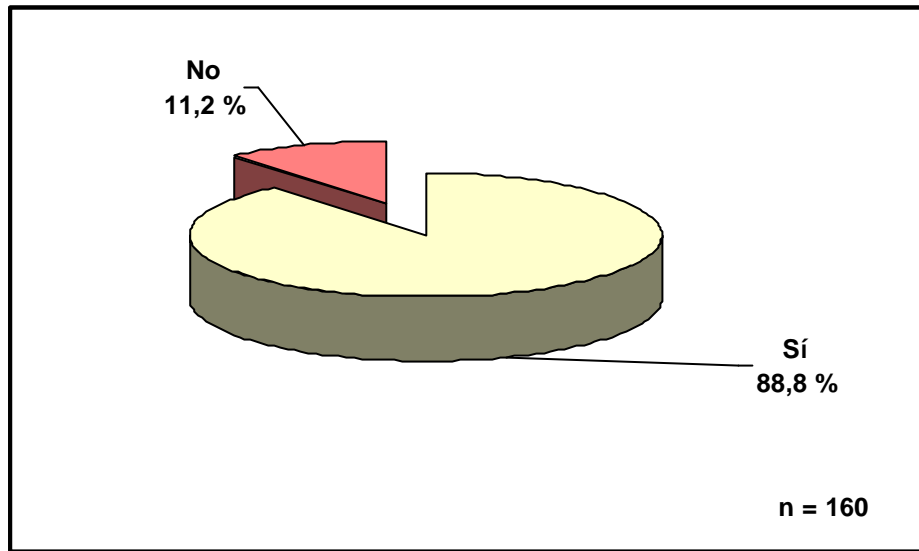
La gran mayoría de las pacientes se sintieron contenidas

Gráfico N° 7: Explicación del procedimiento de la peridural por parte del anestesiólogo a mujeres parturientas con aplicación de peridural. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



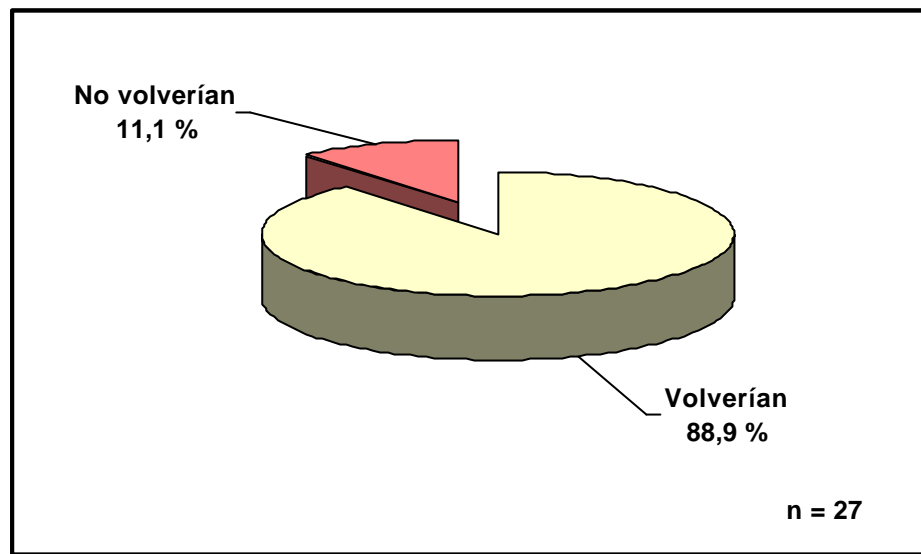
A solo un 3,8% de las pacientes el anestesiólogo no les explico el procedimiento de la analgesia peridural.

Gráfico N° 8: Realización de peridural en caso de un nuevo parto de mujeres parturientas con aplicación de peridural.. Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



El 88,8 % de las parturientas elegirían la analgesia peridural en caso de un nuevo parto.

Gráfico 9: Realización de peridural en caso de un nuevo parto de mujeres no primerizas sin aplicación de peridural . Sanatorio de la Mujer. Rosario, Junio – Octubre 2008



El 88,9% de las mujeres con peridurales en partos anteriores se volvería a realizar la esta técnica analgésica en caso de un nuevo parto.

DISCUSIÓN:

Actualmente, con los datos publicados hasta este momento, la técnica más efectiva para controlar el dolor relacionado con el trabajo del parto es la analgesia epidural. Pero, a pesar de tener una relación beneficio/riesgo favorable, no debemos olvidar que no es una técnica inocua¹⁹.

Durante el periodo postparto pueden ocurrir complicaciones que tal vez se relacionen con la técnica analgésica empleada. El **dolor de espalda** es un síntoma frecuente durante el embarazo y del puerperio, generalmente producto de la lordosis exagerada durante el embarazo. Se han propuesto otros factores que aumentan el riesgo de sufrir dolor de espalda en el postparto que se han comentado en el marco teórico²⁰. Los estudios publican incidencias de dolor de espalda en el postparto de mujeres que han recibido analgesia epidural que varían desde un 3 a un 45%^{16, 17}. En el presente estudio se encontró un 40% de pacientes que presentaron lumbalgia, mucho mayor a lo encontrado por Calvo M. y cols.¹³ pero cabe destacar que la gran mayoría lo referían como molestia, lo que se interpreta como un dolor de poca intensidad y además en la mayoría de las pacientes fue un síntoma de corta duración y solo 8 pacientes consultaron por ese dolor.

Macarthur y cols.²¹ revisaron 6 estudios en los que se examinaba la asociación entre la analgesia epidural y el dolor de espalda en el postparto. Los tres estudios que mostraban un efecto significativo de este tipo de analgesia en el desarrollo de este dolor eran retrospectivos, mientras que los prospectivos no encontraron diferencias significativas en la incidencia de dolor de espalda después de la analgesia peridural, comparado con otras formas de analgesia. Howell y cols.⁴ realizaron un estudio también prospectivo y aleatorizado con 369 pacientes en el que, después de un año de haberse producido el parto, se recogió la información sobre la presencia del dolor de

espalda y la discapacidad que este pudiera provocar en los dos grupos de estudio. Ellos encontraron frecuencias altas de este dolor durante el embarazo y también a largo plazo después del parto, pero las diferencias entre los dos grupos de pacientes no fueron significativas. Por lo tanto, con lo publicado hasta el momento, no existe evidencia de una relación causal entre la analgesia epidural lumbar para el control del dolor del trabajo del parto y la lumbalgia. Se necesita de estudios prospectivos controlados y aleatorizados con gran número de pacientes para aclarar la posible relación con la analgesia epidural.

Según el metanálisis de Choi y cols.²² la **cefalea** postpunción dural (CPPD) aparece en la mitad de los casos de punciones durales inadvertidas, que suele ocurrir en el 1,5% de las gestantes a las que se les realiza la técnica de analgesia epidural. En el trabajo de Calvo M. y cols.¹³ se presentó una frecuencia de cefalea en el período postparto del 2%. En este trabajo se encontró un mayor porcentaje de cefalea (11, 25%) pero hay que tener en cuenta que en el postparto la mujer se enfrenta a una situación en muchos casos extenuante: necesidad de alimentar y asear al bebé cada 3 ó 4 horas, marcada privación de sueño, drásticos cambios físicos y hormonales, mayor susceptibilidad a la depresión, estrés; por lo que están más propensas al dolor de cabeza²³. No se corroboró si eran todas a causa de una CPPD, lo que se puede analizar es que de las 18 pacientes que manifestaron cefalea, 13 se volverían a realizar la analgesia peridural en caso de un nuevo parto, 4 no saben y solo 1 no se la volvería a realizar.

Coincidiendo con los resultados positivos sobre la práctica de la analgesia peridural en el parto, una investigación del Texas Tech Medical Center, de El Paso (Estados Unidos)²⁴, halla que de las mujeres que ya habían tenido algún parto anterior y habían recibido anestesia peridural, la mayoría de ellas afirmó que había sido una buena experiencia.

Para tener en cuenta, en el 2002 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos publicó: “la petición por parte de una embarazada de un procedimiento de analgesia para el trabajo de parto es una indicación médica suficiente para administrarlo”²⁵.

En mi opinión personal la analgesia peridural para el parto debería ser un derecho de toda mujer que desee y este en su consideración, tener un parto sin dolor. Con esto quiero decir, que además conocer la existencia de este método, con toda la información necesaria acerca de sus posibles complicaciones y beneficios, debería tener acceso gratuito al procedimiento.

CONCLUSIONES:

- Aproximadamente la mitad de las pacientes no presentaron ningún síntoma adverso.
- La gran mayoría de las parturientas estuvo conforme con haberse realizado la analgesia peridural en el parto, dado que las tres cuartas partes de las parturientas sintieron gran alivio del dolor de las contracciones uterinas; casi la totalidad de ellas se sintieron contenidas; el anestesista les explicó como era la técnica peridural a la mayoría de las pacientes; y por último, una gran parte de estas mujeres se realizarían nuevamente la analgesia peridural en caso de un nuevo parto.
- El síntoma adverso más frecuentemente hallado fue la lumbalgia, seguido de cefalea y muy poco frecuente fueron las parestesias.
- La presencia de estos síntomas fue en su mayoría de corta duración, no interfiriendo con la decisión de realizarse analgesia peridural en un nuevo parto.

ANEXOS:

- **ANEXO I**: Planilla de datos recolectados del libro de la sala de pre-parto y entrevistando a la paciente.

Nº	Fecha	Apellido y nombre	Edad	G	P	A	C	Czo.	Término	Anest.	Apgar	bebeV/M.	Hab.	Teléfono

G: Gestas. P: Partos. A: Abortos. C: Cesáreas Czo: Comienzo. Hab.: Habitación

ANEXO II: Encuesta

1. ¿Tuvo dolor en el sitio de punción?

- Sí
- No

Si la respuesta es No, continúe con la pregunta 6

2. ¿En el momento de recibir la peridural?

- Sí
- No

3. ¿Después de recibir la peridural?

- Sí
- No

Si la respuesta es No, continúe con la pregunta 6

4. ¿Cuanto duró?

- 1-2 días
- 3-4 días
- más de 5 días

5. ¿Consultó por ese dolor?

- Sí
- No

6. ¿Sintió parestesias en los miembros?

- Sí
- No

Si la respuesta es No, continúe con la pregunta 8

7. ¿Cuánto le duro?

- 1-2 días
- 3-4 días
- Más de 5 días

8. ¿Sufrió cefalea post- anestesia?

- Sí
- No

Si la respuesta es No, continúe con la pregunta 14

9. ¿Fronto-occipital?

- Sí
- No

10. ¿Cuánto duró?
- 1-2 días
 - 3-7 días
 - 7-10 días
 - Más de 10 días
11. ¿Se acompañó de náuseas, vómitos, fotofobia o alteraciones auditivas?
- Sí
 - No
12. ¿Calmaba según la posición?
- Sí
 - No
13. ¿Cuál?
- Horizontal
 - Vertical
14. En cuanto al dolor de las contracciones uterinas:
- Sintió gran alivio
 - Fue soportable
 - Fue insoportable
15. ¿Se sintió contenida?
- Sí
 - No
16. ¿El anestesiólogo le explicó el procedimiento y sus efectos?
- Sí
 - No
17. ¿Realizo el curso de parto?
- Sí
 - No
18. En caso de un nuevo parto, ¿se realizaría una nueva peridural?
- Sí
 - No
 - No sé

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Holimen A, Jouppila P. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of Finnish parturients. *Acta Anaesth Scand* 1995; 39: 60-66.
2. Fernández M. Parto: aspectos fundamentales. Dolor de parto. En: Miranda A, editor. *Tratado de anestesiología y reanimación en obstetricia: principios fundamentales y bases de aplicación práctica*. Barcelona: Masson, S.A., 1997; 109-132.
3. Hood DD. Obstetric anesthesia: complications and problems. *Problems in Anesthesia* 1989; 3: 1-18.
4. Howell, CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. *The Cochrane Library*, Issue 2002: 4.
5. Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 2003; 348: 319-32.
6. McGrady M. Extradural analgesia: does it affect progress and outcome in labour? *Br J Anaesth* 1997; 78: 115-116.
7. Segal S, Blatman R, Doble M, Datta S. The influence of the obstetrician in the relationship between epidural analgesia and cesarean section for dystocia. *Anesthesiology* 1999; 91: 90-96.
8. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

9. Hawkins JL, Gibbs CP, Orleans M, Martin-Salvaj G, Beaty B. Obstetric Anesthesia Work Force Survey, 1981 versus 1992. *Anesthesiology* 1997; 87: 135-143.
10. Norris MC, Grieco WM, Borkowski M, Leighton BL, Arkoosh VA, Huffnagle J et al. Complications of labor analgesia: epidural versus combined spinal epidural techniques. *Anesth Analg* 1994; 79: 529-537.
11. Chadwick HS, Posner K, Caplan RA, Ward RJ, Cheney FW. A comparison of obstetric and non obstetric anesthesia malpractice claims. *Anesthesiology* 1991; 74: 242-249.
12. Miranda A. Analgoanalgesia obstétrica: estado de la cuestión. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1998; 45: 37-40.
13. Calvo M, F. Gilsanz, Palacio F, I, Arce N. Observational study of epidural analgesia used in labour. Complications of this technique in 5,895 pregnant women. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2005; 12:158-168.
14. Scavuzzo Hugo G. “Analgesia epidural en el parto”. Primera edición. Buenos Aires, 2000. Pág. 83-96.
15. G Graham H. M. y Gertie F. M. “Manual de anestesia y analgesia obstétricas”. 1ª Edición. Editorial F. A.A.A., Buenos Aires, Argentina. 1994. Pág. 51-60.
16. Crawford JS. The second thousand epidural blocks in an obstetric hospital practice. *Br J Anaesth* 1972; 44:1277-87.
17. Ong B, Cohen MM, Cumming M, Palahniuk RJ. Obstetrical anaesthesia at Winnipeg women’s hospital 1975-83: Anaesthetic techniques and complications. *Can J Anaesth* 1987; 34: 294-9
18. Fredrick K. Orkin, Lee H. Cooperman. Complicaciones de la anestesia espinal y epidural, “Complicaciones en Anestesiología”. Editores Salvat S.A., Barcelona, 1986, pág. 85-96.

19. Turnbull DK, Shepherd DB. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br J Anaesth* 2003; **91**: 718–29
20. Glosten B. Local anesthetic techniques. En: Chesnut DH. St Louis. Mosby: ed. *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*, 1994. p. 360-86.
21. Macarthur AJ, Macarthur C, Weeks SK. Is epidural anesthesia in labor associated with chronic low back pain? A prospective cohort study. *Anesth Analg* 1997; **85**: 1066-70.
22. Choi PT, Galinski SE, Takeuchi L, Lucas S, Tamayo C, Jadad AR. PDPH is a common complication of neuraxial blockade in parturients: a meta-analysis of obstetrical studies. *Can J Anaesth* 2003; **50**: 460-9.
23. Valldeperas M. I., Aguilar J. L. Cefalea post-punción dural en obstetricia: ¿Es realmente una complicación “benigna”? ¿Cómo podemos prevenirla y tratarla eficazmente? *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2006; **53**: 615-617
24. Disponible en:
<http://www.intramed.net/actualidad/contenidover.asp?contenidoID=22152>
visitada el 27/11/08 a las 8.00 hs.
25. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion number 269 February 2002: analgesia and cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2002; **99**:369-70.