



ANALGESIA DURANTE EL PARTO

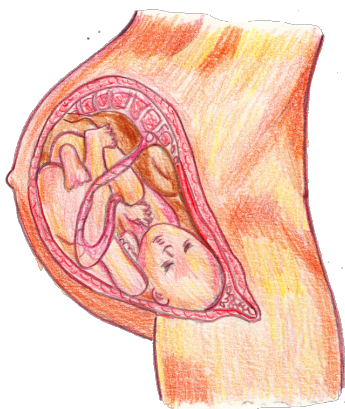
El dolor del parto es un fenómeno complejo, dinámico y variable. No depende únicamente de la intensidad de las contracciones, sino también de la dilatación cervical, la distensión del segmento uterino inferior, la presión sobre estructuras pélvicas, la posición fetal, la duración del trabajo de parto, la ansiedad, la experiencia previa y las expectativas de la gestante.

Durante la primera fase del parto predomina el dolor visceral, transmitido principalmente por fibras que entran en la médula a través de los segmentos T10-L1. A medida que avanza el parto y aparece la distensión vaginal, perineal y del suelo pélvico, adquiere mayor importancia el dolor somático, vehiculado sobre todo por los segmentos sacros S2-S4. Esta distinción ayuda a entender por qué algunas técnicas alivian muy bien el dolor de las contracciones, pero pueden ser menos eficaces para el dolor perineal del expulsivo si no se ajusta adecuadamente el bloqueo.

Desde el punto de vista práctico, los métodos analgésicos durante el parto pueden dividirse en:

- Técnicas neuroaxiales: epidural, raquídea y combinada raquídea-epidural.
- Analgesia inhalatoria: principalmente óxido nitroso.
- Analgesia sistémica: opioides intravenosos o intramusculares.
- Bloqueos periféricos: especialmente bloqueo pudendo.
- Medidas no farmacológicas: apoyo continuo, movilidad, inmersión en agua, calor local, masaje, TENS, técnicas de respiración o inyecciones de agua estéril en dolor lumbar.

La técnica más eficaz para el alivio del dolor del parto sigue siendo la analgesia epidural. Sin embargo, conocer las alternativas permite adaptar el tratamiento a situaciones muy diferentes: parto muy avanzado, contraindicación para neuroaxial, tromboprolifaxis reciente, imposibilidad técnica, deseo materno de evitar epidural o necesidad de analgesia perineal en el expulsivo.





ANALGESIA EPIDURAL

La analgesia epidural consiste en colocar un catéter en el espacio epidural lumbar, habitualmente entre L2-L3, L3-L4 o L4-L5, a través del cual se administran anestésicos locales a baja concentración, generalmente asociados a opioides lipofílicos. El objetivo no es producir una anestesia quirúrgica completa, sino un bloqueo sensitivo suficiente para aliviar el dolor manteniendo la mayor función motora posible.

Los anestésicos locales más utilizados son bupivacaína, levobupivacaína o ropivacaína a baja concentración. La asociación de fentanilo o sufentanilo permite reducir la dosis de anestésico local, mejorar la calidad analgésica y disminuir el bloqueo motor. La tendencia actual es evitar concentraciones altas de anestésico local, ya que se asocian a mayor bloqueo motor, menor movilidad y mayor interferencia con la dinámica del expulsivo.



CUÁNDO COLOCARLA

Desde el punto de vista anestésico, no existe un umbral mínimo de dilatación cervical que deba alcanzarse obligatoriamente antes de colocar una epidural. La petición materna, en ausencia de contraindicación, puede considerarse una indicación suficiente para analgesia durante el parto.

La antigua idea de esperar a 4-5 cm para evitar un aumento de cesáreas no se sostiene con la evidencia actual. Los estudios que comparan inicio precoz frente a tardío no han demostrado un incremento de cesárea ni de parto instrumental cuando la epidural se inicia antes, si la mujer la solicita y el contexto clínico lo permite.

En la práctica, el momento adecuado depende de varios factores:

- Intensidad del dolor y deseo materno.
- Fase y velocidad de progresión del parto.
- Capacidad de la paciente para colaborar durante la punción.

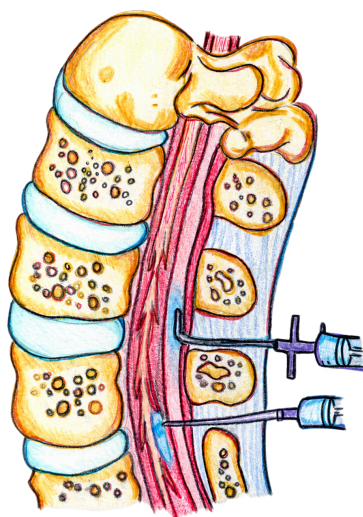


- Situación fetal y probabilidad de parto inminente.
- Riesgo de cesárea urgente.
- Comorbilidades maternas.
- Tratamientos anticoagulantes o tromboprofilaxis.
- Disponibilidad del equipo anestésico.

En pacientes de alto riesgo obstétrico o anestésico puede ser razonable colocar el catéter de forma relativamente precoz, incluso antes de que el dolor sea muy intenso. Esto puede ser útil en obesidad, vía aérea difícil, preeclampsia, cardiopatía, parto gemelar, sospecha de cesárea probable, presentación podálica de segundo gemelo, inducciones complejas o pacientes en las que una anestesia general supondría un riesgo particularmente elevado.

¿CÓMO SE COLOCA? Antes de la punción, el anestésico valora antecedentes anestésicos, alergias, tratamiento anticoagulante, hemograma si procede, patología neurológica o vertebral, signos de infección, estabilidad hemodinámica y situación obstétrica. No todas las pacientes necesitan una analítica reciente, pero sí aquellas con preeclampsia, trombocitopenia conocida, hemorragia, anticoagulación, sospecha de coagulopatía o enfermedad relevante.

La paciente suele colocarse sentada o en decúbito lateral. Tras asepsia rigurosa y anestesia local cutánea, se identifica el espacio epidural mediante la técnica de pérdida de resistencia y se introduce el catéter. Tras comprobar su correcta colocación según el protocolo local, se administra una dosis inicial y posteriormente se mantiene la analgesia mediante perfusión continua, bolos programados, bolos controlados por la paciente o combinaciones de estas modalidades.



Para el ginecólogo es importante recordar que la técnica requiere algunos minutos de inmovilidad relativa. Si la paciente está con contracciones muy frecuentes, dolor extremo o pujos incoercibles, puede ser difícil realizar la



punción con seguridad. En estos casos, una técnica raquídea o combinada puede ser más adecuada si se busca un efecto rápido.

INICIO, DURACIÓN Y BOLOS

Tras una epidural convencional, el alivio suele comenzar en los primeros 10-15 minutos y alcanza su efecto máximo aproximadamente a los 20-30 minutos. Esta latencia explica por qué una epidural colocada en expulsivo avanzado puede no llegar a ser útil para el nacimiento si el parto es inminente.

La duración del efecto no depende de una única dosis, porque el catéter permite administrar medicación de forma continua o intermitente hasta después del parto. Si el catéter funciona correctamente, la analgesia puede mantenerse durante horas. Además, puede reforzarse para un parto instrumental, una revisión uterina o, en muchos casos, convertirse en anestesia quirúrgica para una cesárea.

Existen varias formas de administrar la analgesia epidural:

- Perfusion continua: administración constante de anestésico local y opioide. Es sencilla, pero puede asociarse a mayor consumo total y más bloqueo motor.
- PCEA —patient-controlled epidural analgesia—: la paciente administra bolos dentro de límites programados. Mejora la autonomía y permite adaptar la analgesia a las necesidades.
- PIEB —programmed intermittent epidural bolus—: bolos programados de forma automática, que pueden mejorar la distribución epidural frente a una perfusión continua.
- Bolos clínicos: dosis adicionales administradas por el anestesista cuando hay dolor irruptivo, analgesia unilateral, dolor sacro o necesidad de mayor bloqueo para un procedimiento.

Las dosis concretas varían entre hospitales. Un esquema habitual combina anestésico local a baja concentración con fentanilo o sufentanilo. Los bolos de rescate deben realizarse después de valorar el nivel sensitivo, el grado de bloqueo motor, la tensión arterial, la posibilidad de catéter intravascular o intratecal y la evolución obstétrica. Una epidural que requiere rescates repetidos o produce un bloqueo claramente unilateral debería revisarse; a veces basta retirar ligeramente el catéter, pero en otras ocasiones es preferible recolocararlo.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones absolutas son pocas, pero relevantes. Las principales son:

- Rechazo de la paciente.
- Coagulopatía clínicamente significativa.
- Trombocitopenia grave o de causa incierta.
- Anticoagulación activa sin intervalo de seguridad adecuado.



- Infección en el lugar de punción.
- Sepsis no controlada o inestabilidad hemodinámica importante.
- Hipovolemia no corregida.
- Hipertensión intracraneal por lesión ocupante de espacio con riesgo de herniación.
- Alergia verdadera a los fármacos necesarios, muy infrecuente.

Existen además situaciones relativas o que requieren valoración individual: cirugía vertebral previa, escoliosis severa, malformaciones de columna, patología neurológica preexistente, tatuajes extensos en la zona lumbar, fiebre intraparto, preeclampsia con plaquetas descendentes, tratamiento antiagregante o anticoagulante, o dificultad anatómica esperable.

La cirugía lumbar previa no contraindica necesariamente la epidural, pero puede hacerla más difícil, más impredecible o aumentar el riesgo de bloqueo unilateral. En estos casos resulta útil una valoración anestésica antenatal, revisar informes quirúrgicos y considerar ecografía lumbar.

PLAQUETAS Y TROMBOCITOPENIA

La cifra de plaquetas debe interpretarse en contexto. En trombocitopenia gestacional, trombocitopenia inmune o hipertensión/preeclampsia, una cifra igual o superior a 70.000/ μ L se asocia a un riesgo muy bajo de hematoma epidural si no existen otros factores de riesgo hemorrágico. Sin embargo, la decisión no depende solo del número absoluto: importan la tendencia, la etiología, la presencia de sangrado, el consumo de anticoagulantes, la función plaquetaria y la urgencia obstétrica.

En preeclampsia o síndrome HELLP puede ser relevante disponer de una cifra reciente, especialmente si las plaquetas están descendiendo. En una paciente con plaquetas estables y una causa conocida, la decisión puede ser más flexible que en una trombocitopenia de inicio brusco o no explicada.

TROMBOPROFILAXIS Y ANTICOAGULACIÓN

Este punto es clave para la coordinación entre obstetricia, anestesia y hematología. Los intervalos pueden variar según guías locales, tipo de heparina, dosis, función renal, peso y riesgo trombótico, pero como orientación general:



Anticoagulación y anestesia neuroaxial

Tratamiento	Antes de la punción neuroaxial	Retirada del catéter	Reinicio tras técnica/catéter
AAS a baja dosis aislado	No suele contraindicar	No suele requerir intervalo especial	Según indicación obstétrica
HBPM profiláctica	≥12 horas desde la última dosis	≥12 horas desde la última dosis	≥4 horas tras retirada del catéter
HBPM terapéutica o dosis altas	≥24 horas desde la última dosis	Evitar mantener catéter con anticoagulación terapéutica	Reinicio individualizado; al menos ≥4 horas tras retirada y habitualmente ≥24 horas tras punción
Heparina no fraccionada profiláctica 5.000 UI SC	4-6 horas, valorando coagulación	4-6 horas tras la última dosis	Habitualmente ≥1 hora tras retirada
Heparina no fraccionada IV terapéutica	Suspender 4-6 horas y comprobar coagulación normal	Suspender y normalizar coagulación	Según riesgo, con vigilancia
DOAC	En general no se usan en embarazo; si aparecen, requieren intervalo prolongado y valoración especializada	Individualizado	Individualizado

En pacientes con heparina más de cuatro días puede considerarse recuento plaquetario para descartar trombocitopenia inducida por heparina. En mujeres con muy alto riesgo trombótico, conviene planificar el parto y el cambio temporal a heparina no fraccionada o ajustar la pauta de HBPM para no perder la posibilidad de analgesia neuroaxial.

El mensaje práctico para el ginecólogo es sencillo: cuando una paciente desea epidural y está con heparina, no basta con saber que “lleva tromboprofilaxis”. Hay que conocer fármaco, dosis, hora exacta de la última administración, función renal y motivo de la anticoagulación.

TATUAJE LUMBAR

Un tatuaje lumbar no constituye, por sí solo, una contraindicación para analgesia epidural. La preocupación teórica es arrastrar pigmento hacia planos profundos con la aguja, pero no existe evidencia sólida de complicaciones neurológicas derivadas de puncionar a través de un tatuaje.

En la práctica, si existe una zona libre de tinta en un espacio adecuado, puede elegirse ese punto. Si el tatuaje cubre toda la zona lumbar y la técnica está indicada, puede realizarse la punción tras informar a la paciente y documentarlo. Algunos anestesiistas prefieren realizar una mínima incisión cutánea antes de introducir la aguja para reducir el hipotético arrastre de pigmento, aunque esta medida no está universalmente protocolizada.

Lo importante es no generar alarma innecesaria ni negar una técnica neuroaxial eficaz únicamente por la presencia de un tatuaje.

RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS

La epidural obstétrica es una técnica muy segura, pero no exenta de efectos adversos. Los más frecuentes son:



- Hipotensión materna, generalmente tratable con fluidos, vasopresores y cambios posturales.
- Bloqueo motor variable.
- Analgesia incompleta, unilateral o parcheada.
- Prurito, sobre todo si se utilizan opioides neuraxiales.
- Temblor.
- Náuseas.
- Retención urinaria.
- Fiebre intraparto asociada a epidural, habitualmente no infecciosa, aunque clínicamente puede complicar el diagnóstico diferencial con corioamnionitis.

Entre las complicaciones menos frecuentes se incluyen:

- Punción dural accidental.
- Cefalea postpunción dural.
- Necesidad de parche hemático epidural.
- Inyección intravascular de anestésico local.
- Bloqueo alto o raquídea total.
- Toxicidad sistémica por anestésicos locales.
- Hematoma epidural.
- Absceso epidural o meningitis.
- Lesión neurológica persistente, excepcional.

El dolor lumbar crónico se atribuye con frecuencia a la epidural, pero la evidencia no demuestra una relación causal clara. Es frecuente que exista dolor lumbar durante el embarazo y el puerperio por cambios biomecánicos, hormonales y musculoesqueléticos. Sí puede haber dolor local transitorio en la zona de punción.

EFECTOS SOBRE EL PARTO

La analgesia epidural moderna no parece aumentar la tasa de cesáreas. La evidencia clásica sí mostró mayor parto instrumental y prolongación del segundo periodo, pero parte de ese efecto se relacionaba con concentraciones más altas de anestésico local y mayor bloqueo motor. Con técnicas actuales de baja concentración, PCEA o bolos intermitentes programados, el impacto parece menor.

Puede observarse:

- Mayor duración del segundo periodo.
- Mayor necesidad de oxitocina en algunas series.
- Mayor probabilidad de fiebre intraparto.
- Menor dolor y mayor satisfacción materna.
- Menor respuesta catecolaminérgica al dolor.
- Posibilidad de convertir el catéter en anestesia para cesárea, evitando anestesia general en muchas situaciones.



Tras el inicio de una epidural o una combinada raquídea-epidural puede aparecer una alteración transitoria de la frecuencia cardiaca fetal, especialmente si se produce hipotensión materna o una caída brusca de catecolaminas con hipertonia uterina relativa. El manejo suele incluir posición lateral, control tensional, vasopresores si procede, reducción de oxitocina si existe hiperestimulación y valoración obstétrica habitual.

ANALGESIA RAQUÍDEA

La analgesia raquídea consiste en administrar una pequeña dosis de anestésico local y/o opioide directamente en el líquido cefalorraquídeo. Su principal ventaja es la rapidez de inicio: puede aliviar el dolor en pocos minutos. Su principal limitación es la duración finita, ya que no deja un catéter para administrar dosis sucesivas.

En obstetricia, la raquídea se utiliza sobre todo en tres contextos:

- Cesárea programada o urgente no inmediata.
- Parto instrumental o procedimiento breve cuando no existe epidural funcionando.
- Analgesia de parto muy avanzado cuando se espera un nacimiento inminente.

Para analgesia del trabajo de parto, la raquídea aislada puede ser útil si la paciente llega en expulsivo o con dolor muy intenso y se prevé que el parto se produzca antes de que una epidural convencional tenga tiempo de hacer efecto. Puede combinarse un opioide intratecal con dosis bajas de anestésico local. La duración suele ser suficiente para un periodo limitado, pero si el parto se prolonga, la paciente puede volver a presentar dolor y no habrá catéter para reforzar.

La raquídea produce un bloqueo más predecible y rápido que la epidural, pero también puede provocar hipotensión más brusca si la dosis es alta. En dosis bajas para analgesia de parto este riesgo es menor, aunque siempre requiere monitorización.

TÉCNICA COMBINADA RAQUÍDEA-EPIDURAL

La combinada raquídea-epidural —CSE— intenta reunir las ventajas de ambas técnicas: inicio rápido por la dosis intratecal y mantenimiento prolongado gracias al catéter epidural.

Puede ser especialmente útil cuando:

- La paciente tiene dolor muy intenso y precisa alivio rápido.
- El parto está avanzado, pero no parece inminente.
- Se desea confirmar una analgesia rápida mientras se deja un catéter útil para el resto del parto.
- Se busca una técnica de baja dosis con poco bloqueo motor.
- La paciente presenta mala tolerancia al dolor y dificultad para mantenerse inmóvil durante una epidural convencional.



Sus inconvenientes incluyen prurito más frecuente, hipotensión, posible alteración transitoria de la frecuencia fetal y la posibilidad de que el catéter epidural no se haya probado plenamente hasta que desaparece el componente raquídeo. Este último punto es importante si se prevé una cesárea: un buen alivio inicial no garantiza siempre que el catéter epidural sea óptimo.

WALKING EPIDURAL

El término “walking epidural” puede resultar algo confuso. En sentido estricto, se refiere a técnicas neuroaxiales con dosis bajas que preservan en parte la fuerza motora y permiten cierta movilidad. Puede realizarse con epidural de baja concentración o con combinada raquídea-epidural.

No significa que todas las pacientes puedan caminar libremente por la sala de partos. La posibilidad de deambular depende de:

- Ausencia de bloqueo motor significativo.
- Estabilidad hemodinámica.
- Sensibilidad y propiocepción adecuadas.
- Monitorización fetal y materna compatible.
- Política del centro.
- Disponibilidad de personal.
- Ausencia de otros riesgos obstétricos.

Muchas pacientes con “walking epidural” no caminan realmente, pero pueden cambiar de postura, colaborar mejor con los pujos y mantener mayor movilidad en la cama. Desde un punto de vista práctico, la ventaja fundamental no es caminar, sino reducir el bloqueo motor y preservar la participación activa en el parto.

ÓXIDO NITROSO

El óxido nitroso se administra habitualmente como una mezcla al 50 % con oxígeno. Es inhalado por la paciente mediante mascarilla o boquilla, de forma intermitente y autoadministrada. Su inicio y desaparición son rápidos, por lo que debe comenzar a inhalarse al inicio de la contracción para que el pico de efecto coincida con el máximo dolor.

Su principal ventaja es que es sencillo, no invasivo, permite mantener movilidad y control materno, y puede utilizarse en fases iniciales o cuando la paciente desea evitar una técnica neuroaxial. También puede ser útil mientras se espera la colocación de una epidural.

Su potencia analgésica es claramente inferior a la epidural. Más que eliminar el dolor, puede disminuir la ansiedad, mejorar la tolerancia y modificar la percepción del dolor. Los efectos secundarios más frecuentes son mareo, náuseas, somnolencia y sensación de desconexión. Requiere un sistema adecuado de eliminación de gases para reducir exposición ocupacional del personal.



Puede no ser adecuado en pacientes incapaces de colaborar, con alteración del nivel de conciencia, déficit importante de vitamina B12, tratamiento reciente con determinados fármacos que afectan al metabolismo de B12, neumotórax u otras cavidades aéreas cerradas, aunque la aplicación exacta depende de los protocolos locales.

OPIOIDES SISTÉMICOS

Los opioides sistémicos pueden administrarse por vía intramuscular o intravenosa. Incluyen fármacos como meperidina, morfina, fentanilo o remifentanilo en perfusión controlada por la paciente. Su efecto analgésico es inferior al de la epidural y se asocian a sedación, náuseas, vómitos y depresión respiratoria materna. También pueden producir depresión neonatal si se administran cerca del nacimiento.

La meperidina ha sido muy utilizada, pero presenta limitaciones por sus metabolitos y por la sedación neonatal. El remifentanilo en PCA tiene inicio y desaparición muy rápidos, y puede ser una alternativa en pacientes con contraindicación para neuroaxial. Sin embargo, requiere monitorización estricta, pulsioximetría continua, disponibilidad de oxígeno y vigilancia estrecha por el riesgo de apnea o desaturación materna. No debería considerarse una analgesia “menor” por el hecho de no ser neuroaxial.

BLOQUEO PUDENDO

El bloqueo pudendo anestesia el territorio del nervio pudendo, fundamentalmente S2-S4. Proporciona analgesia perineal y vaginal baja, pero no alivia el dolor de las contracciones uterinas. Por ello, su papel se limita sobre todo al segundo periodo del parto.

Puede ser útil en:

- Parto instrumental bajo o de salida.
- Episiotomía.
- Reparación de desgarros.
- Paciente sin epidural que requiere analgesia perineal.
- Expulsivo avanzado en el que ya no hay tiempo para una epidural.

Puede realizarse por vía transvaginal, utilizando la espina ciática como referencia, o por otras vías según experiencia. Sus riesgos incluyen fallo del bloqueo, hematoma, punción vascular, toxicidad por anestésico local e infección. Debe evitarse o valorarse con mucha cautela en pacientes con coagulopatía o anticoagulación relevante.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las medidas no farmacológicas no sustituyen a la epidural cuando la paciente solicita analgesia potente, pero pueden ser útiles como complemento o en mujeres que desean evitar fármacos. Incluyen acompañamiento continuo, movilidad, pelota, calor local, inmersión en agua, masaje, técnicas de respiración, relajación, hipnosis, TENS e inyecciones de agua estéril para dolor lumbar.



Su eficacia es variable y depende mucho de las expectativas, el acompañamiento y la fase del parto. Lo importante es no presentarlas como alternativas equivalentes a la analgesia neuroaxial. Pueden ayudar, pero no ofrecen el mismo grado de alivio.

MENSAJES PRÁCTICOS PARA EL GINECÓLOGO

La analgesia epidural no debería retrasarse por dilatación cervical si la paciente la solicita y no existe contraindicación. Esperar demasiado puede hacer que, cuando finalmente se avise al anestésista, la técnica sea más difícil o llegue tarde.

La coordinación es especialmente importante en pacientes anticoaguladas. La hora exacta de la última dosis de heparina puede determinar si la paciente podrá recibir o no una técnica neuroaxial. En inducciones programadas o gestantes de alto riesgo, la planificación antenatal evita muchas situaciones difíciles.

Una epidural que funciona mal no debería aceptarse pasivamente durante horas. Dolor unilateral, dolor sacro intenso, necesidad repetida de rescates o bloqueo insuficiente para una cesárea probable son motivos para avisar a anestesia y valorar reajuste o recambio.

La epidural moderna no aumenta la tasa de cesárea, aunque puede modificar algunos aspectos del trabajo de parto. La preservación de la movilidad, el uso de bajas concentraciones y una adecuada comunicación entre obstetricia, matrona y anestesia ayudan a minimizar su impacto sobre el expulsivo.

El óxido nitroso, los opioides sistémicos y el bloqueo pudendo tienen un papel real, pero limitado. Son herramientas útiles en escenarios concretos, no sustitutos equivalentes de la epidural.