ANALGESIA / ANESTESIA ESPINAL OBSTETRICA

1. ¿Qué es y para qué sirve?
La analgesia espinal es una técnica médica habitual de tratamiento para reducir o eliminar el dolor durante el trabajo de parto y/o para la anestesia de una cesárea. Consiste en administrar determinados fármacos (anestésicos locales y/o analgésicos) en el canal medular, en dosis múltiples a través de un catéter colocado previamente y que se mantiene durante todo el procedimiento, o en dosis única.
La analgesia/anestesia espinal puede ser intradural, epidural o combinada (intradural-epidural). Será su anestesiólogo quien decida la técnica conveniente para su caso y si procede o no su realización. La técnica más habitual durante el trabajo de parto es la analgesia epidural. No se han demostrado efectos adversos sobre el feto

2. ¿Cómo se realiza?
Para la analgesia epidural durante el parto es necesario introducir un catéter fino en dicho espacio a través de una aguja especial que posteriormente se retira. La punción se realiza en la parte media y baja de la espalda, previa desinfección e infiltración de la zona con un anestésico local. El momento de comenzar la analgesia lo indicará el equipo obstétrico y dependerá de cómo progrese su parto (la dilatación, frecuencia de contracciones, etc). Si por cualquier motivo se indica la necesidad de una cesárea, una vez iniciada la analgesia, el mismo catéter puede ser utilizado para la intervención. En caso de una cesárea programada o urgente antes de la instauración de la analgesia, la técnica anestésica habitual es la intradural, la cual comparte los mismos riesgos de la analgesia que se especifican a continuación. En caso de fracaso de la técnica intradural o no indicación para la misma, la cesárea se haría con anestesia general.

3. ¿Cuales son los riesgos?
Aunque sea una técnica segura y de uso frecuente, no se trata de un procedimiento exento de riesgos. A continuación se citan las principales incidencias, complicaciones y efectos secundarios.

- Leves y frecuentes:
  - Hipotensión (disminución de la presión arterial) y bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca) Generalmente leves. Suelen ceder con la administración de sueros y/o vasopresores.
  - Debilidad y/o hormigueos en miembros inferiores. Efecto normal de la analgesia.
  - Ocasionalmente molestias locales en el lugar de punción y dolor de espalda durante los primeros días post parto. No siempre es atribuible a la técnica.
  - Dificultades técnicas: Fallo potencial para colocar el catéter o alcanzar una analgesia completa (a veces analgesia asimétrica); Posible necesidad de recolocar el catéter (5% aproximadamente).
  - Prurito o picor generalizado. Temblores y escalofríos (comunes durante el parto).
  - Posible aumento de la incidencia de parto instrumentado (ventosa, espátulas, fórceps). No aumenta la incidencia de cesárea.
  - Cefalea post parto secundaria a la punción de la duramadre (membrana limitante del espacio epidural). Puede acompañarse de náuseas, vómitos, visión borrosa y otras alteraciones. Requiere reposo en cama y analgésicos durante cuatro o cinco días y retrasa el alta.
  - Es posible que la aguja o el catéter penetre accidentalmente durante su colocación en el espacio intradural o en un vaso sanguíneo, obligando a retirarlo y repetir la técnica.
  - Dificultad para orinar tras el parto, que suele ceder a las pocas horas. Puede requerir temporalmente una sonda vesical.
  - Dolor radicular por irritación de una raíz nerviosa durante la colocación del catéter o posteriormente. Podría obligar a la retirada del catéter o a su recolocación. Algunas pacientes, como secuela, pueden presentar zonas de entumecimiento que pueden persistir hasta 2-3 meses.
- Graves y poco frecuentes:
  - *Reacciones alérgicas* tras la administración de los sueros y los fármacos. Son excepcionales pero graves.
  - Inyección inadvertida en vaso sanguíneo, con paso del fármaco al torrente circulatorio, lo que puede provocar complicaciones cardiacas y neurológicas graves.
  - *Bloqueo espinal excesivo*. Es muy raro. Puede requerir asistencia respiratoria y/o hemodinámica, asociada a anestesia general. Es reversible.
  - *Hematoma o absceso epidural* que compriman o dañen estructuras nerviosas como las raíces y la médula. Muy poco frecuentes. Pueden necesitar intervención quirúrgica para su resolución. Excepcionalmente producen lesiones definitivas y graves como incapacidad motora de miembros inferiores o incapacidad del control de esfínteres.
  - *Infección o Meningitis*, por contaminación del líquido cefalorraquídeo o del catéter.
  - *Daño neurológico persistente*. Muy raro y excepcional.
  - *Rotura del catéter* y su secuestro en el interior del espacio epidural.

Pueden existir, además, una serie de complicaciones como consecuencia de las características particulares de cada mujer (edades extremas y/o patología asociada).

Si usted o alguna persona autorizada desea mayor información, no dude en consultar a su médico/a responsable o a cualquiera del personal médico del Servicio que le atiende.

RIESGOS PERSONALIZADOS

……

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dña. ..... mayor de edad, con D.N.I: ....., vecino/a de ..... calle .... Nº .....,teléfono .....

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. ..... en fecha ...../...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento: ..... e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de ..... a que me practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)
D./Dña. ....., con D.N.I.: .....
en calidad de .....

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a ..... de ..... de .....

Firma del paciente **Firma del representante legal** **Firma del facultativo**

*He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.*

Firma del paciente *(o persona autorizada)* Firma del testigo Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo). *Fecha: ...../...../.....*