

**CONTROVERSIAS DEL USO DE ANALGESIA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO
CONTROVERSY OF THE USE OF EPIDURAL ANALGESIA IN LABOUR**

Autor: Enrique Ramón Arbués (1), Inés Díaz Bello (2).

Resumen: En los últimos años se pensaba que parir sin dolor era un gran avance para la mujer. Más recientemente patrones ideológicos como el ecofeminismo han alimentado un espíritu crítico en la mujer que va a dar a luz.

En esta revisión bibliográfica no llegamos a una conclusión fiable y definitiva dada la parcialidad y falta de rigor científico de unos estudios y la dudosa fiabilidad metodológica y extrapolación de otros.

De este modo concluimos la conveniencia de realizar un esfuerzo tolerante por parte de todos, así como la investigación y posterior asunción en la cartera de servicios (si resultara oportuno) de técnicas alternativas como la analgesia espinal-epidural combinada, inyecciones de agua estéril, inmersión en agua, acupuntura, hipnosis,...

Palabras clave: Epidural, Parto, Distocia, Lactancia Materna, Cesárea.

Abstract: During last years, it was thought that free-pain labour was a big advance for woman. Recently, ideological patrons such as ecofeminism have feed a critical mind in the woman who is going to give birth.

In this bibliographic review we don't approach a reliable and definitive conclusion, due to the bias and lack of scientific rigour of some studies and the doubtful methodological reliability and generalization of others.

This way, we conclude the need to make a tolerant effort on the part of everyone, just as researching and assuming on the services portfolio (if needed) alternative techniques such as combined spinal-epidural analgesia, sterile water injections, water immersion, acupuncture, hypnosis, etc.

Key words: Epidural, Labour, Dystocia, Breastfeeding, Caesarean.

Fecha del trabajo: 30/03/ 2007

Centro de Trabajo: (1) Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza, España); (2) Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, España).

INTRODUCCIÓN

Actualmente, es obvio que existe un extendido debate social e incluso sanitario respecto a la forma de atención a la mujer que da a luz. Las nuevas corrientes ecofeministas han puesto de relieve una gran brecha entre dos facciones antagónicas.

En los últimos años se pensaba que “parir con dolor no tenía ningún sentido si lo podías evitar”, se consideraba un avance de la mujer en un contexto de lucha de género, un derecho adquirido e irrenunciable y no poder acceder a la técnica era un agravio inconcebible (recordar movimientos por su implantación en hospitales pequeños). Actualmente con la creciente igualdad de género y los postulados del ecofeminismo* se ha alimentado el espíritu crítico de la mujer a la hora de parir. La mujer, al menos en principio, quiere participar de su parto, tomar decisiones, valorar beneficios y perjuicios,... Este hecho ha colocado a la epidural, como técnica electiva que es, en el centro del debate y arma arrojada de una y otra facción.

De este modo no es raro encontrar defensores de las bondades de la técnica así como detractores. Una discusión de la que no escapa el ámbito sanitario.

En esta revisión bibliográfica se informa sobre la epidural en el trabajo de parto, intentando fomentar una forma de pensamiento crítico, en especial en el personal sanitario. Para ello debemos:

- Conocer la técnica: sus ventajas y desventajas, riesgos y beneficios y su influencia en la evolución y desarrollo del parto, en la posterior lactancia...
- Conocer, delimitar y analizar los dos paradigmas de pensamiento actuales sobre el tema, así como la literatura existente al respecto.

METODOLOGÍA

Para la ejecución de este trabajo hemos realizado una amplia revisión bibliográfica de la literatura más actual publicada sobre anestesia epidural y el parto. Para ello hemos buscado en las más importantes bases de datos disponibles tanto de enfermería como de medicina. Las bases de datos más utilizadas han sido PubMed (Medline), Science Direct, Scirus, RDN, Google Académico, Cuiden,

* Ecofeminismo: Es una corriente de pensamiento aparecida en Europa en el último tercio del siglo XX. Nació como contestación a lo que desde ese movimiento definen como «apropiación masculina de la agricultura y de la reproducción» (es decir, de la fertilidad de la tierra y de la fecundidad de la mujer), lo cual consideran una consecuencia del desarrollismo occidental de tipo patriarcal y economicista. Según el ecofeminismo, dicha apropiación se habría traducido en dos efectos perniciosos: la sobreexplotación de la tierra y la mercantilización de la sexualidad femenina. Para evitarlo, al desarrollismo occidental de corte patriarcal, capitalista y científico, algunas pensadoras oponen el desarrollo indígena matriarcal, sostenible y respetuoso con el medio ambiente. Para este movimiento, la modernización según el modelo occidental no sólo no sería aplicable de forma universal a todas las sociedades (pues no respeta ni su biodiversidad ni su acervo cultural), sino que por supuesto tampoco serían aplicables las mismas premisas economicistas en un contexto de superación de la desigualdad sexual .

Dialnet y ENFISPO. También hemos conseguido información del catálogo de la Universidad de Zaragoza y de otras fuentes de Internet.

RESULTADOS

Como dice Fernández¹ el dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definido y de una gran variabilidad individual. La aparición del dolor va ligada a la aparición de las contracciones uterinas y a los cambios de las estructuras distensibles del canal de parto. Por lo tanto las características del dolor varían a medida que avanza el parto, distinguiéndose tres tipos de dolor según el estadio de parto: *Dolor visceral primario*, *Dolor somático profundo-visceral secundario* y *Dolor somático superficial*.

El dolor de parto presenta tres tipos de patrones diferentes:

- Dolor abdominal asociado a las contracciones.
- Dolor en la región inferior de la espalda asociado también a las contracciones.
- Dolor continuo en la región inferior de la espalda.
- Los dos primeros son de intensidad variable a medida que progresa el parto y el último es de mayor intensidad sin grandes cambios a lo largo del parto.

Melzack y cols.^{2,3} afirman en sus estudios sobre el dolor de parto en primíparas y multíparas que: alrededor del 60% de las primíparas y del 36% de las multíparas experimentan un dolor severo, muy severo o intolerable, siendo la intensidad de éste muy superior a entidades como el dolor que aparece en pacientes oncológicos no terminales, el dolor artrítico, neuralgia postherpética y/o problemas dentales.

En lo que refiere al estudio de esos métodos alternativos de analgesia Smith y cols⁴ (revisión Cochrane) sostienen que la acupuntura puede ser beneficiosa para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, pocos tratamientos con ésta han sido sometidos a estudios realmente científicos y el número de mujeres estudiadas es escaso.

En Canadá y Reino Unido, la TENS se ha usado frecuentemente para intentar paliar el dolor del parto pero para Carroll y cols.⁵ esta técnica no alivia el dolor del parto ni reduce el uso de analgésicos adicionales, debiéndose ofrecer a las mujeres intervenciones más efectivas para aliviar este dolor.

Gran número de investigadores médicos se alinean con el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología⁶ cuando afirma que el dolor del parto constituye per sé una clara indicación para el empleo de técnicas peridurales en la gestante, más allá de cualquier consideración de tipo médico. Por el contrario algunos detractores de esta práctica afirman que el parto debería considerarse

indoloro. Considerando que fue el avance de la cultura lo que lo convirtió en doloroso, sustentando este dato en que para las mujeres de razas primitivas el dolor no existía.

Actualmente algunas de estas teóricas abogan por procedimientos naturales para abordar el dolor. Es el caso de Castillo⁷ que afirma que la producción de endorfinas se favorece cuidando al máximo las condiciones en que transcurre el parto y evitando todo lo que pueda producir estrés. Debiéndose recurrir a formas inocuas y agradables de amortiguar el dolor: cambiar de postura, baño de agua caliente, masaje en la zona lumbar, masaje de pies, sentarse en pelota de goma...

Otra postura radicalmente diferente del dolor del parto es la que defiende Rodríguez et al.⁸ cuando nos dice que, si existe el deseo de la mujer, el parto es una gran excitación sexual. Afirmando así que no hay dolor alguno, todo es placer y gozo por la vida renovada.

En este punto la OMS tiene una postura claramente definida⁹ diciendo que se debe evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor recomienda usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros. En definitiva se debe evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor.

Según Valerio y García¹⁰ el parto es un momento de riesgo porque se están produciendo numerosos cambios internos en el organismo del feto, y por ello se evita suministrar a la madre cualquier medicamento que pueda llegar de alguna manera al feto. Un bebé sedado tiene más dificultades de adaptación y esto puede provocarle algún problema. Aunque se suele recurrir a la dosis mínima, el uso de la epidural puede provocar alguna complicación: si se administra demasiado pronto y el parto se alarga, los fármacos suelen llegar a la placenta y el bebé nace un poco sedado. Además, la madre podría perder la capacidad de empujar llegado el momento del expulsivo y esto hace necesario recurrir a la instrumentación. Por el contrario, si se administra cuando el parto está ya avanzado, los efectos de la anestesia no se sienten hasta que ya han pasado los dolores más intensos.

En la misma línea otros autores afirman que el uso de anestesia epidural en el parto puede producir un aumento en la duración de éste y de complicaciones como retención urinaria, fiebre materna, disminución de la contractilidad uterina o hipotensión¹¹, así como de la instrumentación¹² (fórceps, ventosas,...) y de las cesáreas en nulíparas¹³.

Por el contrario también podemos encontrar estudios en los que se afirma que la duración del parto no aumenta (si lo hace es de forma mínima)¹⁴ e incluso disminuye¹⁵ merced al efecto de la anestesia epidural sobre el metabolismo de la epinefrina. Así la ansiedad y las altas concentraciones periféricas del epinefrina endógena se han asociado a trabajos más largos y a

Enrique Ramón Arbués, Inés Díaz Bello

índices más altos de fórceps, cesáreas e hipoxemias fetales. De este modo bajar las concentraciones del epinefrina, con ayuda emocional o de la analgesia epidural, podría tener un efecto beneficioso.

Martínez Cagiao¹⁶ piensa que el aumento de los partos instrumentados cuando se administra una analgesia epidural es debido más a factores obstétricos (nulíparas, peso fetal mayor o igual a 3500 g o una tendencia a acortar el trabajo sin presencia de sufrimiento fetal...) que a la analgesia en sí misma.

Respecto a la lactancia materna Riordan¹⁷ sostiene que la analgesia epidural afecta de diversas formas su instauración: disminuyendo el reflejo de succión en el RN, obstaculizando la lactancia temprana (contacto precoz madre-recién nacido,...), provocando partos más traumáticos (ventosas, fórceps,...) que disminuyen las aptitudes de madre y bebé para la lactancia, etc. Por el contrario otros investigadores afirman que la epidural no afecta a la lactancia e incluso la beneficia. Este es el caso de Wang y cols.¹⁸ que defienden que las analgesias epidural continua durante el parto y postparto son efectivas y seguras en la disminución del dolor, mejoran el estado mental de la paciente y fomentan la lactancia materna (la analgesia disminuye el nivel de catecolaminas y promueve la secreción de prolactina).

Al hilo de lo anteriormente dicho, Halpern y cols.¹⁹ como conclusión de sus estudios afirman que en un hospital que promueve fuertemente la lactancia materna, el uso de la epidural en el parto no impide el éxito de dicha lactancia y, por lo tanto, recomiendan que los hospitales con baja tasa de amamantamiento en estas pacientes reexaminen sus políticas de cuidados postnatales.

Actualmente la mayoría de analgesias epidurales que se están realizando en nuestros hospitales impiden la deambulación de las pacientes. Respecto a la deshumanización del parto que este hecho puede suponer Chalmers, Mangiaterra y Porter⁹, afirman que la restricción de la posición materna durante el trabajo de parto y el uso de sedantes /tranquilizantes de rutina formas de cuidado que deberían ser abandonadas.

Otro de los inconvenientes de la epidural es la política rígida de “nada por boca” de muchos anestesiistas. Algunos autores como Urrutia y cols.²⁰ creen que la autorregulación de la ingesta disminuye el nivel de estrés y provee un sentimiento de autocontrol; siendo el ayuno en el trabajo de parto desaconsejable, y debiendo ser permitidos, al menos, el agua y los alimentos livianos.

Otras versiones sostienen que la epidural “humaniza” el parto pensando que permite a las mujeres *disfrutar* de su parto al disminuir notablemente su dolor.

Enrique Ramón Arbués, Inés Díaz Bello

Para evitar esta deshumanización la OMS ⁹ se posiciona defendiendo que el parto debe ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias, aplicando la menor tecnología posible y teniendo en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

CONCLUSIONES

En un tema sobre el que se ha escrito e investigado tanto resulta sorprendente la falta de un marco conceptual completo y sano. De este modo, nos llama la atención el sesgo y la falta de rigor científico de algunos artículos. Otros estudios, generalmente de concepción biomédica, sí adquieren un aspecto científico y basado en la evidencia, sin embargo, sus criterios de inclusión y perfil de las participantes hacen muy dudosa la extrapolación a la población general. Así pues, pensamos que se necesita mucha más investigación en este campo para formular un marco científico íntegro, basado en la evidencia, y clínicamente útil para la gestión de la analgesia durante el parto.

Últimamente, se observa una corriente que tiende a pensar que todo aquello que no es natural es antinatural, consecuentemente, malo. Desde nuestra práctica diaria, pensamos que esta visión del mundo natural no siempre se corresponde con la realidad: la naturaleza no siempre induce escenarios apacibles, por ejemplo durante el parto.

Para algunas mujeres es posible aguantar el dolor de parto apoyándose únicamente en sus recursos mientras que otras prefieren o necesitan la administración de analgésicos. El modo en que cada mujer elija sobrellevar su dolor, durante su parto será la opción correcta para ella. Esto es perfectamente comprensible debido a que la intensidad del dolor durante el trabajo de parto es impredecible y, sobre todo, individual.

Partiendo de estas bases creemos que se debe realizar un esfuerzo tolerante por ambas partes. Los profesionales debemos reconocer que nuestra asistencia obstétrica actual presenta una serie de inconvenientes. La mujer en el hospital ha perdido buena parte del protagonismo que le corresponde en su parto, medidas como la epidural (limita mucho la movilidad) o la litotomía quizás no ayuden a su recuperación. Así mismo observamos como Odent²¹ que la necesidad de intimidad no se encuentra satisfecha en nuestros hospitales.

Sin perjuicio de la analgesia epidural creemos como Pérez²² que es necesario investigar sobre la efectividad de otras técnicas (inyecciones de agua estéril, inmersión en agua, acupuntura, hipnosis,...). Si éstas u otras fueran efectivas incorporarlas a la cartera de servicios para su utilización solas o en combinación con otras, incluida la epidural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M. Analgesia para el trabajo de parto anestesia para la cesárea. Departamento Anestesiología y Reanimación Institut Universitari Dexeus 2003 [citado en 14/2/07]. Disponible en: <http://www.academia.cat/societats/dolor/arxius/analpart03.pdf>
2. Melzack R. The myth of painless childbirth. The John J. Bonica Lecture. Pain.1984; 19:321-337.
3. Melzack R, Schaffelberg D : Low-back pain during labor. Am J Obstet Gynecol.1987; 156:901-5.
4. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
5. Carroll D, Moore RA, Tramèr MR, McQuay HJ. Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labour pain: updated systematic review. Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology 1997; Sept:195-205.
6. ACOG Committee Opinion : Committee on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine: Pain relief during labor. Int J Gynecol Obstet 1993; 42:73.
7. Del Castillo I. ¿Qué es parto natural?. Holística.net [página web citada en 12/2/07]. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/que_es_parto_natural.asp
8. Rodrigáñez C, Cachafeiro A .Matricidio y Estado terapéutico. Sindominio.net [Página web citada en 11/2/07]. Disponible en: <http://www.sindominio.net/oxigeno/archivo/matricidio.PDF>
9. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. En: Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-7 [citado en 16/2/07]. Disponible en: <http://www.relacahupan.org/oms2a0.doc>
10. García C, Valerio M. La familia crece. El mundo salud [pagina web citada en 12/2/07]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2003/03/partos/index.html>

11. 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 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
12. Echt M, Begneaud W, Montgomery D. Effect of epidural analgesia on the primary cesarean section and forceps delivery rates. *J Reprod Med*. 2000 Jul; 45(7):557-61.
13. Lieberman E, Lang JM, Cohen A, D'Agostino R Jr, Datta S, Frigoletto FD Jr. Association of epidural analgesia with cesarean delivery in nulliparas. *Obstet Gynecol*. 1996 Dec; 88(6):993-1000.
14. Bhavani S. Efectos del manejo del dolor en el progreso del parto. En: *Pain Relief Options during Childbirth*. 2005 Jul. Boston.
15. Caton D, Frölich MA, Euliano TY. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002 May; 186(5):25-30.
16. Martínez Cagiao AM, Fernández Fernández AI, Nieves y Gallego R. Relationship between epidural analgesia and type of delivery. *Rev Enferm*. 2002 Feb; 25(2):68-71. [Citado en PubMed].
17. Riordan J. Analgesia peridural y alimentación al seno. Liga internacional de la leche [citado en 7/2/07]. Disponible en: <http://encolombia.com/pediatria35100liga.htm>
18. Wang BP, Li QL, Hu YF. Impact of epidural anesthesia during delivery on breast feeding. *Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao*. 2005 Jan; 25(1):114-5. [Citado en PubMed]
19. Halpern SH, Levine T, Wilson DB, MacDonell J, Katsiris SE, Leighton BL. Effect of labor analgesia on breastfeeding success. *Birth*. 1999 Jun; 26(2):83-8. [Citado en PubMed]
20. Urrutia MT, Abarca C, Astudillo R, Llevaneras S, Quiroga N. Alimentación durante el Trabajo de Parto. ¿Es Necesario El Ayuno?. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 70(5):296-302.
21. Odent M. *El bebé es un mamífero*. Madrid. Mandala; 1990.
22. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Prof*. 2006; 7:14-22.