
VÍA CLÍNICA ANALGESIA OBSTÉTRICA

Servicio de Anestesiología, Reanimación y
Terapéutica del Dolor

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Unidad de Paritorios

Servicio de Pediatría



HRG

CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

1. INTRODUCCIÓN. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Durante toda la mitad del siglo pasado la anestesia y analgesia apenas fueron utilizadas en la obstetricia española y mucho menos en los partos normales. En España como en todos los países existieron posiciones controvertidas y aún polémicas sobre la conveniencia o no, su licitud o ilicitud, del uso de la analgesia obstétrica.

Prejuicios de orden religioso o moral, inseguridad y temor a la anestesia y muchas veces intransigencia, fueron seguramente las razones que movieron a nuestros tocólogos a este rechazo casi total de la analgesia en obstetricia.

A principios del siglo pasado, el profesor Sebastián Recasens Girol, catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid, fue uno de los grandes defensores de la analgesia obstétrica, y no dudó en ensayar a lo largo de su vida profesional diferentes métodos e analgesia que aliviasen el dolor de las parturientas.

En 1874, James Y Simpson usó por vez primera el éter en una parturienta. El Dr. Recasens se refiere a él por primera vez en 1905. También en 1900, los doctores Lorenzo Colomer y J.A. Bellver de la Maternidad de Valencia, usan la "raquicocainización" en un caso de fórceps en una mujer de 21 años que llevaba varios días de parto.

Stoeckel introdujo en 1909 la analgesia epidural sacra en la práctica obstétrica, siendo divulgada en España por Gobeo (1925), Usandizaga (1931) y Mayor (1934).

A partir de ahí el desarrollo científico y social ha permitido generalizar el uso de la analgesia obstétrica mediante la atención especializada del Anestesiólogo al parto. Hoy en día constituye una prestación básica dentro de la cartera de servicios de cualquier hospital, y es el método más eficiente y seguro para las pacientes embarazadas.

Las **vías clínicas** son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Las vías clínicas, también se denominan mapas de cuidados, guías prácticas, atención coordinada, o gestión de casos clínicos. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (Calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (Información y ajuste de las expectativas) y los aspectos de eficiencia y gestión de costes.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal, con divisiones por días o, incluso horas, donde se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas. La información se distribuye en categorías que ocupan las cabeceras de las filas de la matriz, (consultas, exámenes, tratamientos, cuidados, alimentación medicación fisioterapia información actividad física y criterios de alta) mientras que el tiempo y lugar de atención se representa en las columnas.

Los documentos que conlleva una vía clínica son la matriz temporal, la hoja de información al enfermo y/o familiar, las hojas de verificación, la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar, los indicadores de medición y optativamente la hoja de tratamiento normalizado.

2.JUSTIFICACIÓN

Existe variabilidad en la práctica clínica, atribuible a las diferencias en la oferta de servicios de los diferentes centros o instituciones, pero la causa más importante es la debida a disfunciones en la prestación de servicios de atención a los enfermos. Las vías clínicas, representan una posible solución para este tipo de variabilidad, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.

Es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información.

Hacen compatible algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del enfermo con un determinado diagnóstico clínico, para dar una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar

- Las expectativas en la atención del enfermo.
- Los sucesos, variaciones, que son críticos en la duración apropiada de la estancia del enfermo
- La mejora continua de la calidad y del coste-efectividad de la atención del enfermo.

3. CIRCUITO DE PACIENTES

3.1. INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL EMBARAZO

Las mujeres embarazadas que vayan a finalizar su embarazo en el CHGUV pertenecientes a su área de cobertura podrán de ser evaluadas en la semana 34, para:

- Completar la Historia Clínica Obstétrica
- Evaluar la función placentaria
- Dar los consejos sobre las acciones recomendables para las últimas 6 semanas, con un feto plenamente viable.
- Realizar las programaciones necesarias sobre la forma de terminación del parto, en especial si la vía de terminación abdominal va a ser electiva.
- Informar de la vía epidural, dar y explicar el tríptico diseñado y su aceptación, y en este caso además.....
- Solicitar la analítica para la vía epidural y otras evaluaciones
- Programar la consulta preanestésica, donde el anestesista completaría la información y los consentimientos necesarios. El momento óptimo sería que esta consulta se realizara en la semana 37, pues no se planifica la finalización de la gestación con anterioridad, salvo en situaciones excepcionales, por lo que quedaría tiempo suficiente para las aclaraciones que se pudieran necesitar.

Las mujeres embarazadas que vayan a finalizar su embarazo en el CHGUV pertenecientes a su área de cobertura podrán de ser informadas de la anestesia/analgesia epidural de la siguiente manera:

1. A través del folleto informativo normalizado que les será entregado como parte de la información general del embarazo/parto durante la visita al obstetra del primer o segundo trimestre.
2. Las pacientes que tras haber leído dicho folleto informativo deseen recibir cuidados analgésicos especializados durante su parto, o una mayor información acerca del procedimiento, deberán ser citadas a la consulta de evaluación preanestésica. En dicha visita (durante el tercer trimestre) será necesaria la realización previa de un análisis que incluya hemograma, estudio de coagulación y bioquímica básica (perfil parto). Será necesaria la firma del consentimiento informado específico para la analgesia del parto. La visita se realizará preferentemente el mismo día de la consulta de obstetricia con el fin de evitar dualidad de fechas.
3. Las mujeres embarazadas que vayan a finalizar su embarazo en el CHGUV no pertenecientes a su área de cobertura, o no hayan sido evaluadas en la consulta obstétrica del CHGUV, serán informadas de la anestesia/analgesia epidural de forma directa por el anestesiólogo responsable del procedimiento el día del ingreso. La firma del Consentimiento Informado será obligatoria como en el caso anterior. En caso de no

traer un análisis del último trimestre que incluya hemograma y hemostasia, se realizará a su llegada al hospital un Perfil Parto. Otra posibilidad de realizar la evaluación e información preanestésica, es la creación de grupos de gestantes dentro de una futura “Escuela de Madres”.

4. Debería valorarse la posibilidad de información mediante tríptico (o idealmente consulta de preanestesia concertada) a las gestantes de los Centros de Salud controladas por las matronas de atención primaria.

3.2. ESQUEMA DE TRÍPTICO INFORMATIVO

Cara 1ª

Título:

¿Quién administra la analgesia epidural?

- El anestesiólogo, un médico especialista.

¿Qué es la Analgesia Epidural?

- Consiste en una inyección en el espacio epidural lumbar que se administra con anestesia local, para minimizar el dolor de la punción.
- El espacio epidural lumbar se encuentra situado en la espalda alejado de la médula espinal.
- La misión de la analgesia epidural es “dormir” los nervios responsables del dolor en el parto, permitiendo mantener la fuerza, sin percibir el dolor de las contracciones.

Cara 2ª

Título: Beneficios de “ La Epidural “

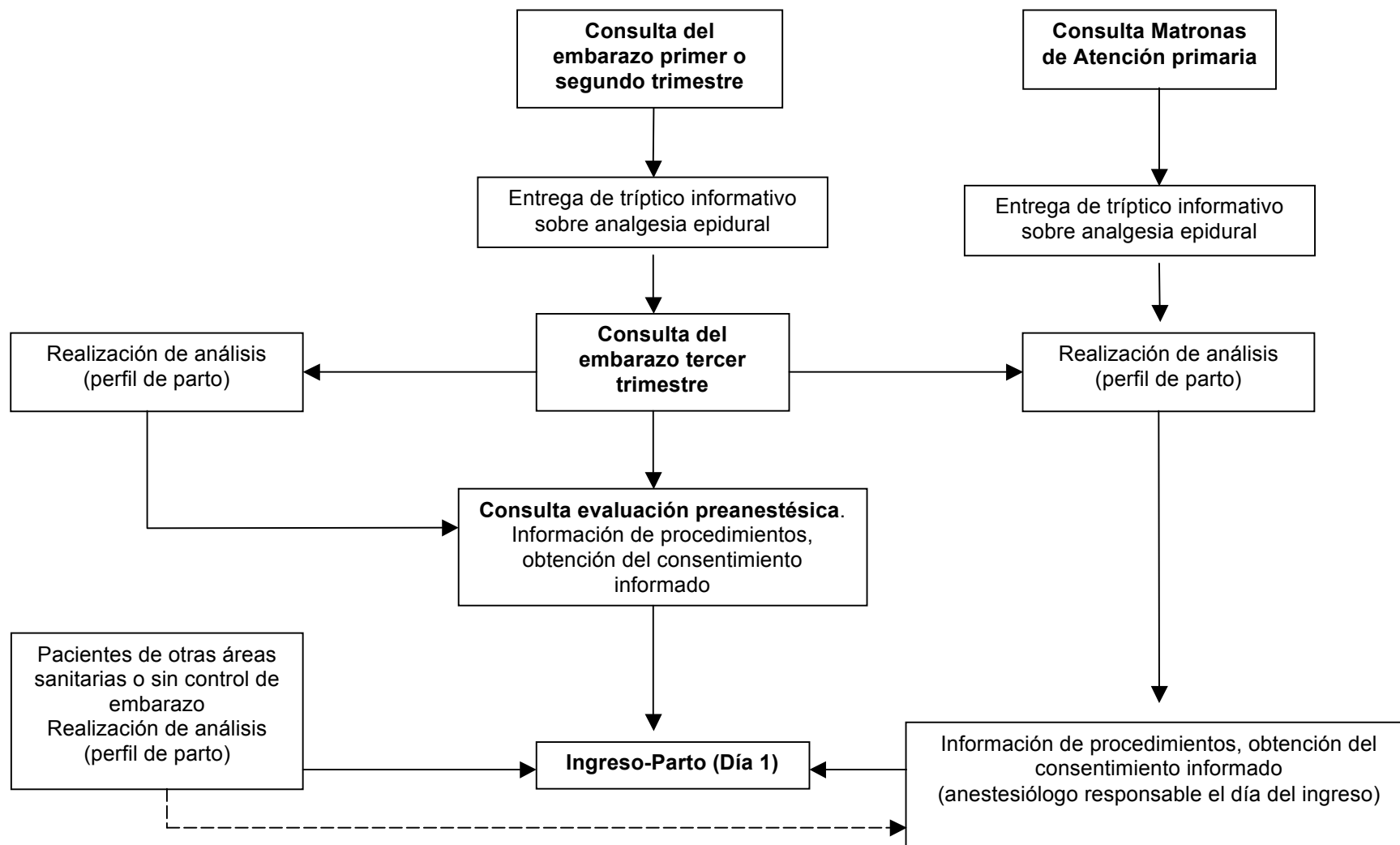
- Mejora la respiración de la madre y la función del corazón de la madre.
- Evita los efectos perjudiciales que el “estres” y el “ dolor “ producen sobre la madre y el niño.
- Permite la colaboración de la madre durante el parto, pero sin percibir dolor.

Cara 3ª

Título: Posibles complicaciones de “La Epidural “

- *Tensión baja:* Que se previene con la administración previa de un gotero, o tratamiento específico.
- *Escalofríos y temblores:* Aparecen a veces y no en todas las madres, su causa es desconocida y desaparecen solos.
- *Dolor de cabeza:* Aparece en menos del 2% de los casos y cede con el reposo, analgésicos y otros tratamientos específicos si se precisan.
- *Dificultad para orinar:* Esto ocurre en las primeras horas después del parto, solo en algunas madres y se soluciona mediante sondaje transitorio.

3.3. DIAGRAMA DE FLUJO 1. CIRCUITO DE PACIENTES PREINGRESO



3.4.Consentimiento informado

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPEÚTICA DEL DOLOR

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ETIQUETA (En su defecto, indique nombre y ubicación del paciente)	
NOMBRE:	
CAMA:	NHC:
FECHA:/...../.....	

PROCEDIMIENTO: ANALGESIA/ANESTESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **¿En qué consiste?** La analgesia/anestesia epidural elimina la sensación de dolor producida por las contracciones del parto
- **¿Cómo se realiza?** Se inyecta el anestésico local en un determinado lugar de la columna vertebral lumbar en la proximidad de los nervios que transmiten la sensación dolorosa, llamado **espacio epidural**. Este espacio se encuentra situado en la espalda alejado de la médula espinal. La inyección no duele ya que el punto de la misma está previamente anestesiado. El anestesiólogo vigilará todas sus funciones vitales durante la anestesia para evitar cualquier posible complicación. La anestesia loco-regional no suele ocasionar lesiones nerviosas en contra de la creencia popular.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. RIESGOS GENERALES

La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja y cuando aparecen en la mayor parte de los casos suelen ser complicaciones leves. Las complicaciones graves son extremadamente raras. Las complicaciones más frecuentes son:

- Calambres
- Punción intravascular (paso del fármaco a la sangre)
- Analgesia insuficiente. Repetición de la técnica (nueva punción)
- Punción intradural (salida del líquido cefalorraquídeo que rodea los nervios). Puede producir dolor de cabeza (menos del 2% de los casos)
- Punción dificultosa o imposible de realizar
- Temblores
- Náuseas y vómitos. Pícores
- Disminución de la movilidad de las piernas
- Dolor de espalda
- Disminución de la tensión arterial
- Retención de orina
- Aumento del parto instrumentado (forceps, ventosa, espátulas)
- Complicaciones que afectan a las raíces nerviosas (excepcionales). Complicaciones infecciosas (excepcionales).
- Reacciones alérgicas: tienen carácter extraordinario y los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia
- Rorura de la aguja o del catéter

2. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos anteriormente descritos, por las enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

.....

En caso cualquier complicación el hospital dispondrá de todos los medios disponibles para solucionarla

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En la actualidad la analgesia/anestesia epidural es la forma más eficaz para controlar el dolor del parto. No obstante existen otros métodos: analgésicos intramusculares e intravenosos, técnicas de relajación (preparación al parto). Será el anestesiólogo en colaboración con el ginecólogo-obstetra, el que determina la técnica más adecuada en su caso.

En el caso de decidirse por la analgesia/anestesia LOCO-REGIONAL, será el anestesiólogo el encargado de la realización de la técnica, y el responsable del control de la misma durante TODO el tiempo que dure el parto, conjuntamente con la matrona y el obstetra.

¿NOS AUTORIZA?

1. Autorización para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes o científicos respetando su anonimato.
2. Autorización para la realización de la técnica según lo descrito previamente, asumiendo los riesgos tanto derivados de la intervención (generales), como derivados de su estado físico (personalizados).
3. Le informamos que tiene derecho a conocer el resultado de la prueba o procedimiento y a revocar su decisión y retirar su consentimiento

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, pregunte al anestesiólogo.

1. RELATIVO AL PACIENTE

D./D^a..... con D.N.I.....

He sido informada/o suficientemente de la técnica anestésica que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas. La he comprendido y he tenido tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto estoy satisfecha/o con la información recibida, por lo que doy mi consentimiento para que se me realice dicha técnica por el anestesiólogo responsable y el personal colaborador que precise. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Sé que estoy en un Hospital Universitario. Autorizo **SI** **NO** (rodee con un círculo el que proceda) para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos.

Firma del paciente

Fecha:...../...../.....

2. RELATIVO AL MÉDICO

Dr./Dra..... he informado al paciente y/o al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la técnica que se le va a realizar, explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:...../...../.....

3. RELATIVO A LOS FAMILIARES Y TUTORES

El paciente D./Dña..... no tiene capacidad para decidir en este momento.

D./D^a..... con D.N.I..... y en calidad de he sido informado/a suficientemente de la técnica que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuna.

Firma del tutor o familiar

Fecha:...../...../.....

4. CUIDADOS DEL DÍA 1: INGRESO

4.1. RECEPCIÓN DE PACIENTES

Las pacientes que acuden a la unidad de paritorios serán recibidas de forma protocolizada y el personal implicado deberá realizar las siguientes funciones:

- **Auxiliar de clínica:** recogida de documentos, comprobación de identidad, datos administrativos. Transmisión de información a matrona/obstetra.
- **Matrona:** aplicación de protocolo de acogida. Valoración obstétrica. Cumplimentación de dossier de enfermería e historia clínica. Información a la mujer y familiares (proceso/ubicación).
- **Obstetra:** verificación de historia clínica. Revisión de análisis: si es < 1 mes sin incidencia y embarazo normal solicitar hemograma; si es > 1 mes pruebas de coagulación y hemograma. Si procede, atención médica según patología concreta. Indicación de reubicación de la paciente: sala de dilatación, sala monitorización, sala de hospitalización.

4.2. DILATACIÓN: FASE 1

Tras la clasificación inicial, las mujeres con inicio de trabajo de parto serán asistidas de la siguiente forma:

- **Matrona:** protocolo de acogida. Cumplimentación de documentos de enfermería (gráfica de evolución del parto). Iniciar protocolo de la gestante con trabajo de parto. Valoración y vigilancia del bienestar materno-fetal (monitorización). Iniciar protocolo de anestesia locorregional (si procede) (**diagrama de flujo 2**)
 - + Cervix borrado en las nulíparas o con longitud < 1 cm. en múltiparas
 - + Dilatación mínima de 3 cm
 - + Dos o más contracciones cada 10 minutos.
- **Obstetra:** supervisión de actividad de las matronas. Mismas funciones que matronas.
- **Anestesiólogo:** Revisión de historia clínica. Verificación de indicación /contraindicación de analgesia epidural. Información y obtención del consentimiento en caso de no tenerlo previamente.

4.3. UNIDAD DE EPIDURAL

Tras la verificación de los datos de la historia clínica y la obtención del consentimiento informado, se procederá a la realización de la técnica de forma protocolizada.

- **Auxiliar de clínica:** preparación de mesa y material para la realización de la técnica según protocolo
- **Matrona:** aplicación de protocolo de analgesia epidural (prehidratación, monitorización hemodinámica, colocación de la paciente, desinfección campo quirúrgico). Asistencia al anestesiólogo durante todo el proceso. Monitorización obstétrica si procede
- **Anestesiólogo:** técnica locorregional según protocolo.

4.4.DILATACIÓN: FASE 2

- **Anestesiólogo:** supervisión y valoración del curso de analgesia. Realización de gráfica de analgesia epidural. Indicación por escrito de tratamiento analgesico pautado. Aplicación de protocolo de seguimiento de analgesia epidural (diagrama de flujo 3).
- **Matrona:** valoración del trabajo del parto. Vigilancia del bienestar materno-fetal. Asistencia al anestesiólogo durante todo el proceso. Seguimiento de analgesia epidural y monitorización de constantes vitales (protocolo de seguimiento: registro automatizado conjunto de dinámica, FC fetal, TA materna, y SpO2 materna).
- **Obstetra:** Seguimiento y vigilancia del proceso

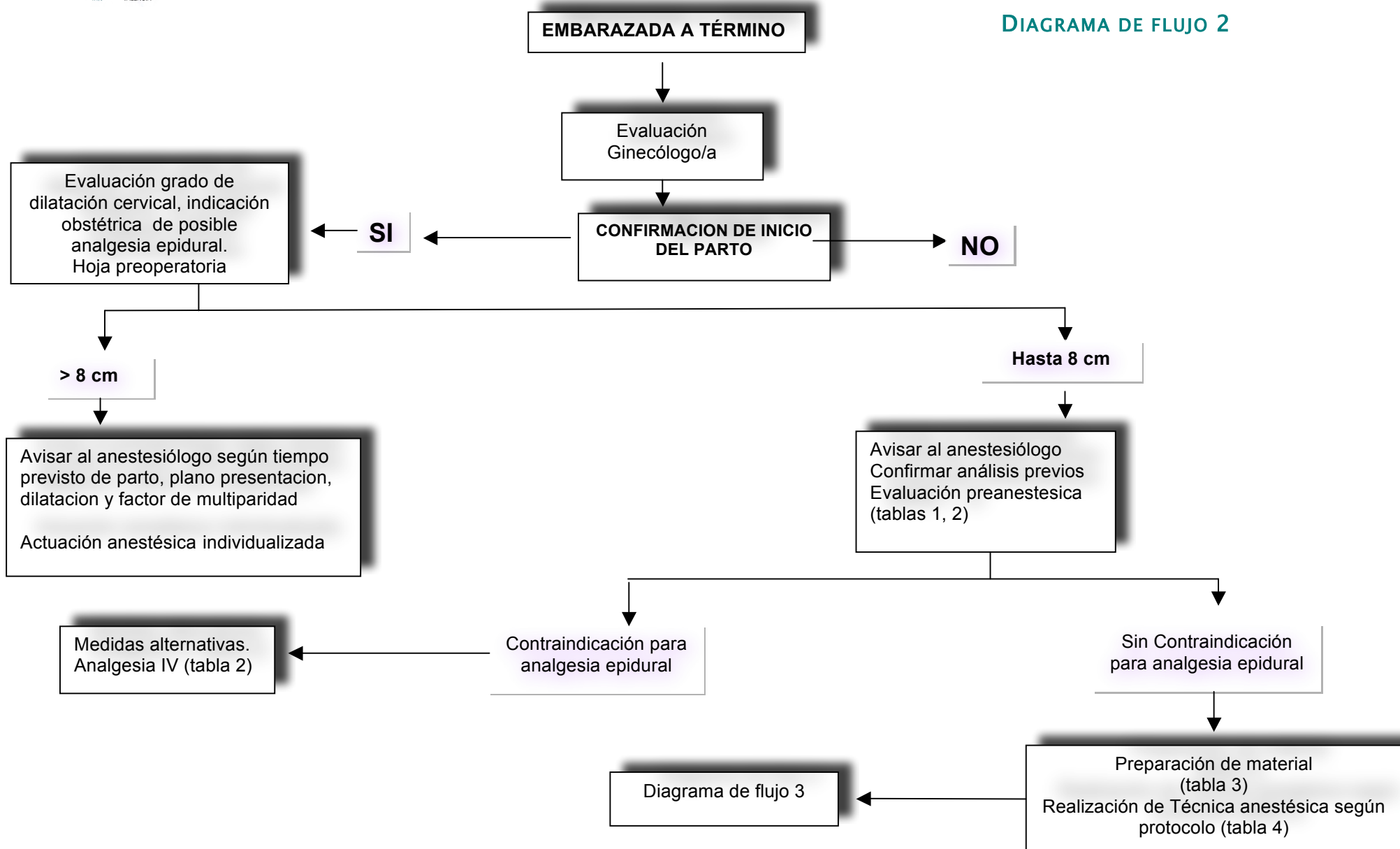
4.5.TERMINACIÓN DEL PARTO 1: VAGINAL

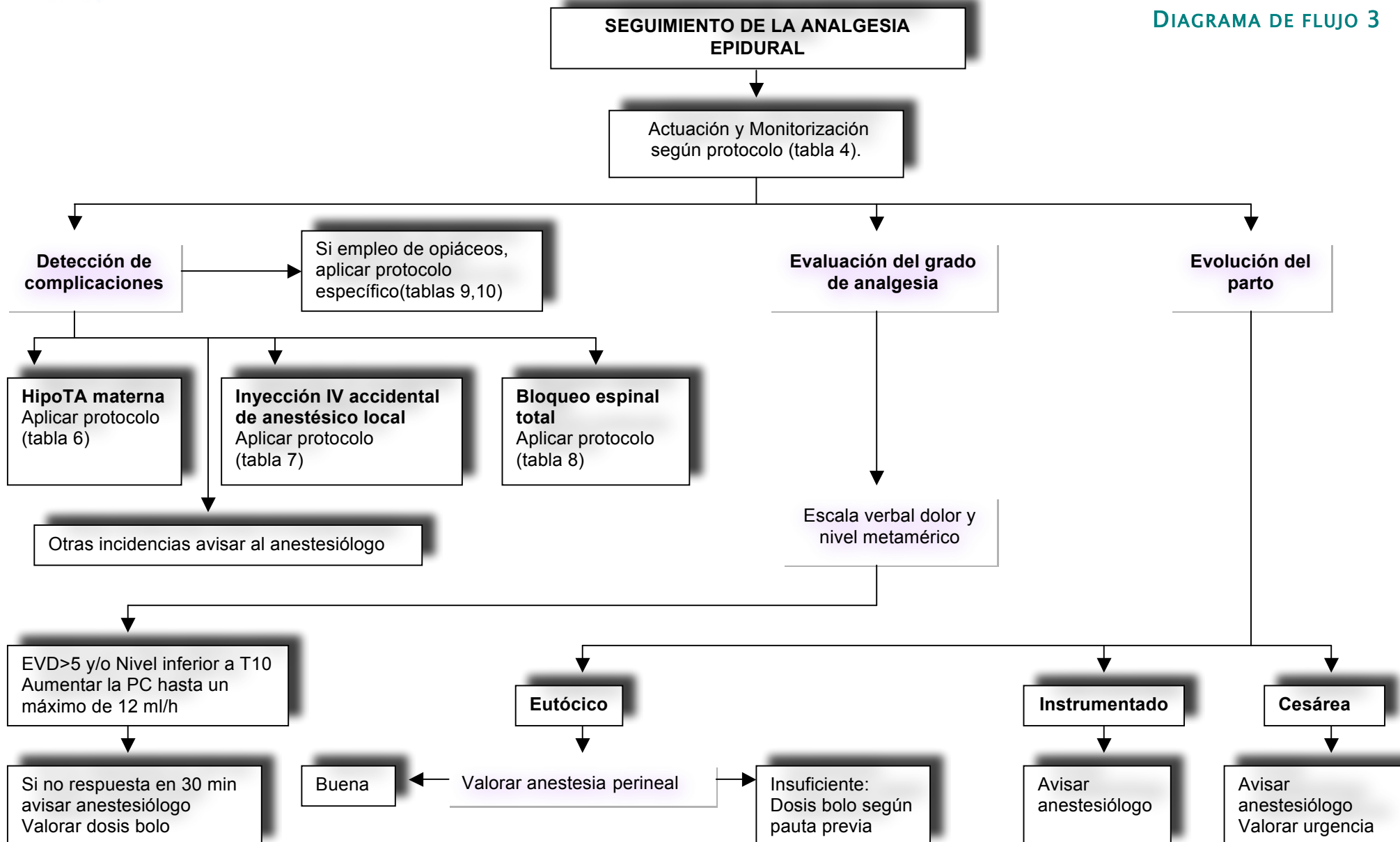
- **Anestesiólogo:** supervisión de analgesia perineal.
- **Matrona:** Aplicación de protocolo de finalización. Asistencia al parto en el expulsivo, alumbramiento y recién nacido. Cumplimentación de la Historia Clínica y Dossier de Enfermería. Reanimación Cuidados y Valoración del Recién Nacido.
- **Obstetra:** Atención al parto, alumbramiento, y Recién Nacido. Información a la Mujer y familiares
- **Pediatra:** Reanimación Cuidados y Valoración del Recién Nacido, si es requerido por la Matrona u Obstetra.
- **Recuperación:** sala de recuperación postparto. Alta protocolizada según criterios de Aldrete.

4.6.TERMINACIÓN DEL PARTO 2: CESÁREA

- **Obstetra:** indicación de cesárea. Protocolo obstétrico para cesáreas?. Valoración de urgencia/emergencia.
- **Sanitarios:** transporte y colocación de la paciente en quirófano. Colocación de reposa-brazos
- **Anestesiólogo:** protocolo de asistencia en la cesárea
- **Matrona:** asistencia en quirófano al anestesiólogo. Protocolo de asistencia a cesáreas. Traslado del neonato a cuna de reanimación (si precisa).
- **Auxiliar enfermería:** protocolo de asistencia a en la cesárea. Asistencia a la instrumentista en cuanto a material.
- **Matrona/instrumentista:** preparación de material para intervención. Asistencia al obstetra.
- **Sanitarios:** Traslado de la paciente a unidad de recuperación postanestésica ó UCI.
- **Pediatra:** Reanimación Cuidados y Valoración del Recién Nacido.

DIAGRAMA DE FLUJO 2





VÍA CLÍNICA ANALGESIA OBSTÉTRICA. MATRIZ TEMPORAL

CUIDADOS DIA 1. INGRESO

RECEPCIÓN DE PACIENTES	DILATACIÓN. FASE 1	DILATACIÓN. FASE 2	TERMINACIÓN PARTO 1: VAGINAL	TERMINACIÓN PARTO 2: CESÁREA
Auxiliar de clínica: recogida de documentos, comprobación de identidad, datos administrativos. Transmisión de información a matrona/obstetra.	Auxiliar de clínica: Protocolo de asistencia a la matrona	Auxiliar de clínica: Protocolo de asistencia a la matrona	Auxiliar de clínica: Protocolo de asistencia a la matrona	Auxiliar de clínica: protocolo de asistencia a en la cesárea. Asistencia a la instrumentista en cuanto a material. Celadores: transporte y colocación de la paciente en quirófano. Colocación de reposa-brazos. Traslado de la paciente a unidad de recuperación ó UCI.
Matrona: aplicación de protocolo de acogida. Valoración obstétrica. Cumplimentación de dossier de enfermería e historia clínica. Información a la mujer y familiares (proceso/ubicación).	Matrona: protocolo de acogida. Cumplimentación de documentos de enfermería (gráfica de evolución del parto). Iniciar protocolo de la gestante con trabajo de parto. Valoración y vigilancia del bienestar materno-fetal (monitorización). Iniciar protocolo de anestesia locorregional (si procede) (diagrama de flujo 2). Información del proceso a gestante y familiares. Apoyo educativo.	Matrona: valoración del trabajo del parto. Vigilancia del bienestar materno-fetal. Asistencia al anestesiólogo durante todo el proceso. Seguimiento de analgesia epidural y monitorización de constantes vitales (FC, TA).	Matrona: asistencia al parto	Matrona/instrumentista: preparación de material para intervención. Asistencia al obstetra. Enfermera/matrona?: asistencia en quirófano al anestesiólogo. Protocolo de asistencia a cesáreas. Traslado del neonato a cuna de reanimación.
Obstetra: verificación de historia clínica. Revisión de análisis: si es < 1 mes sin incidencia y embarazo normal solicitar hemograma; si es > 1 mes pruebas de coagulación y hemograma. Si procede, atención médica según patología concreta. Indicación de reubicación de la paciente: sala de dilatación, sala monitorización, sala de hospitalización.	Obstetra: supervisión de actividad de las matronas. Mismas funciones que matronas.	Obstetra: Seguimiento y Vigilancia del Proceso	Obstetra: Atención al parto , alumbramiento y Recien Nacido. Información a la mujer y familiares	Obstetra: indicación de cesárea. Protocolo obstétrico para cesáreas?. Valoración de urgencia/emergencia.
	Anestesiólogo: Revisión de historia clínica. Verificación de indicación /contraindicación de analgesia epidural. Información y obtención del consentimiento en caso de no tenerlo previamente.	Anestesiólogo: supervisión y valoración del curso de analgesia. Realización de gráfica de analgesia epidural. Indicación por escrito de tratamiento analgesico pautado. Aplicación de protocolo de seguimiento de analgesia epidural (diagrama de flujo 3).	Anestesiólogo: supervisión de analgesia perineal. Aplicación de protocolo de finalización.	Anestesiólogo: protocolo de asistencia en la cesárea. Sala de reuperación postquirúrgica (URPA). Alta protocolizada según criterios de Aldrete.
			Pediatra: Reanimación Cuidados y Valoración del Recien Nacido (si precisa)	Pediatra: Reanimación Cuidados y Valoración del Recien Nacido

HOJA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA. VÍA CLÍNICA DE ANALGESIA OBSTÉTRICA
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA

ETIQUETA

ALERGIAS:					
DÍA 1 (INGRESO):...../...../.....	HORA	FIRMA		HORA	FIRMA
URGENCIAS:			RECUPERACIÓN (parto normal)		
Valoración obstétrica: explor, interna/externa			Retirada de catéter epidural	Registrar en gráfica de anestesia	
Dinámica uterina:			Vigilancia postparto: FC, TA, diuresis, sangrado)	Registrar en partograma	
Comprobación de grupo sanguíneo y Rh			Retirada de vía periférica (si procede)	Registrar en partograma	
PREPARTO					
Vigilancia materno/fetal					
Inducción parto (si procede)					
DILATACIÓN / FISIOPATOLOGÍA			QUIRÓFANO (cesárea/parto instrumental)		
Vigilancia evolución parto y estado fetal	Registrar en partograma		Profilaxis antimicrobiana (en la inducción anestésica):	Registrar en hoja quirófano	
Enema de limpieza			• Amoxicilina-Clavulánico 2 gr/IV ó	Registrar en hoja quirófano	
Si procede:			• Cefazolina 2 gr/IV	Registrar en hoja quirófano	
• Perfusión de oxitocina	Registrar en partograma		Anestesia locorregional/general	Registrar en hoja quirófano	
• Extracción de análisis preanestesia			Cesárea/Parto instrumental	Registrar en hoja quirófano	
• Protocolo de analgesia locorregional	Registrar en gráfica anestesia		Atención e identificación del recién nacido	Registrar en hoja quirófano	
• Infusión de analgesia	Registrar en gráfica anestesia				
• Dosis de refuerzo de analgesia	Registrar en gráfica anestesia				
UNIDAD EPIDURAL			URPA/UCI (cesárea/parto instrumental)		
Monitor. Hemodinámica (FC, TA)	Registrar en partograma /GA		Vigilancia postparto (FC, TA diuresis, sangrado...)	Registrar en hoja de tratamiento	
Realización de técnica de analgesia LR	Registrar en partograma/GA		Análisis 4 h postcesárea	Registrar en hoja de tratamiento	
Si procede:			Inicio de tolerancia oral (6-8 h postcesárea)	Registrar en hoja de tratamiento	
• Última hora de exploración obstétrica			Retirada de catéter (si procede)	Registrar en hoja de tratamiento	
• FC y dinámica uterina por registro interno			Retirada de vía periférica (si procede)	Registrar en hoja de tratamiento	
PARITORIO (parto normal)					
Parto y alumbramiento	Registrar en partograma				
Atención e identificación del recién nacido	Registrar en partograma				
Dosis de analgesia de refuerzo (si precisa)	Registrar en gráfica de anestesia				

ANEXO 1. PROTOCOLOS ACTUACIÓN. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

Tabla 1. Contraindicaciones de la analgesia epidural/intradural

- Rechazo del paciente o paciente incapaz de colaborar
- Aumento de la presión intracraneal secundario a lesión cerebral con efecto masa
- Infección sistémica materna comprobada (sepsis)
- Infección local cutánea o subcutánea en el lugar de punción
- Coagulopatía analítica: plaquetas menores de 80000 y/o Índice de Quick menor del 50%
- Coagulopatía sintomática
- Hipovolemia materna severa no corregida o shock de cualquier etiología (hemorragia, desprendimiento de placenta)
- Empleo de antiagregación
- Inexperiencia o desconocimiento de la técnica
- Finalización muy urgente del parto

Tabla 2. Anestesia/analgesia epidural/intradural y anticoagulación

Anticoagulantes orales: Suspender uso crónico 3 a 4 días antes del procedimiento. Confirmar normalización del tiempo de protrombina (TP). La primera dosis dentro de 24 horas antes de la cirugía no es contraindicación.

Heparina IV: Suspender 4-6 horas antes del procedimiento. Comprobar normalización de l tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPA).

Heparina subcutánea minidosis: No hay contraindicación

Heparinas de bajo peso molecular (HBPM): Realizar procedimiento 10-12 horas después de la última dosis o 24 horas después si se emplean dosis elevadas. Retrasar primera dosis HBPM hasta 24 horas después del procedimiento (espinal/epidural) si aparece sangre en la aguja de punción.

Tabla 3. Lista de comprobación antes del inicio de la técnica epidural/intradural

- 1.La paciente deberá solicitar la administración de analgesia epidural para el alivio del dolor de parto (o de forma anticipada en el caso de inducción del parto).
- 2.Realizar una evaluación preanestésica con hincapié en los datos anestésicos previos.
- 3.Información de los riesgos de la anestesia/analgesia epidural. Aclarar dudas y preguntas. Obtener el consentimiento informado.
- 4.Evaluación del ginecólogo/a-matron/a para confirmar datos materno/fetales (dilatación cervical, plano fetal, anomalías durante la gestación, cesáreas previas, exploraciones complementarias)
- 5.Evaluación fetal inicial y de viabilidad del parto.

Tabla 4. Protocolo de administración de analgesia/anestesia epidural

1. Obtención del consentimiento informado y consulta con ginecólogo.

2. Monitorización:

- Tensión arterial cada 5 minutos durante los primeros 15 minutos tras la administración de un bolo de anestésico local
- EKG materno continuo durante la inducción anestésica
- Monitorización de la FCF
- SpO2 materna

3. Prehidratación con 500-1000 ml de solución de Ringer-Lactato o Salino fisiológico al 0,9%. Preparación de fármacos para una posible reanimación hemodinámica (tabla 8).

4. Colocación de la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo o sentada.

5. Identificación del espacio epidural mediante técnica de pérdida de resistencia

6. Inserción del catéter 3 cm en el interior del espacio epidural.

7. Dosis test de 3 ml de lidocaína 1,5% con adrenalina 1:200.000 o 3 ml de bupivacaína 0.25% con adrenalina 1:200.000, después de aspiración a través del catéter y después de una contracción uterina (para diferenciar la taquicardia por dolor de la taquicardia producida por la inyección intravascular del anestésico local)

8. Si la dosis test es negativa, administrar a través del catéter una o dos dosis de 5 ml de bupivacaína 0.25% o ropivacaína 0.2% para alcanzar el nivel metamérico T10.

9. A los 15 a 20 minutos evaluación del grado de bloqueo mediante exploración de sensibilidad térmica o táctil superficial y evaluación del dolor mediante Escala Visual Analógica (EVA) o Escala Verbal de Dolor (EVD). Si no aparece bloqueo quitar el catéter. Si el bloqueo está lateralizado sacar el catéter 0,5 a 1cm y administrar 3-5 ml de anestésico local (previa aspiración para comprobación de correcta localización). Si a pesar de estas medidas el catéter no funcional quitarlo.

En caso de correcto funcionamiento iniciar infusión continua epidural de anestésicos locales según pauta protocolizada o bien analgesia intermitente a bolos.

10. Colocación de la madre en decúbito lateral izquierdo para evitar la compresión aortocava. Valorar decúbito según hemodinamia materno/fetal.

11. Medicción de la tensión arterial materna cada 5-15 minutos dependiendo del estado hemodinámico, SpO2, EKG continuo. Monitorización continua de la FCF.

12. Evaluación horaria del nivel de analgesia y de la intensidad del bloqueo motor.

Tabla 5. Evaluación del bloqueo motor (Escala de Bromage)

1- Completo: incapaz de movilizar pies y rodillas

2- Casi completo: solo capaz de mover pies

3- Parcial: capaz de mover rodillas

4- Nulo: flexión completa de rodillas y pies

Tabla 6. Protocolo de actuación ante hipotensión arterial materna

1. Diagnóstico de hipotensión materna: caída del 20-30% de la tensión arterial basal o una tensión arterial sistólica menor de 100 mm de Hg. Comprobar dos veces la TA para confirmar el diagnóstico.

2. Medidas de actuación inmediata:

*Colocación en decúbito lateral izquierdo

*Administración de fluidoterapia a gran velocidad (Hidroxietilalmidón 500ml o en su defecto Solución cristalóide Ringer o Salino fisiológico).

*Preparación de Efedrina (una ampolla diluida hasta 10 ml de suero)

*Toma de TA cada 3 minutos (3 determinaciones)

*Si no resolución del cuadro administrar 2ml IV de la solución de efedrina

3. Medidas de continuación

*Si resolución del cuadro mantener en decúbito lateral izdo, monitorizar TA cada 5 minutos durante 15 minutos.

*Si persistencia del cuadro tras medidas de actuación inmediata avisar al anestesiólogo. Evaluación clínica del anestesiólogo y medidas individualizadas.

4. Medidas tras resolución

*Evaluar modificaciones en ritmo y concentración de la pauta analgésica administrada

*Valoración de posición materna según datos hemodinámicos

Tabla 7. Protocolo de actuación ante inyección intravenosa accidental de anestésicos locales

1. Diagnóstico precoz. Aspiración por catéter epidural con jeringa de 2 ml. Valoración de sintomatología clínica. Avisar urgentemente al Anestesiólogo si no estuviera presente en el área de paritorio

2. Medidas de actuación inmediata:

- *Accesibilidad inmediata a un Carro de parada equipado con desfibrilador
- *Manejo urgente de la vía aérea. Administrar oxígeno al 100%. Emplear ventilación con presión positiva si fuese necesario (Ambú ©).
- *Según sintomatología clínica intubación orotraqueal (anestesiólogo).
- *Administración de Diazepam 5mg o Midazolam 3mg para eliminar las convulsiones. En caso de persistencia administrar Tiopental sódico
- *Si no estuviese monitorizada acceso inmediato a monitorización materno-fetal según estándares protocolizados
- *Iniciar reanimación IV con fluidos y vasopresores
- *Iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar. Plantear **finalización urgente de parto**, activación del circuito de llamadas (pediatra, ginecólogo, enfermería de quirófano, celadores)
- *Tratamiento de arritmias según protocolos de Reanimación de la ILCOR
- *Prevención de Acidosis materno-fetal

3. Medidas de continuación

- *Continuar con terapia de reanimación cardiocirculatoria.
- *Medidas de apoyo a la reanimación neonatal si fuese necesario
- *Finalización urgente de parto (cesárea o vaginal instrumentado)
- *Traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados intensivos Quirúrgicos (Reanimación)

Tabla 8. Protocolo de actuación ante un bloqueo espinal total

1. Diagnóstico de bloqueo espinal total: aparece varios minutos después de la inyección epidural. Es progresivo. Agitación, disnea, dificultad para hablar. Avisar urgentemente al Anestesiólogo si no estuviese en zona de paritorios.

2. Medidas de actuación inmediata:

* Accesibilidad inmediata a un Carro de parada equipado con desfibrilador.
Monitorización materno-fetal según protocolización.

* Colocación en decúbito lateral izquierdo para evitar compresión cava

* Administración de oxígeno al 100%. Realizar intubación orotraqueal

* Administración de fluidoterapia a gran velocidad (Hidroxietilalmidón 500ml o en su defecto Solución cristalóide Ringer o Salino fisiológico).

* Empleo precoz de Efedrina. Medidas de soporte cardiocirculatorio según clínica.

* Evaluación fetal. Si fuese necesario finalización urgente del parto (cesárea o vaginal instrumentado)

3. Medidas de continuación

* Estabilización materna. Reevaluación clínica materno-fetal.

* Finalización urgente de parto si todavía no se ha realizado (cesárea o vaginal instrumentado)

* Medidas de apoyo a la reanimación neonatal si fuese necesario

* Traslado a la paciente a la Unidad de Cuidados intensivos Quirúrgicos (Reanimación)

Tabla 9. Escala de sedación

Sedación

0 (nada): Paciente alerta

1 (leve): Ocasionalmente dormido, se despierta fácilmente

2 (moderada): Frecuentemente dormido, se despierta fácilmente

3 (Severa): Somnoliento, se despierta con mucha dificultad

S (normal): Sueño normal, se despierta fácilmente

Tabla 10. Protocolo de actuación con el empleo de opiáceos espinales

1. Monitorización:

- Incluir la recomendada en tabla 6
- Valoración de la sedación mediante escala adjunta cara hora
- Evaluación de la depresión respiratoria: Frecuencia respiratoria cada hora

2. Identificación y tratamiento de las posibles complicaciones:

-Si frecuencia respiratoria $\leq$ de 10 o escala de sedación de 3:

- Avisar al anestesiólogo
- Administrar Naloxona (una ampolla diluida hasta 10 ml de suero) 2 ml de la dilución.

-Administrar Oxígeno al 100%, preparar equipo de asistencia a la vía aérea.

-Si aparece apnea:

- Avisar al anestesiólogo
- Administrar Naloxona una ampolla IV entera sin diluir
- Administrar Oxígeno al 100%, preparar equipo de asistencia a la vía aérea.

-Si aparece prurito intenso:

- Avisar al anestesiólogo
- Administrar 2 ml de la dilución de Naloxona
- Si no cede a los pocos minutos administrar otros 2 ml de la dilución de Naloxona.

-Si aparecen náuseas y/o vómitos:

- Descartar otras causas: hipotensión, bradicardia
- Administrar Metoclopramida (Primperan ©) 5mg IV lentos. Si fuese necesario repetir cada 6 horas
- Si no fuese efectivo administrar Ondansetron (Yatrox©) 4 mg IV lentos.

-Si aparece retención urinaria:

- Sondajes vesicales evacuadores según necesidades

GRÁFICA DE ANALGESIA OBSTÉTRICA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

Apellidos: _____		Datos gestacionales		AP médicos:		Epidural:		Instrumentación: SI ☐ NO ☐	
Nombre: _____		Paridad:				Nivel punción:		Forceps ☐ Vacuum ☐ EMP ☐	
Edad: _____ NHC: _____		Tº. Gest sem.		Patología gestacional:		D. bolo:		Otras ☐	
Fecha: ____/____/____		Alergias:				D. refuerzo:		Cesárea: AEPI ☐ ARAQUI ☐ AG ☐	
						Complicaciones:		URG ☐ DIF ☐ EMERG ☐	
								Apgar:	

Horas																									
Bupi. 0,125%																									
Bupi. 0,25%																									
Bupi. 0,5%																									
Bupi. 0,375%																									
Ropi. 0,2%																									
Ropi. 0,75%																									
Lidocaína 2%																									
Fentanilo																									
Atropina (mg)																									
Efedrina (mg)																									
Bromage																									
Nivel																									

Inicio parto X Inicio epidural + Fin parto @																									
Dilatación n (mm) FCF #																									
Tensión arterial ▼ y Frecuencia cardíaca I	220																								
	200																								
	180																								
	160																								
	140																								
	120																								
	100																								
	80																								
	60																								
	40																								
	20																								