



1.- OBJETO

Describir los protocolos de analgesia epidural para el parto (AEP) según el estado de la cuestión actual y la costumbre local.

2.- ALCANCE

Los Protocolos no son normas de obligado cumplimiento, sino que suponen una exposición de los métodos y técnicas de anestesia y analgesia habituales. Por tanto deben entenderse como una guía basada en los conocimientos actuales y apoyada lo máximo posible en la evidencia científica.

Su alcance debe extenderse a los miembros de SARTD que estén implicados en los cuidados y atención de la paciente obstétrica.

Las Guías se redactarán por escrito. Debe intentarse que las Guías figuren en Intranet del Hospital para que puedan ser consultadas en el momento necesario.

3.- DESCRIPCIÓN GENERAL Y NOTAS PREVIAS

Debe haber unas indicaciones escritas para obstetras y matronas acerca de determinadas condiciones que hacen necesaria la remisión prenatal de la gestante a la consulta de anestesia. **Ver protocolo de remisión antenatal en pacientes de riesgo.**

Las matronas que atiendan a las gestantes que soliciten AEP deben estar entrenadas en el manejo del parto con analgesia regional y ser conocedoras de las complicaciones y su tratamiento.

Debe haber siempre una matrona y un obstetra disponibles para cualquier emergencia.

Las gestantes deben haber sido informadas previamente por el obstetra-matrona de las posibilidades y/ variedades de analgesia del parto.

Las gestantes deben haber sido informadas previamente, y esto ha de documentarse. **Ver protocolos de Consentimiento Informado.**

Debe estar siempre preparado y al alcance del anestesiólogo (o de otros especialistas en su caso) un carro de RCP de adulto y RCP neonatal (**ver protocolo del carro de RCP**). Debe incluir desfibrilador.

Una enfermera/o debe asistir al proceso analgésico-anestésico de manera continua como recogen los estándares de calidad.

En todos los puntos de atención a las gestantes en el paritorio debe haber instalada al menos una fuente de oxígeno.

Debe haber una **Guía de profilaxis antiácida y ayuno** durante el parto (consensuada).

Todas las decisiones en relación con la anestesia regional serán del anestesiólogo.

La matrona, previa solicitud de la gestante, solicitará del anestesiólogo la administración de AEP.

Se incluye en este protocolo la analgesia epidural y la analgesia combinada epidural-subaracnoidea (ACES). La analgesia subaracnoidea (sin catéter) se recomienda sólo cuando la dilatación es suficiente para esperar un período expulsivo dentro del lapso de tiempo que permite este tipo de analgesia (dilatación mayor de 7-8 cm en múltiparas o de 8-9 cm en primiparas; parto previsto en 90-120 min).

Bupivacaína 0,75% y Ropivacaína 1% no deben estar entre los fármacos del paritorio, ni en el almacén.



4.- DESARROLLO Y APLICACIÓN

Debe haber una **Hoja de Analgesia de parto** desarrollada al efecto.

Indicaciones: parto eutócico.

Período preparto.

Consentimiento informado y visita preanestésica siempre que sea posible (ver Vía Clínica de Analgesia Obstétrica). Esta última incluirá breve H^aC^a.

Exploraciones mínimas: hemograma (Hto, Hb, hematíes, leucocitos, plaquetas), bioquímica (sodio, potasio), coagulación (IQ, TP, TPTA, INR); ECG.

Valorar repetir hemograma y coagulación cuando se inicia trabajo de parto o se prevé cesárea electiva.

Período intraparto.

Evaluación por obstetra y matrona. Ausencia de contraindicaciones obstétricas para AEP.

Monitorización. Las gestantes en trabajo de parto deben ser monitorizadas.

Monitorización mínima: clínica (vigilancia constante por parte de la matrona-enfermera), SaO₂, FC, PANI (**ver Vía Clínica Analgesia de Parto**).

Material y fármacos (Anexo I).

Procedimiento (Anexos II, III y IV).

Período postparto.

La gestante debe estar vigilada el tiempo que se considere necesario para alcanzar la reversión adecuada del bloqueo sensitivomotor y la estabilidad hemodinámica. La estancia en que esto se lleve a cabo debe ser adecuada. La monitorización debe seguir hasta que se considere necesario, por lo que esta estancia debe poseer dichas condiciones.

5.- ANEXOS

Anexo I.

Mesa de AEP:

-Mesa adecuada.

-Paño de mesa estéril, impermeable.

-Equipo de AEP incluyendo aguja Tuohy 18G, jeringa pérdida resistencia, aguja 25x1,5, aguja 40x8, catéter 20G de tres orificios, filtro antibacteriano.

-Agujas Tuohy 18G 11-14 cm.

-Jeringas complementarias: 5ml (x2).

-Equipo de ACES incluyendo aguja Tuohy 18G, aguja 27g Whitacre, jeringa pérdida resistencia, aguja 25x1,5, aguja 40x8, catéter 20G de tres orificios, filtro antibacteriano.

-Jeringas complementarias: 5ml (x2).

-Gasas estériles.

-Apósito 5x5 cm o mayor.

-Apósitos largos para fijación a la espalda del catéter.

Fármacos:

-Lidocaína 2% 10ml.

-Ropivacaína 0,2% 10ml.

-Ropivacaína 0,2% 100ml.

-Bupivacaína 0,25% 10ml.

-Bupivacaína 0,5%hb* 3ml.

-Ropivacaína 0,75%* 5ml.

-Levobupivacaína 0,25% 10ml.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



- Fentanilo 3 ml (0,15 mg).
- *anestesia subaracnoidea.

Fármacos para el tratamiento de la hipotensión arterial y bradicardia.

- Efedrina 1ml (50mg), diluir en 10 ml SF.
- Atropina 1ml (1 mg).
- Fenilefrina 1ml (1 mg), diluir en 100 ml SF.

Anexo II. AEP.

Procedimiento:

- Revisión H^aC^a.
 - Valorar profilaxis antiácida.
 - Determinación de constantes basales (PANI, FC, SaO₂). Medición cada 5 min los 20 primeros minutos de instauración de la analgesia, y cada 10-15 minutos después según las circunstancias.
 - Canalización de vía venosa periférica 18G o mayor.
 - Perfusión de 500ml Lactato de Ringer.
 - Colocación de la paciente en la cama en sedestación o decúbito lateral.
 - Desinfección cutánea: solución alcohólica de clorhexidina, solución de povidona yodada.
 - Realización de la técnica.
 - Dosis test: no dosis test, lidocaína 1,5-2% 3ml, bupivacaína 0,25% 3ml, adrenalina, ±fentanilo 0,025-0,05 mg.
 - Dosis inicial: ropivacaína 0,2% 4-8-10ml, bupivacaína 0,25% 4-6ml, levobupivacaína 0,25% 4--10ml, bupivacaína 0,125%+adr 5-10ml. Todos ±fentanilo 0,025-0,05 mg si no se ha administrado en la dosis test.
 - Dosis analgesia: (a) bolos, ropivacaína 0,2% 4-8ml, bupivacaína 0,25% 4-6ml, levobupivacaína 0,25% 4-8ml, ropivacaína 0,1%, bupivacaína 0,125%, levobupivacaína 0,125%, todos ellos en volumen de 5-10ml; (b) perfusión ropivacaína 0,2% 100ml, 4-14 ml/h, perfusión ropivacaína 0,2%+fentanilo 1-1,5-2µg/ml, 4-12 ml/h.
- Expulsivo: previa evaluación de la analgesia perineal por el obstetra/matrona, lidocaína 1% 4-6ml. Valorar la presencia del anestesiólogo.

Anexo III. ACES.

Procedimiento:

- Canalización de vía venosa periférica 18G o mayor.
 - Perfusión de 500-1000ml Lactato de Ringer.
 - Colocación de la paciente en la cama en sedestación o decúbito lateral.
 - Realización de la técnica.
 - Dosis subaracnoidea: bupivacaína 0,5%hb 2-3 mg, fentanilo 15-25 µg, o ambos a las dosis inferiores.
 - Dosis epidurales: debe considerarse cada dosis como una dosis test. (a) bolos, ropivacaína 0,2% 4-8ml, bupivacaína 0,25% 4-6ml, levobupivacaína 0,25% 4-8ml, ropivacaína 0,1%, bupivacaína 0,125%, levobupivacaína 0,125%; (b) perfusión ropivacaína 0,2% 100ml, 4-14 ml/h, perfusión ropivacaína 0,2%+fentanilo 1-1,5µg/ml, 4-12 ml/h; (c) bupivacaína 0,0625% 6-14 ml/h, valorar en partos largos.
- Expulsivo: previa evaluación de la analgesia perineal por el obstetra/matrona, lidocaína 1% 4-6ml.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Anexo IV. ASA.

Procedimiento:

- Canalización de vía venosa periférica 18G o mayor.
- Perfusión de 500-1000ml Lactato de Ringer.
- Colocación de la paciente en la cama en sedestación o decúbito lateral.
- Realización de la técnica.
- Dosis subaracnoidea: bupivacaína 0,5%hb 2-3 mg, fentanilo 15-25 µg, o ambos a las dosis inferiores.

6.- CONTROL DE CALIDAD

Informatización de los datos y pacientes.

Ha de haber un sistema de comunicación de incidentes críticos en la maternidad (confidencial), así como un sistema de recogida de datos de los mismos.

Incidencia de extracción accidental del catéter epidural.

Incidencia de punción dural accidental.

Incidencia de CPPD.

Necesidad de traslado de pacientes a Reanimación.

Otras complicaciones.

Valoración de la satisfacción de las pacientes.

7.- REFERENCIAS

Vía Clínica Analgesia del Parto. SARTD. CHGUV. 2004.

AAGBI and OAA. OAA/AAGBI Guidelines for Obstetric Anaesthetic Services. Revised Edition 2005, May.