

CAPITULO 20 MEDICACION Y ANESTESIA EN EL PARTO

PILAR DE LA CUEVA

Durante muchos años se han utilizado diversas medicaciones en el parto y métodos para aliviar el dolor. Sin embargo, hay pocos estudios que valoren su efecto sobre el inicio o duración de la lactancia materna.

MEDICACION EN EL PARTO

-Antibióticos: Se administran como prevención en todas las mujeres portadoras de *estreptococo b-agalactiae*, si hay riesgo de endocarditis, o ante una fiebre intraparto (**ampicilina, penicilina, eritromicina, gentamicina**). No tienen efectos perjudiciales sobre la lactancia.

-Antihipertensivos y anticonvulsivantes: hidralacina, nifedipino y otros. No se han descrito efectos adversos sobre la lactancia. El **sulfato de magnesio** y el **diacepam**, pueden tener un ligero efecto sedante sobre el bebé si se administran poco antes del nacimiento y reducir su reactividad para iniciar la succión. Para evitar que ésto dificulte el inicio de la lactancia se requiere apoyo de personal entrenado (1).

La **butilescopolamina (Buscapina)** y el **metamizol (Nolotil)**, usados como espasmolíticos en el inicio del parto no afectan a la lactancia. Tampoco el **ibuprofeno o el paracetamol**. La **oxitocina** y **prostaglandinas** no tienen efectos demostrados sobre la lactancia, aunque en los partos inducidos hay una tasa menor de lactancia exclusiva al alta (2).

ANALGESIA Y ANESTESIA EN EL PARTO

En los días u horas previos al inicio del parto puede haber ya contracciones suaves similares a un dolor menstrual. Cuando el parto avanza, el dolor es rítmico, con contracciones uterinas que ascienden, llegan a un máximo y disminuyen. En el expulsivo a veces produce alivio el sentir ganas de empujar. La intensidad y percepción subjetiva del dolor varía mucho de una mujer a otra. Algunas mujeres refieren partos sin dolor, y algunos textos nos hablan de civilizaciones, con una vivencia diferente del útero y la sexualidad (3).

El parto es un proceso fisiológico que debe ser interferido lo menos posible, para que se puedan segregarse las hormonas que lo facilitan (oxitocina, **endorfinas**). Estas tienen un **potente efecto analgésico**, y alteran la percepción de las sensaciones corporales y del transcurso del tiempo (4), (5). Un porcentaje cada vez más elevado de mujeres en nuestro medio, eligen partos naturales y los viven como una experiencia positiva y placentera. La mujer tiene el derecho de ser informada y decidir qué tipo de parto desea si no hay problemas, así como de decidir qué método de alivio del dolor necesita.

ANALGESIA FARMACOLÓGICA: Cada vez hay más artículos que sugieren una repercusión negativa sobre la lactancia materna. Es aconsejable ofrecer un apoyo extra a las mujeres que reciban anestesia en el parto (6).

-Analgésia espinal. La analgesia espinal puede ser **epidural (peridural)**, **intradural (subaracnoidea) o combinada**.

-Anestesia epidural (AE): es la más usada porque suele ser muy eficaz y la mujer se mantiene despierta. Consiste en la introducción de un anestésico local en dosis única, bolos intermitentes, o perfusión continua (7) en el espacio epidural mediante punción en la zona lumbar, a través de un fino catéter que no impide poner el bebé al pecho de inmediato. Aunque hasta ahora se

consideraba que la AE no producía interferencias con la lactancia materna (8), han aparecido algunos estudios que relacionan su uso con dificultades en las primeras semanas y menor tasa de lactancia materna a los 6 meses, así como con bebés más adormilados en los primeros días (9). Además, la AE aumenta la tasa de partos instrumentales (10,11), que suelen acompañarse de separación madre-bebé y de episiotomía, con su repercusión negativa sobre la lactancia (12). La **bupivacaína**, no produce la disminución del tono y fuerza muscular observada en bebés de madres que reciben **lidocaína** o **mepivacaína**(13). Al anestésico local se le asocia **adrenalina**, que aparece en cantidades mínimas en la leche. La AE, combinada o la epidural con bajas dosis permite a la mujer elegir la postura que desee e incluso deambular, lo que facilita la evolución del parto y disminuye la frecuencia de partos operatorios.

-Anestesia de los nervios pudendos: En desuso. Inyección de un anestésico local junto a la espina ciática, desde la piel del periné o la vagina. Permite aplicar un fórceps o realizar una sutura. Compatible con la lactancia (14).

-Bloqueo paracervical: Punción de anestésico local junto al cervix (14). Menos eficaz y duradera. El anestésico es compatible con la lactancia.

-Analgesia local: En mucosa vaginal o piel del periné. Permite reparar episiotomía o desgarros. Sin efectos sobre la lactancia.

-Analgesia parenteral: El opioide más empleado en obstetricia es la **mepetidina**, rápido y barato. Produce sedación, depresión respiratoria, y vómitos en la madre, disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal y sedación en el recién nacido, con disminución del reflejo de succión, retraso la primera toma, interferencia del vínculo madre-hijo y menores índices

de lactancia a largo plazo (15,16). Lo mismo ocurre con la **petidina** (Dolantina) que se administraba antes en muchos partos asociada al **haloperidol** (7), (14).

-**Anestesia general**: Causa dificultades en la instauración de la lactancia al estar la madre y el bebé adormilados horas tras el parto. Se utiliza ante una cesárea o forceps de urgencia cuando no se puede poner una AE, en casos de hemorragia o convulsiones maternas.

-**Analgesia inhalatoria: óxido nitroso**: Se utiliza en otros países a demanda durante la dilatación; hay poca evidencia de su efecto analgésico en el parto (14). Es seguro para madre y el bebé, no se describen efectos en la lactancia.

ANALGESIA NO FARMACOLOGICA: Conjunto de métodos para alivio del dolor que suelen aplicarse en un tipo de parto que permite el contacto madre-bebé inmediato y el inicio precoz de la lactancia, sin efectos negativos.

- **El apoyo emocional continuo** a la mujer en el parto ha demostrado evidencia científica en su utilidad para el alivio del dolor (17).

- Las mujeres que dan a luz en **centros de obstetricia con características familiares** tienen una mayor tasa de inicio de lactancia materna y de continuación a las 6-8 semanas (18). En ellos el entorno favorece la relajación de la mujer y predominio del cerebro primitivo sobre el cortex cerebral, con secreción de endorfinas: luz tenue, silencio, ambiente templado, intimidad y acompañamiento de la persona que la mujer elija. En éstas condiciones la mujer suele adoptar posturas antiálgicas de forma instintiva. Se ayuda de pelotas grandes para apoyarse y balancearse, taburetes de madera, cuerdas para colgarse y otros objetos para reclinarse cómodamente.

-La utilización de **agua caliente durante la dilatación** (en bañera o piscina) reduce eficazmente el dolor e induce un estado de relajación profunda entre contracciones, reduciendo el uso de otros modos de analgesia (19).

-**Inyección dérmica de suero estéril:** (0,05-0,1ml) en cuatro puntos de la región sacra, alivia el dolor referido a la zona lumbar durante 60-90 minutos. Es un procedimiento fácil de realizar, barato, sin riesgos conocidos. Los aparatos de estimulación eléctrica (TENS) tienen dudosa eficacia.

- **Acupuntura, digitopuntura, hipnosis:** hay estudios que prueban un efecto analgésico y facilitador del parto. Se usan en clínicas de algunos países europeos. No se han descrito efectos sobre la lactancia (20).

- **Psicoprofilaxis obstétrica:** La preparación al parto consigue una buena preparación psicológica, reducción de la ansiedad, aprendizaje de técnicas de respiración y relajación, y aumento del umbral frente al dolor.

RECUERDA

- La mujer tiene derecho a elegir el tipo de parto que desea, a decidir si precisa analgesia o no, y a ser informada adecuadamente.
- Siempre se debe facilitar el acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, utilice o no la anestesia epidural.
- La excesiva medicalización del parto normal lo hace más doloroso y conlleva más riesgo de dificultades con el inicio de la lactancia.
- Los métodos farmacológicos interfieren a veces con la lactancia materna, ofrecer apoyo para iniciar la lactancia y contacto precoz.
- Evitar en lo posible la anestesia general, utilizar la epidural o intradural.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Wang C, Cheng Y, Liang J. Effect of diazepam on fetus after intravenous administration during the active phase in labour. Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao. 1999;24(1):53-5.
- 2- Ounsted MK, Hendrick AM, Mutch LM, Calder AA, Good FJ. Induction of labour by different methods in primiparous women. I Some perinatal and postnatal problems. Early Hum Dev. 1978 Sep;2(3):227-39.
- 3- Barberá. JM. Parirás con placer. Ed. Kairós.
- 4- Odent, M. Nacimiento renacido. Ed Creavida
- 5- SMULDERS, BEATRIJS y CROON, MARIËL Parto seguro: Una guía completa. Ed Medici.S.A.ISBN: 8489778396
- 6- Sue Jordan S. Infant feeding and analgesia in labour: the evidence is accumulating. Int Breastfeed J. 2006; 1: 25.
- 7- Documento de Consenso de la SEGO 2000: Capítulo 2: Lactancia materna: Medicación y anestesia en el parto.
- 8- Albani A, Addamo P, Renghi A, Voltolin G, Peano L, Ivani G. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. Minerva Anesthesiol 1999; 65: 625-30.
- 9- Siranda Torvaldsen, Christine L Roberts, Judy M Simpson, Jane F Thompson and David A Ellwood: intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study International Breastfeeding Journal 2006, 1:24.

- 10- 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 1, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 11- Leung GM, Lam TH, Ho, LM. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery.
- 12-. Lieberman E, O'donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186 (5 Suppl Nature):S31-68.
- 13- Scanlon JW, Ostheimer GW, Lurie AO et al. Neurobehavioral responses and drug concentrations in newborns after maternal epidural anesthesia with bupivacaine. *Anesthesiology* 1976; 45:400.
- 14- Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Analgesia y anestesia en el parto. 2006.
- 15- Matheson I, Nylander G. Should pethidine still be administered to women in labor? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999 Jan 20; 119: 234-6.
- 16- Nissen E, Widstrom AM, Lilja G, Matthiesen AS, Uvnas-Moberg K, Jacobsson G, Boreus LO. Effects of routinely given pethidine during labour on infants developing breast-feeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta Paediatr* 1997; 86: 201-8.

17- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.

18- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

19- Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD000111.

20-Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003521.

GLOSARIO

Analgesia epidural, Parto instrumental, Forceps, Ventosa Espátulas, Anestesia, Cesarea, Parto natural