



La analgesia espinal es una técnica médica del tratamiento del dolor del parto. Consiste en administrar un anestésico local en el canal medular, bien en dosis única o en dosis múltiples, generalmente a través de un catéter que se coloca previamente y que se mantiene durante todo el procedimiento.

La analgesia espinal puede ser intradural, epidural o combinada (intradura-epidural). Será su anestesiólogo/a quien decida la técnica conveniente para su caso y si procede o no su realización.

El momento de comenzar la analgesia dependerá de cómo progrese su parto (la dilatación, frecuencia de las contracciones, etc.). Será el equipo obstétrico quien, en función de lo anterior, decida el momento más oportuno para su inicio.

Si fuese necesario practicarle una cesárea, el mismo catéter puede servir para la anestesia, la cual comparte los mismos riesgos de la analgesia que se especifican a continuación. En ocasiones es necesaria una anestesia general.

ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA ESPINAL

En caso de rechazo de la analgesia espinal o de presencia de contraindicaciones para la misma (alteraciones de coagulación infección local o sistémica grave...) podría valorarse el uso de técnicas alternativas como la sedo analgesia endovenosa, con menor potencia analgésica y mayor efecto sobre el feto.

RIESGOS DE LA ANALGESIA ESPINAL:

RIESGOS TÍPICOS: las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- Cefalea postpunción dural que requiere reposo en cama y analgésicos durante un tiempo variable. Normalmente desaparece espontáneamente en una semana aunque puede necesitar técnicas específicas para su tratamiento que se explicarían en su momento. Frecuencia 1/150 procedimientos de analgesia espinal.
- Molestias locales en el lugar de punción y dolor de espalda. Generalmente dura una semana aunque puede continuar meses. No siempre es atribuible a la técnica.
- Puede prolongar el trabajo de parto y la incidencia de parto instrumental (ventosa y fórceps). No aumenta la incidencia de cesárea.
- Hipotensión y bradicardia, asociadas o no a náuseas y/o vómitos. Generalmente leves. Pueden necesitar tratamiento específico.
- Temblores y escalofríos. Son comunes durante el parto pero más frecuentes en pacientes con analgesia espinal.
- Riesgo de fiebre por la analgesia (aproximadamente 15%)
- Prurito. Se suele tolerar perfectamente. En caso necesario hay un tratamiento seguro y efectivo. Más infrecuente en la técnica intradural.
- Debilidad en las piernas, calambres y/o hormigueos. La administración de anestésicos locales puede ocasionar adormecimiento y disminución de fuerza en la pelvis y las piernas.
- Dificultad para orinar que puede prolongarse unas horas después del parto. Si esto ocurre quizás sea necesario colorar 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. Algunos pacientes como secuela de dicha irritación pueden presentar zonas de entumecimiento que pueden persistir hasta 2 o 3 meses.
- Neuropatía temporal. Su frecuencia es aproximadamente de 1/6700 procedimientos.

Complicaciones menos frecuentes de la anestesia espinal, aunque más peligrosas

- Inyección inadvertida en vena epidural, con paso del fármaco al torrente circulatorio, lo que puede dar lugar a complicaciones cardíacas y neurológicas graves.
- Reacciones alérgicas tras la administración de los sueros y los fármacos que son imprescindibles durante la analgesia obstétrica. Son excepcionales pero suelen ser graves.
- Hematoma (1:168000) o absceso epidural (1:145.000). Acumulación de un coágulo o de pus en el espacio epidural que puede comprimir y dañar estructuras nerviosas como las raíces y la médula. Pueden requerir intervención quirúrgica para su resolución. Excepcionalmente puede producir lesiones definitivas y graves como incapacidad motora de los miembros inferiores o incapacidad del control de esfínteres.
- Infección. Todos los procedimientos tienen un bajo riesgo de infección incluyendo la anestesia espinal.
- Meningitis, por contaminación del líquido cefalorraquídeo o del catéter. Es muy rara.
- Bloqueo espinal excesivo. Es muy raro. Se produce por el paso inadvertido del anestésico local al espacio