



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA
TRABAJO FIN DE GRADO

**CUIDADOS
ENFERMEROS EN
LAS PRINCIPALES
COMPLICACIONES
DE LA ANALGESIA
EPIDURAL EN EL
PARTO. REVISIÓN
NARRATIVA**

ALUMNO: Elena Aranda Shaw
TUTOR: Francisco Fernando Contreras
DPTO: Enfermería

Una firma manuscrita en tinta azul sobre un fondo gris.

Jaén, junio 2016

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4-5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA...6	
A. FASES DEL PARTO.....	7
A.1 Dilatación.....	7
A.2 Expulsivo.....	8
A.3 Alumbramiento.....	9
B. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR DURANTE EL PARTO.....	9-10
C. MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO.	10
D. MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR..	10
D.1 Analgesia inhalatoria. Óxido nitroso.....	10-11
D.2 Analgesia parenteral.....	11
D.3 Bloqueo paracervical.....	12
D.4 Bloqueo de los pudendos.....	12
D.5 Anestesia local.....	12
D.6 Analgesia neuroaxial o bloqueos centrales: epidural, intradural y combinada.....	12-13
E. EFICACIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL	12
F. INDICACIONES DE LA ANALGESIA EPIDURAL	13-14
G. CONTRAINDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL.	14
H. VIGILANCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL	15
I. COMPLICACIONES DE LA ANALGESIA EPIDURAL.....	15-16
J. VENTAJAS DE LA ANALGESIA EPIDURAL.....	17
K. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ANALGESIA EPIDURAL.....	18-20
L. HISTORIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL.....	20-21

2.2 JUSTIFICACIÓN.....	21-22
A. COSTO ECONÓMICO.....	22-23
B. EPIDEMIOLOGÍA.....	23
B.1. Epidemiología descriptiva.....	23.24
2.3 OBJETIVOS.....	24
3. METODOLOGÍA.....	24-27
4. CONTENIDOS Y RESULTADOS.....	28
4.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL.....	28-30
4.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETENCIÓN URINARIA POSTPUNCIÓN DURAL.....	30-32
4.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTENSIÓN POSTPUNCIÓN DURAL.....	32-34
5. DISCUSIÓN.....	34
5.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL.....	35
5.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETENCIÓN URINARIA POSTPUNCIÓN DURAL.....	35-36
5.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTENSIÓN POSTPUNCIÓN DURAL.....	36
6.CONCLUSIONES.....	37-38
7.BIBLIOGRAFÍA.....	39-42

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN: La analgesia epidural es una técnica invasiva que permite la instauración de un catéter para control del dolor durante el proceso del parto. Es una técnica muy efectiva y segura, sin embargo, entraña una serie de complicaciones una vez colocado el catéter. Las más importantes son: cefalea, retención urinaria e hipotensión. Enfermería debe de saber anticiparse a estas complicaciones y saber la actuación en cada caso. Objetivos: conocer los cuidados de enfermería más eficaces para la analgesia epidural y sus complicaciones en el proceso del parto. Metodología: se ha realizado una revisión narrativa de la bibliografía existente en las bases de datos de Cochrane Plus, Scopus, Cuiden Plus, Lilacs, Google Academico, Cinalh y Pubmed. Los criterios de inclusión han sido todo tipo de documentos posteriores al 2006 aunque en algunas bases de datos he tenido que ampliar el rango, también he utilizado artículos tanto en español como en inglés. Resultados: se han obtenido y analizado un total de 9 artículos relacionados directamente con el tema que nos aborda. Conclusiones: la evidencia nos orienta hacia la deambulación temprana en el caso de la cefalea. Cuando el paciente padece de retención urinaria, enfermería vigilará la entrada y salida de líquidos valorando también la vejiga, palpándola. Por último, cuando se sufre hipotensión grave lo correcto y más efectivo sería la canalización de una vía venosa periférica para la reposición de los líquidos. No obstante, la investigación de enfermería acerca de todas las complicaciones en la analgesia epidural debería de continuar ya que existe poca evidencia científica no sólo en estas tres complicaciones si no, en todas las demás.

PALABRAS CLAVE: Analgesia epidural, complicaciones, cuidados de enfermería, parto.

ABSTRACT: The epidural analgesia is an invasive procedure which allows the establishment of a catheter in order to control the pain during the labour. It is a very effective and reliable technique, however, it entails too many complications once the catheter is placed. The most important risks are: headache, urinary retention and low blood pressure. Nursing department should know how to be ahead of themselves when those complications appear and how to act in each single situation. Aims: know the most efficient nursing care areas for the epidural analgesia as well as its complications

during the labour. Methodology: an in-depth narrative overview has been undertaken, bearing in mind all the existing bibliography that we may find in the Cochrane Plus, Scopus, Cuiden Plus, Lilacs, Google Academic, Cinalh and Pubmed database. Even though all kind of documents later on 2006 have been used as the criterion for inclusion, in many databases. I had to extend the range. It should be note that I have used either English or Spanish documents. Results: a total of 9 articles directly related with the subject matter have been found and analyzed. Conclusions: in the case of headache the evidence points us toward the early wandering. However, if the patient suffers urinary retention, nursing would keep an eye on the liquids inlets and outlets and would care for the bladder, palpating it. Finally, when low blood pressure is suffered, the right and most effective thing would be the channeling intravenous access in order to replace fluids that have been lost. Nevertheless, the study on all the complications related with the epidural analgesia should continue, owing to the lack of scientific proof not only in these three complications, but in every single one.

KEY WORDS: epidural analgesia, complications, nursing care, labour.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 CONTEXTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El proceso del parto y el nacimiento son dos experiencias únicas, pero también procesos fisiológicos complejos en el que la mujer termina la gestación con la expulsión del feto y sus anejos. (1)

Se ha producido una rápida expansión en la utilización y uso de prácticas para iniciar o aumentar el proceso del parto con el objetivo de mejorar el proceso de nacimiento tanto para las madres como para los bebés. Esta misma propuesta de mejora ha entorpecido el que se preste atención al bienestar emocional, adaptación a la maternidad y establecimiento del vínculo madre-hijo/a (donde se incluye la importancia del éxito de la lactancia materna que refuerza aún más dicho vínculo). Para que el proceso del parto se lleve a cabo con éxito y sin que exista riesgo en el proceso es necesario que las mujeres tengan la confianza suficiente para afrontar el parto y que los profesionales que la atiendan conozcan las necesidades básicas y ofrezcan una atención óptima que garantice tanto la seguridad del recién nacido como la de la mujer. (1)

Definimos el **parto normal** como: ‘‘El parto de comienzo espontáneo, de escaso riesgo desde el principio hasta el final del proceso, es decir, el alumbramiento. El hijo nace entre la semana 37 a la 42 en posición cefálica. Después del alumbramiento con el que culmino el proceso de gestación la madre y el bebé se encuentran en perfecto estado. (1)

El comienzo del trabajo del parto empieza cuando se inician las contracciones uterinas y los cambios cervicales. La propia madre es la que establece el inicio de las contracciones uterinas para el establecimiento del comienzo del trabajo del parto, mientras que los cambios cervicales son confirmados por el profesional (matrona o ginecólogo/a). (1)

A. FASES DEL PARTO (1)

A.1 Primera etapa del parto (periodo de dilatación)

Empieza con el inicio del parto y acaba con la dilatación de la mamá completa. La duración de esta fase es diferente de mujer a mujer, influenciada por el número de partos y teniendo en cuenta que el progreso de la dilatación no tiene por qué ser lineal. Muchas mujeres nulíparas (aún no ha dado a luz a ningún hijo) llegan a la segunda etapa del parto en las 18 horas. Las madres multíparas (han dado a luz a más de un hijo) comienza la segunda etapa en 12 horas.

Se ha subdividido en dos fases:

- Fase latente → inicio del parto. La madre experimenta contracciones de distinta intensidad y duración. También se caracteriza por borramiento cervical y una dilatación muy lenta (hasta los 2-4 cm). No ha sido posible determinar una duración exacta de esta fase porque es muy difícil establecer el comienzo del parto.
- Fase activa → en esta fase es protagonista el aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones. La dilatación es más rápida que en la fase latente (hasta los 10 cm). La duración de esta fase es variable:
 1. Primíparas: promedio de duración es de 8 horas. No suele durar más de 18 horas.
 2. Multíparas: promedio de duración de 5 horas. Improbable que dure más de 12 horas.

Se considera que la duración de la dilatación es muy importante porque una duración superior a lo normal puede sugerir algún problema en la salud de la mujer y los resultados perinatales. Sin embargo, la duración del parto varía de una persona a otra, influyen el número de partos que haya tenido.

Las intervenciones propias durante la primera etapa son: el enema, rasurado perineal, atención una a una, adopción de diferentes posiciones durante el parto, se recomienda también lavar con agua antes de un examen vaginal, utilización de un partograma, tactos vaginales cada 4 horas.

A.2 Segunda etapa del parto (periodo expulsivo)

La segunda fase del parto comienza con la dilatación cervical completa y finaliza cuando el feto ha sido expulsado.

Existe una diferenciación entre una segunda etapa que puede ser activa y temprana o pasiva y que nos sirve cuando la madre llega a esta segunda etapa con la cabeza fetal relativamente alta en la pelvis sin necesidad de pujos o analgesia epidural.

Se subdivide en dos etapas:

- Periodo expulsivo pasivo → dilatación completa del cuello, antes o sin existencia de contracciones involuntarias de expulsivo. La duración que se ha considerado normal en nulíparas es de un máximo de 2 horas (con o sin anestesia epidural) y en las multíparas de 1 hora si no se le administra anestesia epidural y 2 horas si se le administra.
- Periodo expulsivo activo → el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos de la madre en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo. La duración en nulíparas es de 1 hora si no precisan de anestesia epidural y 2 horas si precisa. En multíparas, es de hasta 1 hora tanto si se le pone anestesia epidural como si no.

La duración de la segunda fase del trabajo del parto todavía no ha sido establecida con exactitud. Sin embargo, la duración media en mamás sin anestesia epidural es de 54 minutos en nulíparas y en multíparas de 18 minutos.

En esta fase, se debería de aumentar la probabilidad de un parto vaginal y al mismo tiempo minimizar el riesgo de morbilidad materna y fetal.

Retrasar el pujo se ha propuesto como alternativa para que el descenso y la rotación de la cabeza del feto se hagan de forma espontánea, disminuyendo la tasa de partos instrumentales. No obstante, retrasar el pujo prolonga la duración de esta fase y esto se ha asociado al traumatismo del suelo pélvico y morbilidad materna. La segunda etapa se ha considerado como un particular riesgo para el feto.

Las intervenciones propias de esta fase son: higiene de manos, vestimenta, guantes y mascarillas asépticas, posición para la madre que le sea más cómoda, se recomienda un pujo espontáneo.

A.3 Tercera etapa del parto (alumbramiento)

Esta etapa abarca desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta.

La complicación primordial que existe en esta etapa es la hemorragia posparto primaria (HPP) que sigue constituyendo una preocupación primordial ya que es la cuarta causa de muerte maternas en el mundo. El grado de pérdida de sangre se asocia con la rapidez con que la placenta se desprende del útero y la efectividad de la primera contracción uterina.

La duración es muy importante porque la prevalencia de HPP se incrementa cuando su duración se alarga. A partir de los 10 minutos el riesgo de HPP aumenta progresivamente. Cuando dura más de 30 minutos la incidencia de HPP es mayor.

El periodo de alumbramiento se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento con manejo activo y a los 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento porque disminuye la incidencia de HPP, la administración de oxitocina y la duración de esta fase.

El proceso de alumbramiento fisiológico es una opción de la mujer solamente.

Según la Real Academia Española se define el **dolor** como: “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. El dolor del parto es agudo y subjetivo, de gran variabilidad y con diferentes grados de intensidad. Para el alivio existen tanto métodos farmacológicos como no farmacológicos.

Se ha demostrado que el dolor no ofrece ningún beneficio ni para la madre ni para el feto. Tiene un efecto psicológico negativo y puede llegar a provocar una mala perfusión placentaria por el aumento del consumo de oxígeno, gasto cardíaco, presión arterial y los niveles plasmáticos de catecolaminas pudiendo provocar todo lo anterior efectos negativos al bebé como hipoxia y acidosis.

Por esto, el alivio del dolor durante el trabajo del parto es demandado por la mayoría de las gestantes y es un derecho esencial de estas. (2)

B. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

- Periodo de dilatación → dolor de tipo visceral. Se transmite por las raíces T10-L1 y que tiene como origen la dilatación del cérvix, del segmento uterino

inferior y del cuerpo uterino. Se relaciona con la presión ejercida por las contracciones.

- Periodo expulsivo → dolor somático intenso y mejor localizado. Es transmitido por los nervios pudendos hasta las raíces S2-S4 y se debe a la presión de la cabeza fetal sobre la pelvis de la madre y al desgarro de los tejidos al tracto de salida y del periné. (2)

C. MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

- Inyección dérmica de agua o suero estéril.
- Inmersión en agua.
- Psicoprofilaxis.
- Hipnosis.
- Acupuntura. (2)

D. MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

El dolor del parto supone una preocupación para las mamás y la mayoría de ellas solicita algún tipo para aliviar su dolor. (1)

Para que se consiga la óptima reducción del dolor en la parturienta se deberá tener en cuenta el origen del dolor de esta y las propiedades del fármaco a utilizar. (3)

Se encuentran la analgesia y la anestesia, dos métodos que parecen muy semejantes pero que difieren entre sí. La analgesia produce una reducción del dolor sin que se pierda la consciencia; la anestesia es una técnica médica que elimina el dolor y la sensibilidad de una parte o de la totalidad del cuerpo de la persona y pudiendo existir o no pérdida de la consciencia. (3)

En lo referente a la analgesia obstétrica se intenta disminuir el dolor, pero no se garantiza. Pueden producirse efectos secundarios, aunque no afecte ni al proceso del parto ni a las contracciones. (3)

D.1 Anestesia inhalatoria. Óxido Nitroso

Mezcla equimolar de oxígeno y óxido nitroso al 50% que se administra a la mujer mediante una mascarilla. Se administra a demanda.

Analgesia de carácter leve-moderada, corta duración (se alcanza el punto máximo en 2-3 minutos y desaparece rápidamente).

En la fase de dilatación, se inhala unos minutos antes de la contracción para que se alcance el punto máximo cuando se encuentre en el acmé de la contracción. Sin embargo, en el periodo expulsivo se administra antes de la contracción y al comenzar el pujo.

Efectos adversos: pérdida de la consciencia y depresión respiratoria entre las más importantes. (2)

D.2 Analgesia parenteral (2)

Opioides.

- Meperidina → más usado en obstetricia. Es rápido y de bajo coste. Existen dos tipos de dosis: de tipo latente (75-100mg) y fase activa (50-70mg). Si se administra vía intramuscular el inicio de acción del fármaco es a los 10-20 minutos y dura 2-3 horas mientras que si es intravenoso es inmediato y dura 1,5-2 horas.

Los efectos secundarios de la madre son: náuseas, vómitos, aumento del reflujo gastroesofágico, enlentecimiento del vaciado gástrico y depresión respiratoria.

Entre los efectos secundarios fetales se encuentran: disminución de la variabilidad.

También pueden producirse efectos secundarios a nivel neonatal: depresión del SNC.

- Remifentanilo → es de acción rápida, pero de corta duración. Se aplica por la propia paciente mediante bomba de infusión. Las dosis de remifentanilo son variables según la fase del parto en la que nos encontremos. Es necesario supervisión y pulsioximetría.

Entre los efectos adversos de la madre está la depresión respiratoria y los del neonato son test de apgar bajos.

- Fentanilo → duración corta. Es útil en el periodo expulsivo y requiere de una administración intermitente. Los efectos adversos tanto de la madre como del neonato son menores que en la administración de meperidina.

D.3 Bloqueo paracervical (2)

Consiste en la punción de anestésicos locales en los fondos de saco útero-vaginales. Suele utilizarse en el periodo de dilatación, aunque también en el expulsivo siendo menos útil en este último. Corta duración.

No se recomienda mucho porque su uso se ha asociado a la aparición de bradicardia fetal. También implica que exista riesgo de absorción sistémica del anestésico local, conllevando toxicidad materna y fetal.

D.4 Bloqueo de los pudendos (2)

Como su propio nombre indica es el bloqueo de los nervios pudendos internos (S2-S4). Se utiliza durante el periodo expulsivo del parto, vía perineal o transvaginal.

Alcanza su punto máximo de acción a los 3-4 minutos y dura 1 hora.

Es fácil de administrar, no requiere supervisión profesional y disminuyen los desgarros.

D.5 Anestesia local (2)

Este tipo de anestesia solamente se utiliza para que la matrona o la obstetra reparen desgarros y episiotomías. Se administra en la mucosa, cutánea sobre la vagina o periné.

La lidocaína o mepivacaína son los anestésicos locales de elección. Dura de 20-40 minutos.

D.6 Analgesia neuroaxial o bloqueos centrales: epidural, intradural y combinada (2)

- Epidural → puede ser en dosis única, en bolos intermitentes o perfusión continua o auto-controlada por la paciente. Este tipo de analgesia permite que se pueda dejar un catéter in situ lo que permite que se pueda administrar analgésico siempre que se quiera.
- Intradural → comúnmente llamada ‘‘raquí’’. Se administra en el parto cuando por razones de tiempo no se puede poner una epidural. Estas situaciones son: alivio del dolor en un expulsivo intermitente, un parto instrumenta urgente o cesárea.
- Combinado (intradural + epidural) → permite un inicio rápido con dosis mínima y a la misma vez permite una administración de dosis continuada de fármacos a

través del catéter. Se evita el bloqueo motor y esto posibilita la deambulación de la madre.

La anestesia finaliza cuando el bloqueo neuromotor de la zona desaparece. (3)

E. EFICACIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL (4)

Este tipo de analgesia supone para la madre un alivio del dolor durante todas las fases del parto, además siendo de gran seguridad. La analgesia epidural es el método de elección para la reducción del dolor en el parto y debe de estar a disposición de todas las parturientas.

F. INDICACIONES DE LA ANALGESIA EPIDURAL (1)

Al ser la analgesia más efectiva y segura la única indicación para administrarla a una parturienta, sin que existan contraindicaciones, es el simple hecho de que la demande. Es recomendable que no se le administre la analgesia epidural a la embarazada hasta que no entre en fase activa del parto porque administrarla antes aumentaría la duración del tiempo de dilatación y, por lo tanto, mayores distocias del parto. Se ha demostrado que la administración temprana de analgesia epidural no tiene relación con el aumento del número de cesáreas. (5)

En ciertas circunstancias, presenta algunos beneficios por lo que su administración estaría prácticamente obligada y el/la obstetra tiene que responsabilizarse de informar a la parturienta. Estas situaciones son las siguientes: (1)

1. Indicaciones obstétricas.

- Distocias dinámicas → la ansiedad, la isquemia uterina secundaria al aumento de las catecolaminas debido al dolor pueden influir en la coordinación uterina.
- Parto pretérmino.
- Parto vaginal instrumenta.
- Gestaciones gemelares.
- Cesárea anterior → si se produce rotura uterina, la analgesia epidural no reduce completamente el dolor suprapúbico característico.
- Parto vaginal en podálica → permite que la mujer no inicie los pujos precozmente lo que disminuye la probabilidad de retención de la cabeza y facilita la realización de las técnicas sin necesidad de emplear anestesia general.

2. Indicaciones médicas.

- Preeclampsia → la anestesia regional en mujeres que tienen preeclampsia, se ha demostrado que reduce la presión arterial del 15-25%.
- Afección cardíaca.
- Afección respiratoria grave.
- Enfermedades neurológicas graves.
- Epilepsia.
- Contraindicaciones para la anestesia general.

G. CONTRAINDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANALGESIA EPIDURA

- Cardiopatías que produzcan en la persona un cambio de su estilo de vida (estenosis aórtica grave) (4)
- Hipotensión grave refractaria al tratamiento, hemorragia muy grave o shock. (4)
- Anemia. (6)
- Convulsión. (4)
- Infección en el punto de punción. (4)
- Trastornos de coagulación y pacientes en tratamientos con anticoagulantes que no hayan interrumpido su tratamiento un día antes. (4)
- Paciente psicótico o no cooperador. (6)
- Negativa por parte del paciente o bien, que no comprenda la intervención y por ello no quiera someterse a este tipo de analgesia. (4)
- El paciente no quiere firmar el consentimiento informado. (4)
- Septicemia. (6)
- Falta de conocimiento por parte del anestesiólogo. (4)
- Alergias: a anestésicos locales u opioides. (4)
- Registro cardiotocográfico que requiere la finalización urgente de la gestación. (4)
- Dolor de espalda crónica o cefalea preoperatoria. (6)
- Artritis o deformidad espinal. (6)

H. VIGILANCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL (4)

Con el fin de reducir las complicaciones y los efectos colaterales se hace necesario realizar una exhaustiva vigilancia cuando se administra este tipo de analgesia. Estas técnicas son:

- La madre ha de estar en decúbito supino sólo el tiempo que sea necesario.
- Vigilancia de la presión arterial y temperatura materna regularmente.
- Controlar el bienestar fetal.
- Vaciar la vejiga materna antes de la administración de la anestesia y una vez instaurada, controlar que no se llene de forma excesiva.

I. COMPLICACIONES DE LA ANALGESIA EPIDURAL

Las complicaciones de esta analgesia pueden surgir durante la técnica de punción, en el tiempo en el que esta analgesiado el paciente y postoperatorias.

1. Durante la punción:

- La punción puede ser difícil y está estrechamente relacionada con la obesidad mórbida, con problemas en la columna o con los pacientes que son poco colaboradores como, por ejemplo: que la curvatura de su espalda y cuello no sea la correcta o el estado de nerviosismo, etc.
- Parestesias: sienten como un ‘calambre’ pero son transitorias.
- Catéter: problemas para introducirlo o rotura.
- Punción accidental de la duramadre:

Reconocida → lo sabemos por la salida de líquido cefalorraquídeo. Lo que se hace en estas situaciones es convertir la analgesia epidural en intradural por lo que debemos colocar el catéter en el espacio intradural e ir administrando continuamente analgésicos. Hay que tener especial precaución porque la dosis que se necesita en la analgesia intradural es menor.

Inadvertida → ocurre cuando se inyecta la dosis entera del anestésico local, se produce un bloqueo intradural total desde la médula cervical a las raíces sacras.

También puede producirse posteriormente porque la madre se mueva y se perfora la duramadre o por las maniobras de Valsava.

- Punción accidental de un vaso sanguíneo:

Reconocida → se ve a simple vista. Se retira el catéter y se canaliza de nuevo.

Inyección intravenosa accidental → produce un cuadro de toxicidad con aturdimiento, visión nula o borrosa, sabor a metal, convulsiones, arritmias ventriculares, hipotensión e incluso coma.

2. Durante la analgesia.

- Fallos en la analgesia:

Fallos completos → colocación de la aguja o del catéter incorrecta. Se debería de repetir la técnica.

Analgesia incompleta → relacionada con: dolor inguinal, dolor debido a la compresión de la pelvis, bloqueo incompleto de raíces sacras que se manifiesta con un dolor continuo en el perianal con aumenta con las contracciones, introducción excesiva del catéter.

- Bloqueo epidural extenso: se produce por una expansión del anestésico local anómala y puede llegar a las cervicales. Se produce en la madre descenso de la tensión arterial, dificultad respiratoria, bradicardia, aturdimiento pudiendo llegar a una pérdida de la consciencia y a parada cardiorrespiratoria.
- Bloqueo subdural: ocurre cuando se introduce el anestésico local en el espacio entre la duramadre y la aracnoides.
- Fallos del catéter: que al anestesiólogo le resulte difícil introducir el catéter o que no pueda introducir el anestésico local.
- Hipotensión arterial: se produce por la vasodilatación que produce este tipo de analgesia. (2) Debemos prevenir el síndrome de compresión de la cava y el relleno vascular previo.
- Temblores: varían en intensidad dependiendo de la persona y el momento y ceden cuando el bloqueo alcanza su máxima extensión.
- Retención urinaria: se debería de hacer sondajes intermitentes.
- Náuseas y vómitos.
- Prolongación de la duración del parto porque disminuye la actividad del útero, aunque se contrarresta con la administración de oxitócicos.

3. Postoperatorias.

- Prolongación de la anestesia: bloqueo prolongado por el tiempo transcurrido entre la última dosis de anestésico local y el alumbramiento.
- Cefalea postpunción dural: suele ocurrir a las 24 o 48 horas. El cuadro clínico es: cefalea postural, acuñenos, mioclesopsias, cervicalgia, mialgia, etc. Se trata con AINES, codeína, líquidos o si no cede se le administraría un parche hemático epidural.
- Dolor de espalda: algunas veces es postural, pero puede ser que se haya producido un trauma en el hueso y en el ligamento.
- Dificultad en la retirada del catéter: evitar la tracción excesiva para no romperlo y retirarlo con suavidad.
- Complicaciones neurológicas: aunque sean raras y poco comunes la más común dentro de este tipo es el hematoma epidural producido por las pacientes que están tratadas con anticoagulantes.
- Complicaciones infecciosas: como en toda técnica estéril se debe de prevenir siguiendo unas reglas estrictas de asepsia. Dentro de este tipo de complicación existe la meningitis y el absceso epidural en los que la clínica es compresión medular y la única solución es la intervención quirúrgica. (7)

J. VENTAJAS DE LA ANALGESIA EPIDURAL

- La analgesia epidural tiene mucha efectividad y se puede mantener durante el parto.
- Mantiene a la madre despierta durante todo el proceso del parto y el alumbramiento.
- Con la ventaja de no sentir dolor, esta podrá descansar mientras evoluciona el proceso del parto,
- La mujer puede participar activamente en el parto.
- Cuando se instaura la epidural, se podrá administrar más dosis de anestésico si se debiera hacer una cesárea o parto instrumentado porque se puede mantener todo el tiempo necesario. (8)

K. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ANALGESIA EPIDURAL

A día de hoy, sigue siendo un obstáculo para la enfermería el cuidado y mantenimiento de los catéteres epidurales debido a su desconocimiento sobre el mismo, aplicabilidad y mantenimiento generando en estos profesionales gran ansiedad o delegándolo a otras unidades. (9)

Lo ideal sería que la analgesia epidural fuera una técnica planeada. Debería de haber al menos una enfermera encargada del registro en cada cambio de turno. Cada paciente debe de estar estrechamente vigilado en las primeras 24 horas. (10)

Las bombas que se deben de utilizar para la administración de este tipo de analgesia deben ser: Bombas de jeringa o bombas PCA que en este caso se deberá de avisar al anestesiólogo para cualquier manipulación excepto la administración de bolos.

El sitio donde está el catéter epidural debe de estar vigilado por enfermería para comprobar que no está bien colocado, no hay fugas o infección local. (10) Por norma general, el catéter epidural debe retirarse a las 48 horas o por indicación del anestesiólogo. Al retirar el catéter lo tenemos que hacer lentamente, despegando el apósito estéril y tiraremos hacia nosotros, si la retirada es dificultosa le pediremos al paciente que flexione la cintura hacia delante y volvemos a tirar. Debemos de comprobar cuando haya salido que la punta es azul lo cual indica que todo el catéter esta fuera. Damos en el punto de punción con Betadine y tapamos con un apósito. Si, por el contrario, por parte del Servicio de Anestesiología nos piden que el catéter se va a mantener, debemos de retirar el antiguo apósito, limpiar la zona y pintar con Betadine y volver a tapar con un apósito estéril.

En lo referente al cambio de jeringa lo debemos de hacer de forma estéril y para ello debemos seguir unas normal de asepsia:

- Lavado de manos normal.
- Utilización de guantes no estériles para cargar la jeringa.
- Lavado de manos quirúrgico.
- Utilización de guantes estériles en la sustitución de una jeringa por otra.
- Debemos tener en cuenta de que el catéter está en contacto con la médula espinal por lo que tenemos que tener las mismas precauciones que para una vía central porque todo va al líquido cefalorraquídeo. (11)

Con la previa autorización por parte del Servicio de Anestesiología la enfermera debe de aumentar o disminuir el ritmo de la infusión, cambio de jeringa, interrumpir la

infusión continua de analgésico o retirar el catéter al igual que también tener medicación de emergencia cerca. (12)

La enfermera debe de monitorizar los signos vitales, la intensidad del dolor y, además, el catéter epidural y el sitio de incisión deben de ser evaluados.

Las funciones cardiacas y respiratorias deben de ser estar estrechamente monitorizadas por si existiese depresión respiratoria, complicaciones propias de este tipo de anestesia.

El dolor de cabeza, las náuseas y los vómitos deben de estar incluidas en los efectos de los opioides y son indicaciones de la presión intracraneal.

La medicación que la enfermera debe de tener a mano en caso de emergencia son:

- Naloxona → para los efectos secundarios de la analgesia epidural
- Efedrina → es un fármaco vasoconstrictor, que se administra vía intravenosa cuando existe hipotensión grave.

Una de las funciones más importantes de los cuidados de enfermería en la analgesia epidural es la educación de los pacientes con respecto a dicha analgesia y animarles a realizarse espirometrías y respiraciones profundas frecuentes.

Los resultados que vayan llegando a la sala de quirófano deben de estar estudiados, con especial atención a las hemorragias y cuando se han utilizado los anticoagulantes.

Debemos de realizar la evaluación sensorial y motora para identificar un desarrollo anormal que pueden ser fruto de la presión sobre los nervios espinales o un efecto secundarios de los opioides, anestésicos o anticoagulantes.

Uno de los efectos secundarios de los opioides y del uso de anestésicos puede ser la retención urinaria. Por esto, las enfermeras debemos de controlar a los pacientes que no tengan catéteres urinarios y su incapacidad para orinar, pero lo ideal sería que las pacientes estuvieran sondadas para controlar más estrechamente esta retención.

Se hace énfasis en que tan pronto como sea posible debemos de movilizar a las pacientes puesto que, el uso de la anestesia quirúrgica hace que descienda la movilidad gastrointestinal.

Uno de los fallos más frecuentes, es la desconexión del equipo o el que existan obstrucciones porque se acode, también es competencia enfermera vigilar esto para que el error se prevenga. Los tubos deben de estar correctamente etiquetados ya que por el catéter epidural no pueden infundirse nada más que no sea anestésico. (13)

Las enfermeras encargadas del manejo de la analgesia deben de estar continuamente educadas y documentadas sobre:

- La anatomía.
- Indicaciones, contraindicaciones y las complicaciones potenciales de la técnica de la epidural y de la analgesia administrada.
- Farmacología de los anestésicos.
- Mantenimiento de los catéteres epidurales.
- Monitorización apropiada.
- Responsabilidades del cuidado de los pacientes: observación y monitorización de los niveles de sedación y educar al paciente y a su familia. (12)

L. HISTORIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL

Desde tiempo antiguos hasta hoy día el hombre ha intentado de paliar el dolor del parto de diferentes maneras.

El manejo del dolor en el parto comenzó en el 1847 cuando James Young Simpson utilizó éter por primera vez en un parto.

En el siglo XX ya se empezó a introducir los bloqueos del neuroeje:

- Oskar Kreis, descubrió que se conseguía mitigar el dolor del parto por completo cuando se administraba una inyección de cocaína subaracnoidea a las mujeres.
- Von Stockel, en 1909, fue el primero en utilizar la analgesia caudal en parturientas.
- Fidel Pagués, en 1921, publicó un artículo que se llama Anestesia metamérica en el que explicaba la técnica anestésica por primera vez.
- En 1933, Celand, experimentó con la inervación sensitiva del conducto del parto y recomendó la combinación del bloqueo paravertebral y caudal.
- EN 1938, Graffagnino y Seyler publicaron los resultados tras el uso de uso en las mujeres que iban a dar a luz de la analgesia epidural lumbar.

En los años 40, Lemmon, Hingson y Flowers fueron desarrollando técnicas de analgesia regional continua. Durante los años 40, esta técnica obtuvo una gran popularidad hasta que en los años 50 se instauró la técnica lumbar.

Finalmente, la analgesia epidural lumbar tuvo su auge en los años 60 y tuvo un impacto muy importante por la también publicación del Profesor J.J Bonica de: “Principles and Practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia.

Hasta el día de hoy la analgesia epidural ha tenido un gran crecimiento tanto cualitativo como cuantitativo y avances farmacológicos y tecnológicos.

A mediados del siglo XX en España, Bedoya y Pardo Ouro comenzaron a realizar la técnica del bloqueo caudal continuo ya iniciada por Hingson y Edwars.

En el 1957, Galbis y Fagoaga ven dificultades en el uso de la analgesia epidural ya que se precisaba utillaje y entrenamiento aun reconociendo que era más ventajosa que la intrarraquídea.

En las dos décadas que le siguieron se dejó de utilizar la analgesia epidural. A partir de los 80 sólo se administraba en hospitales de formación a residentes y privados. A partir de los años 90 fue cuando se volvió a impulsar su utilización con el consiguiente aumento de su uso.

El Plan Integral de la Atención a la Mujer, se puso como objetivo que a partir del año 2000 se ofreciera analgesia epidural a todas las gestantes de más de 1500 partos por año. (14)

2.2 JUSTIFICACIÓN

La declaración Universal de los Derechos Humanos declara que toda persona tiene derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos indispensables a su dignidad y también, que la maternidad y la infancia deben tener cuidados y asistencia especiales. (15)

El dolor durante el proceso del parto posiblemente sea el más intenso de una mujer en toda su vida. (16) El dolor es subjetivo e individual y la percepción de este varía en cada mujer. El conocimiento del dolor condiciona el umbral de este. (3)

No existe evidencia científica de que el dolor aporte algún beneficio si no, todo lo contrario. Dejando a un lado, pero no por ello menos importante el impacto psicológico que ejerce sobre la madre, una mala perfusión a la placenta produce un aumento del consumo de oxígeno, de la presión arterial, del gasto cardiaco, de las catecolaminas, además de producir hipoxia y acidosis fetal. (4). En la madre, produce ansiedad y temor que son intensificadores del dolor con el inconveniente de que el trabajo del parto se lleve a cabo de forma más dificultosa para ella misma pero también para todos los profesionales sanitarios de paritorio. Por esto es muy importante informar a las gestantes sobre el parto y las técnicas para afrontarlo para llegar a disminuir la sensación dolorosa. (3)

Me he centrado en los cuidados de la analgesia epidural en las embarazadas porque para empezar considero que el control del dolor en el trabajo del parto es esencial ya que como he mencionado antes es el dolor más intenso que experimenta la mujer y ya que no aporta ningún beneficio sino todo lo contrario, nosotros somos los responsables de informar a la paciente sobre todos los beneficios que aporta este tipo de analgesia y los problemas que puede acarrear no administrársela para que ella valore lo que crea más positivo. Hablando de los cuidados he querido centrarme en eso ya que, aunque sea una técnica médica es de nuestra competencia vigilar activamente a la paciente para observar y actuar rápidamente ante cualquier complicación o efecto adverso que pueda aparecer antes, durante y después de dicha intervención. (15)

He creído que este tema es muy importante ya que, aunque nunca he estado rotando en paritorio creo que el control del dolor e intentar mitigarlo es muy importante en nuestro ámbito profesional porque rotando por quirófano me he dado cuenta de la importancia de este y de cómo se ha de controlar para lograr una efectividad óptima.

En este trabajo he querido abordar los cuidados de enfermería de la analgesia epidural hacía la mujer en el proceso del parto y no en los postoperatorios para mitigar el dolor porque se trata de una técnica invasiva que se les practica a personas sanas y no a enfermas en este caso.

Me he centrado entre todas las complicaciones que pueden surgir de la instauración de analgesia epidural y administración de analgésico en la cefalea, retención urinaria e hipotensión porque son las que más documentadas están a la hora de la administración de este tipo de analgesia.

A. COSTO ECONÓMICO

La gestión de los servicios de salud es un aspecto que va cobrando cada día más importancia porque los recursos disponibles para satisfacer la demanda de los pacientes son cada vez más limitadas.

El parto con analgesia epidural conlleva un costo económico el cual es necesario dimensionar ya que un aspecto vital del tratamiento del dolor es conseguir cobrar los servicios suministrados a los pacientes.

Está claro que una de las herramientas de información más útil para la gestión de un hospital son las estadísticas de costos. Dicha herramienta permite a los administradores de salud gestionar los servicios correctamente. Su utilidad radica en: indicar la cantidad

de fondos necesarios para llevar a cabo los programas y determinar el uso dado a los recursos humanos, materiales y financieros en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud a la población

Los recursos de servicios de salud son limitados por lo que hay que aprovecharlos lo máximo posible mediante la información sobre costos y su análisis.

Es necesario realizar evaluaciones periódicas económicas con las nuevas tecnologías en salud que vayan a implantarse porque nos permitirá conocer cuáles serán las más eficientes y las que lograrán mejores beneficios terapéuticos con el menor coste posible teniendo en cuenta la progresiva y constante demanda de atención sanitaria por parte de la sociedad.

Los gastos producidos en la analgesia del parto tienen un gran peso sobre el personal, el 74% es debido a remuneraciones, el 14.05% debido a medicamentos, insumos y ropa y por último el 11.55% al costo de equipos, muebles e infraestructuras.

En total, los costos unitarios para la analgesia del parto son de S/. 379,000 pero su determinación sólo incluye los costos de producción y distribución, no se tienen en cuenta los gastos complementarios que se le proporcionan a los pacientes.

Al no existir una tarifa establecida para la analgesia del parto, este servicio sufre pérdidas. El beneficio económico es inexistente respecto al procedimiento, por lo que no hay coste-beneficio.

Maternidad debería de implementar indicadores de asistencia obstétrica como el parto con analgesia adecuada, originándose de esta manera un factor de prestigio necesario para situarse en el mercado de producción de servicios de salud. (17)

B. EPIDEMIOLOGÍA

B.1. Epidemiología analítica

Hay una gran variabilidad de estudios que demuestran cómo catalogan las mujeres el dolor frente al trabajo del parto: un 20% lo considera insoportable; el 30% como intenso y un 35% moderado. Sólo el 15% decía que era de intensidad mínima.

En la actualidad, la analgesia lumbar es considerada como el método farmacológico más eficaz y seguro para tratar el dolor del parto por lo que es la analgesia más habitual en todos los servicios de Maternidad. (18)

Para el dolor del trabajo del parto hay muchas alternativas viables de tratamiento desde hace más de medio siglo, pero una gran mayoría de mujeres, sobre todo las de países subdesarrollados, lo sufren innecesariamente. (15)

Las estadísticas europeas estiman que el uso de la analgesia epidural es de entre el 25 y el 58%. Se estima que el 30% de las parturientas sufre innecesariamente el proceso del dolor en el trabajo del parto. (15)

En Andalucía, se ha aumentado el uso de la analgesia epidural del 15% al 50% en 10 años. En los hospitales andaluces se llegó, en 2010, a un 60% de uso aproximadamente. (19)

El número de partos ocurridos en España durante el año 2013 fue de 417.999. El de Andalucía fue de: 80.122. El número de partos que ocurrieron en la provincia de Jaén alcanzó la cifra de 5.447 (20)

2.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer los cuidados de enfermería en las principales complicaciones de la analgesia epidural en el trabajo del parto.

Objetivos específicos:

- Actuación de enfermería en la cefalea postpunción dural.
- Actuación de enfermería en la retención urinaria postpunción dural.
- Actuación de enfermería en la hipotensión postpunción dural.

3. METODOLOGÍA

He realizado una revisión bibliográfica.

Las palabras clave más significativas que he usado, tanto en inglés como en español, son: retención urinaria, epidural, cefalea, urinary retention, labour, nursing care, complications, complicaciones, enfermería, analgesia epidural, matrona, dolor de cabeza, headache, analgesia, epidural, delivery.

El principal objetivo de mi búsqueda bibliográfica es conocer cuáles son los cuidados de enfermería en algunas de las complicaciones de la administración de la analgesia epidural enfocada, principalmente, a la atención de la mujer en el parto.

Las bases de datos de ciencias de la salud utilizadas han sido: Cinahl, Lilacs, Google Scholar, Pubmed, Scopus, Cochrane Plus y Cuiden. A todas las bases de datos he

accedido desde la biblioteca virtual de la Universidad de Jaén con el acceso restringido utilizando mi cuenta de la universidad.

Los términos MeSH utilizados han sido: complication, nursing care, analgesia, epidural, urinary retention, labour, delivery.

La búsqueda bibliografía ha sido fraccionada, por lo que la he realizado durante los meses de Febrero, Marzo y Abril.

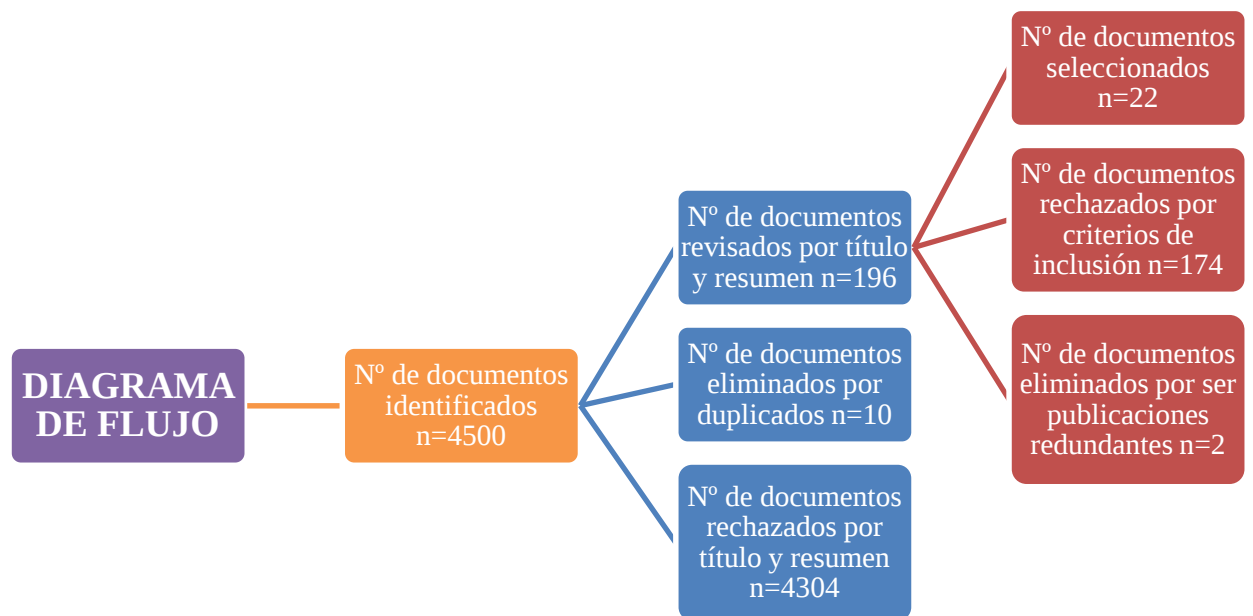
Las bases de datos internacionales que he utilizado son: Pubmed, Cinahl y Scopus. Las bases de datos nacionales son: Cuiden Plus, Google Scholar, Cochrane Plus y Lilacs.

Los límites utilizados para realizar esta búsqueda bibliográfica han sido:

- Años de los estudios y artículos publicados → en las bases de datos donde he aplicado el límite de fecha de publicación (Pubmed, Google Scholar y Scopus) han sido desde el año 2006 a 2016 para acotar más los resultados y que fueran más recientes, aunque me he encontrado gran dificultad porque había en algunas bases de datos donde no podía aplicar este criterio debido a que no encontraba documento alguno. Como limitación importante he de decir que he encontrado pocos artículos relacionados con los cuidados de enfermería en las complicaciones de la analgesia epidural, pero muchos menos si los enfocaba al proceso del parto.
- Texto completo (Full Text Available) y de acceso gratuito (Free Full Text) → lo he utilizado en Pubmed, Cinahl y Cuiden Plus.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Los criterios de inclusión que he aplicado en la selección y admisión de documentos para ser utilizados como referencia han sido todo tipo de estudios, guías o documentos y artículos en algunas bases de datos posteriores al 2006 y en otras no he podido aplicar esta restricción dado que no encontraba ningún documento. El idioma predominante es el español, aunque, como ya he dicho antes he encontrado muchos artículos en Cinahl y también en Scopus por lo que también hay muchos artículos en inglés.
- Los criterios de exclusión empleados han sido estudios anteriores al 2006 pero sólo de algunas bases de datos dado el grado de dificultad que tenía al encontrar artículos. Texto libre.



Fuente: elaboración propia

En la siguiente tabla resumo mi búsqueda bibliográfica:

BASE DE DATOS	Cadena de búsqueda	Resultados	Revisados	Escogidos
PUBMED	Complication AND analgesia, epidural	36	5	0
	Urinary retention AND delivery	6	3	0
	Nursing care AND urinary retention AND labour	0		
CINALH	Nursing AND complications AND anesthesia epidural	8	3	1
	Headache AND epidural AND nursing	3	2	1
	Urinary retention AND analgesia, epidural AND	1	1	1

	nursing			
	Complications AND analgesia, epidural AND nursing	14	7	1
GOOGLE ACADEMIC	Matrona AND complicaciones AND analgesia epidural	45	8	1
	Dolor de cabeza AND epidural AND enfermería	848	12	1
	Complicaciones AND analgesia epidural AND enfermería	1660	10	1
LILACS	Analgesia AND epidural	571	12	1
CUIDEN	Complicaciones AND analgesia epidural AND enfermería	6	3	2
COCHRANE PLUS	Retención urinaria AND epidural	3	2	2
	Cefalea AND epidural	3	1	1
SCOPUS	Urinary retention AND labour	102	13	0
	Nursing care AND urinary retention AND labour	1	1	0

Fuente: elaboración propia

TOTAL DE ARTÍCULOS USADOS → 9 ARTÍCULOS: 2 (CUIDEN); 1(GOOGLE ACADEMICO); 4 (CINALH); 1 (SCOPUS);

4. CONTENIDOS Y RESULTADOS

En las siguientes tablas resumen los documentos (artículos y estudios) utilizados.

4.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CEFALEA POST PUNCIÓN DURAL

Nombre del estudio: Impacto de la ambulación temprana en la reducción de la cefalea y dolor lumbar en pacientes sometidos a anestesia espinal: revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales

Autor/es: Olga L. Cortés, Maribel Cantor, Luz A. Mantilla, Diana M. Betancourt.

Tipo de estudio: Revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales.

Objetivos principales: Determinar el impacto de la ambulación temprana (AT) en la presencia de cefalea y dolor lumbar en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia espinal.

Resultados:

- El tipo de anestesia utilizada fue lidocaína al 2% hiperbárica. El 50% de los estudios utilizó una aguja del nº 26 y el 33.3% del nº 22, 25 y 27.
- El tiempo de movilización temprana posterior a la anestesia subaracnoidea y la recuperación de la motricidad y sensibilidad de miembros inferiores se observó en los estudios en un intervalo entre 2h y 30 min y 6 h mientras que la movilización tardía o reposo en cama se observó después de las 24 horas de la punción lumbar.
- El total de los eventos reportados en los estudios concluyó 105 cefaleas.
- Se observaron 41 casos de cefalea entre 242 pacientes con movilización temprana frente a los 54 casos de cefalea entre 207 individuos que reposaron en cama.

Conclusiones:

- Existe una gran disminución de cefalea en los pacientes que inician una deambulación temprana.
- En el campo de la enfermería, produce un impacto positivo por la tendencia hacia la no eficacia del reposo en cama, cuidado que es aún utilizado por los profesionales de enfermería.
- Este estudio hace que la enfermería tenga un grado menos de incertidumbre al momento de animar al paciente a que deambule tempranamente.
- Enfermería debe de valorar antes de someter al paciente a la deambulación la motricidad, la sensibilidad de las piernas, así como una evaluación constante de su estado de salud.
- Los profesionales de enfermería deben evaluar el impacto de la deambulación temprana en la calidad de vida de los individuos, reducción de costes del hospital y el tiempo de ingreso y reducción de una de las complicaciones como es la cefalea. De esta forma se avanzará en hacer una práctica basada más en la enfermería.

Cortés OL, Cantor M, Mantilla LA, Betancourt DM. Impacto de la ambulación temprana en la reducción de cefalea y dolor lumbar en pacientes sometidos a anestesia espinal: revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales. Ciencia y enfermería 2010;16(3):73-83

Nombre del estudio: Handling headache after dural puncture

Autor/es: Janet K. Governar, RN, BA.

Tipo de estudio: Artículo

Objetivos principales: Dar una apropiada intervención y buenos autocuidados para la cefalea postpunción dural.

Resultados: Normalmente, el dolor de cabeza se resuelve a las 2 semanas de la punción lumbar.

- Apoyo psicológico → es una ayuda muy fuerte al paciente que no sabe cómo se trata. Debemos de decirle que es una complicación común, temporal y que no es seria.
- Descanso en cama, hidratación y analgésicos → son los tratamientos más conservadores. Descansar horizontalmente puede aliviar el dolor de cabeza, pero muchos pacientes se encuentran reacios a pasar tanto tiempo en la cama. Los analgésicos pueden calmar el dolor.
- Otros tratamientos conservadores → la administración de cafeína, acupuntura y una faja abdominal.
- Solución salina epidural → no hay suficientes estudios que demuestren su eficacia, pero una inyección de 10-60 ml puede calmar el dolor, aunque luego vuelva a aparecer.
- Parche epidural sanguíneo → es el método más rápido y de confianza para paliar el dolor de cabeza. Se debe de poner a las 24 horas de la punción dural.

Conclusiones:

Las consideraciones enfermeras después del diagnóstico son:

- Proporcionar el descanso del paciente en una cama, en una habitación silenciosa con un poco o sin luz.
- Ofrecer tranquilidad → es una condición común que no amenaza a la vida y el dolor de cabeza se suele resolver satisfactoriamente.
- Enseñar al paciente las causas de la cefalea y las opciones de tratamiento.

Consideraciones enfermeras para el cuidado del parche epidural.

- Antes → posición del paciente en lateral. Asegurarse de que todo el material necesario se encuentra al lado de la cama del paciente. Resolver cualquier preguntar y ofrecer seguridad. El paciente deberá respirar con normalidad y quedarse quieta.
- Durante → reforzar las instrucciones psicológicas. Evaluar signos y síntomas de reacción adversa tales como: incremento o descenso de la presión sanguínea, pulso o respiración, palidez, piel fría o líquido cerebroespinal que fuga por la duramadre.
- Después → Colocar compresas frías y vendaje, tumbar al paciente durante una hora, monitorizarlo, dar algunas instrucciones como: colocarse en la zona frío,

reposo durante 24-48 horas, no tomar aspirina, beber líquido, evaluar cualquier signo de infección.

Govenar JK, RN, BA. Handling headache after dural puncture. 2000 December 2000;63(12).

Nombre del estudio: Post-lumbar puncture headache: a review of issues for nursing practice

Autor/es: Destrebecq. A, Terzoni. S, Sala. E.

Tipo de estudio: Revisión narrativa

Objetivos principales: Determinar estrategias para prevenir el dolor de cabeza y promover la evidencia basada en el cuidado de enfermería a los adultos con cefalea post-punción dural.

Resultados:

- Descanso en cama y movilización temprana → un periodo corto de reposo en cama es un alivio de la cefalea por la disminución del líquido cerebroespinal en el espacio dural que hace que se acelere el cierre de forma espontánea. Otras literaturas afirmar que el descanso en cama prolongado puede incrementar la cefalea postural además de generar costes y problemas de salud.
- Postura y posición de la cabeza → las enfermeras suelen proporcionarle, a los pacientes la posición que ellos creen más cómoda. Decúbito supino y horizontal son las mejores posiciones.
- Vasoconstricción cerebral y terapia de drogas → la cafeína ha sido propuesta como tratamiento, pero las dosis terapéuticas han sido asociadas a la fibrilación. No hay evidencia científica. Los analgésicos no opioides son los de primera elección.
- Hidratación → enfermería tiene en cuenta que incrementar el volumen de fluidos solo tiene su base en la dinámica de líquido cerebroespinal sin ningún efecto sobre el cierre del espacio dural.

Conclusiones:

- El profesional de enfermería juega un papel importante en el cuidado de los pacientes que sufren cefalea postpunción dural.

- Las enfermeras deben tener un claro conocimiento acerca de todos los factores que pueden potenciar el comienzo de la cefalea y saber cómo prevenirla, reconocerla rápidamente y manejarla.
- Hay un vacío de evidencia en favor de prolongar la estancia en cama, hidratarlos y proporcionarles fármacos vasoconstrictores. Las enfermeras deben de saber que un periodo corto de reposo en cama es importante para el cierre espontáneo y para prevenir el comienzo de los hematomas duros al igual que deben de saber que una estancia en cama muy larga es perjudicial.
- Una asistencia enfermera completa debe proporcionar todos los datos de las características del paciente que puedan alertar sobre los riesgos.
- Las posiciones de los pacientes serán con las que ellos se vean más cómodos, cosa que enfermería debe de comunicarles.
- En caso de que se administre cafeína, enfermería debe vigilar el ritmo cardíaco para detectar la fibrilación.

El profesional de enfermería debe informar a los pacientes sobre las posibles complicaciones de la punción lumbar y su comportamiento con respecto a ello.

Destrebecq A, Terzoni S, Sala E. Post-lumbar puncture headache: a review of issues for nursing practice. J Neurosci Nurs 2014 Jun;46(3):180-186.

4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETENCIÓN URINARIA POSTPUNCIÓN DURAL

Nombre del estudio: Retención urinaria post-operatoria: evaluación de pacientes en tratamiento analgésico con opioides.

Autor/es: Maria do Bareetto de Carvalho Fernandes, Veronica Vieira da Costa, Renato Angelo Saraiva

Tipo de documento: Estudio propectivo

Objetivos principales: Determinar la incidencia de retención urinaria post-operatoria en pacientes que se encontraban en uso de analgésicos opioides, así como, describir el método utilizado en el vaciado vesical

Resultados:

Los 1316 pacientes, 594 no usaron en el trans-operatorio cateterismo vesical por un tiempo prolongado. De estos, 128 presentaron retención urinaria.

En relación a la anestesia, casi el 75% utilizaron anestesia general + bloqueo epidural, el 21% utilizo bloqueo regional y el 4% anestesia general.

Para el alivio de los síntomas, 79 (62%) fueron sometidos a cateterismo intermitente, 26 (20%) a cateterismo por tiempo prolongado y 23 (18%) usaron los dos tipos.

De los 102 pacientes que fueron cateterizados de forma intermitente o mixta en el 69% de los casos fue necesario realizar un cateterismo antes de la micción espontánea; en el 21% fueron necesarios 2; en el 8% 3 y en el 2% 4.

Conclusiones:

La tasa de incidencia para la retención urinaria fue encontrada en el 22% de los

pacientes.

La incidencia de retención urinaria compaginada con el número de cateterismos hechos en este estudio indica que existe una necesidad por parte de los profesionales de enfermería para detectar tempranamente esta complicación e intervenir de forma efectiva en la reducción de las posteriores complicaciones para el paciente.

Muchos estudios mencionan que el cateterismo vesical intermitente debe ser el procedimiento de elección para evitar la retención urinaria que es frecuente en pacientes cateterizados por un tiempo.

Es un efecto adverso incómodo, pero no es de grandeza gravedad.

El cateterismo vesical intermitente aséptico debe ser el procedimiento de elección frente a la presencia de retención urinaria cuyo objetivo sea prevenir complicaciones en el tracto urinario.

Barretto de Carvalho Fernandes, Maria do Carmo, Vieira da Costa V, Angelo Saraiva R. Retención urinaria post-operatoria: evaluación de pacientes en tratamiento analgésico con opioides. 2007 marzo-abril 2007;15(2).

Nombre del estudio: Epidural analgesia. Your role.

Autor/es: Connie Kingsley, RN, C, CCRN, CNOR

Tipo de documento: Artículo

Objetivos principales: Para el dolor postoperatorio, la analgesia epidural es efectiva. Pero hay varias cosas que las enfermeras necesitan saber sobre el manejo del paciente, adelantándose a los factores de riesgo y complicaciones y sobre qué hacer y qué no hacer si ocurren.

Resultados:

-La retención urinaria se caracteriza por un aumento de los líquidos que entran por lo que salen. El paciente siente la necesidad de orinar, pero no puede.

Conclusiones:

-En la retención urinaria, tenemos que valorar la vejiga palpándola. El paciente necesitará ser cateterizado y debemos de tener especial cuidado con los líquidos.

Kingsley C, RN, C, CCRN, CNOR. Epidural analgesia. Your role. 2001 March 2001;64(3).

Nombre del estudio: Atención enfermera en la analgesia epidural

Autor/es: Llanes Domingo, J. V, Pérez Gabaldón, C, Zafra Solaz, M.^a C.

Tipo de documento: Artículo

Objetivos principales: Conocer las posibles incidencias y complicaciones que pueden surgir en pacientes que lleven un catéter epidural, así como la actuación

enfermera en cada una de ellas.
Resultados: • Retención urinaria: es causada porque los opiáceos inhiben los efectos parasimpáticos de la vejiga.
Conclusiones: La actuación de enfermería será en la retención urinaria será: • Controlar la ingesta de líquidos y la salida de esta. • Proporcionar intimidad y tranquilidad al paciente para poder orinar. • Avisar al anestesiólogo en el caso de que no orine en 6 horas

Llanes Domingo J, Pérez Gabaldón C, Zafra Solaz M. Atención de enfermería al paciente con analgesia epidural. Enfermería Integral 2000(55): XV-XVII.

4.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTENSIÓN POSTPUNCIÓN DURAL

Nombre del estudio: Dealing with complications of Epidural Analgesia
Autor/es: Nancy E. Hambleton, RN, MSN
Tipo de documento: Artículo
Objetivos principales: Preparar a los profesionales para que sepan manejar los problemas que pueden surgir cuando el paciente recibe analgesia epidural con opioides.
Resultados: El paciente puede sentirse hipotenso que es derivado de una hipovolemia. La hipotensión también puede ser resultado de una reacción adversa al anestésico local que se administra con el opioide epidural. El anestésico bloquea el tono simpático en los vasos periféricos causando una vasodilatación y una significativa baja de la presión sanguínea. Otra explicación es que el paciente recibe una sobredosis de opioide lo que causa hipotensión si el catéter epidural se desplaza hacia el espacio intratecal.
Conclusiones: La actuación de enfermería para la hipotensión es la siguiente: • Evaluar la presión sanguínea y el pulso acordado en el protocolo de la unidad. Controlar los cambios ortostáticos. • Asegurar la seguridad del paciente mediante la evaluación de su intensidad, educándolo sobre los riesgos e instituyéndolo acerca de las precauciones. • Si no está contraindicado, elevar las piernas. • Controlar las entradas y salidas de los líquidos por déficit de fluidos. • Hacerle saber al médico los parámetros de la presión sanguínea. • Administrar oxígeno.

- Vía intravenosa administrar efedrina e incrementar el ritmo del fluido intravenoso que le está siendo administrado.

Hambleton NE, RN, MSN. Dealing with complications of epidural analgesia. 1994 October 1994:55.

Nombre del estudio: Use of epidural analgesia in post-operative pain management

Autor/es: Weetman C, Allison W.

Tipo de estudio: Artículo

Objetivos principales:

- Conocer una visión global sobre la analgesia epidural
- Conocer los efectos del dolor postoperatorio en los pacientes
- Describir la anatomía del espacio epidural
- Identificar las drogas que se usan en la infusión epidural y los posible efectos secundarios
- Conocer la práctica enfermera en la administración de analgesia epidural
- Reconocer y manejar las complicaciones

Resultados:

La hipotensión es un efecto secundario muy común causado por la acción del anestésico local en los nervios simpáticos.

Las fibras nerviosas autónomas de pequeño diámetro son susceptibles de la acción local de los anestésicos y causan relajación del músculo liso que lleva a una pérdida del tono vascular y conlleva una vasodilatación.

La circulación central se agota y la presión sanguínea cae.

Una profunda y larga hipotensión puede causar en la medula espinal una parálisis irreversible.

Una hipotensión persistente puede llevar a una perfusión renal pobre y disminuir la salida de orina.

Conclusiones:

Un reemplazo de fluido es necesario en caso de hipotensión. Si el reemplazo resulta inefectivo puede ser que sea necesario reducir la dosis de epidural o administrar un fármaco vasoconstrictor para reservar la vasodilatación.

Es necesaria la canalización de una vía periférica por si es necesario la administración rápida de fluidos.

Para minimizar el riesgo de infección y error administrativo, las recomendaciones para una práctica segura en el manejo de las cánulas intravenosas periféricas deben de ser utilizadas.

Weetman C AW. Use of epidural analgesia in post-operative pain management. Learning zone Continuing professional development 2005 28 November 2005;20(44):54.

Nombre del estudio: Atención de enfermería en la analgesia epidural
Autor/es: Llanes Domingo, J. V., Pérez Gabaldón, C., Zafra Solaz, M. ^a C.
Tipo de documento: Artículo
Objetivos principales: Conocer las posibles incidencias y complicaciones que pueden aparecer en los pacientes que lleven un catéter epidural y la acción enfermera en cada una de las mismas.
Resultados: La hipotensión asociada al catéter epidural está provocada por el bloqueo simpático o por una reacción adversa al anestésico local.
Conclusiones: Los cuidados de enfermería aplicados a este tipo de complicación son: • Valorar la tensión arterial y el pulso, en especial, cuando el enfermo quiera incorporarse. • Evitar las caídas, tomando las medidas de seguridad necesarias. • Elevación de piernas del paciente si no existe contraindicación. • Vigilancia de ingesta y pérdida de líquidos. Si la hipotensión es muy intensa: detener la bomba de perfusión de anestesia y aumentar el ritmo de infusión intravenosa, así como, avisar al anestesiólogo.

Llanes Domingo J, Pérez Gabaldón C, Zafra Solaz M. Atención de enfermería al paciente con analgesia epidural. *Enfermería Integral* 2000(55): XV-XVII.

4.DISCUSIÓN

La experiencia y expresión del dolor es compleja. The National Institutes of Health's (1986) reconoce los elementos multidimensionales asociados con el dolor: “Experiencia subjetiva que es percibida solamente por la propia persona que la sufre. Es un fenómeno multidimensional que puede describirse por la localización del dolor, intensidad, aspectos temporales, calidad, impacto y definición”. La analgesia epidural debe ser discutido con el paciente antes de su administración, así como la explicación al mismo es un aspecto básico. Los anestesiistas deben discutir los riesgos y complicaciones, así como los beneficios de este tipo de analgesia con el paciente. El resultado de lo que hayan discutido debe estar reflejado en la historia clínica del paciente. (27)

Las enfermeras se han enfrentado siempre al manejo del dolor y a minimizar los efectos adversos. (25)

4.1.CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CEFALEA POST-PUNCIÓN DURAL

El principal cuidado de enfermería para combatir el manejo de la cefalea es el de comenzar la deambulaci3n temprana y desechar el descanso prolongado en la cama ya que si comienzan a moverse tan pronto como sea posible se minimiza la estancia en el hospital por lo que disminuyen los costes y el factor estresante de estar en el hospital. (21) Las enfermeras saben que un reposo corto en la cama es importante para el cierre espontaneo y prevenir el comienzo de los hematomas duros al igual que deben saber que una estancia en la cama largo es perjudicial para ellos. (23)

Otros de los cuidados son: proporcionar un ambiente tranquilo y ense1ar al paciente las causas y el manejo de la cefalea. (22)

La posici3n correcta en la recuperaci3n de la cefalea ser1 la que el paciente se encuentre m1s c3modo, esto es algo que enfermer1a debe comunicar al paciente. Las enfermeras deben saber perfectamente reconocer la cefalea y c3mo manejarla para minimizar los riesgos. Enfermer1a debe de informar al paciente sobre las complicaciones de la cefalea y sus riesgos. En caso de que el doctor mandase la administraci3n de cafe1na debemos de monitorizar al paciente por si existiera fibrilaci3n. (23)

4.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RETENCI3N URINARIA POST-PUNCI3N DURAL

La incidencia de retenci3n urinaria con el n3mero de cateterismos que se hacen guarda cierta relaci3n con que enfermer1a debe de avanzar en la detecci3n de esta complicaci3n y la intervenci3n temprana. (24)

Entre los cuidados de enfermer1a lo primero que debemos de hacer ante la sospecha de una retenci3n urinaria es palpar la vejiga. (25)

Para el tratamiento de la retenci3n urinaria el elemento de elecci3n es el sondaje intermitente para minimizar el riesgo en el tracto urinario. (24) (25)

Competencia de enfermer1a ser1 controlar la ingesta de l1quidos, es decir, debe de haber la misma cantidad de l1quidos que entran por los que salen. (25) (11)

Debemos de usar las t3cnicas enfermeras para proporcionar intimidad al paciente al orinar y facilitar la micci3n. (11)

4.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOTENSIÓN POST-PUNCIÓN DURAL

Ante la sospecha de hipotensión, enfermería debe de valorar la presión sanguínea y el pulso al igual que controlar los cambios ortostáticos. (26)

Podría ser necesario la canalización de una vía periférica para una administración rápida de fluidos o por si se necesitara la administración urgente de Efedrina. Se deberá de aumentar el ritmo de infusión de fluidos. (26) (27) Si esto resultase inefectivo preparémonos para una reducción de la dosis de epidural. (27)

En caso de no contraindicación, elevar las piernas. Es importante, como en todas las complicaciones, educar al paciente acerca de los riesgos y de cómo va evolucionando, así como de las precauciones. Anotamos las pérdidas e ingesta de líquidos por el déficit de estos que provoca hipotensión. Administrar oxígeno. (26)

Si existe hipotensión el paciente puede sufrir riesgo de caídas, por ello es obligación de enfermería garantizar la seguridad de este como, por ejemplo: ayudándole a levantarse o acompañarlo cuando requiera el uso del aseo. (11)

5. CONCLUSIONES

Estamos ante una técnica que se realiza a diario en el medio hospitalario y que entraña una serie de riesgos tanto durante como después de la punción por lo que creo que es esencial que la profesión enfermera conozca y sepa identificar a la perfección estos riesgos y complicaciones. En paritorio, es el método de elección en cuanto a la reducción del dolor.

Existe una gran evidencia científica en la reducción de la cefalea para las madres que comienzan a deambular de forma temprana. Enfermería debe reconocer que una estancia larga en cama es perjudicial. En lo referente a la hidratación y a la administración de fármacos vasoconstrictores hay un vacío de existencia.

Cuando las madres recientes sufren retención urinaria, enfermería debe vigilar estrechamente los líquidos que entran por los que salen, ya que existe retención de fluidos. Valoraremos el estado de la vejiga, palpándola. Avisaremos al anestesista si no ha orinado en 6 horas, aunque la técnica de elección y con más evidencia sería el sondaje para evitar problemas en el tracto urinario.

Lo ideal, cuando la paciente sufre hipotensión, sería la canalización de una vía periférica para la recomposición de fluidos. Monitorizaremos la presión sanguínea y el pulso. Para hacer subir la tensión arterial: elevar las piernas y administrar por orden médica Efedrina.

Se necesitaría investigar más acerca de los cuidados específicos de enfermería para las complicaciones de la analgesia epidural orientadas hacia la práctica del parto.

Aún sin estar dentro de mis objetivos he creído necesario, por ser un trabajo de enfermería, reflejar una serie de diagnósticos NANDA para los cuidados de enfermería en la analgesia epidural tanto antes como después de la instauración del catéter:

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

(00023) Retención urinaria

(00088) Deterioro de la deambulación

(00155) Riesgo de caídas

(00005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

(00132) Dolor agudo

(00027) Déficit del volumen de líquidos
(00148) Temor
(00146) Ansiedad
(00044) Deterioro de la integridad tisular
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
(00134) Náuseas.
(00007) Hipertermia.
(00044) Deterioro de la integridad tisular.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010; Available at: [file:///D:/TFG/Documentos/GPC/GPC_472 Parto Normal Osteba compl.pdf](file:///D:/TFG/Documentos/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf). Accessed Febrero, 2011.
2. Colegio Oficial de Enfermería. Analgesia en el trabajo del parto. PULSO 2013(101):25.
3. Pérez Martínez E, Serrano Gómez N, Usabiaga Bustos P, Lombardo Ginés S, Uriol Peralta P, Lobera Acedo I. Manejo del dolor durante el parto. Educare21 2013 1 de julio de 2013;11(6).
4. SEGO. Analgesia del parto. 2008; Available at: <file:///D:/TFG/Documentos/SEGO/151v51n06a13121182pdf001.pdf>, 2008.
5. Gálvez Toro A, Herrera Herrera JD. ¿Cuándo está recomendado el uso de analgesia epidural en nulíparas? ¿Cuál es la dilatación mínima o en momento adecuado durante el trabajo de parto para aconsejar su uso? EVIDENTIA 2006 enero-marzo 2006;6(25).
6. García Escobar MM, Mora Fernández Y. La participación de enfermería en la instalación del catéter epidural. 2000 Noviembre 2000:27.

7. Colegio de Enfermería de Navarra. Analgesia en el parto: Anestesia Epidural. 2008 Abril 2008:20.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Analgesia en el parto y otras medidas de apoyo. 2012; Available at: file:///D:/TFG/Documentos/Guia%20del%20ministerio/Analgesia_epidural.pdf, 2012.
9. Ballesteros Ballardo A. Conceptualizar la necesidad de implatación y divulgación de un protocolo para el uso y mantenimiento de catéteres epidurales. Paraninfo digital 2013 Noviembre 2013.
10. Chumbley G TS. Care of the patient receiving epidural analgesia. Art & Science 2010 23 Junio 2013;25(9):35.
11. Llanes Domingo J, Pérez Gabaldón C, Zafra Solaz M. Atención de enfermería al paciente con analgesia epidural. Enfermería Integral 2000(55):XV-XVII.
12. Board. Board Revises Interpretive Guideline "Role of the Registered Nurse in Administering, Managing and Monitoring Patients Receiving Epidural Infusions: Excluding Obstetrical Patients". 2011 March 2011:8.
13. Schreiber ML. Nursing care considerations: the epidural catheter. Clinical "How to" 2015 July-August 2015;24(4):273.
14. Fernández-Guisasola Mascías J. Analgesia epidural obstétrica: organización y aspectos clínicos en un hospital general. 2004.

15. Gómeza PJH, Medinab PA. Los problemas de la analgesia obstétrica. 2013.
16. Ruiz F, Lacal J, De Prado M, Gomáriz M, Rodríguez M, Castellano F. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales.
17. Arias Lazarte SE, Montes Ruiz CH, Arias Lazarte GC. Costos de la analgesia epidural de parto. Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2006. Acta Médica Peruana 2010;27(1):22-28.
18. Marín Castillo M. Manejo de complicaciones en la analgesia epidural. Actuación de enfermería.
19. Aceña Fabian V, Vasquez Lobo H, Ortega García J, Neira Reina F. Consulta preanalgésica del parto: un proyecto hecho realidad. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2014;21(6):315-322.
20. Instituto Nacional de Estadística (ES) [internet]. Encuesta Nacional de Salud. Año 2011/2012. Madrid: Ine.es; 2016 [consultado 3 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
21. Cortés OL, Cantor M, Mantilla LA, Betancourt DM. Impacto de la ambulación temprana en la reducción de cefalea y dolor lumbar en pacientes sometidos a anestesia espinal: revisión sistemática y meta-análisis de estudios experimentales. Ciencia y enfermería 2010;16(3):73-83.
22. Govenar JK, RN, BA. Handling headache after dural puncture. 2000 December 2000;63(12).

23. Destrebecq A, Terzoni S, Sala E. Post-lumbar puncture headache: a review of issues for nursing practice. J Neurosci Nurs 2014 Jun;46(3):180-186.
24. Barretto de Carvalho Fernandes, Maria do Carmo, Vieira da Costa V, Angelo Saraiva R. Retención urinaria post-operatoria: evaluación de pacientes en tratamiento analgésico con opioides. 2007 marzo-abril 2007;15(2).
25. Kingsley C, RN, C, CCRN, CNOR. Epidural analgesia. Your role. 2001 March 2001;64(3).
26. Hambleton NE, RN, MSN. Dealing with complications of epidural analgesia. 1994 October 1994;55.
27. Weetman C AW. Use of epidural analgesia in post-operative pain management. Learning zone Continuing professional development 2005 28 November 2005;20(44):54.