

ANALGESIA CON OXIDO NITROSO

PROGRAMA

1. Analgesia en el parto
2. Analgesia con Oxido nitroso
3. Protocolo Analgesia con ON
4. Evaluación tipo test
5. Taller
6. Respuestas y Comentarios

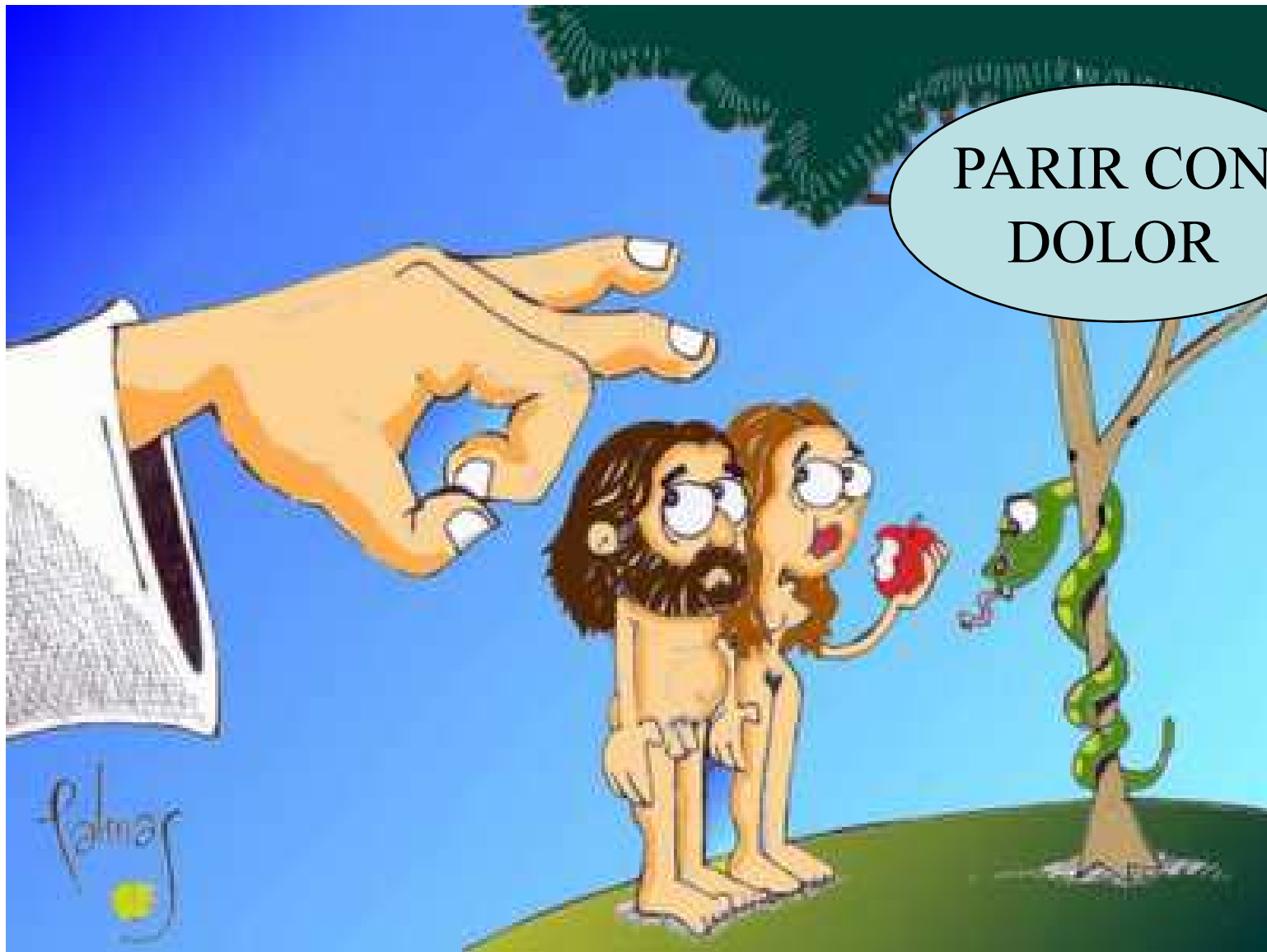


Huércal-Overa, 7 de Febrero 2008 (16-20H)

ANALGESIA INTRAPARTO



PARIR CON
DOLOR



ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

- 1) Presencia del feto
- 2) Duración del procedimiento
- 3) Efectos sobre el parto
- 4) Cronología

Principio fundamental

Seguridad para la madre y el feto

METODOS NO FARMACOLOGICOS

- 1) Información (miedo potencia el dolor)
- 2) Apoyo emocional continuo
- 3) Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto, masajes, música..

200 gestantes (apoyo emocional continuo por un profesional)

•8% Cesáreas. 7,8% Epidural

•*Kennel JAMA 1991;265:2197*

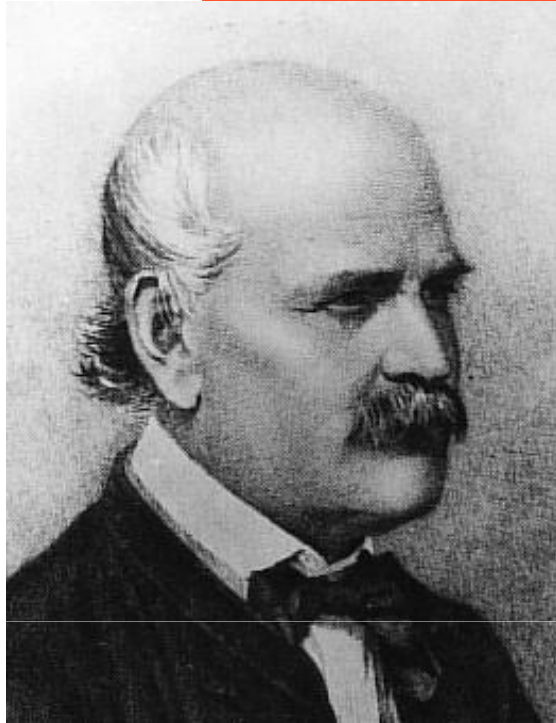
200 gestantes (observador pasivo que no interactúa profesional)

•13% Cesáreas. 22,6% Epidural

•*Kennel JAMA 1991;265:2197*



Ignaz Fulop Semmelweis (1818 +1865)



- Matronas (Menor mortalidad) 14%
- Médicos/Estudiantes de medicina (Mayor mortalidad) 30%

Debía lavarse cuidadosamente las manos con jabón y un desinfectante (1847)

Mortalidad Materna
disminuyo del 18% (1842)
al 1% (1848)

“ una vez que se identifico la causa de la mayor mortalidad de la primera clínica como las partículas cadavéricas adheridas a las manos de los examinadores, fue fácil explicar el motivo por el cual las mujeres que dieron a luz en la calle tenían una tasa mas baja de mortalidad que las que dieron a luz en la clínica”

ANALGESICOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Meperidina

- Dosis pequeñas. Intervalos
- Tiempo
- IMC
- Prolongación del trabajo de parto
- Naloxona



¡QUE NO OS SEPAREN!

Todos los recién nacidos tienen derecho a estar con su madre, incluso si necesitan estar hospitalizados.

"Todos los niños tienen derecho a estar acompañados de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria"

Carta Europea de los niños hospitalizados 1986

"La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los recién nacidos, sea prematuro o no, permanezcan en contacto piel con piel (método madre canguro) con sus madres"
<http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/need.htm>
<http://www.who.int/reproductive-health/publication/fmctext.pdf>

DECRETO 101/1995

Los derechos de los padres y de los niños durante el proceso del nacimiento

DERECHOS DE LA MADRE:

1. A ser tratada de forma personalizada, con el máximo respeto, garantizando su intimidad.
2. A la confidencialidad.
3. A ser considerada la protagonista del proceso del parto.
4. Al parto natural y a la reducción del dolor.
5. A ser informada de cualquier incidencia.
6. A ser consultada en caso de estudio.
7. A ser acompañada antes, durante y después del parto.
8. A tener a su lado a su pareja o a su estancia en el Hospital.
9. A que...
10. A r... nacido.
11. A q... de Salud de la e...
12. A que se facilite la... recién nacido, si fuera solici-
citada, asegurando el respeto a la decisión y a la confiden-
cialidad.

A LA REDUCCION DEL DOLOR

"... derechos de las personas a tomar sus propias decisiones en el marco de las nuevas relaciones establecidas en el campo sanitario"



La Analgesia Epidural es el método mas efectivo para combatir el dolor en el parto.

Efectos secundarios

- 1) Disminución en la tasa de partos espontáneos
- 2) Aumento en la tasa de partos instrumentales
- 3) Mayor duración de los expulsivos
- 4) Mayor incidencia de fiebre intraparto
- 5) Mayor incidencia de presentaciones posteriores
- 6) Mayor incidencia de D3 y D4
- 7) Mayor incidencia de episiotomía
- 8) Monitorización fetal y materna continua

Lieberman. Unintended effects of epidural analgesia during labor.

Am J Obstet Gynecol 2002;186:S31-68

Leighton. The effects of epidural on labor maternal.

Am J Obstet Gynecol 2002;186:S69-77

RELACION ENTRE PARTO INSTRUMENTAL, DESGARRO III, INCONTINENCIA DE HECES

- En EEUU un 2-19% de los partos presentan desgarro del esfínter anal, en estos casos las tasas de incontinencia de heces o de gases son mayores.
- Entre 3-6 meses después del parto, entre un 29-53% de las mujeres que han tenido un D3 van a presentar incontinencia de gases y entre un 5-10% van a presentar incontinencia de heces

Los factores asociados con los desgarros del esfínter anal :

- Fórceps OR 13,6 (7,9-23,2)
- Episiotomía OR 5,3 (3,8-7,6)
- Fórceps mas episiotomía mas epidural OR 41 (13,5-124,4)

Fitz Gerald. Risks factors for anal sphinter tear during vaginal delivery. Obstetrics and Gynecology 2007;109:29-34

Parto instrumental: Factor de Riesgo de Incontinencia de heces

- Melville-05. Am J Obstet Ginecol 193:2071
- Donnelly-98 Obstet Gynaecol 92:955-61
- Benifla-00 Gynecol Obstet Fertil 28:15-22
- Kamm-94 Lancet 344:730-3
- Bofill-96. Am J Obstet Ginecol 175:1325-30
- Johanson-93 BJOG 100:524
- Johanson-99 BJOG 106:544-9
- Rfitzpatrick-03 BJOG 110:424-9
- Caughey-05 Obstet Gynaecol 106:908-12
- Damron-04 Am J Obstet Ginecol 191:907-10



REVIEW

Delayed *versus* early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis

Retrasar hasta 1-3 h, cabeza visible, pujos

Indications for Operative Vaginal Delivery

No indication for operative vaginal delivery is absolute. The following indications apply when the fetal head is engaged and the cervix is fully dilated.

- Prolonged second stage:
 - Nulliparous women: lack of continuing progress for 3 hours with regional anesthesia, or 2 hours without regional anesthesia
 - Multiparous women: lack of continuing progress for 2 hours with regional anesthesia, or 1 hour without regional anesthesia
- Suspicion of immediate or potential fetal compromise.
- Shortening of the second stage for maternal benefit.

Travail original

Poussée retardée *versus* poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale

Une méta-analyse des essais randomisés

C. Menez-Orieux, T. Linet, H.-J. Philippe, G. Boog

Service de Gynécologie-Obstétrique, Pavillon Mère et Enfant, CHU de Nantes, 38, boulevard Jean-Monnet, 44093 Nantes Cedex 1.

RÉSUMÉ

But de l'étude. L'objectif principal était d'évaluer l'intérêt d'une poussée retardée par rapport à la poussée immédiate quant au mode d'accouchement et l'objectif secondaire était d'analyser les conséquences maternelles et fœtales des efforts expulsifs retardés.

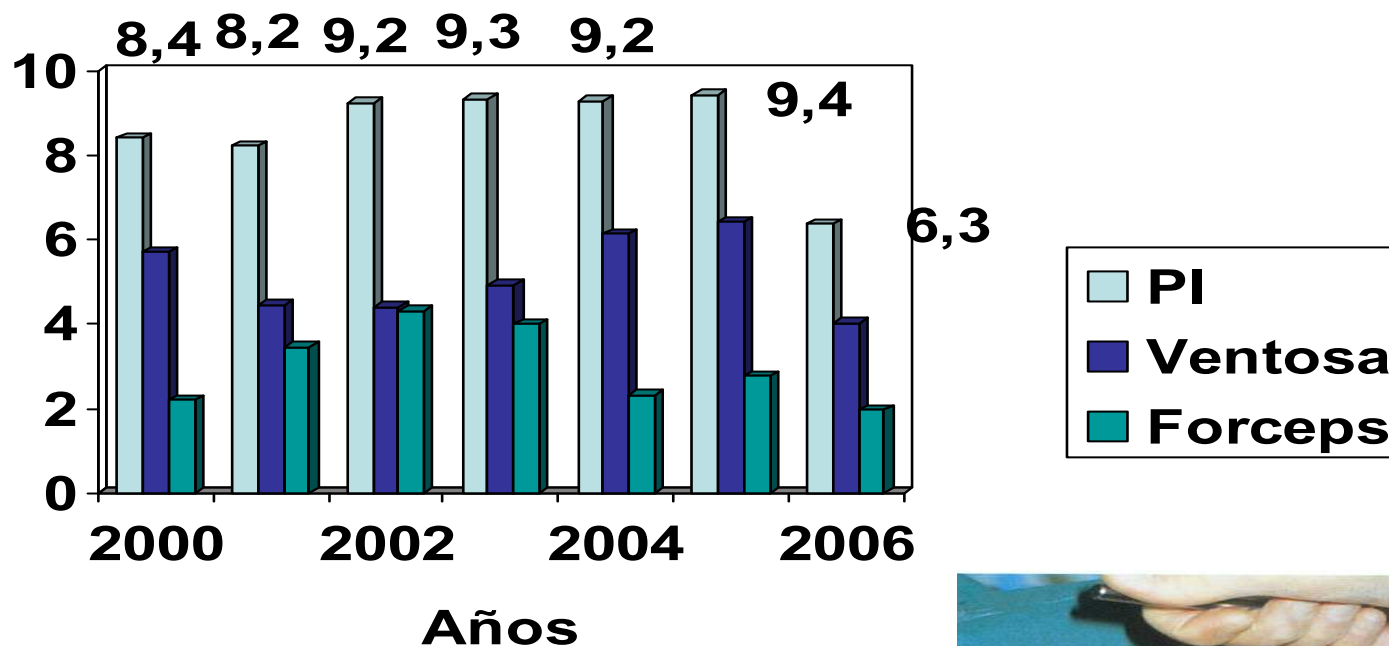
Matériel et méthode. Il s'agit d'une méta-analyse construite à partir d'études prospectives randomisées prenant comme critères d'inclusion des grossesses uniques chez des patientes nullipares à terme, sous anesthésie péridurale, au cours d'un travail spontané ou induit avec un fœtus en présentation céphalique.

Résultats. Il existe une différence significative entre les 2 groupes avec plus d'accouchements spontanés dans le groupe à poussée retardée ($p = 0,019$). En revanche, il n'existe pas de différence concernant les déchirures périnéales ($p = 0,64$). Les résultats concernant les hémorragies de la délivrance et les fièvres maternelles ne peuvent pas être valablement analysés compte tenu de données insuffisantes dans les publications retenues. De même, en ce qui concerne le devenir néonatal, aucune conclusion définitive ne peut être tirée du fait d'une grande disparité dans les critères de morbidité choisis par les différents auteurs.

Conclusion. En l'absence d'anomalies du rythme cardiaque, le temps de descente du mobile fœtal doit être respecté pour espérer un accouchement spontané par les voies naturelles chez les nullipares bénéficiant d'une analgésie péridurale, sans conséquences néfastes apparentes ni pour la mère, ni pour l'enfant.

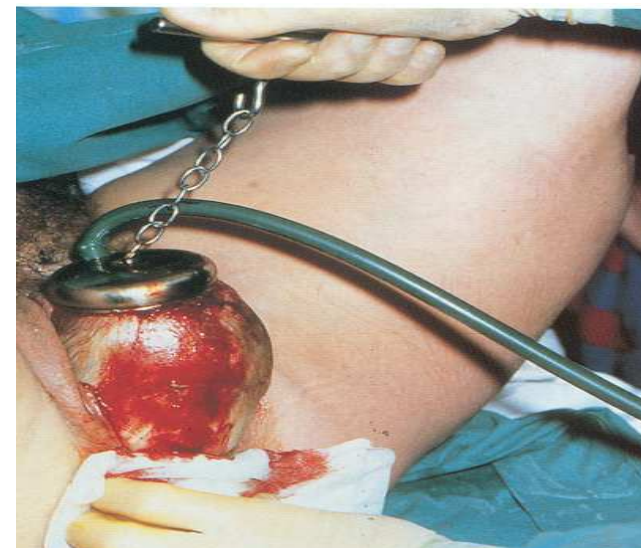


TASA DE PARTOS INSTRUMENTALES 2000-2006



Año 2006

- Analgesia Epidural 12,08%
- Sin Analgesia Epidural 2,26%



FACTORES DE RIESGO PARA PARTO INSTRUMENTALES Y CESAREA

•Partos en los años 2006-7 (30-11-07).

- Se han excluido: Presentaciones anómalas: (Podálica, Frente, Cara y Situación transversa), Cesárea electiva y Gemelares.
- 2708 partos, de estos se han valorado 2506.
- Variables independientes: Forma de comienzo del parto, Analgesia epidural, Paridad, Fiebre durante el parto, Cesarea anterior y Edad de la gestante.
- Variable dependiente: Parto instrumental. Cesárea.



OR PARTO INSTRUMENTAL

	Sig.	OR	I.C. 95,0% para OR	
			Inferior	Superior
Cesárea anterior	,000	<u>10,972</u>	6,750	17,836
Epidural	,000	<u>2,710</u>	1,914	3,835
Primipara	,000	<u>2,711</u>	1,783	4,120
Mayor = de 35 años	,009	<u>1,854</u>	1,168	2,943
Inducción	,053	<u>1,403</u>	,996	1,976

OR 2,71 (1,91-3,83)
P<0,001



Regresión Logística Binaria Multivariante

OR DE CESAREA. RLB Multivariante.

	B	gl	Sig.	OR	I.C. 95,0% para OR	
					Inferior	Superior
Primipara	1,654	1	,000	<u>5,228</u>	3,315	8,247
Cesarea Anterior	1,616	1	,000	<u>5,033</u>	2,585	9,801
Induccion	1,324	1	,000	<u>3,757</u>	2,690	5,247
Posterior	1,268	1	,014	<u>3,554</u>	1,293	9,768
> o = 35 años	1,059	1	,000	<u>2,882</u>	1,839	4,518
Fiebre	,837	1	,002	<u>2,310</u>	1,366	3,906
Epidural	,329	1	,070	<u>1,390</u>	,973	1,985

•Espontaneo
6,86%

•Inducción
21,93%

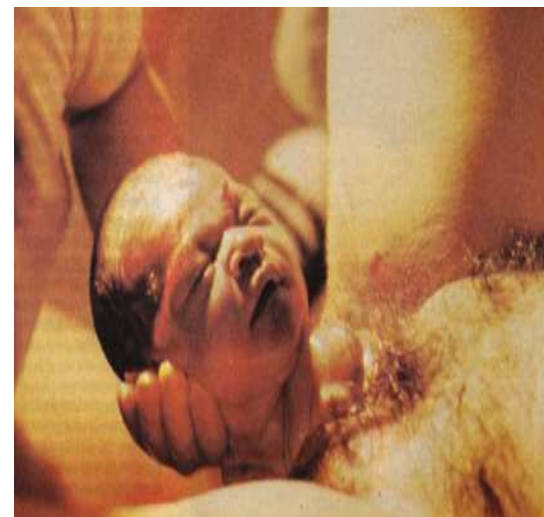
OR 1,39 (0,97-1,98)



OR DE FIEBRE EN ANALGESIA EPIDURAL

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Epidural(1)	2,510	,256	96,285	1	,000	<u>12,306</u>	7,454	20,318
	-4,366	,237	338,800	1	,000	,013		

OR 12,30
(7,45-20,31)

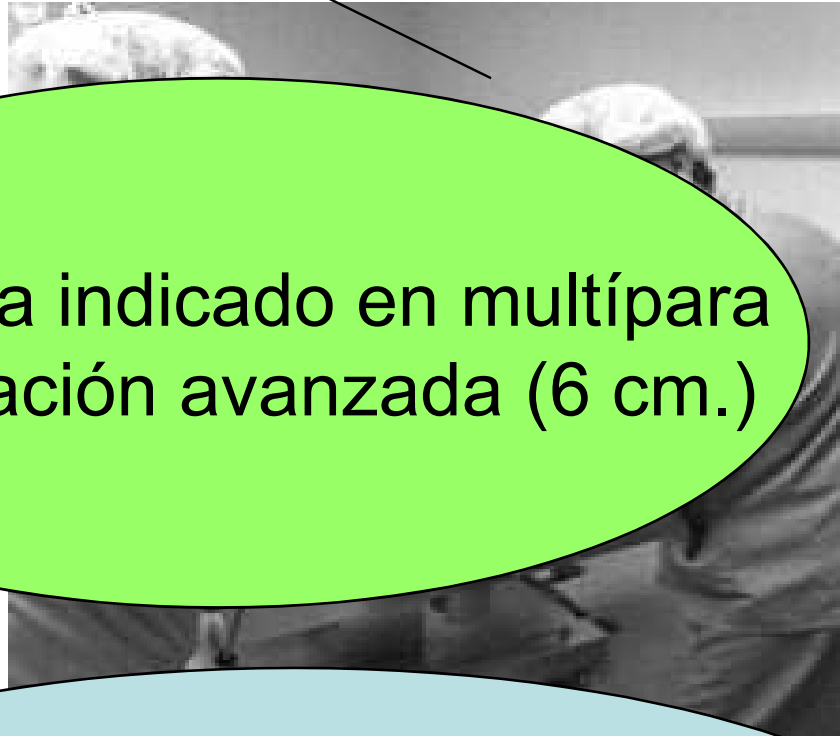


OR PRESENTACION POSTERIOR Y ANALGESIA EPIDURAL

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1(a) Epidural (1)	-,050	,286	,031	1	,860	<u>,951</u>	,543	1,664



NO A LA ANALGESIA EPIDURAL



- No estaría indicado en multípara con dilatación avanzada (6 cm.)

- Si estaría indicado en un primípara que se esta induciendo el trabajo de parto

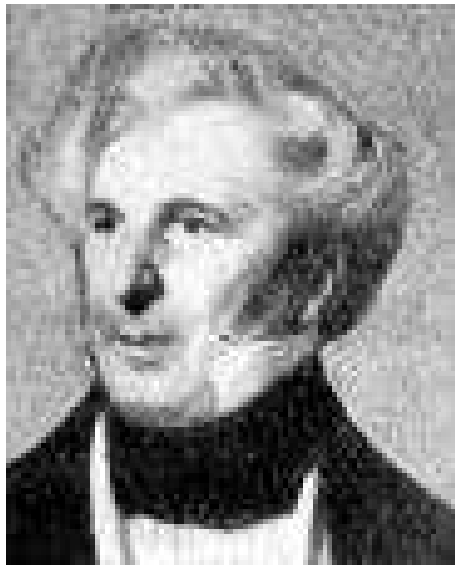
- Sir James Young Simpson

Cloroformo

30 partos indoloros (10-11-1847)

- Sir James Clark (1853)

- John Snow

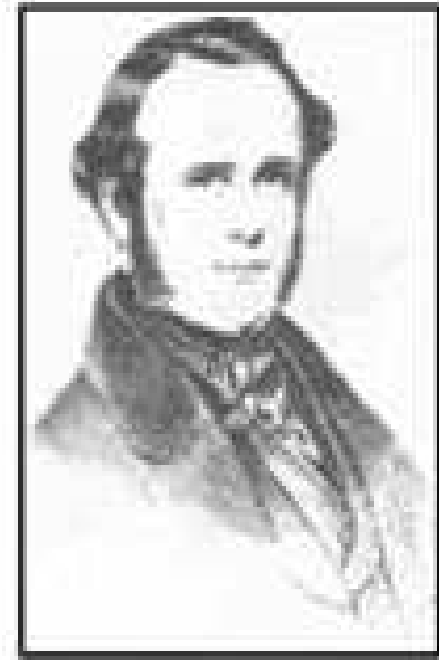


Analgesia de la reina
Comienzo científico de la
Analgesia y Anestesia
Obstétrica

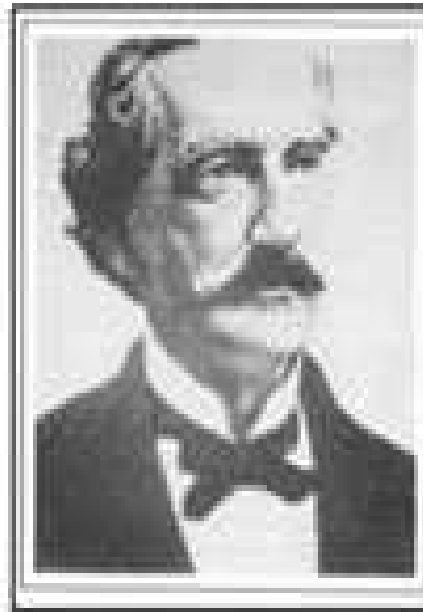


Joseph Priestley 1733-1804
Preparó N₂O en 1772

**Dentista que
lo introdujo en la
Odontología
(1844)**



Horace Wells 1815-1848
Extracción dental N₂O



Gardner Quincy Colton 1814-1898
Publicación científica
Efectos colaterales del N₂O

**Identifico el oxido
nitroso
y el oxigeno**

**Introducción
en la
Medicina
(1870)**



Anaesthesia. 1976 Sep;31(7):933-40.

Stanislav Klikovich (1853-1910). Pioneer of nitrous oxide and oxygen analgesia.

The career and work of Stanislav Klikovich (1853-1910) has been reviewed. He was born in Russian occupied Poland and was a pioneer of the use of analgesic concentrations of nitrous oxide in oxygen for many painful conditions including childbirth. He based his clinical work on sound research and animal and human experimentation and recognised that the analgesic state was distinct from anaesthesia.

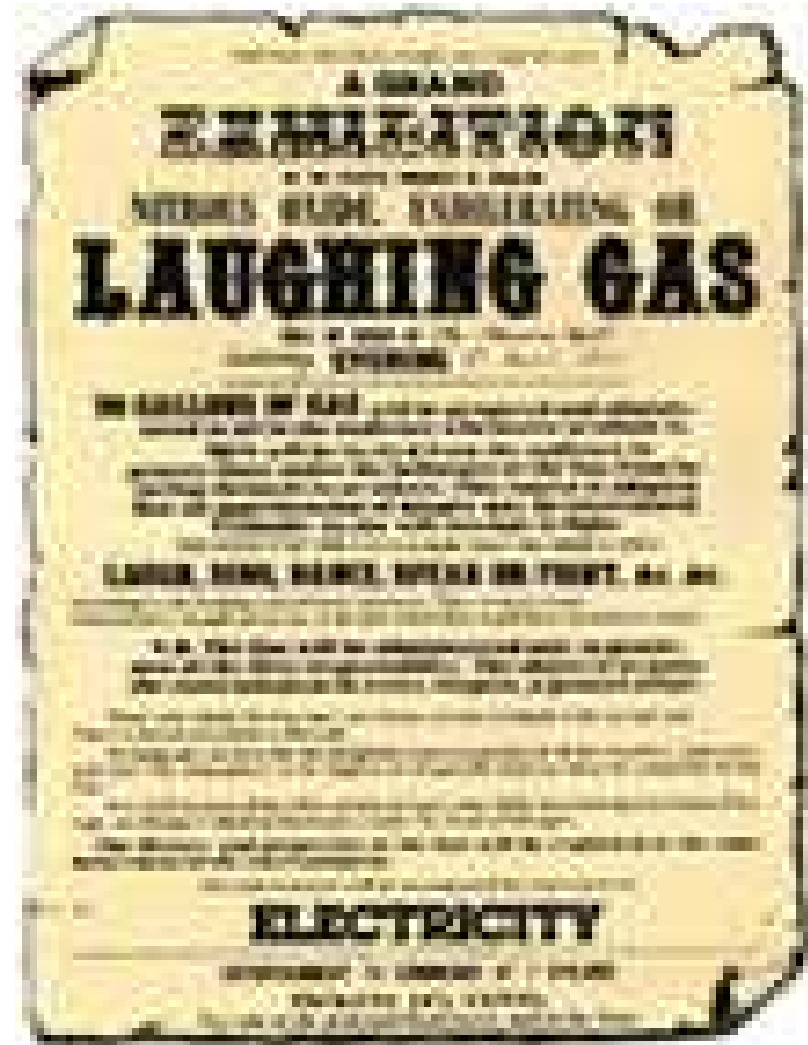
Oxido Nitroso

Frecuencia

- Finlandia 48%
- Nueva Gales 46%
- Canadá 43%
- Inglaterra 62%
- Suecia 60%

Satisfacción

- 38% Muy efectiva
- 48% Parcialmente efectiva
- 15% Nada efectiva



Otras indicaciones

- Extracción manual de placenta
- Parto instrumental sin epidural
- Rotación manual de una posterior

Nada es tan rápido
como el oxido nitroso

Coste

- Mas simple su uso y
mas barato que AE

Mayor efecto que
los opiáceos pero
menor que la AE



Expectativas razonables



No efecto sobre la
dinámica uterina

No efecto negativo
sobre la
lactancia materna



POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- Intervalos de hipoxia (12 seg. con $<90\%$)
 - Apgar
- Resultados conductuales
- Vértigo. Somnolencia. Nauseas. Vómitos.
- Influencia en Sanitarios



LEY REGULADORA DE LA AUTOMONÍA DEL PACIENTE (41/2002)

CAPITULO I. PRINCIPIOS GENERALES. ARTICULO 3

- ✓ La GESTAMPTE tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles



El derecho de autonomía
de la gestante y a la elección
Informada son los pilares
básicos de los cuidados durante
el parto

Un paso mas ... en ayudar
a la gestante en el parto





Muchas
gracias