



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Analgesia del parto: ¿qué más podemos hacer?

Is epidural the optimal technique for labor analgesia?

M. Echevarria Moreno

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Las reseñas a la adopción de medidas para aliviar el dolor del parto son tan antiguas como nuestra propia historia. Se conocen registros de prácticas de exorcismo en las antiguas civilizaciones de Babilonia, Egipto, China y Palestina, basándose los primeros intentos, fundamentalmente, en maniobras de sugestión y distracción de la mujer. Con este propósito de hacer más llevadero el parto, en la Edad Media también se utilizaron diferentes brebajes basados en extractos de amapola, mandrágora y cáñamo. En 1806, Millar, en su obra titulada *Means of Lessening Pain of Parturition (Medios para aliviar el dolor durante el parto)*, recomendaba el ejercicio vigoroso, el sangrado y una variedad de medicaciones destinadas a inducir al vómito. Desde que en el año 1847 James Young Simpson realizara la primera anestesia en una gestante de parto aplicando cloroformo y John Snow difundiera la técnica con los conocidos partos de la reina Victoria, muchos han sido los avatares de la analgesia obstétrica. En sus inicios, se produjo un rechazo total por parte de la iglesia y de la propia sociedad científica. A comienzos de este siglo cayó en desgracia la analgesia obstétrica como consecuencia del uso excesivo de sedantes y analgésicos, morfina y escopolamina durante el trabajo de parto. La aplicación sin demasiadas reservas de estos fármacos ocasionaba el denominado sueño crepuscular, que originó numerosas muertes maternas y fetales, y fue el preludio de la creación del llamado “Movimiento en favor del parto natural”. Este movimiento se originó en 1914 por Behan, y el Dr. Grantly Dick-Read lo potenció en 1933. Imbuido de esta corriente, fue en el año 1947 cuando se describió por primera vez el concepto de psicoprofilaxis frente al dolor del parto por un psiquiatra ruso llamado Velvovsky, mo-

dificado años más tarde por Lamaze y Vellay en París en 1952. Pero esta iniciativa también tuvo su historia negra, ya que se produjeron estados depresivos en algunas mujeres, que en ocasiones condujeron al suicidio, como consecuencia del fracaso en el intento de conseguir un parto no doloroso y del subsiguiente sentimiento de culpabilidad.

A pesar de todas las dificultades y conflictos existentes en más de un siglo, el deseo de las madres de amortiguar el dolor del parto parece haber sido más o menos constante, situándose en un plano superior al generado por las opiniones sociales y recomendaciones científicas del momento, a veces contradictorias. Actualmente, como señalan Biedma Velázquez et al¹ en su estudio, la analgesia epidural se ha impuesto en el ámbito mundial como la técnica de elección para el alivio del dolor del trabajo de parto, tanto por su efectividad como seguridad. Sin embargo, como queda reflejado en el trabajo, en una sociedad del bienestar y donde evitar el dolor es un valor añadido a la atención sanitaria, hay mujeres que renuncian a los beneficios de la analgesia epidural. Los resultados que obtienen, el análisis que hacen y las reflexiones que aportan Biedma Velázquez et al¹ entienden que son de gran interés para intentar comprender o explicar esta actitud. Coincido con los autores en que este fenómeno sociológico de toma de decisión revestido de valores de clase puede ser preocupante.

Estos resultados reafirman los obtenidos por Cañas Romero et al² en un estudio en el que se investigó durante 1 mes los motivos por los que el 15,4% de los partos atendidos en ese período no habían recibido analgesia epidural. En este trabajo, la mayor parte de las madres tenía estudios primarios y, aunque el 90% había sido informado acerca de la analgesia epidural, sólo en el 18% dicha información había sido proporcionada por el anestesiólogo. El 13% de las parteras no deseó la analgesia epidural y, además, se reforzaba en su posición en un futuro parto.

Correo electrónico: mercedes.etxeba@terra.es

El estudio no analiza el motivo por el que rechazan la analgesia epidural, ya que no fue diseñado ex profeso para ello. Varias razones pudieran explicar ese fenómeno. La primera, y dado el entorno social en que se encuadra esta respuesta, pudiera ser la falta de información o la información “no adecuada” de la gestante. La segunda, y en consonancia con la opinión de los autores sobre el esquema tradicional de *buena madre o buena sufridora*, considero que no hay que olvidar la influencia que puedan recibir de su entorno familiar a la hora de la toma de decisión, sin olvidar que el dolor puede ser, de forma inconsciente a veces, una estrategia de renta para obtener atención y reconocimiento de los demás. Aunque no se explicita en el trabajo, la distribución entre medio rural o urbano de las gestantes que no desearon la analgesia, por las características de la muestra analizada, nos debe hacer pensar en el predominio de procedencia rural. Como indican los autores, el resurgimiento de una política de rechazo a la epidural, dentro del concepto de parto natural, es abanderada por mujeres con nivel educativo y sociocultural altos, pero no parece que se esté extendiendo al resto de gestantes.

En mi opinión, creo que hay que considerar el rol que ejerce la matrona, cuidador nato de la gestante, que establece en los centros de salud una relación importante con ésta a lo largo del embarazo. La información que estos profesionales transmitan a las mujeres puede ser determinan-

te. Entre los ginecólogos y los anestesiólogos del ámbito obstétrico se conoce el rechazo que muchas matronas tienen a la analgesia epidural.

Dada la importancia que tiene la decisión de someterse o no a una técnica que no está exenta de riesgos, y que el momento en el que la gestante inicia el trabajo de parto no parece el más adecuado para la toma de decisiones, creo que los anestesiólogos debiéramos, de una u otra manera, potenciar la información de la analgesia epidural durante el embarazo. La implicación de los anestesiólogos para llevar la información hasta los centros de salud, el apoyo institucional que facilita esta labor, e incluso la formación continuada a matronas nos garantizaría que la negativa de la mujer se produjera tras tener toda la información acerca de los efectos beneficiosos de esta terapia.

Bibliografía

1. Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:3-15.
2. Cañas Romero B, Rodríguez Morillo A, Gómez Reja P, Mayorga Buiza MJ, Ballesteros Chávez D, Alcaide González C, et al. IV Reunión de la Sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR. Vigo, 2008.