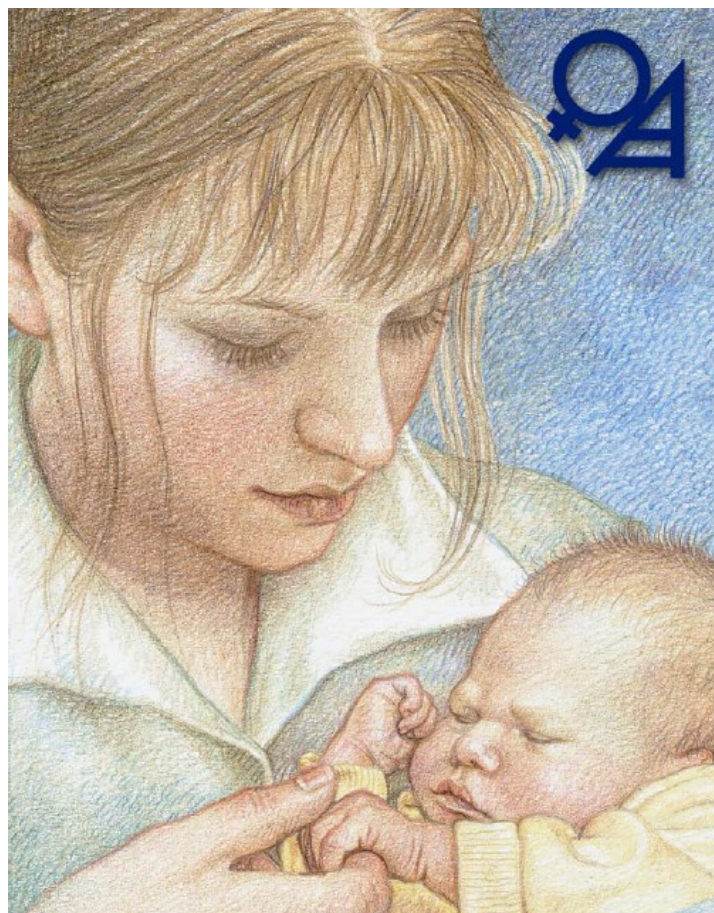


Alleujament del dolor durant el part

Aquest fullet no només us informarà sobre el dolor del part i el naixement, sinó que també us explicarà què es pot fer perquè sigui menys dolorós. Les persones que tinguin cura de vosaltres (per exemple, la llevadora, l'anestesiista o l'obstetre) us donaran més dades sobre els tipus d'alleujament del dolor que l'hospital o el lloc de part us poden oferir. Esperem que, si sabeu què us trobareu i quins mitjans per alleugerir el patiment estan disponibles, donar a llum sigui una experiència satisfactòria.

Al llarg de tot aquest fullet, hem utilitzat referències per mostrar d'on hem obtingut la informació. Hem llistat aquestes referències de la pàgina 17 a la 19.

Escrit per l'*Associació d'Anestesiòlegs Obstètrics* (Obstetric Anaesthetists' Association).



Què us semblarà el part?

- Durant l'embaràs podeu notar l'úter (matriu) tibant de tant en tant. Són les anomenades contraccions de Braxton Hicks. Quan comenci el part aquestes tibantors esdevindran regulars i molt més fortes.
- Les contraccions poden causar un dolor semblant al de la regla i, normalment, es van fent més doloroses a mida que avança el part. Cada dona experimenta el patiment del part de manera diferent.
- Normalment, el primer part és el més llarg.
- Si es fa servir medicació per iniciar (induir) o accelerar el part, les contraccions poden ser més doloroses.
- La majoria de dones utilitzen diverses maneres de fer front al dolor del part (vegeu la referència 1 a la pàgina 17). És una bona idea ser ample de mires i flexible.

Preparant-vos per al part

Les classes prenatales familiars ajuden a preparar-vos pel naixement. Aquestes classes, les fan llevadores i altres organitzacions que donen suport a persones per ser pares i tenir fills. Les classes us ajudaran a entendre què passarà durant el part i us poden ajudar a sentir-vos amb menys ànsia.

A les classes prepart, la llevadora us dirà quins mètodes estan disponibles per reduir el dolor del part. Si necessiteu més informació sobre l'anestèsia epidural (una solució que s'injecta a l'esquena per insensibilitzar la meitat inferior del cos), la llevadora pot concertar-vos una visita amb l'anestèsista per parlar-ne. Encara que no pugueu assistir a les classes prenatales,

hauríeu de preguntar a la llevadora quins mètodes hi ha per reduir el dolor. D'aquesta manera podreu comentar-ho amb la llevadora que us atengui durant el part.

El lloc escollit per parir pot incidir en el grau de dolor que noteu. Si us sentiu bé en el lloc on pariu, podreu estar més relaxada i menys ansiosa pel part (vegeu la referència 2 a la pàgina 17). Per a algunes dones això vol dir parir a casa; en canvi, hi ha persones que se senten més tranquil·les amb el suport que ofereix un hospital o centre de naixement. Molts hospitals intenten fer les sales de part semblants a les habitacions de casa i us encoratgen que escolteu la música que us agradi perquè us relaxeu.

Si esteu planejant parir en un hospital o centre de naixement, us pot ser d'ajuda visitar-lo per descobrir de quins serveis disposa.

Si la vostra parella, un amic o una amiga us acompanya durant el part, pot ser-vos de molta ajuda. (vegeu la referència 3 a la pàgina 17). És important parlar amb la parella sobre les preocupacions i sobre què voleu, cosa que us podrà ajudar a concentrar-vos durant el part.

Quins mètodes d'alleujament del dolor estan disponibles?

És difícil saber per avançat quina classe d'alleujament del dolor serà el



millor. La llevadora que us atindrà durant el part ha de ser la millor persona per aconsellar-vos. A continuació us exposem informació sobre els principals mètodes d'alleujament del dolor que hi ha.

Mètodes d'autoajuda

- Una respiració calmada pot augmentar l'aportació d'oxigen als músculs, cosa que afavoreix que el patiment sigui menys intens. A més, com que us fixeu en la respiració, no noteu tant el dolor.
- Pot resultar difícil relaxar-se quan se sent dolor. Per això pot ser molt útil practicar abans d'estar de part. Hi ha diverses maneres per aprendre a relaxar-se.
- Un massatge mentre esteu de part pot ser molt confortable i tranquil·litzador.

La utilització de la banyera de naixement durant el part

No hi ha gaires estudis que hagin analitzat els beneficis i els riscos de la utilització de la banyera de naixement. Però s'ha observat que si es pareix a l'aigua el part no és tan dolorós i és menys probable que necessiteu una epidural per reduir el patiment (vegeu la referència 4 de la pàgina 17). Ara bé, cal tenir en compte que si l'aigua fos massa calenta el nen podria presentar signes de patiment fetal. De totes maneres, els estudis han demostrat que els riscos per a la mare i per al nadó són els mateixos, tant si es pareix dins com fora de l'aigua. La llevadora seguirà monitorant el vostre progrés i el benestar fetal.

Cal tenir en compte que hi ha moltes unitats maternals que tenen piscines de naixement, però potser no estaran disponibles quan la necessiteu. És per això que és interessant preguntar a la llevadora si la unitat maternal disposa d'alguna piscina i si podreu utilitzar-la.

Teràpies complementàries (no utilitzen medicació)

Les teràpies complementàries (per exemple, l'aromateràpia) poden ajudar algunes dones a fer front al dolor durant el part. Si esteu pensant a utilitzar-les, és important que demaneu consell a una persona habituada en aquesta teràpia. Aquest fullet no té en compte l'homeopatia (que utilitza ingredients

molt diluïts per reduir el dolor) ni remeis amb herbes.

Aromateràpia

- L'aromateràpia utilitza essències concentrades d'olis per reduir la por, millorar el benestar i animar-vos a seguir endavant.

Reflexologia

- La reflexologia es basa en la idea que uns punts determinats de les mans i dels peus estan relacionats amb altres punts de la resta del cos. En aquest sentit, un reflexòleg/òloga normalment fa massatges en punts dels peus que es relacionen amb parts del cos que són dolorosos durant el part.

Aquest tipus de tractament pot ser que funcioni d'una manera semblant a l'acupuntura (vegeu l'apartat següent).

Hipnosi i acupuntura

Cada cop més, més dones utilitzen aquestes teràpies com a mètode d'ajuda durant el part. Ara bé, molt poques unitats maternals disposen d'aquest tipus de tractaments en el NHS¹. Per això, si opteu per teràpies alternatives haureu de posar-vos en contacte amb un terapeuta qualificat abans d'anar de part.

La hipnosi pot distreure-us del dolor. Se us pot entrenar per hipnotitzar-vos vosaltres mateixes (autohipnosi). Aquesta tècnica l'haureu de practicar durant l'embaràs. Si no fos així, un hipnoterapeuta hauria de ser amb vosaltres durant el part.

L'acupuntura consisteix a posar agulles en punts concrets del vostre cos per reduir el dolor. En aquest cas, el terapeuta també hauria de ser amb

¹ *National Health Service* (Servei Nacional de Salut)

vosaltres durant el part.

Alguns estudis suggereixen que les dones que han utilitzat aquestes teràpies senten que estan controlant el part i utilitzen menys medicació per disminuir el patiment (vegeu la referència 5 a la pàgina 17). Ara bé, no es pot assegurar que a tot arreu hi hagi terapeutes prou qualificats. A més, el suport d'aquest tipus de professionals acostuma a ser bastant car.

Estimulació elèctrica transcutània dels nervis (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*)

- A través de quatre adhesius plans posats a l'esquena, es fa passar un corrent elèctric suau. Això crea una sensació de formigueig. Podeu controlar vosaltres mateixes la intensitat del corrent.
- A vegades serveix d'ajuda per al començament del part, especialment per al mal d'esquena. Si en llogueu un, podeu començar a utilitzar-lo al vostre domicili. De fet, hi ha hospitals que us en poden deixar un perquè el prengueu a casa.
- No té cap efecte advers conegut sobre el nadó.

Si bé és possible que en tingueu prou utilitzant la TENS, és més probable que necessiteu alguna altra classe d'alleujament del dolor quan el part estigui més avançat.





Entonox

L'Entonox és una barreja de gasos: meitat òxid nítrós i meitat oxigen. Se'l coneix a vegades per **gas i aire**.

- Respireu aquest gas a través d'una màscara o d'un broquet.
- És senzill d'utilitzar i ràpid d'actuar i s'elimina al cap de pocs minuts.
- A vegades us pot fer sentir com a marejada o amb nàusees.
- No lesiona el nadó i proporciona oxigen extra, que pot ser bo per a la mare i per al bebè.
- No farà desaparèixer el dolor completament però us pot ajudar.
- El podeu utilitzar en qualsevol moment durant el part.

La quantitat d'Entonox que utilitzeu, la controleu vosaltres mateixes, però és important aconseguir la millor relació temps-efecte. Heu de començar a respirar Entonox tan aviat com noteu que comença una contracció; així obtindreu el màxim efecte quan el dolor sigui pitjor. No heu d'utilitzar-lo entre contracció i contracció o durant períodes de temps llargs, ja que pot provocar cert atordiment i formigueig. En alguns hospitals poden afegir

altres substàncies a l'Entonox per fer-lo més efectiu, però això pot fer-vos sentir més endormiscada.

Opioides: analgèsics similars a la morfina

Analgèsics com la petidina o la diamorfina, que s'està utilitzant cada cop més al Regne Unit, són tipus d'opioides. La morfina, el meptazinol, el fentanil i el remifentanil són altres exemples d'opioides. Tots aquests analgèsics semblants a la morfina actuen d'una manera similar.

- Normalment la llevadora administra els opioides i els injecta en un múscul del braç o de la cuixa.
- L'alleujament del dolor, sovint, és limitat. Comença al cap de mitja hora i dura poques hores.
- Té menys efecte sobre el dolor que l'Entonox.
- Malgrat que l'alleujament del dolor pot ser limitat, algunes dones diuen que les fa sentir més relaxades i menys preocupades pel patiment (vegeu la referència 6 a la pàgina 17).
- Altres dones se senten decebudes amb l'efecte dels opioides sobre el dolor i diuen que senten que controlen menys el part.

Efectes secundaris dels opioides

- Us poden fer sentir adormida.
- Us poden fer sentir marejada. Per això normalment us donen un antiemètic (per evitar aquesta sensació).
- Endarrereixen el buidament gàstric. Això podria ser un problema si necessitéssiu una anestèsia general.
- Poden alentir la respiració. Si això passés, us podrien administrar oxigen a través d'una mascareta facial i monitorar els nivells d'oxigen.
- Poden alentir l'inici de la primera respiració del nadó, però una injecció al bebè pot anul·lar aquest efecte.
- Poden fer que el vostre fill neixi endormiscat, cosa que podria significar

que no es pogués alimentar amb normalitat (especialment amb la petidina).

- Si s'administren els opioïdes just abans de tenir el fill, l'efecte sobre el nadó és molt lleu.

Analgèsia controlada pel pacient (ACP)

Els opioïdes es poden administrar a través de la vena per tal que actuïn més ràpidament per mitjà d'una bomba que controleu pitjant un botó connectat a una bomba d'infusió. Alguns hospitals disposen d'ACP, si no es pot administrar l'anestèsia epidural (una injecció a l'esquena que adorm la meitat inferior del cos) o bé no la voleu.

L'ACP permet l'autoadministració de petites dosis d'opioïdes quan noteu que les necessiteu. Vosaltres mateixes controleu la quantitat d'opioïdes que utilitzeu. Per motius de seguretat, l'ACP limita la freqüència amb la qual us podeu administrar l'opioïde. Malgrat tot, cal tenir en compte que si utilitzeu l'ACP durant un llarg període, alguns opioïdes es poden acumular al cos, cosa que n'augmentaria els efectes adversos per a la mare i per al nadó.

Hi ha algunes maternitats –poques– que ofereixen l'ACP utilitzant un opioïde anomenat remifentanil (vegeu les referències 7 i 8 a les pàgines 17 i 18). El vostre cos elimina el remifentanil molt ràpidament. Per això l'efecte de cada dosi no dura gaire. Aquest opioïde té un efecte molt potent sobre el dolor, però també és més probable que alenteixi la respiració, la qual, per tant, cal vigilar curosament. Malgrat tot, els efectes es poden revertir ràpidament i, per tant, no afectaran el vostre fill.

Epidurals i intradurals

- Les epidurals i les intradurals són els mètodes per calmar el dolor més complicats d'administrar. És per això que ho fa un anestesista.
- Un anestesista és un metge especialment format per alleugerir el dolor i per administrar medicaments que us poden fer adormir. Durant les

operacions l'alleujament del dolor es pot aconseguir mitjançant l'anestèsia general, l'epidural o la intradural. Per a més informació sobre aquests tipus d'anestèsia per a la cesària, llegiu, si us plau, el nostre llibret *L'anestèsia per a la cesària* ('Your anaesthetic for caesarean section'). L'última pàgina d'aquest fullet explica com el podeu obtenir.

- Les epidurals i les intradurals són els mètodes més efectius per alleugerir el dolor.
- Per a l'epidural, l'anestèsista posa una agulla a la part baixa de l'esquena i la utilitza per col·locar un catèter epidural (un tub molt fi) a prop dels nervis de l'espina. Aquesta agulla es retira un cop posat el catèter, el qual servirà per administrar analgèsics durant tot el part. Els analgèsics poden ser anestèsics locals, que entumeixen els nervis, petites dosis d'opioides o una barreja de tots dos.
- Una epidural pot tardar 40 minuts a alleugerir el dolor (incloent la col·locació del catèter epidural i l'inici de l'efecte dels analgèsics).
- Una epidural no us ha de fer sentir adormida ni marejada.
- La utilització de l'epidural incrementa la probabilitat que l'obstetrec necessiti utilitzar la ventosa (un casquet que xucla sobre el cap del nadó) o el fòrceps per extreure el nadó.
- En cas de necessitar una ventosa, un fòrceps o una cesària, l'epidural normalment es pot completar amb més anestèsics perquè no noteu el dolor.
- L'epidural no té gairebé cap efecte sobre el vostre bebè.

Anestèsies intradural i combinada intradural-epidural (CIE)

L'epidural és bastant lenta d'actuar, especialment, si sou cap al final del part. Si els analgèsics es col·loquen directament dins la bossa de líquid que envolta els nervis de l'esquena, funcionen més de pressa. Això és l'anomenada intradural, la qual s'administra, a diferència de l'epidural, en una injecció única, sense catèter. Si al mateix temps col·loquem un catèter epidural, s'anomena anestèsia combinada intradural-epidural.

En alguns hospitals s'administra la combinada intradural-epidural en lloc de l'epidural a quasi totes les dones que volen un alleujament intens del dolor. En d'altres, l'anestèsia combinada intradural-epidural només s'utilitza en un nombre petit de dones.

A qui es pot administrar l'anestèsia epidural i a qui no?

L'anestèsia epidural es pot administrar a quasi tothom, però pot ser poc adequada quan la pacient té certs problemes mèdics (com una espina bífida, una operació prèvia a l'esquena o problemes amb la coagulació de la sang). El millor moment per descobrir-ho és abans de posar-vos de part. La llevadora o l'obstetre pot suggerir que us posin una epidural per ajudar-vos si teniu un part complicat o molt llarg.

Si teniu sobrepès, l'epidural pot ser més difícil d'administrar i pot ser que es tardi més a col·locar el catèter. En canvi, un cop posada, gaudireu de tots els beneficis.

Què implica la injecció de l'anestèsia epidural?

Abans de la injecció, s'insereix una cànula (un tub fi de plàstic) en una vena de la mà o del braç que, normalment, incorpora un gota a gota (líquids intravenosos). Pot ser que també necessiteu un gota a gota durant el part per altres raons (per administrar medicació per accelerar el part o per si esteu marejada). Un cop col·locada la cànula, la llevadora us demanarà que us caragoleu de costat o que us assegueu i flexioneu el cos endavant. Tot seguit, l'anestesista us netejarà l'esquena amb un antisèptic i us injectarà un anestèsic local a la pell i, per tant, la col·locació de l'epidural no us farà gaire mal. En aquest sentit, cal saber que el catèter epidural es posa a l'esquena, a prop dels nervis de l'espinada. L'anestesista ha d'anar amb compte de no punxar la bossa de líquid que envolta la medul·la espinal, ja que això podria provocar-vos mal de cap posteriorment. És important estar-se quieta mentre l'anestesista posa l'epidural, però un

cop el catèter epidural està fixat al seu lloc amb esparadrap us podreu moure.

Un cop el catèter epidural estigui col·locat, us administraran analgèsics a través d'ell. En aquest punt, la llevadora us prendrà regularment la pressió arterial. Normalment es tarda uns 20 minuts a col·locar l'epidural i uns altres 20 minuts a que faci efecte. L'anestèsista, probablement, comprovarà que els analgèsics administrats a través de l'epidural hagin afectat els nervis adequats: us posarà un glaçó de gel a la panxa i a les cames i us preguntarà si en noteu el fred o no.

A vegades, l'anestèsia epidural no fa l'efecte esperat i, com a conseqüència, l'anestèsista l'ha d'ajustar o, fins i tot, retirar el catèter i tornar-lo a col·locar.

Durant el part, podeu rebre dosis extres d'analgèsics a través del catèter epidural per mitjà d'una injecció ràpida (bolus), lenta (mitjançant una bomba d'infusió per introduir el flux de manera constant), o amb una analgèsia epidural controlada per la pacient, l'AECP (en anglès, *patient-controlled epidural analgesia* o PCEA). Amb l'AECP us podeu administrar dosis d'analgèsic quan les necessiteu pitjant un botó connectat a la bomba. D'aquests mètodes per mantenir l'alleujament del dolor a través de l'epidural, acostuma a haver-n'hi només un o dos en cada hospital.



Després del bolus epidural, la llevadora sol prendre la pressió arterial de la pacient de manera regular, igual com quan l'epidural comença a fer efecte.

L'objectiu de l'epidural és eliminar el dolor de les contraccions. Normalment, l'epidural també anul·la completament el patiment quan neix el bebè.

Algunes dones prefereixen notar una mica les contraccions durant el part per tenir una idea millor de com empènyer. L'epidural no es pot ajustar de forma exacta i, per tant, si voleu notar alguna cosa quan el nadó neixi, hi ha més possibilitats que pugueu tenir una sensació més aviat incòmoda .

Avui en dia, normalment, és possible reduir el dolor del part sense fer que la meitat baixa del cos estigui massa adormida ni les cames debilitades. Aquest mètode modern es diu epidural mòbil.

A més, cal saber que després de l'epidural es pot alletar.

Què passa si necessito una operació?

Si s'ha de practicar una cesària, se sol aplicar l'anestèsia epidural en lloc de l'anestèsia general. Així, doncs, s'injecta un anestèsic local fort a través del catèter epidural per adormir bé la meitat inferior del cos per a l'operació. Això és més segur per a la mare i per al nadó que l'anestèsia general.

Si necessiteu una cesària però encara no us han col·locat un catèter epidural, se us administrarà una anestèsia intradural, però amb una dosi més alta d'anestèsic local que la que s'administra per al part.

Per a més informació sobre epidurals i intradurals per a la cesària llegiu, si us plau, el fullet *L'anestèsia per a la cesària* (Your anaesthetic for caesarean section). L'última pàgina d'aquest document us informa de com aconseguir-lo.

Beneficis i riscos de l'anestèsia epidural

Com aconseguim informació fiable?

Obtenim informació fiable d'estudis aleatoritzats i d'estudis observacionals.

- En un estudi aleatoritzat les dones reben diversos tipus de tractaments i se'n comparen els efectes. Es decideix aleatòriament, per atzar (com si es tirés una moneda enlaire), quin d'aquests tractaments s'administra a cada partera. Normalment els estudis comparen dones que porten una analgèsia epidural amb dones que utilitzen altres analgèsics (com els opioides o l'Entonox) durant el part.

La referència 9 de la pàgina 18 és una revisió de tots els estudis aleatoritzats sobre epidurals aplicades al part. En aquest article s'ha utilitzat la base de dades de Cochrane, que és una organització científica independent. Els efectes de les epidurals, dels quals parlem més avall, són extrets d'aquest article, a menys que donem una referència diferent. En alguns estudis aleatoritzats l'anestèsia que s'ha aplicat a totes les dones ha sigut l'epidural. Ara bé, la quantitat d'opioide que s'ha utilitzat entre diferents opcions s'ha decidit aleatòriament.

- Els estudis observacionals analitzen un gran nombre de dones a qui se'ls ha injectat l'epidural. D'aquesta manera, se'n pot estudiar l'efecte un cop aplicada l'anestèsia i quines en són les conseqüències. Aquest és l'únic sistema per descobrir el risc de complicacions molt rares.

La següent informació es basa en els resultats d'estudis aleatoritzats

Beneficis de l'anestèsia epidural

- Disminueix el dolor del part més que cap altre tractament.
- Fa disminuir la quantitat d'àcid a la sang del nounat (vegeu la referència 10 a la pàgina 18).

- Disminueix la quantitat de medicaments necessaris perquè els bebès comencin a respirar quan neixen, si es compara amb els efectes dels opioides quan s'administren per altres vies (intramuscular o endovenosa).

Altres aspectes que l'epidural no altera

- L'anestèsia epidural no augmenta la probabilitat que es practiqui una cesària.
- Tampoc no incrementa la possibilitat de tenir mal d'esquena a llarg termini. El mal d'esquena és habitual durant l'embaràs i sovint continua després. Podeu tenir una tibantor a l'esquena després d'una epidural que, rarament, pot durar mesos (vegeu la referència 11 a la pàgina 18).

Riscos de l'anestèsia epidural

- La probabilitat que l'obstetre hagi de fer servir una ventosa o un fórceps perquè neixi el nadó és del 14%. Sense l'epidural és del 7%.
- L'anestèsia epidural allarga el segon estadi del part (quan el coll està totalment dilatat) i és més probable que necessiteu medicació (oxitocina) perquè les contraccions siguin més fortes.
- Teniu més possibilitats que us baixi la pressió arterial.
- Podeu notar les cames dèbils.
- Tindreu dificultats per orinar. Probablement necessitareu una sonda urinària per eliminar l'orina.
- Podeu notar prujja.
- És possible que tingueu febre, la qual pot anar associada amb destret del bebè.
- Si us administren dosis d'opioïdes altes a través de l'epidural, és més probable que el noutat necessiti ajuda per respirar (vegeu la referència 12 a la pàgina 18) i que disminueixi la possibilitat de tenir èxit quan doneu el pit (vegeu la referència 13 a la pàgina 18).

Altres riscos

- De mitjana, l'anestèsia epidural no augmenta el risc de tenir mal de cap. Malgrat tot, una de cada cinquanta dones a qui se'ls injecta l'epidural se'ls punxa el sac de líquid que envolta la medul·la espinal (és l'anomenada *punció dural*). Si us passés, podríeu tenir un mal de cap sever que podria durar dies o setmanes si no es tractés (vegeu la referència 14 a la pàgina 18). Si patíssiu aquest tipus de mal de cap, l'anestesista us hauria d'aconsellar i explicar-vos quin tractament podríeu rebre.

La informació següent està basada en els resultats d'estudis observacionals.

- A la taula de la pàgina 20 es detallen els riscos de les epidurals i les intradurals (vegeu de la referència 15 a la 20, a les pàgines 18 i 19).
- Una de cada tretze mil dones pateixen una lesió nerviosa de llarga durada que causa problemes, com debilitat muscular o una sensació de formigueig o d'entumiment en una cama. Malgrat tot, pot haver-hi lesions dels nervis després de parir amb peridural o sense (vegeu la referència 15 de la pàgina 18) i és, en realitat, prop de cinc vegades més freqüent sense l'epidural (una de cada dues mil cinc-centes dones afectades).
- No hi ha evidència que, com a conseqüència de l'aplicació de l'anestèsia epidural, els nervis de la medul·la s'inflamin i esdevinguin dolorosos de manera permanent (vegeu la referència 21 a la pàgina 19).

Si esteu preocupada pels riscos seriosos de l'aplicació de l'anestèsia epidural i dels problemes que pot ocasionar, parleu-ne amb l'anestesista.

Referències

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, issue 3. Article Number: CD003766. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, issue 2. Article Number: CD000111. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, issue 4. Article Number: CD003521. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.
7. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S.

Comparison of remifentanil and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.

8. Volikas i, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

9. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 4. Article Number: CD000331. Date of issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

10. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1344-1353.

11. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.

12. COMET Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001; 358: 19-23.

13. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold i, Feierman DE, Martin G, Holzman I. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005; 103: 1211-1217.

14. Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, issue 2. Article Number: CD001791. Date of issue: 10.1002/14651858.CD001791.

15. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas Ci. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
16. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
17. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
18. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *international Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
19. Reynolds F. infection a complication of neuraxial blockade. *international Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.
20. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105: 394-399.
21. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.

El *Subcomitè de l'Associació d'Anestesisistes Obstètrics per a la Informació de les Mares* (Information for Mothers Subcommittee of the Obstetric Anaesthetists' Association) ha escrit aquest fullet.

Aquest subcomitè està format per les persones següents:

Dr. Michael Kinsella (president)

Charis Beynon (representant de la *Fundació Nacional pel Naixement* (National Childbirth Trust))

Shaheen Chaudry (representant del consumidor)

Dra. Rachel Collis (anestesisista consultora)

Dra. Rhona Hughes (representant del *Reial Col·legi d'Obstetres i Ginecòlegs* (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists))

Gail Johnson (representant del *Reial Col·legi de Llevadores* (Royal College of Midwives))

Dra. Rosie Jones (anestesisista consultora)

Dr. Ratnasabapathy Sashidharan (anestesisista consultor)

Voldríem agrair al Dr. Michael Wee (expresident del *Subcomitè per a la Informació de les Mares*), al Dr. Michael Bryson, al Dr. Roshan Fernando i a la professora Felicity Reynolds els seus treballs en edicions prèvies.

- La informació en aquest fullet està basada en l'evidència fiable. Algunes de les publicacions d'on hem extret les nostres afirmacions estan llistades a les pàgines 18 i 19.
- També hem publicat un fullet per a mares anomenat *L'anestèsia per a la cesària* (Your anaesthetic for caesarean section) i dues pel·lícules en un doble DVD anomenat *Afrontar el dolor del part* (Coping with labour pain) i *L'anestèsia per a la cesària* (Your anaesthetic for caesarean section).
- Podeu trobar tots dos fullets al nostre web, amb un bon nombre de traduccions.

- També podeu obtenir informació sobre l'alleujament del dolor durant el part al web de la Fundació *Nacional pel Naixement* (National Childbirth Trust) (www.nct.org.uk) o al del *Servei de Recursos i Informació de Llevadores* (Midwives Information and Resource Service (MiDiRS)) (www.infochoice.org).
- Juntament amb el *Reial Col·legi d'Anestesisistes* (Royal College of Anaesthetists), hem editat dues publicacions més sobre l'anestèsia epidural: *Mal de cap després d'una anestèsia epidural o intradural* (Headache after an epidural or spinal anaesthetic) i *Lesió nerviosa associada a la injecció intradural o epidural* (Nerve damage associated with a spinal or epidural injection). Podeu descarregar-vos-els del web www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf o www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf.

Si voleu còpies dels fullets i del DVD doble, contacteu amb nosaltres. Tot seguit, us detallem les dades de contacte:

OAA Secretariat
PO Box 3219
Barnes-20
London
SW13 9XR

Tel.: +44 (0)20 8741 1311

Fax: +44 (0)20 8741 0611

Correu electrònic: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Lloc web: www.oaaformothers.info

© Obstetric Anaesthetists' Association 2008

3rd Edition Revised in January 2008

3a edició revisada el gener de 2008

Riscos de l'epidural o la intradural per reduir el dolor del part		
Tipus de risc	Proporció de dones afectades	Freqüència
Caiguda significativa de la pressió arterial	Una de cada cinquanta	Ocasional
L'anestèsia no redueix prou el dolor del part i, com a conseqüència, calen altres mitjans per atenuar-lo	Una de cada vuit	Habitual
L'anestèsia no fa l'efecte esperat per poder dur a terme una cesària i, com a conseqüència, cal emprar l'anestèsia general	Una de cada vint	A vegades
Mal de cap sever	Una de cada cent (epidural) Una de cada cinc-centes (intradural)	Infreqüent
Lesió d'un nervi (àrea entumida en una cama o en un peu, o debilitat en una extremitat)	Temporal - Una de cada mil	Rar
	Permanent (més de sis mesos) - Una de cada tretze mil	Rar
Abscés epidural (infecció)	Una de cada cinquanta mil	Molt rar
Meningitis	Una de cada cent mil	Molt rar
Hematoma epidural (coàgul)	Una de cada cent setanta mil	Molt rar
Inconsciència accidental	Una de cada cent mil	Molt rar
Lesions serioses que inclouen la paràlisi	Una de cada dues-centes cinquanta mil	Extremadament rar

La informació disponible dels documents publicats no aporta xifres acurades per a tots aquests riscos. Les dades que us acabem de mostrar són estimades i poden ser diferents d'un hospital a un altre.