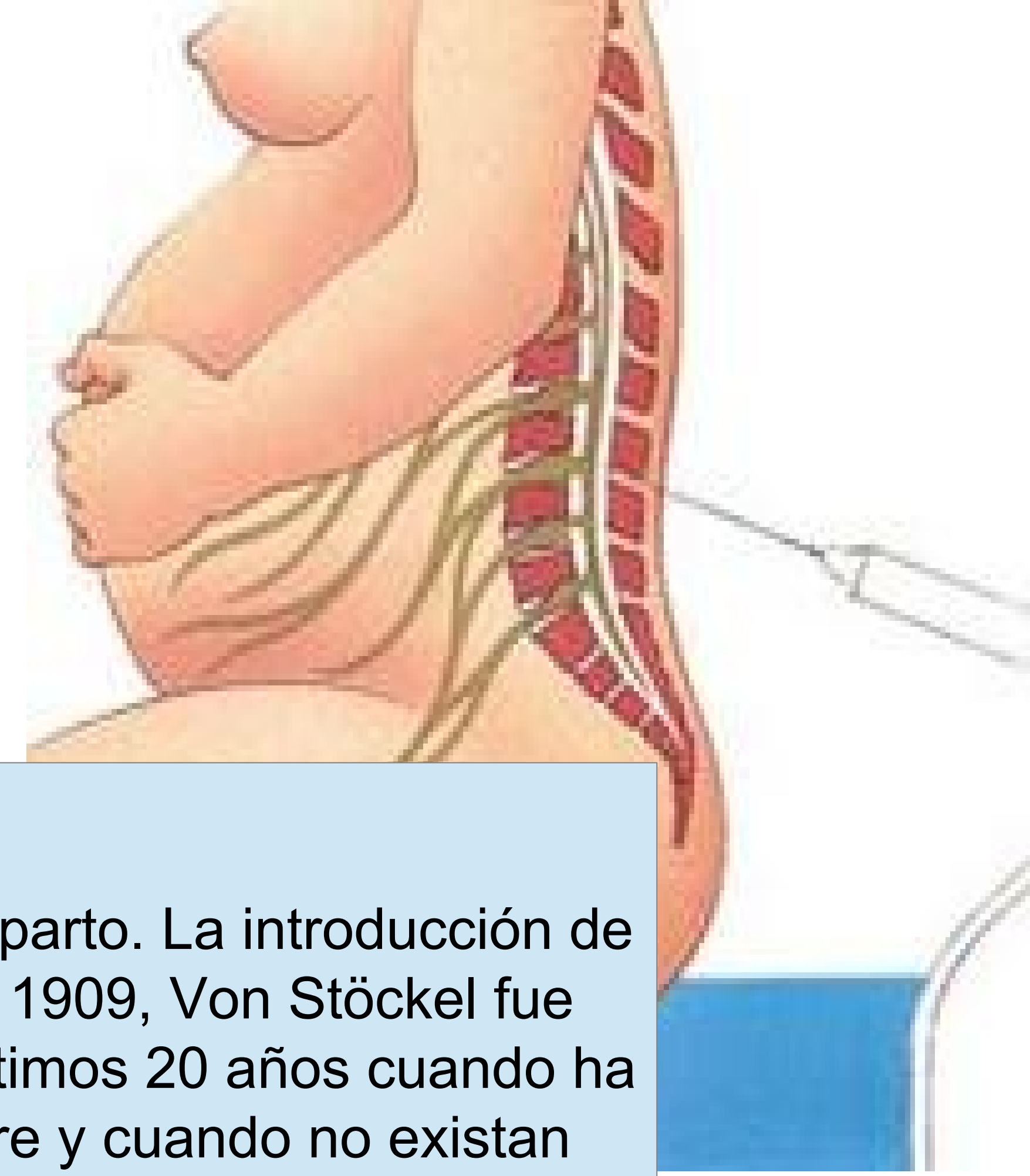


ENFERMERA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA: COMPLICACIONES TEMPRANAS DE ANALGESIA EPIDURAL. SÍNDROME DE HORNER.

Ana Isabel Cabello Pérez de la Lastra



INTRODUCCIÓN:

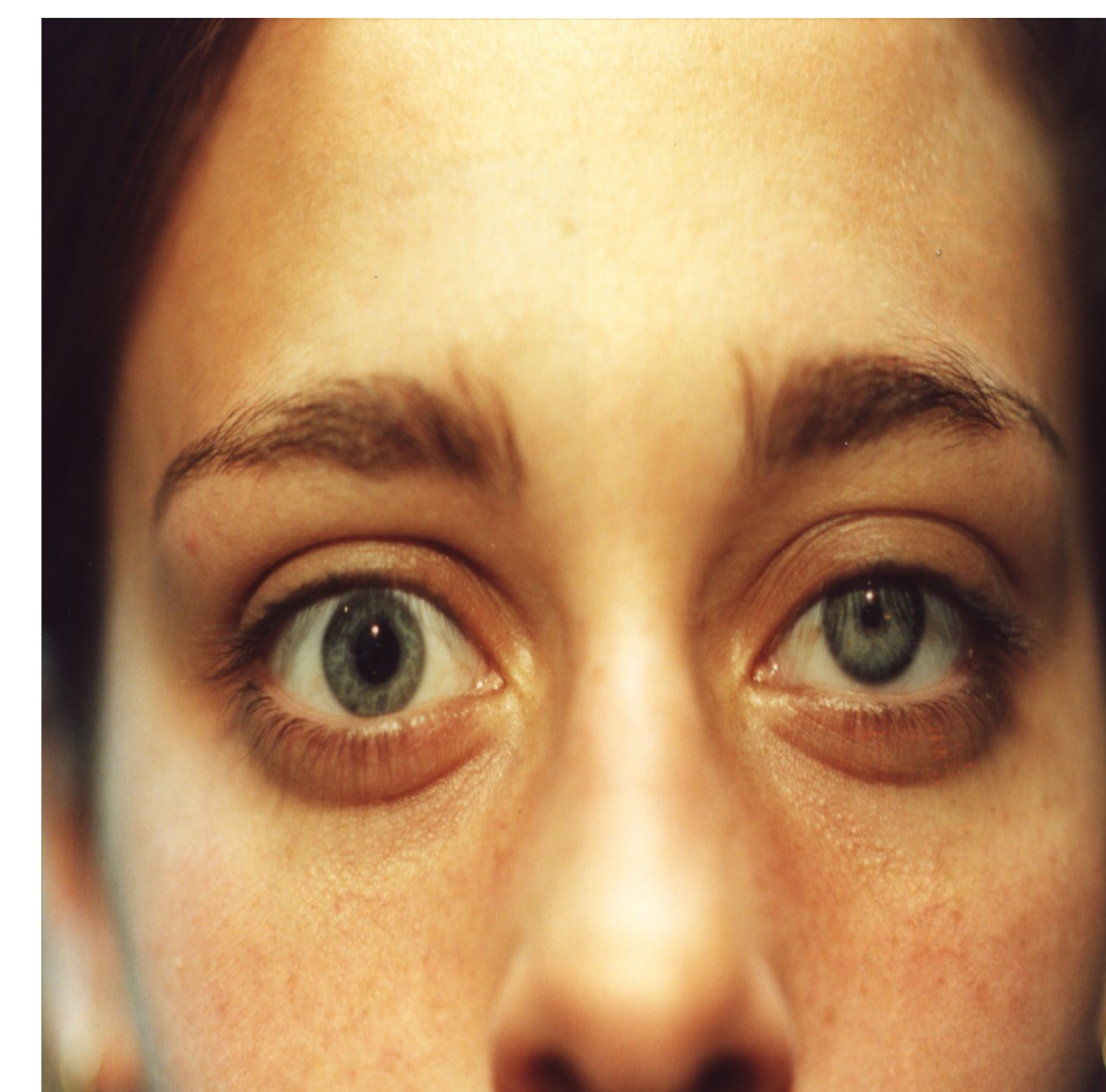
Fue un 19 de enero de 1847 cuando James Young Simpson usó éter por primera vez en un parto. La introducción de los bloqueos del neuroeje en la práctica obstétrica tuvo lugar a comienzos del siglo xx. En 1909, Von Stöckel fue pionero en la utilización de la analgesia caudal en parturientas. En España ha sido en los últimos 20 años cuando ha comenzado a popularizarse. La elección de esta técnica es un derecho de la mujer siempre y cuando no existan impedimentos médicos. Antiguamente, se asumía que la mujer debía de parir con dolor y hoy día hay muchas culturas como la china o la musulmana que rehúsan esta técnica por el constructo cultural heredado de la “mujer sufridora”. Cada vez son más las mujeres que solicitan un parto de baja intervención en el que la analgesia epidural es un elemento que queda fuera. Hay que tener en cuenta que como cada técnica médica también tiene sus riesgos.

OBJETIVO:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer los riesgos inmediatos de la analgesia epidural centrándonos en el **Síndrome de Horner** que por su baja incidencia puede pasarnos desapercibido obviando los riesgos que entraña.

METODOLOGÍA:

La elaboración de este trabajo se basa en una **revisión bibliográfica** narrativa no sistemática en la que se han empleado principalmente buscadores google scholar, pubmed y gerion con información actualizada de los últimos 7 años en los idiomas inglés y español con las palabras clave "Historical Aspects"; "analgesia, epidural", "Horner Syndrome", "Birth" y "Nursing"



RESULTADOS:

-Las complicaciones de la analgesia epidural son poco frecuentes vamos a encontrar **complicaciones peripartum** como hipotensión, náuseas, vómitos, temblores y lateralización de la analgesia; así como **complicaciones postpartum** como lumbalgia, cefalea postpunción dural. El síndrome de Horner (producido por un bloqueo de las fibras simpáticas) estaría dentro de las complicaciones peripartum 1,33% de la analgesia de parto y un 4% analgesia epidural para cesáreas.

- Síndrome de Horner tiene una sintomatología poco florida cursando con la triada de **ptosis, miosis, enoftalmos** (a veces anhidrosis) produciéndose más en embarazadas que en otros pacientes.

- Hay dos teorías que lo explican que son la **ingurgitación del plexo venoso epidural y cambios hormonales** (progesterona) que hace que necesiten un 40% menos de la dosis necesaria que otros pacientes. Otra hipótesis sería la **migración subdural del catéter** en los que la clínica suele acompañarse de hipotensión y fallo respiratorio.

- Muchas veces pasa inadvertido es importante la labor de la matrona para tranquilizar a la mujer embarazada del **curso benigno y transitorio** desapareciendo sin secuelas en un tiempo de 3 horas. Aquellas cuya clínica persiste más de 12-24 horas se recomienda hacer una valoración neurológica exhaustiva.

CONCLUSIÓN:

La **matrona** va a ser el profesional sanitario que más estrechamente trabaje con la mujer por lo que debe de vigilar las posibles complicaciones que se presenten (**problemas interdependientes**) para ello debe de tener conocimientos sobre a lo que debe de estar alerta. El **apoyo** que la matrona ofrece a la mujer en proceso de parto se intensifica ante posibles complicaciones ya que generan miedo y ansiedad.

