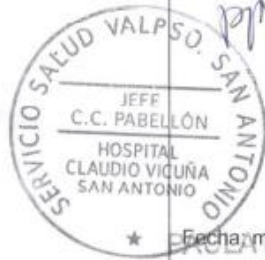

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
	Protocolo de Analgesia del Parto	Edición: Primera
		Página: 1 de 14
		Fecha: Marzo 2023

## Protocolo de Analgesia del Parto


<p><b>Elaborado por:</b> Fernando Morales Anestesiista</p> 	<p><b>Revisado y Autorizado por:</b> Juan Pablo Riquelme Jefe (S) Ginecología Obstetricia</p> 	<p><b>Aprobado por:</b> Paula Macelras Anestesiista Jefe Pabellón</p> 
<p>Fecha: marzo 2023</p> <p>Rut: 12.203.103-6</p> <p>Anestesiista</p>	<p>Fecha: mayo 2023</p>	<p>Fecha: mayo 2023</p>



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 2 de 14
		Fecha: Marzo 2023

## Índice:

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsables	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
7.	Criterios de calidad	8
8.	Flujograma	8
9.	Distribución	8
10.	Anexo	9
11.	Formulario de control de cambio	14

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO DOMINGO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 3 de 14
		Fecha: Marzo 2023

### 1. Objetivo:

Mejorar la calidad del proceso de atención del parto y la satisfacción de las usuarias respecto al grado de analgesia, aportando recomendaciones a los profesionales de salud sobre el manejo de la analgesia durante el parto, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

### 2. Alcance:

Está dirigida a todo el personal de salud que participa en la atención de las mujeres en trabajo de parto.

Criterio de exclusión: Rechazo de la paciente y paciente con trastornos de coagulación.

### 3. Documentos relacionados:


- Síntesis, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Ginecología y Obstetricia, Analgesia y Anestesia Obstétricas y sus Complicaciones. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1660-20-analgesia-y-anestesia-obstetricas-y-sus-complicaciones>
- Ministerio de Salud. "Guía Clínica Analgesia del Parto". Santiago: Minsal, 2012. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Analgesia-del-Parto.pdf>
- Revista Chilena de Anestesia, Año 2021, Volumen 50, Número 2. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv50n02-17/>

### 4. Responsables:

Responsable	Actividad
Médico Anestesiólogo	Realizar y registrar la Analgesia de Parto, aplicando el presente protocolo.
Médico Obstetra	Responsable de la indicación de la analgesia, previa evaluación médica y examen obstétrico.
Matrón(a)	Responsable de aplicar las indicaciones de Anestesiista y/o Obstetra según corresponda.
Técnicos paramédicos (de maternidad)	Cumplir indicaciones de Anestesiista, Obstetra o de matronería según corresponda.
Jefe del CC Pabellón	Fiscalizar el cumplimiento de este protocolo.

### 5. Definiciones:

- **Neuraxial:** significa que se accede al neuroeje (neuroaxis), en el espacio epidural o en el espacio subaracnoideo, para la administración de agentes anestésicos locales y/o analgésicos opioides.
- **Espacio Subaracnoideo:** Se encuentra entre la aracnoides y la piamadre por donde circula el líquido cefalorraquídeo con la presencia de las raicillas nerviosas.
- **Espacio Peridural:** es un espacio virtual entre la cara interna del canal medular y la cara externa del saco dural.
- **Líquido Cefalorraquídeo:** El LCR es un ultrafiltrado del plasma, y es producido por los plexos coroideos de los ventrículos laterales, tercer y cuarto ventrículo.
- **Bloqueo Espinal:** Consiste en la inyección de anestésico local en el espacio subaracnoideo, para producir analgesia y/o anestesia.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO DOMINGO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 4 de 14
		Fecha: Marzo 2023

- **Bloqueo Epidural:** En este caso la inyección se aplica en el espacio epidural.
- **Bloqueo combinado intradural-epidural:** Es un refinamiento de la técnica epidural convencional. Consiste en la introducción, a través de una aguja de epidural, de una aguja de punta de lápiz de calibre 25G o 27G de 120mm.
- **PCA (Patient Controlled Analgesia):** Analgesia controlada por la paciente.
- **PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus):** Bolos epidurales intermitentes programados.

## 6. Desarrollo:

El dolor del parto es uno de los más intensos que puede experimentar el ser humano, especialmente en primíparas y aquellas que no han recibido el entrenamiento previo (técnicas de respiración, meditación, preparación).

El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional de una mujer en trabajo de parto y parto. Este manejo incluye alternativas farmacológicas y no-farmacológicas.

Es de responsabilidad del equipo profesional informarle a la madre sobre el apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor.

El equipo profesional debe favorecer que la madre pueda adoptar las posiciones que le sean más cómodas, la deambulación, la realización de masajes, la aplicación de compresas calientes, la realización de esquemas respiratorios adecuados, que ayudan a la mujer frente al dolor.


La participación de la matrona o matrn en estas actividades es fundamental (apoyo psico- emocional continuo).

El objetivo primario es proveer adecuada analgesia materna con mínimo bloqueo motor. La evidencia actual demuestra que las técnicas analgésicas neuraxiales, que preservan la movilidad materna durante el trabajo de parto, no alteran la evolución de éste ni la del período expulsivo, ni la forma de parto.

Si es apropiadamente elegida, la analgesia o anestesia neuraxial durante el trabajo de parto o parto ejerce poco o ningún efecto sobre el estado fisiológico del recién nacido.

### 6.1 Alternativas Farmacológicas

La elección de la técnica analgésica dependerá de la condición de la parturienta y del progreso del trabajo de parto, además de los recursos humanos y físicos disponibles en el centro asistencial. Su uso debe ser discutido en forma personalizada de acuerdo a las preferencias maternas, a la disponibilidad y recursos locales, y al grado de riesgo materno o fetal.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 5 de 14
		Fecha: Marzo 2023

Los métodos farmacológicos para analgesia de parto son:

- Regional:
  - o Neuraxial
  - o Bloqueos periféricos
  - o Local
- Inhalatoria
- Sistémica: Intravenosa o Intramuscular

**6.1.1 Regional:** Las técnicas de analgesia regional se han transformado en la mejor alternativa para el alivio del dolor en el trabajo de parto, parto, fórceps o cesárea. Entregan alivio del dolor, sin comprometer niveles de conciencia maternos y fetales.

**6.1.1.1 Anestesia y analgesia neuraxial:** Las técnicas involucradas son la epidural o peridural, la espinal o raquídea, y la combinada espinal –epidural.

La epidural puede ser en dosis única, en bolos intermitentes, en perfusión continua o autocontrolada por la paciente. Parece que la perfusión continua es la que logra mejor alivio y satisfacción de la parturienta y que las otras alternativas no presentan beneficios adicionales.


La analgesia epidural permite dejar un catéter in situ lo que posibilita la perfusión continua de fármacos, mientras que la analgesia raquídea o intradural no permite la introducción de un catéter y produce la analgesia derivada de una dosis única de medicación.

La anestesia combinada espinal-epidural ofrece la posibilidad de un inicio rápido de la analgesia, con la ventaja de una infusión continuada de fármacos a través de un catéter. Además de producir un alivio rápido del dolor, puede evitarse el bloqueo motor y esto posibilita la deambulación de la parturienta.

La elección de una técnica analgésica neuraxial debe ser basada en riesgo anestésico y obstétrico, preferencias de la parturienta, progreso del trabajo de parto y recursos del centro asistencial.

• **Recursos físicos y Equipamiento:** La elección de una técnica neuraxial, hace necesaria la existencia de recursos apropiados para el tratamiento de sus complicaciones (hipotensión, toxicidad sistémica por anestésicos locales, anestesia espinal total, depresión respiratoria, náuseas y vómitos, aspiración de contenido gástrico). Para esto es necesario que el lugar donde se administran cuente con oxígeno de uso médico y aspiración central, elementos para el manejo y control de la vía aérea, además de monitoreo materno y fetal.

Se debe contar con una vía venosa permeable e infusión parenteral de fluidos, previo a la inducción de la analgesia. No se requiere un volumen determinado de fluidos

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
	Protocolo de Analgesia del Parto	Edición: Primera
		Página: 6 de 14
		Fecha: Marzo 2023

administrados antes de inducir la analgesia neuraxial.

• **Tiempo de administración:** Para las parturientas en fase activa del parto, el factor que determina la aplicación de las técnicas neuraxiales es la presencia de dolor significativo. Se ha visto que el momento de administración de la analgesia neuraxial no afecta el resultado del parto (ej. incidencia de operación cesárea), también que otras formas de

resultado de parto (ej. espontáneo o instrumental), no son afectados y que la iniciación precoz de analgesia neuraxial (ej. dilatación cervical menor de 5 cm.), mejora la calidad de analgesia sin comprometer el resultado obstétrico ni aumentar los efectos adversos maternos, fetales y neonatales.

• **Indicación de administración:** La indicación debe estar precedida de una evaluación médica y examen obstétrico realizado por un/a profesional responsable de la asistencia del trabajo de parto.

• **Inducción de anestesia/analgesia neuraxial:** el procedimiento debe ser realizado por un anestesiólogo certificado y/o un médico cirujano con práctica reconocida en anestesiología.

En la inducción y durante las re-inyecciones de dosis sucesivas, este operador profesional debe estar rápidamente accesible en el recinto asistencial.

No es recomendable la administración de analgesia por el mismo operador obstétrico, sólo se realizará ante la imposibilidad de traslado o emergencia obstétrica, para esta condición hay alternativas de bajo riesgo y alta satisfacción.

No es recomendable la inducción de anestesia/analgesia neuraxial por médico cirujano sin experiencia en técnicas de reanimación, ni conocimientos del manejo de complicaciones anestésicas.

La analgesia neuraxial para Trabajo de Parto, no debe ser utilizada en recintos asistenciales donde no exista un equipo médico obstétrico para el tratamiento de emergencias rápidamente disponible.

El personal profesional no médico debe estar capacitado en el uso de técnicas de reanimación cardiopulmonar.

**Espinal dosis única:** la literatura reporta el uso de anestésicos locales en dosis bajas, más opioides en inyección espinal única, como una alternativa efectiva y segura a la analgesia epidural.

La principal ventaja es su menor complejidad técnica. Provee una duración de efecto analgésico de hasta 3 horas, sin complicaciones significativas ni alteración de la evolución del trabajo de parto.


Las complicaciones más frecuentes son: prurito, náusea y eventualmente hipotensión. La incidencia de cefalea post punción es menor al 2 %.

Se puede repetir una segunda dosis si el trabajo de parto excede la duración de la dosis, o si se requiere eventualmente un parto instrumental o quirúrgico.

### Indicaciones y contraindicaciones

**Indicaciones:** se sugiere indicación de analgesia neuroaxial preferente en las siguientes condiciones:

- Primigesta menor de 16 años
- Patologías maternas que requieran manejo estricto del dolor: ejemplo pre eclampsia
- Cardiopatías, enfermedades psiquiátricas.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
	Protocolo de Analgesia del Parto	Edición: Primera
		Página: 7 de 14
		Fecha: Marzo 2023

Las siguientes condiciones requieren consideraciones especiales caso a caso:

- Enfermedades del sistema cardiovascular: valvulopatías, arritmias
- Enfermedades neuromusculares: miastenia gravis, esclerosis múltiple, escoliosis, secuelas de trauma espinal.
- Enfermedades del sistema respiratorio: asma severa.
- Enfermedades del sistema endocrino: diabetes descompensada, enfermedades tiroideas.
- Obesidad mórbida.
  
- Enfermedades hematológicas; hemoglobinopatías y coagulopatías.
- Otras situaciones especiales: edema severo o deformidades de cara, boca, cuello o vía aérea, artritis severa de cuello, bocio severo, historia previa de complicaciones anestésicas.

#### **Contraindicaciones absolutas:**

- Rechazo de la paciente
- Trastornos de coagulación: plaquetopenia <60.000 contraindicación absoluta; >100.000 sin problemas. Valores intermedios, evaluar costo beneficio
- Tratamiento anticoagulante
- Shock hipovolémico
- Infección en zona de punción
- Alergia conocida a anestésicos locales

El procedimiento de analgesia-anestesia peridural debe ser realizado por un profesional médico cirujano con especialidad en anestesiología, o con experiencia demostrada en el área evaluada y certificada por el director del establecimiento.


**6.1.1.2 Bloqueos regionales:** son formas menos recomendadas de analgesia regional en trabajo de parto: los bloqueos paracervicales y pudendos, se realizan en condiciones excepcionales, de emergencia durante el expulsivo.

**Recursos físicos y equipamiento:** la elección de un bloqueo regional hace necesaria la existencia de recursos apropiados para el tratamiento, sus complicaciones (toxicidad sistémica por anestésicos locales, hipotensión, arritmias, paro cardiorespiratorio, depresión respiratoria, aspiración de contenido gástrico). Para esto es necesario que el lugar donde se administran cuente con oxígeno de uso médico y aspiración central, elementos para el manejo y control de la vía aérea, además de monitoreo materno y fetal. Se debe contar con un avía venosa permeable e infusión parenteral de fluidos previo al bloqueo. No se requiere de un volumen determinado de fluidos administrados previo al bloqueo.

**Anestesia local:** las alternativas locales de infiltración perineal utilizadas son el uso de lidocaína al 2% o diluida al 1% en suero fisiológico.

Los procedimientos de anestesia local están a cargo del equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrn, médico obstetra o general.

**6.1.2 Analgesia inhalatoria:** la utilización de óxido nitroso en mezcla al 50% con oxígeno es una alternativa eficaz en el trabajo de parto. El óxido nitroso es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efecto cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto o recién nacido, ni afecta la lactancia.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 8 de 14
		Fecha: Marzo 2023

La técnica de inhalación intermitente debe iniciarse inmediatamente al momento de ser percibida una contracción uterina. La mascarilla de inhalación debe ser retirada entre contracciones y respirar normalmente.

La analgesia inhalatoria es aplicada por la propia parturienta y monitorizada por el equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrn, mdico-obstetra o general.

**6.1.3 Analgesia sistmica intravenosa o intramuscular:** los analgsicos opioides han sido utilizados en analgesia del trabajo de parto. La experiencia es limitada y sus efectos y eficiencia son discretos (anexo 4).

## 6.2 Alternativas no farmacolgicas

**6.2.1 Tcnicas que reducen el estmulo doloroso:** movimientos maternos y cambios de posicin, contrapresin durante contraccin uterina, descompresin abdominal.

**6.2.2 Tcnicas que activan los receptores sensitivos perifricos:** calor y fro superficial, inmersin en agua tibia durante el trabajo de parto, tacto, masajes, acupresin sin agujas, aromaterapia.

**6.2.3 Tcnicas que aumentan las vas inhibitorias descendentes:** orientacin de foco de atencin y distraccin, hipnosis, msica y audio-analgesia, bio-retroalimentacin durante clases prenatales.  
No existe evidencia basada en trabajos clnicos aleatorios y controlados para apoyar alguna de estas tcnicas.


**7. Criterio de calidad:** No aplica

**8. Flujograma:** No aplica

## 9. Distribucin

- Subdireccin de gestin asistencial
- CC Obstetricia
- CC Urgencia Gineco obstetra



 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 9 de 14
		Fecha: Marzo 2023

## 10. Anexos:

### Anexo 1. Analgesia espinal dosis única

#### Técnica:

- Paciente sentada
- Palpación línea intercrestak
- Infiltración anestésico local del espacio L3-L4
- Punción lumbar con aguja espinal punta cónica 25 G ó 27 G
- Esperar salida espontánea del líquido cefalorraquídeo

#### Preparación de la dosis espinal:

- Jeringa de 5 mL desechable
- Aspirar 2.5 mg (0.5 mL) de bupivacaína isobásica al 0.5 % (Abbott, Biosano, Sanderson)
- Agregar 25 mcg (0.5 mL) de fentanilo (Janssen, Biosano, Sasnderson).
- Agregar 2 mL de solución salina isotónica (suero fisiológico) hasta completar volumen final.

#### Inyección espinal:

- Conectar jeringa, sin aspirar inyectar los 3 mL en 30 segundos
- Aspirar al final para certificar continuidad con espacio subaracnoideos
- Retirar aguja espinal
- Parche de gasa

#### Posición:


- Mantener a la paciente en decúbito supino con desplazamiento lateral del útero (cuña o decúbito lateral), por 20 minutos.
- Luego sentar o mantener en posición Fowler

#### Monitorización:

- Presión arterial no invasiva cada 5 minutos por 20 minutos.
- FCF continua

#### Complicaciones y manejo:

- Hipotensión arterial: PAS<100mmHg: efedrina 6-12mg bolus hasta corrección.
- Prurito: si es muy intenso: naloxona 0.2 mgIV
- Nauseas: dexametasona 4 mg, u ondasetron 4 mg
- Depresión respiratoria: muy poco frecuente y autolimitada a 30 min: estimulación de la ventilación con oxígeno adicional o naloxona.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 10 de 14
		Fecha: Marzo 2023

## Anexo 2. Protocolo de Analgesia del Trabajo de Parto (sin PCA)

### Trabajo de Parto < 7 cm de dilatación

#### Vía Epidural:

- **Bolo:** 15ml Bupivacaína 0,066% + Fentanilo 1 mcg / ml

Preparación: Bupivacaína 0,5% 2ml (10 mg) + Fentanilo 0,3ml (15 mcg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 15ml

- **BIC:** 100ml Bupivacaína 0,0625% a 10 ml / hr

Preparación: Bupivacaína 0,5% 12,5ml (62,5 mg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 100ml

#### Vía Espinal:

- **Dosis:** 2,5ml Bupivacaína 0,04% + Fentanilo 6 mcg / ml

Preparación: Bupivacaína 0,5% 0,2ml (1 mg) + Fentanilo 0,3ml (15 mcg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 2,5ml

### Trabajo de Parto > 7 cm de dilatación

#### Vía Epidural:

- **Bolo:** 10ml Bupivacaína 0,125%

Preparación: Bupivacaína 0,5% 2,5ml (12,5 mg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 10ml


- **BIC:** 100ml Bupivacaína 0,025% a 8 ml / hr

Preparación: Bupivacaína 0,5% 5ml (25 mg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 100ml

#### Vía Espinal:

**Dosis:** 2,5ml Bupivacaína 0,08% + Fentanilo 6 mcg / ml

Preparación: Bupivacaína 0,5% 0,4ml (2 mg) + Fentanilo 0,3ml (15 mcg) + Solución Fisiológica a Volumen Total 2,5ml

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO DOMINGO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
		Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto	Página: 11 de 14
		Fecha: Marzo 2023

### Anexo 3. Protocolo de Analgesia del Trabajo de Parto (con PCA / PEIB)

Bolo inicial de 7-10 ml de Bupivacaína 0,125% + 50 mcg de Fentanilo



#### MANTENIMIENTO

##### Solución:

Bupivacaína 0,125%  
  
+ 1 mcg / ml Fentanilo



#### INFUSION CONTINUA

Perfusión: 5-10 ml / hr

##### PCEA

Perfusión continua: 3-10 ml / hr

Bolos a demanda PCEA: 3-8 ml (3 máx. / hr )

Tiempo de Cierre: 20 minutos

##### PEIB

Perfusión continua: 1-2 ml / hr

Bolo intermitente: 3-6 ml / 20-30 min

Bolos a demanda PCEA: 2-6 ml / 20 min

Máx. 4 h: 40 ml

##### Solución:

Bupivacaína 0,0625%  
  
+ 1 mcg / ml Fentanilo



#### INFUSION CONTINUA

Perfusión: 8-12 ml / hr

##### PCEA

Perfusión continua: 3-10 ml / hr

Bolos a demanda PCEA: 5-10 ml (3 máx. / hr )

Tiempo de Cierre: 20 minutos


##### PEIB

Perfusión continua: 1-2 ml / hr

Bolo intermitente: 6-8 ml / 20-30 min

Bolos a demanda PCEA: 5-7 ml / 20 min

Máx. 4 h: 80 ml

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO DOMINGO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 109
			Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto		Página: 12 de 14
			Fecha: Marzo 2023

### Indicaciones médicas:

- 1.- Revisar estado de vejiga cada 1 hora
- 2.- Mantener vía venosa permeable con infusión continua

### Avisar a Anestesia si:


- 1.- Bloqueo motor súbito o pérdida de conciencia
- 2.- Hipotensión (PA < 20% del basal)
- 3.- Analgesia insatisfactoria

### Administrar:

- 1.- Ondansetrón 4 mg EV si náuseas y/o vómitos

### Anexo 4. Analgesia Parenteral en Trabajo de Parto

	Intravenosa		Intramuscular		Duración	Observaciones
	Dosis mg	Latencia Minutos	Dosis mg	Latencia Minutos		
<u>Meperidina</u>	25 - 30	5 -10	40 - 50	30 - 45	2 – 3 hrs	Efectos en RN de <u>normeperidina</u> , entre 1-4 hrs después de administración
<u>Fentanyl</u>	0,025 - 0,05	2 - 3	0,05 – 0,075	10	30–60 min	Infusión o PCA IV Efectos acumulativos
<u>Nalbufina</u>	10 - 20	2 - 3	10 – 20	15	3 – 6 hrs	Agonista y antagonista <<náusea-vómitos que <u>meperidina</u>

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SANTO DOMINGO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 109
	Protocolo de Analgesia del Parto	Edición: Primera
		Página: 13 de 14
		Fecha: Marzo 2023

## Anexo 5. Anestesia conducción trabajo de parto

### ANESTESIA CONDUCCIÓN TRABAJO DE PARTO

Nombre			
Diagnóstico			
Nº Ficha	Edad		
Rut	Fecha		

Peridural  Combinada  Raquídea

	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis	5ª Dosis
<b>Bupivacaína</b>					
<b>Epinefrina</b>					
<b>Fentanilo</b>					
<b>Lidocaína</b>					
<b>Volumen</b>					
<b>Dilatación</b>					
<b>Hora</b>					
<b>Anestesiólogo</b>					

<b>Posición</b>	<b>Nivel de punción</b>	<b>Nº intentos</b>
Sentada	Trocar <b>Tuohy</b> Nº	<b>Espacio Peridural (cm)</b>
DLD	Trocar Espinal Nº	<b>Fijación catéter (cm)</b>
DLI	Catéter Nº	

<b>Parestesias</b>	Si
No	

<b>Punción Duramadre accidental</b>	Si
No	


<b>Trauma</b>	Si
No	

### EVALUACIÓN PREANESTÉSICA PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

	Si	No
<b>SHE</b>		
<b>PRE-ECLAMPSIA</b>		
<b>DM GESTACIONAL</b>		
<b>MEDICAMENTOS</b>		
¿Cuáles?:		
<b>ALERGIAS</b>		
¿Cuáles?:		

<b>ASA</b>	I - II - III - IV - V - E
<b>Observaciones:</b>	
Sangre ( ) LCR ( )	

<b>Anestesiólogo Evaluador</b>	<b>Firma</b>
--------------------------------	--------------

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SALVADOR	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 109
			Edición: Primera
	Protocolo de Analgesia del Parto		Página: 14 de 14
			Fecha: Marzo 2023

### CONTROL POST PERIDURAL MATRONERIA

<b>Fecha</b>						
<b>Hora Anestesia</b>						
<b>Control</b>	<b>Hora Control</b>	<b>Control PA</b>	<b>Control FC</b>	<b>Sat O2</b>	<b>Control LCF</b>	<b>Nombre Matrona</b>
5 Minutos						
15 Minutos						
30 Minutos						
1° Refuerzo						
2° Refuerzo						
3° Refuerzo						
<b>OBSERVACIONES:</b>						

### 11. Formulario de control de cambios

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma