

3.3. FASE DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Se realizó la identificación de facilitadores y barreras para la implementación de las recomendaciones de la presente guía. El plan de implementación será elaborado por el área que implementará las recomendaciones en el INMP, considerando las principales características de la institución, del personal y de las pacientes, que permitan lograr el cumplimiento de indicadores y la sostenibilidad de la guía en el tiempo.

IV. DESARROLLO DE LAS RECOMENDACIONES

1. **En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto ¿Es eficaz y seguro el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial comparado con no brindar analgesia de parto en términos de satisfacción materna, alivio del dolor, tiempo de duración del trabajo de parto, pujo materno, cesárea, Apgar de RN y depresión postparto?**

Se recomienda el uso de analgesia con técnica neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.
Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en una moderada calidad de la evidencia

Consideración adicional:

- El acceso a la técnica neuroaxial pudiera verse limitada en algunos establecimientos de salud de acuerdo con el nivel de complejidad por el número reducido de profesionales capacitados, infraestructura y equipamiento.
- Se considera gestante sana o de bajo riesgo a aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 828 estudios, luego de retirar los elementos duplicados se obtuvieron 781, la revisión por título y resumen permitió seleccionar 18 artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo solo cinco estudios respondían a la pregunta.

Una revisión sistemática y metaanálisis (Anim-Somuah, 2018) que evalúa la efectividad y seguridad de diferentes tipos de analgesia epidural comparado con la analgesia no epidural o ninguna intervención para el alivio dolor durante el trabajo de parto en la madre y el recién nacido, la RS aborda 15 tipos de técnicas de manejo del dolor durante el trabajo de parto incluyendo 40 ECAs (11000 gestantes) (10). Para responder a la pregunta PICO de la guía, se seleccionó el subgrupo de análisis que compara el uso de analgesia epidural con no utilizar ningún tratamiento o placebo, a partir de siete ECAs con 897 pacientes, en donde utilizaron bupivacaína o ropivacaína de la siguiente manera:

- a) Uso de bupivacaína con bolos de fentanilo (11) y tramadol (12): 2 ECAs
- b) Uso de ropivacaína con sufentanilo (13): 1 ECA
- c) Uso de bupivacaína (14): 1 ECA
- d) Uso de PCEA (13,15): 2 ECAs
- e) Uso de epidural espinal combinada (15–17): 3 ECAs

Mientras que los grupos de comparación recibieron:

- a) Terapias alternativas como masaje, musicoterapia y uso de pelotas suizas (16): 1 ECA
- b) Ningún tipo de analgesia (13–15,17): 4 ECAs
- c) No describieron la intervención de control (11,12): 2 ECAs

El uso de analgesia epidural es probable que incremente ligeramente la satisfacción materna en términos de alivio del dolor como excelente o muy buena durante el trabajo de parto (RR: 1,32; IC 95%: 1,05 a 1,65) (16), podría reducir la intensidad del dolor levemente (alivio del dolor) durante la 1° (DM: -55,90 *puntaje EVA*; IC 95%: -61,09 a -50,71) y la 2° etapa del parto (DM: -55,70 *puntaje EVA*, IC 95%: -63,54 a -47,86) evaluado con una reducción del puntaje en una escala visual análoga (*EVA*), la certeza de la evidencia fue baja (15). Al evaluar la duración de la 1° (DM: -55,09 *minutos*; IC 95%: -186,26 a 76,09) y la 2° etapa del trabajo del parto en minutos (DM: 7,66 *minutos*; IC 95%: -6,12 a 21,45), no se reportaron diferencias entre los grupos de comparación. Sin embargo, los estudios fueron significativamente heterogéneos y la certeza de la evidencia fue baja (11,14,15,18).

El uso de analgesia epidural disminuyó significativamente el número de pacientes que se sometieron a cesárea comparada con no usar ningún tratamiento o uso de placebo (RR: 0,46; IC

95%: 0,23 a 0,90)(10). La evidencia proviene de cinco ECAs con 578 gestantes, la certeza de la evidencia fue moderada.

En relación con los desenlaces asociados al recién nacido, ninguno de los estudios incluidos en el subanálisis de la RS reportó datos(10).

A pesar de ser un desenlace crítico, la depresión materna no fue reportada en ninguna RS ni en ECAs, por lo que la evidencia seleccionada para esta, fueron estudios no aleatorizados de tipo cohorte y caso – control. Los resultados relacionados al desarrollo de depresión postparto a partir de tres estudios de cohorte prospectivas multicéntricas realizadas en Beijin - China, reportaron que, la analgesia neuroaxial reduce ligeramente el desenlace en las pacientes comparado con el grupo control (ORa: 0,40; IC 95%: 0,21-0,77; $P= 0,006$) a las 6 semanas (19), a las 48 horas después del parto (OR:0,257; IC 95%: 0,117–0,528) (20), y a los 2 años después del parto (ORa: 0,455; IC 95%: 0,230 a 0,898)(18). Mientras que, un estudio de caso - control, no reportó diferencias para el desarrollo de depresión post parto relacionado al uso de analgesia comparado con no uso durante la duración de la primera etapa del trabajo de parto (21).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El beneficio de ofrecer la analgesia de parto es grande en gestantes sanas o de bajo riesgo, no solo por los beneficios en el alivio del dolor y el confort de la paciente también atenúa los episodios cardiovasculares, de hiperventilación, hipoventilación compensatoria, estados de hipoxemia en la madre.

Es muy favorable para la mujer en relación con la dinámica uterina, su salud mental, disminuye la depresión en la etapa postparto, le da mayor tranquilidad y ayuda a que la madre se reincorpore pronto en sus actividades, así como al cuidado del recién nacido. La anestesia de parto también ayudaría no solo en pacientes sanas sino en pacientes de otra condición dado que el dolor rompe más el equilibrio fisiológico. Esta atención anestésica debe ser realizada a solicitud de la paciente.

Algunos estudios incluidos utilizan medicamentos no disponibles en nuestro país, sin embargo, actualmente se usan medicamentos que son el estándar de oro para la analgesia en obstetricia como la bupivacaína, la levobupivacaína y el fentanilo que se encuentran dentro del PNUME,

además, se usan técnicas neuroaxiales como la epidural a dosis bajas y ocasionalmente la técnica espinal + epidural y espinal.

El panel de expertos sugiere que, en algunas provincias del país, la adecuación cultural es muy marcada aunada a la falta de un enfoque más humanizado de una política nacional de analgesia durante el parto por parte del MINSA, las mujeres de nuestro país culturalmente tienen otras formas de realizar el parto, por ejemplo, en la sierra se practica el parto vertical y en la selva parto bajo el agua. Estudios que evalúen el uso de analgesia en esta posición, permitirían demostrar los beneficios y riesgos reales de la intervención en nuestro país.

Los daños potenciales de esta intervención si existen, pero son pequeños. Si bien, en algunos casos, la intervención ha presentado eventos adversos, como partos por cesárea, resultados neonatales, parto instrumentado, fiebre materna y una controversia del autismo en el recién nacido o niños que recibieron analgesia de parto, estos estuvieron relacionados con concentraciones altas de analgesia de parto tradicional.

Dentro de los eventos adversos de la analgesia neuroaxial se tiene en primer lugar a la punción accidental de la duramadre que genera cefalea post-punción dural que aparece a las 48 a 72 horas, pero que es fácilmente manejado con tratamiento médico o parche hemático, existe estudios de casos auditados en unidades Obstétricas en Reino Unido en 2001, donde por cada 100 pacientes gestantes, que eran intervenidas con aguja Tuohy N° 18, de estas, 20 no hacían cefalea y lo presentaron 80 (22). En el INMP la frecuencia relativa de analgesia epidural es del 22% del total de partos, por lo que los posibles eventos adversos dependerán de la frecuencia con la que se realiza el procedimiento.

Valores y preferencias

El panel de expertos considera que posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importante sobre que tanto las pacientes valoran la intervención.

En el INMP la población atendida son mujeres jóvenes de estrato social moderado a bajo y de procedencia extranjera. Aproximadamente, el 80 al 90% acepta el procedimiento, sin embargo, el universo es muy pequeño. El Perú es un país pluricultural, por las características propias de cada región, en algunos casos las mujeres multíparas son consideradas a tener un umbral de dolor más

alto, por lo que, se estima que la solicitud de analgesia estaría concentrada en gestantes nulíparas o primíparas.

El panel considera algunos factores que no ayudan a la intervención como es la comunicación a la paciente con un lenguaje sencillo aunado al idioma del lugar donde se encuentre la gestante en trabajo de parto. Otro factor identificado es la oposición de algunos profesionales de salud, que son parte del equipo multidisciplinario, que por diferentes motivos no aceptan el uso de analgesia y en algunos casos esta posición particular podría generar en la gestante una incertidumbre de rechazo.

Uso de recursos

El panel considera que, el uso de recursos para la aplicación de la intervención generaría ahorros moderados. Los beneficios de la analgesia neuroaxial no se pueden traducir en beneficios monetarios en general, sino se toma en cuenta lo siguiente: los beneficios de aliviar el dolor y su repercusión en el dolor crónico, mejora de la satisfacción materna, disminución de la tasa de cesáreas, trauma obstétrico y depresión postparto, no generará un ahorro inmediato sino esto se verá de un mediano a largo plazo, reduciendo realmente los costos en la atención de estos eventos adversos.

En nuestro país a nivel MINSA esta atención es cubierta por el Servicio Integral de Salud (SIS), a nivel de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales de igual forma.

Resulta necesario, desarrollar estudios de costo-efectividad sobre el uso de analgesia neuroaxial que permitan conocer su impacto en el uso de recursos económicos del sistema de salud.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El uso de analgesia neuroaxial incrementa la equidad en salud para todas las gestantes en trabajo de parto y parto. Es así como, la OMS propone como un indicador de pobreza, que las gestantes deben recibir analgesia en el parto y parto con o sin dolor.

Es importante que toda gestante pueda solicitar esta atención, sobre todo en aquellas de bajos recursos económicos que acuden a los diferentes establecimientos de salud, por ello es necesario contar con personal especializado multidisciplinario capacitado.

Años atrás, desde un punto de vista ginecobstétrico esta intervención generaba cierta incertidumbre respecto a la influencia de la dosis analgésica, en la dinámica uterina, el tiempo del trabajo de parto, el déficit neurológico transitorio, sin embargo, hoy en día, las nuevas evidencias, la mejora en las soluciones de concentraciones más bajas de analgesia y nuevas técnicas neuroaxiales han permitido resolverlas.

Actualmente, el parto con analgesia neuroaxial se da desde un enfoque de parto humanizado, explicando los beneficios y riesgos de la intervención, durante el consentimiento informado y por indicación del ginecobstetra, con el apoyo del personal obstetra y de enfermería en el monitoreo y atención, siendo aceptado casi en su totalidad.

En algunas regiones del país, aun la atención del parto con analgesia es pequeña debido a algunos factores identificados por el panel de expertos, como es la sensibilización al personal de salud y la capacitación. Por otro lado, en hospitales de las fuerzas policiales se apreció inicialmente una resistencia al uso de la intervención pero que esto ha ido cambiando por la misma coyuntura generacional y mejora en la aceptación de las evidencias.

El panel de expertos considera que la intervención si es aceptable para las partes interesadas, y que es factible de implementarla, dado que incrementa la equidad en salud. También, indicó que sería importante que las recomendaciones de la guía puedan ser utilizadas por establecimientos de nivel II-2 donde puedan contar con recursos humanos suficientes, considerando que los gestores de estas instituciones logren implementar y adecuar los espacios necesarios de unidades de analgesia en los centros obstétricos.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

Finalmente, el panel de expertos concluye que el balance entre efectos deseables e indeseables favorece a la analgesia del parto y parto con técnica neuroaxial.

Con especial interés en los beneficios hacia la madre debido a un mejor conocimiento de la fisiopatología del dolor durante el trabajo de parto, nuevas evidencias en cuanto a las dosis, técnicas y factores de protección de partos instrumentados, cesáreas, trauma obstétrico, satisfacción materna, en los resultados del recién nacido y la depresión postparto.