

3. ¿En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la técnica Neuroaxial más eficaz y seguro para el inicio del alivio del dolor durante el trabajo parto y parto?

La búsqueda sistemática identificó 1 243 estudios, luego de retirar los elementos duplicados y mediante el tamizaje por título y resumen, se seleccionaron 34 artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo, cuatro estudios respondían a la pregunta.

3.1. Analgesia combinada epidural – raquídea/espinal vs analgesia epidural

Se sugiere el uso de la analgesia combinada espinal - epidural comparada con la analgesia epidural en bajas dosis en gestantes sanas o de bajo riesgo.

Recomendación condicional a favor de la intervención basada en baja calidad de la evidencia.

Consideraciones adicionales

Se debe considerar el monitoreo permanente del binomio madre-feto

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

Una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar los efectos relativos de la analgesia espinal – epidural combinada (EEC) comparado con la analgesia epidural sola durante el trabajo de parto. Para responder a la pregunta PICO de la guía, se seleccionó el subanálisis que compara EEC con bajas dosis de analgesia epidural (28).

La evidencia reporta que la analgesia combinada (epidural + raquídea/espinal) comparada con la analgesia epidural, da como resultado una diferencia pequeña o ninguna diferencia en el número de mujeres con analgesia efectiva a los 10 minutos después de la primera inyección (RR: 1.94; IC 95% 1.49 a 2.45) a partir de un ECA con 101 gestantes con alta confianza de la evidencia. No hay diferencias significativas sobre el número de mujeres satisfechas con la analgesia al comparar ambos grupos (RR: 1.02; IC 95%: 0.97 a 1.06), la certeza de la evidencia fue baja para este desenlace sobre los resultados del MA de seis ECAs con 480 gestantes. Tampoco se reportaron diferencias significativas sobre el desarrollo de hipotensión materna (RR: 1.59; IC 95% 0.85 a 2.96) a partir de 12 ECAs con 1741 gestantes con una muy baja certeza de la evidencia y ninguna

diferencia respecto a la incidencia de cesárea (RR: 0.95; IC 95%: 0.79 a 1.14), la certeza de la evidencia fue baja en este caso (28).

Sobre los desenlaces neonatales, no se reportaron diferencias significativas sobre una puntuación menor a siete en el Apgar (RR:0.70; IC 95% 0.31 a 1.59), la evidencia proviene de seis ECAs con 1092 gestantes, con una baja certeza de la evidencia (28).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los efectos deseables son grandes. Los principales beneficios de la analgesia combinada son la calidad y el tiempo de la analgesia más rápida que la epidural, además, en pacientes con múltiples analgesias epidurales previas, la analgesia resulta incompleta, por lo que, en estas pacientes resulta beneficiosa.

Los efectos indeseables o daños potenciales se centran básicamente en la frecuencia cardiaca fetal que se encuentra asociada a la dosis de fentanilo u opioide utilizado, la presencia de prurito es trivial, en cambio, una disminución transitoria de frecuencia cardiaca fetal podría estar ligeramente asociada a la dosis del opioide. A pesar de ello, en las revisiones no se ha encontrado ninguna evidencia sólida sobre el impacto en la frecuencia fetal con analgesia combinada.

Valores y preferencias

Contextualizando el escenario en el que madre se encuentra en una situación de dolor y se le ofrece la analgesia con información de los riesgos y beneficios, probablemente no hay incertidumbre o variabilidad importante. El panel considera que las pacientes o sus cuidadores no presentarían incertidumbre entre las dos técnicas analgésicas, previa educación y consentimiento informado.

En el sector privado un 99 % las pacientes pueden solicitar analgesia epidural cuando ella lo considera conveniente y la aplicación de la dosis dependerá del umbral del dolor, por ello, probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad al respecto.

Uso de recursos

El panel de expertos consideró que los requerimientos de recursos de la analgesia del parto combinada generarían ahorros moderados al sistema de salud.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

Todos los miembros del panel de expertos consideraron que los equipos involucrados en el área aceptarían y estarían de acuerdo con la intervención, por lo que, sería factible implementar la intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

Se requiere hacer una valoración de la práctica basada en la evidencia, la experiencia clínica y la valoración de las pacientes. El panel se encuentra a favor de la técnica combinada por sus bondades y adaptación.

Se sugiere el uso de analgesia con punción dural epidural como una opción de analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.

Recomendación condicional a favor de la intervención basada en evidencia de muy baja calidad

Consideraciones adicionales:

- Se sugiere utilizar aguja punta de lápiz de calibre 25 a 27 G
- Se debe considerar el monitoreo permanente del binomio madre-feto
- Se sugiere brindar la información de las diferentes opciones de analgesia a las gestantes

Se sugiere utilizar aguja punta de lápiz de calibre 25 G.

Punto de buena práctica clínica

3.2. Analgesia epidural con punción dural vs analgesia epidural

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

Una RS con el objetivo de comparar la analgesia epidural por punción dural (DPEA) y la analgesia epidural lumbar convencional (LEA) en gestantes en trabajo de parto sobre el análisis de seis ECAs.

Al evaluar la DPEA con aguja Whitacre de calibre 27, dos ECAs reportaron tasas similares de manipulación del catéter (28-37%) durante el trabajo de parto. No hubo diferencias respecto a la preservación de la raíz sacra, bloqueo unilateral, bloqueo de pico nivel, número de dosis complementarias, consumo de analgésico local (LA), calidad de la analgesia, duración del trabajo

de parto y modo de parto. La intervención mejoró el tiempo de inicio o tiempo para alcanzar un puntaje < 3 en la EVA y la calidad de la analgesia (ambos $P < 0,05$). No hubo diferencias entre grupos para duración del bolo de LA inicial, tiempo hasta la primera solicitud de recarga, consumo de LA, duración del trabajo de parto e incidencia de parto por cesárea (29,30), la certeza de la evidencia fue muy baja.

Con el uso de aguja Whitacre de calibre 26, no se reportaron diferencias entre los grupos para los desenlaces de analgesia adecuada, definida como un puntaje ≤ 10 en la EVA a escala de 0-100, bloqueo sensoriomotor, modo de parto, incidencia de cefalea en 48 horas, y satisfacción del paciente. La DPEA mostró menor tiempo hasta la analgesia adecuada (8 frente a 10 min) comparada con el control ($P = 0,042$) (31). Solo un ECA presentó resultados para el subanálisis con baja certeza de la evidencia.

Con el uso de aguja espinal calibre 25, los resultados asociados a los tiempos fueron muy variables, un estudio reportó que LEA vs DPEA resultó mejor en tiempos de aparición reducidos y tasas de parto vaginal espontáneo (32), mientras que otro ECA (33) no encontró diferencias entre ambos grupos en términos de hora de inicio y modo de parto. DPEA proporcionó una raíz sacra mejorada bloqueo y una menor incidencia de bloqueo unilateral / asimétrico en comparación a LEA. DPEA proporcionó un aumento franco en la tasa de éxito (100% frente a 92%; $P = 0,04$) en las dos primeras horas en comparación con LEA (34) y la incidencia de parestesia también fue mayor con el uso de DPEA (29% frente a 2%; $P < 0,001$). No se reportaron diferencias en términos de consumo de analgésico local, uso de efedrina para hipotensión y satisfacción del paciente. Los resultados provienen de tres ECAs con muy baja certeza de la evidencia.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La punción dural-epidural tiene efectos más rápidos, pues el tiempo de latencia es menor, acercándose a la técnica combinada, esto va a depender del calibre de la aguja que se utilizará, la evidencia no es concluyente respecto al uso de una aguja más gruesa y un efecto más rápido, pero tampoco hay más información sobre la incidencia de cefalea por punción dural comparado con la epidural, pues los beneficios son pequeños. La técnica epidural con punción dural es muy infrecuente en nuestro medio por lo que se desconoce los efectos indeseables que podrían presentarse en población peruana. Es necesario realizar estudios que evalúen el uso de la técnica y sus beneficios y riesgos en el país.

Valores y preferencias

Los valores y preferencias son evaluados de manera indirecta a través del panel de expertos y los miembros del GEG. Aun cuando es poca la experiencia en la aplicación de la técnica en el país, la respuesta al ítem valorado será en torno a una posición hipotética en donde se podría utilizar esta técnica, en este caso, si se les brinda información a las pacientes sobre beneficios y riesgos en un lenguaje comprensible para ellas, probablemente la aceptarían.

El panel de expertos mencionó que esta técnica está planificada para aquellas pacientes en quienes se desea lograr una analgesia rápida, pero sin los posibles efectos indeseables de una analgesia combinada, como la disminución en la frecuencia cardíaca fetal, teóricamente se les ofrece a las pacientes que están en trabajo de parto más adelantado pero que tienen algún riesgo de alteración del ritmo cardíaco fetal, preeclampsia, crecimiento uterino, etc.

Uso de recursos

Los requerimientos de recursos sobre el uso de analgesia epidural con punción dural generarían ahorros moderados. No existen estudios económicos en el país, por lo que, se debe valorar las condiciones médicas que se requieren para la atención con esta técnica, como la capacitación del personal, tecnología sanitaria que necesitan ser financiadas. El panel de expertos consideró que, la analgesia con punción dural- epidural generaría ahorros moderados al sistema de salud.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

Luego de conocer los beneficios y riesgos de la analgesia dural-epidural, esta sería aceptable para el personal de salud, clínicos y pacientes. Por lo que, el panel indica que sería factible la implementación de la técnica dural-epidural.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

Evaluar el balance entre las consecuencias favorables y desfavorables es complejo, ya que, los beneficios de la punción dural - epidural están con relación al calibre de la aguja utilizada, el panel refiere que el uso de una aguja N° 27 no tendría mayor beneficio que una punción epidural, pero si generaría costos adicionales, en cambio, el beneficio sería mayor si se usa una aguja calibre 25 como se reporta en la evidencia. En función de la técnica, independientemente de la aguja que se

use, el balance de efectos favorece a la analgesia dural - epidural, por su acción al acortar la latencia, y el mínimo riesgo de cefalea post – punción.

3.3. Analgesia espinal única vs analgesia epidural

Se sugiere la analgesia espinal única como una opción de analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto.

Recomendación condicional a favor de la intervención basada en evidencia de baja calidad

Consideraciones adicionales:

- Sugiere utilizar aguja punta de lápiz de calibre 25 G - 26 G - 27 G.
- Se debe considerar el monitoreo permanente del binomio madre-feto.
- Se sugiere brindar la información de las diferentes opciones de analgesia a las gestantes.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

Un ECA desarrollado en Irán, con el objetivo de evaluar los efectos de la analgesia espinal única y la analgesia epidural, en gestantes nulíparas o multíparas en estado físico II de acuerdo a la American Society of Anesthesiologists (ASA) y que desean un parto sin dolor, fueron excluidas quienes presentaron factores de riesgo como hipertensión intracraneal, falla espinal o epidural, coagulopatía, infección local, abuso de drogas, rechazo a recibir analgesia y haber necesitado una cesárea de emergencia. Participaron un total de 100 gestantes en trabajo de parto avanzado, distribuidas en 50 para cada grupo de intervención (35).

En base a los resultados del ECA, la duración de la 2° y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos ($P > 0.05$), el tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue de 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) ($P < 0,001$). La duración de la analgesia fue de 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) ($P < 0,001$), el tiempo para alcanzar el bloqueo máximo fue de 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) ($P < 0,001$), el tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas fue de 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) ($P < 0,001$) (35).

Respecto a la calidad de la analgesia fue ligeramente mejor en el grupo de espinal única (79,2%) comparado con epidural (70,5%) ($P < 0,001$), mientras que, en la puntuación de EVA, el grupo que recibió analgesia espinal presentaron resultados significativamente más bajos en comparación con el grupo epidural (35).

Los eventos adversos (prurito, extracción al vacío, infusión de aumento de oxitocina, vómitos y la puntuación Apgar neonatal y la variación de la FCF) fueron aproximadamente los mismos en ambos grupos ($P > 0,05$) (35).

El grupo epidural se encontró con una disminución de más del 25% en la presión arterial en comparación con la línea de base que el grupo espinal ($P < 0,05$). En el grupo espinal, 10 pacientes fueron re-puncionados debido al tiempo de entrega prolongado, y en el grupo epidural, 16 pacientes recibieron un bolo adicional de dosis analgésica, como la dosis de carga del catéter ($P > 0,05$) (35).

Adicionalmente, se identificó un metaanálisis en red que evalúa la probabilidad de presentar cefalea postpunción dural al comparar agujas de diferentes puntas y calibres.

Los resultados reportaron que la probabilidad de dolor de cabeza postpunción dural y falla del procedimiento fue más baja usando agujas atraumáticas de 26-G (36).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La aplicación de la técnica espinal única se da en casos de situaciones apremiantes, pues la presencia de un catéter epidural nos ayuda a evitar el riesgo de abordar la vía aérea en la situación menos favorable de una gestante en el trabajo de parto, en el momento expulsivo y quizá con alguna pérdida de bienestar fetal, en ese sentido la anestesia espinal, si es una herramienta, si la hemos usado en algunas situaciones difíciles cuando es posible colocar un catéter epidural y cuando la paciente se encuentra en fase expulsiva final, resulta ser una alternativa que debe manejarse con beneficios pequeños.

En la experiencia clínica del panel, esta técnica muchas veces es suficiente y la evidencia ha demostrado que es más rápida, por ello tiene las mismas características que una analgesia combinada, es más rápida que una dosis epidural, calma más rápido el dolor e implica un menor uso de recursos económicos.

Los beneficios de la intervención varían debido a la existencia de múltiples factores propios del trabajo de parto. En muchos casos, una sola dosis de analgesia espinal es suficiente en una fase más avanzada del trabajo de parto para obtener un expulsivo sin dolor, sin la necesidad de requerir intervención por cesárea. La analgesia espinal única estaría indicada para ciertos casos como en pacientes con una dilatación avanzada, sin embargo, la respuesta puede ser variable entre pacientes nulíparas o multíparas, por lo que, la dosis y el refuerzo dependerá de cada caso.

Para determinar el tamaño de los efectos de la intervención se tuvieron que realizar dos votaciones por parte del panel de expertos quedando como resultado final que los efectos deseables de uso de analgesia espinal dosis única es moderada.

Los efectos indeseables de la intervención se refieren a la punción de la dura madre, y dependerá, de la aguja espinal que se utilice (calibre 27) que podría generar una cefalea mínima, pero si pensamos en el recién nacido, la evidencia tampoco es concluyente, es difícil determinar la magnitud de los efectos indeseables. Con el uso de una dosis única dependerá adicionalmente del tipo de fármaco que se usa, solo opioide u opioide más anestésico local, hay varios factores que podrían alterar en relación con frecuencia cardiaca fetal, en la evidencia identificada no se reportaron diferencias.

Valores y preferencias

Existe poca experiencia respecto al uso de esta técnica, pero está siendo considerada como una opción más a ofertar, podría ser que probablemente que no haya incertidumbre ni variabilidad importante sobre que tanto las pacientes o sus cuidadores valoran la intervención y sus desenlaces.

Uso de recursos

El panel de expertos consideró que los requerimientos de recursos del uso de analgesia espinal única generarían ahorros moderados al sistema de salud.

Si comparamos en costos epidural y espinal, la espinal es más barata, el problema está en el entorno sobre el grupo poblacional en la que intervenimos, ahorros extensos no, las que se caen más son las espinales, porque no se concluye con una espinal se requiere de una nueva analgesia, Ahorro moderados