

Valores y preferencias

El panel considera que probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante sobre que tanto valoran las pacientes esta intervención.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

Probablemente no sería aceptable, ni factible implementar la administración del volumen parenteral o precarga, ya que no existe evidencia que la respalde a pesar de que aún hay grupos de profesionales que sigue usando la técnica.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El balance de los efectos deseables e indeseables no favorece a la intervención.

5. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es el momento adecuado de la aplicación de la analgesia neuroaxial?

Se recomienda brindar analgesia neuroaxial en la fase latente o de inicio temprano en gestantes sanas o de bajo riesgo que lo soliciten.

Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en moderada calidad de la evidencia

Consideración adicional

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 1 111 estudios, de los cuales 1069 fueron retirados por duplicidad, de 42 estudios sometidos a revisión por título y resumen, se seleccionaron seis artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo solo dos estudios respondían a la pregunta; sin embargo, para responder a la pregunta se tomó en cuenta la RS de mejor calidad metodológica.

Una RS Cochrane, con el objetivo de resumir la evidencia de efectividad y la seguridad del inicio temprano de la analgesia epidural en mujeres comparada con el inicio tardío, en relación a desenlaces obstétricos y fetales relevantes (riesgo de cesárea, parto instrumental y tiempo hasta el parto) (38). Respecto a la duración de la primera etapa del parto, la evidencia es muy heterogénea para determinar un efecto combinado, un total de siete estudios con 14 384 mujeres reportaron tiempos variables entre los estudios que van desde un tiempo más corto por 91 minutos (MD: -91.00; IC 95% -126.52 a -53.48) y otro grupo con un tiempo más largo de 45 minutos (MD: 45.00; IC 95% -13.77 a 103.77). La certeza de la evidencia fue baja para este desenlace (39–45).

Por el contrario, al evaluar la duración del trabajo de parto durante la segunda etapa no hubo diferencias significativas entre el grupo de inicio temprano e inicio tardío (DM: -3,22; IC 95 %: -6,71 a 0,27), la evidencia proviene de ocho ECAs con 14 982 gestantes para este desenlace, tampoco hubo diferencias respecto de la tasa de cesárea global entre ambos grupos (RR: 1,2; IC 95%: 0,96 – 1,08), la heterogeneidad global fue baja (I^2 : 21 %) para el análisis general, la certeza de la evidencia fue alta para ambos desenlaces. La incidencia de hipotensión fue igual o nula entre ambos grupos (RR: 1,13; IC 95%: 0,75-1,70)(38).

Al evaluar los desenlaces neonatales de interés, tampoco hubo diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar menor a siete al primer minuto (RR: 0,96; IC 95%: 0,84 a 1,10) ni a los cinco minutos (RR 0,96; IC 95%: 0,69 a 1,33), la certeza de la evidencia fue moderada para ambos casos, a partir de siete ECAs con 14 924 gestantes(38).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La analgesia neuroaxial tiene grandes efectos deseables, los efectos indeseables o daños potenciales de esta intervención son triviales. A pesar de que la evidencia no reporta el desenlace de satisfacción materna, el panel menciona que, en la experiencia diaria, las pacientes solicitan la analgesia por el dolor intenso que sienten incluso en fases muy tempranas por lo que el beneficio es grande.

La evidencia ha reportado que no hay ninguna diferencia entre iniciar en forma temprana o tardía la analgesia de parto, a pesar de que muchos de los estudios tenían concentraciones muy altas usadas antiguamente, pero se ha mostrado que no hay una variación sustancial.