

Valores y preferencias

El panel de expertos refiere que tanto en el inicio de trabajo de parto inducido o espontáneo el objetivo es que la paciente tenga una analgesia satisfactoria y esto se consigue a través de la analgesia neuroaxial por tanto probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante.

Uso de recursos

La analgesia de parto con inicio temprano generaría ahorros moderados al sistema de salud.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El panel indica que la intervención incrementa la equidad en salud para todas las gestantes sanas y de bajo riesgo, siendo aceptable para todas las partes interesadas, por lo que, sería factible implementarla.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

El balance de efectos deseables e indeseables entre la analgesia de inicio temprano e inicio tardío favorece a la analgesia neuroaxial de inicio temprano.

6. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cómo influye el uso de opioides liposolubles y coadyuvante neuroaxiales en el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto?

Se sugiere usar opioides liposolubles añadidos al anestésico local en analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto y parto.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 387 estudios, fueron excluidos 70 por ser duplicados. La revisión de 317 estudios por títulos y resúmenes permitió seleccionar 11 artículos para la lectura a texto completo, finalmente solo dos estudios respondían a la pregunta.

Un ECA doble ciego con el objetivo de evaluar el efecto del uso de sufentanilo epidural sobre las potencias analgésicas relativas de bupivacaína, ropivacaína y levobupivacaína epidurales, incluyeron un total de 171 gestantes designadas a recibir una intervención en seis grupos diferentes: a) 10 ml de bupivacaína en bolo o b) 10 ml de bupivacaína en bolo con 0,75 ug/ml de sufentanilo, c) 10 ml de ropivacaína en bolo o d) 10 ml de ropivacaína en bolo con 0,75 ug/ml de sufentanilo, d) 10 ml de levobupivacaína solo o e) 10 ml de levobupivacaína solo con 0,75 ug/ml de sufentanilo. La efectividad de la analgesia se definió como una puntuación de dolor $\leq 15/100$ mm en una escala visual análoga dentro de los 30 min y con una duración de 30 min (46).

En relación con la concentración mínima de anestésico local evaluado con MLAC, la concentración de anestésico local, el uso de sufentanilo y el fármaco anestésico local fueron predictores significativos independientes de analgesia efectiva e ineficaz. Por otro lado, la bupivacaína fue significativamente más potente que la levobupivacaína y la ropivacaína. Las relaciones de potencia relativa sin sufentanilo de 0,77: 0,83: 1,00 se redujeron a 0,36: 0,38: 1,00 mediante la adición de sufentanilo. El factor principal que influyó en las necesidades de anestésicos locales fue la adición de sufentanilo, que redujo las necesidades generales en un factor de 4,2 (IC 95%: 3,6 a 4,8); este efecto fue proporcionalmente mayor para la bupivacaína. Respecto de bloqueo motor, no hubo diferencias significativas entre los grupos en bloqueo sensorial. Ningún paciente desarrolló bloqueo motor según lo determinado por la puntuación de Bromage modificada. En relación con otros eventos adversos, no hubo diferencias significativas en los grupos en la incidencia de prurito, náuseas o vómitos y no se requirió tratamiento (46). La certeza de la evidencia fue muy baja para los desenlaces reportados por el ECA, debido a limitaciones en el estudio, como 11 pacientes fueron rechazados, tres pacientes fueron rechazados debido al fallo del catéter epidural (dos en el grupo bupivacaína + sufentanilo y uno en el grupo ropivacaína), seis pacientes entraron en la segunda etapa del trabajo de parto antes de que se completara el estudio (dos en el grupo bupivacaína, tres en el grupo ropivacaína y uno en el grupo levobupivacaína). Una paciente del grupo levobupivacaína fue rechazada porque se detuvo el trabajo de parto. No se identificó un protocolo del estudio, no reportan datos completos sobre otros desenlaces no MLAC, no hubo diferencias significativas en la hemodinámica materna o fetal y resultado neonatal. No reportan datos completos.

Un estudio comparativo longitudinal en un hospital ecuatoriano fue desarrollado con el objetivo de evaluar la eficacia de bupivacaína y fentanilo peridural comparado con solo bupivacaína para

el manejo del dolor del trabajo de parto. En un total de 120 gestantes de 15 a 35 años con embarazo a término (38 – 40 semanas de gestación) con estadios físicos de III, IV o V según la A.S.A., fueron asignadas en dos grupos para recibir: a) 20 mg bupivacaina al 0.25% + 50 ug de fentanilo peridural y b) 20 mg bupivacaina al 0.25%. Para el desenlace de intensidad del dolor evaluado con EVA al minuto 10 (dolor insoportable), comprobó que a partir del minuto 10, existieron diferencias en los dos grupos, en el grupo A disminuyó más rápido el dolor al minuto 45 con un EVA de 0.5 a diferencia del grupo B que fue de 2 ($p < 0.048$). No se presentaron diferencias significativas entre los grupos de intervención respecto a la presión arterial media (PAM) ($p > 0.75$), tampoco para la frecuencia cardiaca fetal (FCF) después de la administración del fármaco ($p > 0.07$) (47). La certeza de la evidencia fue muy baja para los desenlaces reportados por el estudio.

Balance entre consecuencias favorables o desfavorables

El balance entre los beneficios y los daños favorece al uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial comparado con solo el analgésico local.

Los efectos deseables de añadir opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial son grandes, mientras que los efectos indeseables del uso de opioides liposolubles añadidos al anestésico local son pequeños.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

La intervención generaría grandes beneficios a las pacientes.

Valores y preferencias

Respecto a valores y preferencia probablemente no hay incertidumbre o variabilidad importantes sobre como las gestantes valoran los desenlaces principales de recibir la analgesia añadido de opioides liposolubles.

Uso de recursos

Se puede decir que el uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial generarían ahorros moderados al sistema de salud