GUÍA CLÍNICA

Analgesia del Parto

SERIE GUÍAS CLINICAS MINSAL Nº 54

2007

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Analgesia del Parto. Santiago: Minsal, 2007

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de publicación: Junio 2007

INDICE	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Descripción del problema de salud	4
1.2 Alcance de la guía	4
Escenarios clínicos a los que se refiere la guía	4
Usuarios a los que está dirigida la guía	4
1.3 Declaración de intención	4
2. OBJETIVOS	5
3. RECOMENDACIONES	6
I. Analgesia regional	7
II. Analgesia inhalatoria	9
III. Analgesia sistémica intravenosa o intramuscular	10
Alternativas no farmacológicas	11
4. DESARROLLO DE LA GUIA	12
4.1 Grupo de trabajo	12
4.2 Declaración de conflictos de interés	12
4.3 Revisión sistemática de la literatura	12
4.4 Formulación de las recomendaciones	12
4.5 Validación de la guía	13
4.6 Vigencia y actualización de la guía	13
ANEXO 2: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN	14
REFERENCIAS	15

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción del problema de salud

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

En la fisiología del proceso, existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o trasmitidas entre generaciones, en el entorno socio-cultural y las expectativas individuales ante este evento.

1.2 Alcance de la guía

a. Escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta guía es aplicable a todas las mujeres en trabajo de parto.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

Todo el personal de salud que participa en la atención de las mujeres en trabajo de parto.

1.3 Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención de las mujeres en trabajo de parto bajo el régimen de garantías explícitas.

En ese contexto, sus objetivos son:

- Mejorar la calidad del proceso de atención del parto y la satisfacción de las usuarias respecto al grado de analgesia.
- Disminuir la variabilidad de la atención y las inequidades en el manejo del parto.
- Apoyar la definición del régimen de garantías explícitas en salud, en lo que a la analgesia del parto se refiere.
- Aportar recomendaciones a los profesionales de salud sobre el manejo de la analgesia durante el parto, basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos, y adecuadas al contexto nacional.

3. RECOMENDACIONES

Es de responsabilidad del equipo profesional informarle a la madre al momento de formular el plan inicial de manejo a su ingreso al servicio de maternidad, sobre el apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor. Este dependerá de los recursos locales humanos y físicos, de los problemas médicos u obstétricos concurrentes, y de los recursos psicológicos y preferencias de la parturienta.

El equipo profesional debe favorecer:

- Que la madre pueda adoptar las posiciones que le sean más cómodas
- La deambulación según sus propias necesidades
- La realización de masajes que resulten efectivos sobretodo cuando los aplican la pareja y/o acompañante, a los cuales idealmente se preparan durante el período prenatal
- La aplicación de compresas calientes, a temperatura tolerable, en zonas de máxima tensión (ingle, sacro, periné)
- La realización de esquemas respiratorios adecuados, que ayudan a la mujer frente al dolor
- El apoyo farmacológico según las posibilidades locales del servicio respectivo

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

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.

Los métodos farmacológicos para analgesia de parto son :

- I. - Regional : Neuraxial / Bloqueos periféricos / Local ó infiltración
- II.- Inhalatoria
- III.- Sistémica: Intravenosa o Intramuscular

I.- Regional

En los últimos 20 años las técnicas de analgesia regional durante el trabajo de parto se han transformado en la mejor alternativa para el alivio del dolor en el trabajo de parto, parto, fórceps o cesárea, reportándose su uso en el 60 a 70 % de los nacimientos en los Estados Unidos. Entregan alivio del dolor, sin comprometer niveles de conciencia maternos y fetales.

Anestesia y Analgesia neuraxial : el concepto 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. Las técnicas involucradas en el concepto de anestesia/analgesia neuraxial son la Epidural o Peridural, la Espinal o Raquídea, y la Combinada Espinal –Epidural.

La elección de una técnica analgésica neuraxial específica debe ser individualizada y basada en riesgo anestésico y obstétrico, preferencias de la parturienta, progreso del trabajo de parto y recursos del centro asistencial. Existen condiciones médicas especiales que deben ser consideradas por el equipo profesional previamente a la indicación de alguna de estas técnicas.

Objetivos : Cuando se utilizan técnicas neuraxiales para analgesia en el trabajo de parto 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. Actualmente, no existe evidencia que la administración de analgesia durante el trabajo de parto o parto *per se* tenga un efecto significativo en problemas mentales o neurológicos del recién nacido a largo plazo.

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.

Anestesia local

Las alternativas locales de infiltración perineal utilizadas son el uso de Lidocaina al 2 % o diluida al 1 % en suero fisiológico.

Recursos físicos y Equipamiento: La elección de una técnica neuraxial hace necesaria la existencia de recursos apropiados para el tratamiento 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, monitoreo materno y fetal.

Se debe contar con una vía venosa permeable e infusión parenteral de fluídos previo a la inducción de la analgesia. No se requiere un volumen determinado de fluidos 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. La percepción de la intensidad del dolor depende de múltiples condiciones individuales y culturales, independientemente del grado de dilatación cervical. Distintos metaanálisis han determinado que el momento de administración de la analgesia neuraxial no afecta el resultado del parto (p.ej. incidencia de operación cesárea). La literatura también sugiere que otras formas de resultado de parto (p.ej. espontáneo o instrumental) no son afectados. Es consenso de expertos que la iniciación precoz de analgesia neuraxial (p.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: El dolor materno significativo con requerimiento de analgesia neuraxial es condición suficiente para que esta sea administrada , sin embargo la solicitud debe estar precedida de una evaluación médica y examen obstétrico – evaluación de dilatación cervical realizado por un/a profesional responsable de la asistencia del trabajo de parto.

No es recomendable la administración de analgesia por el mismo operador obstétrico, sólo se realizará ante la imposibilidad de traslado ó emergencia obstétrica .

Inducción de anestesia/analgesia neuraxial: el procedimiento debe ser realizado por un anestesiólogo certificado y/o un médico cirujano con práctica reconocida en anestesiología. 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. En la inducción y durante las re inyecciones de dosis sucesivas, este operador profesional debe estar rápidamente disponible en el recinto asistencial.

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 del centro donde se administra anestesia/analgesia neuraxial debe estar capacitado en el uso de técnicas de reanimación cardiopulmonar. El centro debe contar con protocolos de tratamiento de las complicaciones más frecuentes de anestesia/analgesia (p.ej. bloqueo neuraxial alto, hipotensión); estos protocolos deben estar actualizados y fácilmente accesibles a los profesionales del equipo asistencial obstétrico.

Recomendación	Nivel	Grado
Existe sufieicnte evidencia para recomendar, *preferentemente*, el uso de la analgesia *neuraxial* para el alivio del dolor en el trabajo de parto y parto.	1	A

Indicaciones y contraindicaciones

La solicitud materna de asistencia y alivio del dolor en el trabajo de parto es suficiente como indicación de realizar un procedimiento analgésico. Esta solicitud materna debe ser evaluada por el equipo profesional encargado de la asistencia del parto. Se debe considerar la situación clínica de la parturienta, principalmente el grado de progresión del trabajo de parto y las eventuales patologías maternas concurrentes que requieran una evaluación especial.

Se sugiere indicación de analgesia peridural preferente para las siguientes situaciones:

- Primigesta menor 16 años
- Patologías maternas que requieran manejo estricto del dolor: ej. Cardiopatías, enfermedades psiquiatritas.

Exceptuando las coagulopatías severas, no existen contraindicaciones absolutas de los procedimientos de analgesia peridural en el trabajo de parto. 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. Las coagulopatías severas con - recuento plaquetario menor de 75.000/ml - constituyen una contraindicación de procedimientos de anestesia regional; valores límites deben evaluarse caso a caso.
- 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

II.- Analgesia Inhalatoria

La utilización de Oxido Nitroso (N2O) en mezcla al 50% con Oxígeno es una alternativa eficaz en analgesia del Trabajo de parto. En países como Canadá, Inglaterra, Finlandia, Suecia y Australia, se ha reportado utilización de esta técnica analgésica en el 40 al 60 % de los nacimientos. En nuestro país se desarrolló hace algunos años, una experiencia en algunos centros.

El N2O es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efecto cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto ó al recién nacido, ni afecta la lactancia. Sin embargo no ejerce un efecto analgésico potente en Trabajo de Parto activo. En concentraciones de hasta 50%, es segura la auto-administración materna bajo vigilancia médica, no se asocia a inconciencia como se ha reportado con concentraciones

mayores. El uso asociado de opioides parenterales para aumentar la eficacia analgésica aumenta este riesgo.

Para su uso se debe seguir algunas directrices:

Instruir a la parturienta sobre la técnica y sobre expectativas razonables de alivio del dolor, explicarle que el N2O puede hacerla sentir levemente mareada y/o nauseosa. 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.

Recomendación	Nivel	Grado
La administración de óxido nitroso inhalatorio produce grados moderados pero satisfactorios de analgesia en el trabajo de parto	1	A

El oxido nitroso no tiene contraindicaciones médicas formales, excepto en situaciones clínicas especiales de retención de aire en cavidades corporales cerradas (p.ej. Pneumotorax)

La administración de otros agentes anestésicos inhalatorios, como anestésicos halogenados (ej isoflurano , sevoflurano), es de mayor eficacia analgésica y menos sedativa comparada con N2O, pero requiere disponer de *un equipamiento más complejo en salas de pre partos.*

III.- Analgesia Sistémica Intravenosa o Intramuscular

Los analgésicos opioides han sido utilizados en analgesia del trabajo de parto. La experiencia es limitada y sus efectos y eficiencia son discretos. El agente más utilizado es la Meperidina, se obtienen mayores niveles de alivio del dolor con la vía IV, en lugar de la IM.

Considerando el lento metabolismo de los opioides en el recién nacido, se han planteado posibles efectos no deseados, principalmente depresión respiratoria. Por esta razón, esta guía recomienda que su uso solo en situaciones excepcionales: ejemplo traslado de la madre en situación de trabajo de parto inicial, u otras situaciones alejadas del momento del parto. Esto incluye que en los lugares donde se utilice exista una adecuada capacidad profesional en el manejo de la depresión respiratoria neonatal.

ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS

Según su mecanismo de acción, pueden ser clasificadas como técnicas que reducen el estímulo doloroso, técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos, y aquellas que aumentan las vías inhibitorias descendentes (Clasificación de Revisión Oxford):

Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominal.

Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto, tacto, masajes, acupresión sin agujas, aromaterapia.

Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio-analgesia, bio-retroalimentación durante clases prenatales.

No existe evidencia basada en trabajos clínicos aleatorios y controlados para apoyar alguna de estas técnicas. La sugerencia es que se deben privilegiar aquellos métodos y técnicas que aunque sin soporte sólido en la evidencia médica disponible, son obviamente inocuas y seguras para la madre y el recién nacido. Se estimulará el desarrollo de protocolos locales en este sentido para el apoyo analgésico no farmacológico, según el deseo y riesgo de la madre: técnicas de relajación y de respiración aprendidas durante clases prenatales, masaje dorsal, cambios de posición, ducha o baño de tina tibio al comienzo del trabajo de parto, hielo lumbo-dorsal, masaje y ejercicio sobre pelotas de masaje.

Las parturientas que opten por un trabajo de parto sin apoyo farmacológico, serán apoyadas y estimuladas en su opción idealmente desde la etapa prenatal, recibiendo apoyo y la formación necesaria para ella y su acompañante.

Personal profesional encargado de los procedimientos

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 Servicio de Salud respectivo.

El procedimiento de anestesia regional espinal en la cesárea de emergencia puede estar a cargo del médico cirujano que forme parte del equipo profesional encargado de la asistencia del parto, en aquellos lugares en los cuales se ha planificado resolver la emergencia de esta manera.

La analgesia inhalatoria es aplicada por la propia parturienta y monitorizada por el equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrona / médico obstetra o general .

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

4. DESARROLLO DE LA GUIA

No existen versiones previas de esta guía.

4.1 Grupo de trabajo

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Dr René Castro (Ministerio de Salud)

Dr. Rogelio González (Ministerio de Salud)

Dra. Nelly Alvarado (Ministerio de Salud)

Dra. Dolores Tohá (Ministerio de Salud)

Dr. Miguel Araujo (Ministerio de Salud)

Matrona Myriam González (Ministerio de Salud)

Enf. Cecilia Reyes (Ministerio de Salud)

Dr. Sergio Cerda. Sociedad Chilena de Anestesiología

Dra. Silvana Cavallieri. Sociedad Chilena de Anestesiología

4.2 Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

Fuente de financiamiento: El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

4.3 Revisión sistemática de la literatura

La revisión de evidencia realizada para la elaboración de esta guía se publicará por separado en el sitio web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl)

4.4 Formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones se desarrollaron a partir de la revisión de la literatura mediante consenso simple.

4.5 Validación de la guía

Previo a su publicación, la guía fue sometida además a revisión por:

Directorio Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología:

Dres Eghon Guzmán, Eugenio Suarez, Hernan Muñoz, Omar Nazal, Juan G. Rodríguez, Ramiro Molina, Mauricio Cuello

4.6 Vigencia y actualización de la guía

Plazo estimado de vigencia: 2 años desde la fecha de publicación.
Esta guía será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

ANEXO 1: Niveles de evidencia y grados de recomendación

Tabla 1: Niveles de evidencia

Nivel	Descripción
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

Tabla 2: Grados de recomendación

Grado	Descripción
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.

REFERENCIAS

1. Guía Perinatal MINSAL 2003. Capitulo Evaluación de Trabajo de parto y Parto. Cap 8: 79-96
2. Mark A. Rosen, MD.Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review Am J Obstet Gynecol 2002; 186:S110-26
3. Guide for Perinatal Care, American Academy of Pediatrics, The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. 5ta Edición. 2002. Capítulo Cuidados Intraparto y Post parto de la madre. Págs. 125-61.
4. Practice Guidelines for Obstetic Anesthesia An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force onObstetric Anesthesia. Anesthesiology 2007. Vol 106.
5. Evron S, Ezri T. Options for systemic labor analgesia. Curr Opin Anaesthesiol 2007. Vol 20:181–185.
6. Obstetric and gynecological anaesthesia. Current Opinion in Anaesthesiology 2007, 20:284–291
7. Ddekornfeld T, Pearson J, Lasagna I. Methotrimeprazine in the treatment of labor pain. N Engl J Med. 1964 Feb 20;270:391-4.
8. Isenor L, Penny-MacGillivray T. Intravenous meperidine infusion for obstetric analgesia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1993 Jul-Aug;22(4):349-56.
9. Bricker L, Lavender T. Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review.Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S94-109. Review. PMID: 12011876 [PubMed - indexed forMEDLINE]
10. Belsey EM, Rosenblatt DB, Lieberman BA, Redshaw M, Caldwell J, Notarianni L, Smith RL, Beard RW. The influence of maternal analgesia on neonatal behaviour: I. Pethidine. Br J Obstet Gynaecol. 1981 Apr;88(4):398-406.
11. Wiener PC, Hogg MI, Rosen M. Neonatal respiration, feeding and neurobehavioural state. Effects of intrapartum bupivacaine, pethidine and pethidine reversed by naloxone. Anaesthesia. 1979 Nov-Dec;34(10):996-1004.
12. Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. J Hum Lact 2000;16:7-12.
13. Campbell DC. Parenteral opioids for labor analgesia. Clin Obstet Gynecol. 2003 Sep;46(3):616-22. Review. PMID: 12972743 [PubMed - indexed for MEDLINE]
14. Matthews MK. The relationship between maternal labour analgesia and delay in the initiation of breastfeeding in healthy neonates in the early neonatal period. Midwifery. 1989 Mar;5(1):3-10.
15. Nissen E, Lilja G, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidsson AB, Uvnas-Moberg K, Widstrom AM. Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. Acta Paediatr 1995;84:140-5.
16. Crowell MK, Hill PD, Humenick SS. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding. J Nurse Midwifery. 1994 May-Jun;39(3):150-6.