



P. Mazzetti S.

# Resolución Ministerial



J.C. Del Carmen S.

Lima, 13 de Julio del 2006

Visto el Expediente N° 06-031810-001, que contiene el MEMORÁNDUM N° 1243-2006-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

## CONSIDERANDO:



A.M. Holgado S.

Que, por Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, de fecha 1° de junio de 2005, se aprobó la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica";



E.E. Ponce de León G.

Que, en el marco de dicha norma, se ha elaborado la "Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto", la cual tiene como objetivo fortalecer la atención de las pacientes que se encuentran en situación de trabajo de parto y parto en los hospitales públicos y privados del Sector Salud y, para el efecto, establece los procedimientos asistenciales respectivos bajo criterios de oportunidad y calidad;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y, con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,



J. Céspedes M.

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

## SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Servicios de Salud, se encargará de la difusión y supervisión del cumplimiento de la citada Guía de Practica Clínica.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional y demás establecimientos de salud, son responsables del monitoreo y cumplimiento de la mencionada Guía de Practica Clínica, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** La Oficina General de Comunicaciones publicará la referida Guía de Practica Clínica en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



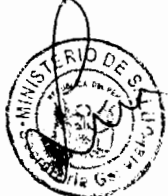
**Pilar MAZZETTI SOLER**  
Ministra de Salud



L.E. Podesta G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.



A.M. Holgado S.

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

## ANALGESIA EPIDURAL EN GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

### I NOMBRE Y CÓDIGO

Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto

Código CIE10: O30.8

### II DEFINICIÓN

#### 1. Definición.

Es la aplicación de una variedad de drogas anestésicas y analgésicas en el espacio epidural con la finalidad de aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto.

#### Analgesia Obstétrica.

La mayoría de las gestantes experimenta dolor durante la progresión del trabajo de parto (TP) de evolución normal. El dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas reflejas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre, el feto y el propio trabajo de parto. El alivio del dolor por lo tanto está plenamente justificado.

El principal objetivo es proveer a la madre de un adecuado alivio del dolor sin poner en riesgo el binomio materno fetal y es misión del anestesiólogo seleccionar los agentes y técnicas más seguros y adecuados para cada caso, debiendo tener en consideración varios factores:

- Estado del feto en el momento del parto.
- Requerimientos impuestos por las circunstancias obstétricas.
- Patología materna asociada.
- Competencia y experiencia del anestesiólogo.

#### 2. Mecanismos etiopatogénicos del dolor de parto.

El trabajo de parto de cada mujer es único. El nivel de dolor experimentado es dependiente de diversos factores, que incluyen:

- Tamaño y posición del bebé.
- Dimensiones de la pelvis.
- Fuerza de las contracciones.
- Experiencia anterior y expectativas de la madre.
- El nivel de tolerancia al dolor particular de cada gestante.

#### 3.- Fisiopatología.

##### A. Vías del dolor durante el trabajo de parto.

La primera fase del trabajo de parto caracterizado por contracción uterina y dilatación cervical produce dolor no localizado visceral transmitido a nivel central por los segmentos espinales T10 a L1. Una queja frecuente en esta etapa del trabajo de parto es dolor de espalda más bajo asociado a menudo a una posición fetal posterior del occipicio.

La segunda etapa del trabajo que se inicia con la dilatación cervical completa hasta el momento del parto produce un dolor localizado más somático transmitido por los segmentos espinales S2-S4.



P. Mazetti S.



A.M. Holgado S.



D. Cáspades M.



## B. Características del dolor de trabajo de parto.

Es uno de los dolores más severos. Calificada entre una puntuación de 8-10 en la Escala Visual Análoga del Dolor y comparable solo con dolores muy intensos como el de pancreatitis aguda o el de una amputación. Es de causa multifactorial donde intervienen factores socioculturales, nutricionales y de paridad.

## C. Origen.

Cuerpo uterino: Dolores originados en el cuerpo uterino son transmitidos por el sistema nervioso simpático.

Cuello uterino: Dolores originados en el cuello del útero y el periné son transmitidos por el sistema nervioso parasimpático.

## D. Nociceptores.

Localizados tanto a nivel del cuerpo como del cuello uterino no están muy bien precisados, probablemente sean mecanorreceptores de estiramiento.

## 4.- Aspectos Epidemiológicos.

Alrededor del 60% de las primíparas y del 36% de las multíparas experimentan dolor severo, muy severo o intolerable.

En el Perú existe una relación de parto normal y cesárea de 10: 2 y que varía dependiendo del área geográfica o institución donde se realiza el procedimiento. El tipo de anestesia que se brinda es mayormente anestesia regional.

No contamos con datos estadísticos nacionales respecto a las instituciones de salud que realizan prácticas de analgesia obstétrica. Al parecer el alivio del dolor está circunscrito a las clínicas privadas y en ciertos horarios en algunos hospitales de la seguridad social, con poca o nula participación de los hospitales del Ministerio de Salud a pesar que cuentan con la mayor casuística de partos a nivel nacional.

Para tener una idea de la realidad latinoamericana es interesante mencionar que en Colombia el 77% de las instituciones brindan analgesia epidural y de éstas 90% lo hacen durante las 24 horas.

## III FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Las prácticas de analgesia regional deberán evaluarse con cuidado en:

- Inestabilidad hemodinámica materna.
- Coagulopatías.
- Hemorragias del tercer trimestre.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Prematuridad.

## IV INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

### Indicaciones:

- Solicitud específica de la gestante.
- Trabajo de parto disfuncional.
- Acentuación o inducción de trabajo de parto con oxitocina.



P. Mazzetti S.



A.M. Holgado S.



L.E. POCISTA S.



D. Céspedes M.



M.C. C. Carrasco S.

- Parto instrumentado.
- Parto con historia de cesárea previa.

### **Contraindicaciones**

- Rechazo de la paciente.
- Coagulopatías.
- Infección en el sitio de punción.
- Falta de equipamiento.
- Impericia del médico.
- Shock hipovolémico.



P. Marzetti S.

V.

### **ASPECTOS CLÍNICOS**

#### **Efectos de la analgesia epidural en la gestante.**

##### **A. Efectos respiratorios**

- Durante el trabajo de parto la frecuencia respiratoria aumenta hasta 60 – 70 por minuto, y con un volumen tidal encima de 2,250 ml.
- Como consecuencia:
  - La PaCO<sub>2</sub> disminuye hasta 16 – 20 mmHg.
  - El pH sanguíneo aumenta hasta 7.55 – 7.60 unidades torr.
  - Se puede desencadenar desaceleración cardíaca fetal.
- La analgesia durante el trabajo de parto previene estos cambios.

##### **B. Efectos cardiovasculares**

- Existe un progresivo aumento del gasto cardíaco.
- Cada contracción genera en los dos estadios de trabajo de parto incrementos del gasto cardíaco:
  - 1er estadio : 15 – 20 % de incremento del gasto cardíaco.
  - Fin del 1er estadio : 35 – 40 % de incremento del gasto cardíaco.
  - 2do estadio : 45 – 50% de incremento del gasto cardíaco.
- En cada contracción hay una extracción de 250 - 300 ml. de sangre.
- Un incremento del gasto cardíaco es peligroso, especialmente en gestantes con hipertensión, toxemia, hipertensión pulmonar, anemia.
- El tratamiento adecuado del dolor y el bloqueo simpático disminuyen estos inconvenientes.

##### **C. Efecto metabólico y endocrino**

- El dolor durante el trabajo de parto produce:
  - El aumento en la actividad simpática.
  - Aumento de consumo de oxígeno por minuto (MVO<sub>2</sub>).
  - Acidosis metabólica con elevación de lactato.
  - Transferencia de lactato hacia el feto.
  - Elevación de la secreción de cortisol.
  - Aumento de la liberación de adrenalina y noradrenalina.
- El alivio del dolor durante el trabajo de parto previene estos cambios que pueden incidir negativamente en el bienestar fetal.



D. Céspedes H.



J.C. Del Carmen S.

D. Efectos sobre la actividad uterina

- El dolor y la liberación de las hormonas de stress disminuyen la actividad uterina.

**Efectos de la analgesia epidural sobre el neonato.**

Los efectos de la analgesia regional sobre el neonato dependerán de:

Estado materno. El mantenimiento de una estabilidad hemodinámica de la madre es de suma importancia ya que el flujo útero placentario será dependiente de la presión arterial materna. Estados de hipotensión sostenida podrían afectar negativamente al neonato si no son corregidas a tiempo.

Uso de fármacos complementarios. Todos los opioides cruzan la placenta y se incorporan a la circulación fetal, como resultado de esto el recién nacido puede mostrar algunos efectos, como una leve depresión respiratoria dosis dependiente así mismo se menciona que debido al metabolismo lento que tienen los recién nacidos algunos podrían tener una ligera disminución en la lactancia materna durante las primeras 24 horas de vida.

Sin embargo utilizado con mucha precaución y cuidado la mayoría de anestesiólogos consideran seguro a los narcóticos como complemento durante el trabajo de parto.

**Evaluación preanalgésica.**

El solo hecho que una gestante solicite analgesia para el trabajo de parto debe ser indicación suficiente para evaluar la pertinencia de brindar algún método de analgesia durante todo el trabajo de parto.

Independientemente de la técnica analgésica de elección, la evaluación previa al procedimiento en la mujer embarazada debe incluir los siguientes datos:

**Anamnesis.**

- Edad, Peso habitual/Peso actual, altura de la gestante.
- Hábitos nocivos.
- Alergias conocidas.
- Enfermedades previas.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Problemas anestésicos. Antecedentes de intubación traqueal difícil.
- Enfermedades relacionadas con el embarazo.
- Medicación recibida en los últimos seis meses.

**Riesgo Anestesiológico**

Luego de la evaluación de la condición clínica de la paciente se le asigna uno de los estados clínicos definido por la Sociedad Americana de Anestesiólogos:

- I Paciente saludable.
- II Paciente con compromiso moderado de enfermedad sistémica.
- III Paciente con severo compromiso de enfermedad sistémica que limita actividad pero no es incapacitante.
- IV Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que es una constante amenaza para la vida.
- V Paciente moribunda con expectativa de vida no mayor de 24 horas con ó sin operación.

Si el procedimiento es una emergencia se adiciona la letra E a la anterior clasificación.



P. Mazzetti S.



A.M. Holgado S.



L. Pantoja G.



D. Cárdenas M.



J.C. Salazar S.

## VI EXÁMENES AUXILIARES

- Son los exámenes de rutina que toda gestante tiene durante su control prenatal.
- Exámenes de Laboratorio: hemograma completo, hematocrito, grupo y Rh, pruebas de coagulación, glicemia, urea, creatinina sérica.
- Ecografía abdominal.

### Exámenes Especializados Complementarios

- De acuerdo al riesgo obstétrico y a la patología materna.



P. Mazzetti S.



## VII MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Los métodos invasivos de analgesia para el trabajo de parto y parto serán realizados por el médico anestesiólogo en aquellas instituciones que acrediten tener sala de operaciones funcionando las 24 horas y presencia permanente de anestesiólogo y gineco-obstetra. Esto incluye a los hospitales Nivel I, II y III.

### MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

#### Premedicación.

La gestante que sea sometida a analgesia durante el trabajo de parto y parto deben tener todos los cuidados que implican un parto normal, sin embargo en la eventualidad que ocurra una complicación podría pasar a ser programada para una cesárea y entonces tomar todas las precauciones que se tienen en cuenta para una paciente obstétrica.

#### Conducta analgésica

### ANALGESIA PERIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

La analgesia peridural realizada meticulosamente y con prudencia resulta la técnica ideal para la disminución del dolor durante el trabajo de parto y parto. En principio, la analgesia peridural constituye la técnica de elección siempre y cuando no existan contraindicaciones a su empleo:

#### Ventajas y desventajas.

##### Ventajas:

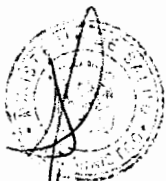
- La colocación de un catéter en el espacio epidural, permite una extensión gradual del bloqueo, y por tanto una menor incidencia de hipotensión así como el mantenimiento de la anestesia en caso de que la gestante pase a cesárea y el tratamiento del dolor postoperatorio.
- La analgesia epidural alarga mínimamente el trabajo de parto y no aumenta el riesgo de cesáreas.
- La satisfacción de la paciente y el resultado neonatal son mejores después de analgesia epidural que parto sin analgesia.



D. Géspedes M.



L.E. Pineda C.



J.C. Del Carmen S.

Desventajas:

- Alteraciones de la dinámica uterina que se presentan en menor grado con la utilización de concentraciones bajas de anestésicos locales y pueden corregirse con oxitócicos.
- Disminución de la frecuencia de lactancia materna durante las primeras 24 horas en los recién nacidos donde se usó opioides como analgesia obstétrica.

La analgesia epidural es la técnica de elección para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto, siempre y cuando no exista una firme contraindicación para su realización.

#### ANESTÉSICOS LOCALES:

##### 1. Bupivacaína 0.25%

- Volúmen: 10ml
- Dosis fraccionada de 3 ml separado por 30 - 60 segundos hasta administrar dosis total requerida.
- Util como dosis única en dilataciones por encima de 7 cm.
- Puede reforzarse con una dosis adicional de bupivacaína al 0.125 % al momento del parto.

##### 2. Bupivacaína 0.25% c/s opioides

- Volúmen: 8 cc.
- Continuar con 0.125 % o 0.25 % en forma continua o intermitente, con opioides o sin ellas.

##### 3. Bupivacaína en infusión

- Volúmen: 6 - 8 ml. al 0.25 % más 50 -100 ugr. de fentanilo.
- Continuar con una infusión de 10 ml/hr de Bupivacaína 0.0625 % con 2 ug/ml de fentanilo.

#### OPIACEOS:

##### Morfina, Meperidina y Fentanilo

En la analgesia peridural, ayudan a mejorar la calidad analgésica de ésta, lo que permite disminuir la dosis de anestésico local, y por tanto se obtiene analgesia de más rápida instauración, con menor bloqueo motor.

#### DOSIFICACIÓN

Al final del embarazo existe una distensión de la red vascular del espacio epidural que hace que éste vea reducido su volumen en un 30 - 40%. Además de éstas modificaciones anatómicas, hay una mayor sensibilidad a los anestésicos locales, desde el principio del embarazo, en relación con los niveles plasmáticos de progesterona. Todo esto podría explicar la disminución en los requerimientos anestésicos de la gestante, tanto local como general.

Las instituciones de salud que realicen analgesia epidural deben contar con el equipamiento necesario en caso de que la gestante deba ser sometida a operación cesárea.

#### Monitoreo post analgesia.

El monitoreo esta dirigido al control de:

- Frecuencia cardíaca.



P. Mazetti S.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



J. J. ... S.



- Frecuencia respiratoria.
- Presión arterial no invasiva.
- Oximetría de pulso.
- Estado del catéter epidural que deberá permanecer 24 horas.

### Equipamiento mínimo para realizar analgesia obstétrica.

La analgesia epidural se iniciará y mantendrá exclusivamente en un lugar que reúna todas las condiciones necesarias para poder realizar sin demora una reanimación cardiopulmonar (RCP). El equipamiento debe incluir:

- Fuente de oxígeno.
- Fuente de aspiración.
- Equipamiento para mantener la vía aérea y ventilación pulmonar con presión positiva.
- Fármacos y equipo para una reanimación cardiopulmonar.
- La analgesia regional deberá ser realizada por un médico anestesiólogo y por los médicos en formación en esa especialidad debidamente supervisados.
- Antes de instaurar la analgesia regional, el estado del feto, de la madre y el progreso del parto, deberán ser evaluados por un médico obstetra que proporcione al anestesiólogo toda la información necesaria sobre aquellos aspectos que pudieran modificar su conducta para realizar la técnica. Un médico obstetra supervisará el proceso del parto.
- Toda la documentación anterior formará parte del registro de analgesia obstétrica.
- Tanto la evaluación preanestésica como la información acerca de los procedimientos analgésicos disponibles e indicados, deberán realizarse siguiendo los criterios generales del Departamento o Servicio de Anestesiología y de acuerdo con los estándares internacionales.
- El anestesiólogo brindará información a la gestante que será sometida a un procedimiento anestésico y debe obtener su consentimiento por escrito antes del parto.
- Durante el período de dilatación, la parturienta permanecerá en el ambiente destinado para ello. El médico obstetra que atiende y dirige el proceso del parto, deberá tener en cuenta las indicaciones del anestesiólogo respecto a la técnica de analgesia.
- Se establecerá una vía venosa antes de iniciar la técnica y durante todo el período de analgesia epidural.
- La analgesia regional para el trabajo de parto y el parto vaginal requiere vigilancia y monitorización de la parturienta, del feto y de la dinámica uterina. Los datos obtenidos deberán ser registrados.
- Se vigilará mediante monitorización adecuada la oxigenación, la ventilación y la circulación de la parturienta con analgesia regional durante todo el proceso del parto.
  - Monitorización automática de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca.
  - Pulsioximetría.
  - La frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina se monitorizarán de forma continua.
  - Se utilizará monitorización adicional cuando las condiciones clínicas de la parturienta o el feto lo exijan. Cuando el bloqueo regional se convierta en un procedimiento anestésico se aplicarán los criterios, del Departamento de Anestesiología, para la monitorización básica intraoperatoria.
- La solución de las posibles complicaciones de la técnica, hasta que ésta haya finalizado y el estado de la púerpera sea satisfactorio y estable, será responsabilidad del anestesiólogo.
- Deberá existir un lugar adecuado para la recuperación de la púerpera. Se seguirán los criterios del Departamento de Anestesiología para cuidados postanestésicos.



P. Mazzetti S.



A.M. Helgado S.



L.E. Podoceta G.



D. Céspedes M.



J.C. de la Cruz G.

## VIII COMPLICACIONES

El médico anesthesiologo debe tener las competencias y experticia suficiente para proceder a realizar la analgesia epidural en la paciente gestante (Ver Anexo N° 01).

Aunque los efectos secundarios son raros, incluyen de vez en cuando algunos de los siguientes efectos colaterales:

- **Temblores:** El temblor puede ocurrir y es una reacción común. Sucede a veces durante el trabajo de parto y parto, incluso si la gestante no ha recibido ninguna medicación anestésica.
- **Presión arterial disminuida:** Que se corrige rápidamente con la reposición de volumen.
- **Prurito:** Éste es un resultado del narcótico usado en las medicaciones de epidural/espinal. La mayoría de las mujeres encuentran que el prurito no es muy molesto.
- **Reacción anafiláctica a los anestésicos locales:** Son raras, pero ocasionalmente pueden ser serias.
- **Depresión respiratoria:** Muy infrecuente pero posible, la presencia de un anesthesiologo competente es suficiente para detectarlo a tiempo y tomar las medidas correctivas.
- **Parestesias:** Aunque estas sensaciones son comunes durante la inyección epidural, el daño permanente del nervio es extremadamente raro.
- **Dolor de espalda:** Puede haber dolor localizado de espalda por la inserción de la aguja, que dura un día o más. Pero también puede experimentar el dolor de espalda generalizado, que no es necesariamente atribuible a la inserción de la aguja. El mismo embarazo puede aumentar la incidencia del dolor de espalda debido al ablandamiento de los ligamentos dando por resultado mayor tensión posterior.
- **Dolor de cabeza:** Una complicación infrecuente (1%) en los que reciben analgesia epidural es generalmente por lesión advertida o inadvertida de la duramadre.

### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE ANALGESIA OBSTÉTRICA

COMPLICACIONES	PREVENCIÓN	TRATAMIENTO
HIPOTENSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluidos</li> <li>• Decúbito Lateral Izq.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etilerina</li> </ul>
CONVULSIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica depurada</li> <li>• Dosis de prueba</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la vía aérea</li> <li>• Ventilación O2 al 100%</li> <li>• Barbitúrico</li> </ul>
PUNCIÓN SUBDURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pericia profesional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de lugar de punción</li> <li>• Parche hemático: 10 – 15 ml</li> </ul>
ANESTESIA ESPINAL TOTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis de Prueba</li> <li>• Control de conciencia del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de vía aérea</li> <li>• Oxigenoterapia</li> <li>• Vasopresores</li> </ul>
HEMATOMA EPIDURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excluir coagulopatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y Monitoreo</li> </ul>