



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Guía de Práctica Clínica informada en la
evidencia para el manejo del dolor en el trabajo
de parto y parto usando técnica neuroaxial**

- Versión extensa -

Ciudad de Lima / Perú / Abril, 2022

*Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y
parto usando técnica neuroaxial*

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 03-2022

pág. 1

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MATERNO PERINATAL



Directorio Institucional

ÓRGANO DE DIRECCIÓN

ENRIQUE GUEVARA RÍOS

Director de Instituto

FÉLIX AYALA PERALTA

Director Adjunto

ÓRGANO DE CONTROL

MARÍA CECILIA BAZAN ALONSO

Jefe (e) del Órgano de Control Institucional

ÓRGANO DE ASESORÍA

MAURICIO UGARTE ARBILDO

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

RUTH VEGA CARREAZO

Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica

M.C. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

M.C. KELLY MARÍA ZEVALLOS ESPINOZA

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

FÉLIX AYALA PERALTA

Jefe de la Oficina de Cooperación Científica Internacional

ÓRGANO DE APOYO

AMADEO SÁNCHEZ GÓNGORA

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración

ELIZABETH MUÑOZ SABINO

Jefe de la Oficina de Economía

PAMELA ATAPOMA ORTEGA

Jefe de la Oficina de Logística

WILFREDO TOMÁS GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ

Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

ÁNGEL ENRIQUE VEGA ESPINOZA

Jefe de la Oficina de Servicios Generales

JUAN MACEDONIO TORRES OSORIO

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

BEGONIA OTINIANO JIMENEZ

Jefa de la Oficina de Comunicaciones

LUIS MEZA SANTIBÁÑEZ

Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Dr. Víctor Javier Suárez Moreno
Jefe Institucional

Dr. Darwin Emilio Hidalgo Salas
Sub - jefe institucional

Dr. Luis Fernando Donaires Toscano
Director General
Centro Nacional de Salud Pública

Dr. Ericson Leonardo Gutiérrez Ingunza
Responsable
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública. UNAGESP

Cápac Yupanqui 1400 Jesús María Lima 11, Perú. Telf. (511) 7481111 Anexo 2207

Esta Guía de Práctica Clínica fue generada en respuesta a un requerimiento del Instituto Nacional Materno Perinatal

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de su Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Repositorio general de documentos técnicos UNAGESP:
<https://web.ins.gob.pe/es/salud-publica/publicaciones-unagesp>

Para obtener este informe a texto completo en forma gratuita solicitarlo a:
unagesp@ins.gob.pe



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú

Cita recomendada:

Instituto Nacional Materno Perinatal. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial - Versión extensa -. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencia en Salud Pública s; 2022. Serie Guía Práctica Clínica N.º 03-2022

GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA

PANEL DE EXPERTOS CLÍNICOS

Álvaro Renato Moreno Gonzáles
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

Dante Junior Segura Pinedo
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

Gunther Vásquez Rojas
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

Catherine Amparo Suárez Egoavil
Médico Anestesiólogo
Hospital Policial Aguayo B. Leguía
SPPAR

José Durand Salas
Médico Anestesiólogo
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati –
EsSalud

Aníbal Arenas Velásquez
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

Víctor Chura Villena
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

María Maribel Hurtado Tello
Médico Anestesiólogo
Hospital Regional Docente de Cajamarca-
MINSA

Carmen Rosa Zaciga Cárdenas
Licenciada en Obstetricia
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

Juana Rosa Molina Salas
Licenciada en Enfermería
Instituto Nacional Materno Perinatal - MINSA

GRUPO DE EXPERTOS METODOLÓGICOS

Karen Viviana Huamán Sánchez
Responsable metodológico
Licenciada en Enfermería
Magister en Epidemiología
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Nora Reyes Puma
Metodóloga
Médico Cirujano
Magister en Salud Pública
Magister en Economía de la Salud
Unidad de Análisis y Generación de
Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Lucía Villar Bernaola
Metodóloga
Bióloga
Mg. Sc. en Nutrición Pública
Magister en Salud Pública
Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

GRUPO ELABORADOR DE GUÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Marleny Elizabeth Huayanay Bernabé

Responsable clínico

Médico Anestesióloga

Jefe del Departamento de Anestesiología

Instituto Nacional Materno Perinatal

Luis Gerardo Silva Santisteban Pérez

Médico Anestesiólogo

Jefe del Servicio Sala de Operaciones

Instituto Nacional Materno Perinatal

Nélida Vanessa Gil Malca Palacios

Médico Anestesiólogo

Jefe del Servicio de Recuperación

Postanestésica

Ícaro Honorato Rojas Barrientos

Médico Anestesióloga

Instituto Nacional Materno Perinatal

Jackeline Dayang Vásquez Yeng

Médico Anestesióloga

Instituto Nacional Materno Perinatal

Eduardo Ferriol Guzmán Collazos

Médico Anestesiólogo

Instituto Nacional Materno Perinatal

Nancy Aydee Jaime López

Médico Anestesióloga

Instituto Nacional Materno Perinatal

Celina Hortencia Montes Ruiz

Médico Anestesióloga

Instituto Nacional Materno Perinatal

Walter Egusquiza Herrera

Médico Anestesiólogo

Instituto Nacional Materno Perinatal

REVISORES EXTERNOS DE LA GUÍA

Alejandro Jankelevich Schwammenhofer

Médico Anestesiólogo

Hospital clínico de la Universidad de Chile

Mauricio Vasco Ramírez

Médico Anestesiólogo

Universidad CES Medellín-Colombia

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por permitirnos haber logrado trabajar en equipo, participando activamente en la elaboración de esta guía, y darnos la posibilidad de referirnos a todas las pacientes gestantes en trabajo de parto y parto, quienes tienen que soportar el dolor durante horas, las que nos motivaron al desarrollo de la presente guía de práctica clínica para el tratamiento del dolor, y a los médicos anestesiólogos que nos dejaron por esta pandemia de la COVID-19 que en conjunto, debíamos tratar el dolor y evitar el sufrimiento, mejorando la calidad en la atención y satisfacción durante el trabajo de parto y parto en los pacientes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Ningún miembro del grupo desarrollador de la guía presentó conflictos de interés con el tema de la guía, dado que cada subgrupo de desarrollo de la guía interviene en diferentes momentos, esta declaración se realizó antes de: a) inicio del desarrollo de la guía, b) validación de preguntas PICO y c) diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones. Los conflictos de interés firmados serán almacenados por 5 años en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica ha sido financiada por el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional Materno Perinatal.



Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, ya que tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en diversos campos, siendo uno de ellos; el campo de la salud pública, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Dentro de la misión del Instituto Nacional de Salud se encuentra, la promoción, desarrollo y difusión de la investigación y de transferencia tecnológica en los diversos servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) y por interés conjunto con el Instituto Nacional Materno Perinatal se ha encargado de la transferencia tecnológica en relación con el desarrollo de guías de Práctica Clínica basadas en evidencia utilizando la herramienta AGREE II y el enfoque GRADE en la formulación de las preguntas de la guía a partir del análisis de evidencia científica. Esta transferencia tecnológica se ha realizado a través de la capacitación, acompañamiento y monitoreo de las etapas que involucran el desarrollo de guías de práctica clínica dirigidas tanto a miembros del Instituto Nacional Materno Perinatal como de otros hospitales de Lima y establecimientos de salud identificados para este proceso.

La Dirección General de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, luego de haber cumplido con las etapas de revisión y validación del documento, agradece el apoyo de la Dirección General del Instituto Nacional Materno Perinatal y en especial la desinteresada colaboración y esfuerzo de todo el equipo de salud multidisciplinario que hicieron posible la culminación de esta importante herramienta para mejorar la calidad de atención de la salud materna-neonatal.



INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es una Organización Especializada en Salud de III nivel de atención, de ámbito nacional, que se encarga de la Salud Materno Perinatal.

Creada hace 194 años la ex maternidad de Lima se mantiene vigente acorde con el desarrollo científico y con el advenimiento de nuevas tecnologías, esto le ha permitido mejorar la calidad de atención de sus pacientes sumando a la atención especializada y altamente especializada, constituyéndose así como un centro de referencia nacional, de igual manera se ha constituido en una institución de referencia nacional e internacional en el campo de la docencia capacitación e investigación especializada.

La misión del INMP es brindar atención altamente especializada a la mujer, en salud sexual y reproductiva, y al neonato de alto riesgo, desarrollando con tecnología y docencia a nivel nacional. Su visión es contribuir con la disminución de la morbimortalidad materno perinatal a nivel nacional consolidando el liderazgo en la atención altamente especializada, docencia e investigación en el campo de la salud sexual, reproductiva y perinatal, basado en el desarrollo del potencial humano y tecnológico, mejorando la calidad en sus servicios, mediante la acreditación internacional de sus procesos y contribuyendo a mejorar la capacidad resolutive de los principales hospitales a nivel nacional, teniendo como valores la inclusión social y el compromiso de las y los usuarios y la institución.

En este contexto del INMP reconoce la necesidad de contar con Guías de Prácticas clínicas que aseguren la calidad de atención de las pacientes y reconoce que las herramientas de práctica clínica en el marco de la evaluación AGREE II Y aplicación de GRADE, contribuyen a integrar la evidencia científica para su aplicación en el campo clínico.

Al no contar con guías de práctica clínica de analgesia del parto en el país esto hace que se considere una prioridad institucional, por este motivo se ha desarrollado la guía práctica clínica de analgesia del parto en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Para esta tarea se contó con la participación de profesionales del área de anestesiología del INMP con el apoyo del Instituto Nacional de Salud (INS)

Al culminar la labor expresamos nuestro agradecimiento a la UNAGESP del INS por el valioso apoyo brindando en la metodología para la elaboración del presente documento lo que garantiza su calidad y abre la puerta para la formación de nuevas guías con la misma metodología en nuestra institución.

Conforme a la normativa nacional, este documento clínico será actualizado periódicamente para cumplir su propósito.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología

DAAR - INMP: Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación del Instituto Nacional Materno Perinatal

DD: Diálogo deliberativo

GPC: Guía de Práctica Clínica

GPC-IE: Guía de Práctica Clínica Informada en Evidencia

GEG: Grupo elaborador de Guías de Práctica Clínica

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation

INS: Instituto Nacional de Salud

INMP: Instituto Nacional Materno Perinatal

MINSA: Ministerio de Salud

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNAGESP: Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública.

VAS: Vía Aérea Superior

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **AGREE:** Es una herramienta que evalúa, rigor metodológico, transparencia con la cual se ha evaluado la guía.
- **AGREE II:** Evalúa la calidad de las guías, proporciona una estrategia metodológica para el desarrollo de guías, establecer que información y como debe ser presentada en las guías.
- **Analgesia Multimodal:** Produce un óptimo alivio del dolor por múltiples vías. La combinación de técnicas analgésicas y fármacos, poseen un efecto sinérgico o efecto aditivo con decremento del requerimiento para una medicación individual y de aquí una disminución de los efectos adversos.
- **Analgesia Neuroaxial:** incluye técnicas intratecal, epidural o combinada. Estas pueden usarse como dosis única o inserción de catéter que permita dosis subsecuentes o administración continua.
- **Apgar del Recién Nacido:** La puntuación de Apgar es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebe, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.
- **Bloqueo Insuficiente o Parcial Neuroaxial:** Incapacidad de producir un bloqueo suficiente en densidad y/o altura y/o duración, el nivel de analgesia es inadecuado o ausente, el bloqueo motor insuficiente, hay dolor a la tracción o el tiempo es insuficiente. Factores a tener en cuenta para evitar fallas: técnicos, paciente, solución anestésica.
- **Bloqueo motor con score de Bromage:** Permite valorar el bloqueo motor de las extremidades inferiores, el valor 0 corresponde ausencia de bloqueo motor, 1 puede doblar la rodilla, 2 puede mover el pie y 3 no puede mover las extremidades.
- **Bradycardia Fetal:** Es la frecuencia cardíaca fetal menor de 120 latidos por minuto o menor de 30 latidos por minuto desde la línea de base durante 10 minutos o más.
- **Bradycardia Materna:** En un embarazo normal, el ritmo cardíaco del feto varía entre 120 y 160. Si el pulso del feto está fuera de este rango, se denomina arritmia fetal.

- **Calidad Pujos:** 1.- La madre debe hacer fuerza contrayendo la pared del abdomen y empujando hacia abajo 2.- La madre debe empujar al bebé acompañando las contracciones, siempre que sea posible 3.- La madre debe tener control de su respiración, inspirando y espirando durante los pujos.
- **Cesárea:** Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza con una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer el bebé.
- **Depresión Postparto:** Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde la mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.
- **Depresión Respiratoria:** La depresión respiratoria Tipo III es una reducción de saturación de oxígeno/flujo de aire de vigilancia rápida con caída precipitada de la SpO2 que se puede observar en pacientes con apnea obstructiva del sueño. En esta situación, el paciente depende del estado de estimulación para mantener la oxigenación.
- **Dolor:** Una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.
- **Dolor Irruptivo o Dolor incidental:** Dolor transitorio de corta duración (generalmente menos de 60 minutos), que alcanza su máxima intensidad en 15 minutos y aparece a pesar de un adecuado tratamiento.
- **Duración de la Dilatación:** El periodo de dilatación si es primeriza suele durar unas 12 horas, en una mujer que ya tiene hijos puede alargarse unas ocho horas. La duración de un parto depende de muchos factores, la tasa de dilatación es de un centímetro a la hora.
- **Ensayo Clínico Aleatorizado:** Tipo de diseño de investigación en el cual las personas son aleatoriamente asignadas a dos o más grupos: uno experimental y otro de comparación o control. Se les hacen seguimientos para evaluar desenlaces y comparar diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento.
- **Escala Numérica Verbal:** El paciente expresa su percepción del dolor desde el 0 (no dolor) al 10 (el peor dolor imaginable). Puede ser por lo tanto hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos.

- **Estudio Observacional:** Estudio en el cual el investigador no influye sobre la probabilidad de presentar o no una condición, o de estar o no expuesto a un factor de interés.
- **Fases de Trabajo de Parto:** 1.- Primera etapa: periodo de dilatación (o trabajo de parto) cuenta con 2 fases, inicial y activa. 2.- Segunda etapa: periodo de expulsión. Se trata del nacimiento del bebé. 3.- Tercera etapa: Periodo de alumbramiento. Se trata de la expulsión de la placenta.
- **Fiebre:** Temperatura del cuerpo más elevada de lo normal, generalmente es alrededor de 98.6 °F o 37 °C. es una señal de que su cuerpo está tratando de combatir una enfermedad o infección.
- **Hipotensión Materna:** Es la complicación más frecuente de la anestesia espinal para la cesárea, se asocia con náuseas o vómitos y puede entrañar graves riesgos para la madre (inconciencia, aspiración pulmonar) y el neonato (hipoxia, acidosis, lesión neurológica).
- **Marco Conceptual:** Investigación bibliográfica que habla de las variables que se estudiarán en la investigación, o de la relación existente entre ellas, descritas en estudios semejantes o previos. Hace referencia a perspectivas o enfoques teóricos empleados en estudios relacionados, se analiza su bondad propiedad. Su pertinencia para el estudio actual proporciona información del tipo de sujetos, de la forma de recolección, de los datos, de los análisis estadísticos utilizados de las dificultades que se puedan encontrar y las maneras de resolverlos.
- **Medicina Basada en Evidencias:** Se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes. El acto médico se entiende como una experiencia de relación interpersonal en la que los valores y la experiencia del médico, junto con las preferencias de los pacientes, tienen un papel preeminente, a lo que debe añadirse como elemento crucial la evaluación sistemática de la evidencia científica. La MBE considera el método científico como la mejor herramienta de que se dispone hoy día para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética.
- **Metaanálisis:** Método estadístico para sintetizar y resumir resultados de dos o más estudios.

- **Nivel de Evidencia:** grado que se le asigna a una evidencia con relación a la certeza de la estimación del efecto para respaldar una recomendación.
- **Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud:** instrumento para promover la racionalidad y la eficiencia en la utilización de medicamentos correctamente aplicados, el petitorio contribuye a optimizar la calidad de atención y gastos en los sistemas de salud. Los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población; por tanto, esos productos deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran.
- **Pujo Materno:** Los pujos son los esfuerzos que realiza la mamá durante la fase expulsiva del parto para permitir que su bebé descienda por el canal del parto. Durante los pujos, la embarazada empuja con su musculatura abdominal y pélvica, haciendo fuerza para ayudar al bebé a nacer.
- **Remifentanilo EV:** El remifentanilo se encuentra como un medicamento de características farmacocinéticas y farmacodinámicas ideal para la paciente obstétrica que requiere analgesia durante el trabajo de parto y presenta contraindicación para la analgesia neuroaxial. Su flexibilidad y su capacidad de no acumulación lo hacen ser de preferencia para situaciones que requieren rápido alivio de dolor y rápida recuperación.
- **Satisfacción Materna:** La satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada. Los factores que más influyen en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento de una persona de elección, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso, que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan sus expectativas respecto al parto y en relación con el alivio del dolor.

- **Técnica Neuroaxial:** Consiste en la administración del anestésico local en la región neuroaxial (espacio epidural o intradural) con la finalidad de bloquear los troncos nerviosos provenientes de la médula espinal. De esta manera se interrumpe temporalmente la transmisión de los impulsos nerviosos aferente y eferente.
- **Tiempo de Duración del Trabajo de Parto:** El trabajo de parto normal comienza dentro de las 2 semanas anteriores (antes o después) de la fecha estimada de parto. En el primer

embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 horas en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 horas.

- **Variabilidad de los Latidos Cardio fetales:** Fluctuación de la línea basal de la frecuencia cardiaca fetal que es irregular en amplitud y frecuencia, Esta fluctuación está determinada por el intervalo de tiempo entre cada latido.

ÍNDICE

I. GENERALIDADES DE LA GPC.....	18
1.1. CONFORMACIÓN DEL GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GEG)	18
1.2. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	18
1.3. FINANCIAMIENTO DE LA GPC	19
1.4. ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GPC.....	19
1.5. POBLACIÓN Y USUARIOS DIANA.....	20
II. LISTADO DE PREGUNTAS PICO Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES	20
2.1. LISTA DE PREGUNTAS PICO	20
2.2. RESUMEN DE RECOMENDACIONES	21
III. METODOLOGÍA	23
3.1. FASE DE PLANIFICACIÓN DE LA GPC	23
3.2. FASE DE DESARROLLO DE LA GPC-IE	23
3.3. FASE DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	28
IV. DESARROLLO DE LAS RECOMENDACIONES	28
1. En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto ¿es eficaz y seguro el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial comparado con no brindar analgesia de parto en términos de satisfacción materna, alivio del dolor, tiempo de duración del trabajo de parto, pujo materno, cesárea, apgar de rn y depresión postparto?.....	28
2. En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto que no acepta recibir analgesia neuroaxial ¿el uso de remifentanilo endovenoso es una alternativa más efectiva y segura que otros tipos de analgesia endovenosa para el alivio del dolor?.....	34
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?.....	38
3.1. Analgesia combinada epidural – raquídea/espinal vs analgesia epidural	38
3.2. Analgesia epidural con punción dural vs analgesia epidural	40
3.3. Analgesia espinal única vs analgesia epidural.....	43
4. En gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿cuál es la efectividad de la administración del volumen parenteral comparada con no administrar durante la técnica neuroaxial?	46
5. En gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿cuál es el momento adecuado de la aplicación de la analgesia neuroaxial?.....	48
6. En gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿como influye el uso de opioides liposolubles y coadyuvante neuroaxiales en el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto?.....	50

7. En gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿es mejor mantener o suspender la analgesia neuroaxial durante la 2da etapa de parto en términos de eficacia y seguridad?	53
8. En gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿cuál es la mejor técnica de mantenimiento de la analgesia neuroaxial (infusión continua o bolos epidurales intermitentes/automatizados o pca o combinadas entre ellas) para el alivio del dolor?.....	55
4.5. RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	57
V. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	57
VI. REFERENCIAS	60
ANEXOS METODOLÓGICOS	64
ANEXO A: BÚSQUEDA, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GPC.....	64
ANEXO B: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y FLUJOGRAMA DE ARTICULOS.....	67
ANEXO C: TABLAS DE RESUMEN DE HALLAZGOS (SoF) GRADE.....	107
ANEXO D: TABLAS DE EVIDENCIA A LA DECISION (EtD) GRADE.....	125

I. GENERALIDADES DE LA GPC

1.1. Conformación del Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica (GEG)

Como parte del proceso de priorización de temas en salud materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se determinó que el manejo del dolor durante el trabajo de parto es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional en la gestante. El Departamento de Anestesiología del INMP asumió el desarrollo de dicha Guía de Práctica Clínica Informada en Evidencia (GPC-IE).

En este sentido, se conformó el grupo elaborador de guías de analgesia del INMP, conformado por expertos clínicos en el manejo del tópic de la guía y experiencia en investigación, como parte del grupo metodólogo de la guía participaron tres expertas metodólogas de la UNAGESP/INS, quienes participaron en todas las etapas del desarrollo de la presente GPC – IE, además de un panel de expertos clínicos de los diferentes institutos y hospitales de referencia en salud materna del país.

El panel de expertos estuvo conformado por un equipo multidisciplinario de médicos anesthesiólogos, médicos ginecólogos, Obstetras y enfermeras.

1.2. Declaración de conflictos de interés

Antes de iniciar la primera etapa del proceso de elaboración de la guía todos los miembros del GEG respondieron el “FOR-CNSP N°39 ED.01 Declaración de conflictos de interés” del INS. El análisis de los reportes fue realizado por el equipo metodológico de la guía. Ningún miembro declaró presentar conflictos de interés en los últimos 5 años en relación con el tópic de la GPC-IE. Los formularios físicos de estas declaraciones se encuentran en los repositorios del Instituto Nacional de Salud.

1.3. Financiamiento de la GPC

La presente guía ha sido financiada por el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional Materno Perinatal.

1.4. Alcance y objetivos de la GPC

1.4.1. Alcance:

La presente guía brinda recomendaciones para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando la técnica neuroaxial, en la atención de gestantes en el INMP. La aplicación de las recomendaciones de esta guía puede ser utilizada en mujeres gestantes sanas de bajo riesgo con dolor durante el trabajo de parto y parto que acuden para la atención en instituciones del nivel III. Esta guía no contiene recomendaciones dirigidas a las pacientes gestantes con comorbilidades, métodos inhalatorios y no farmacológicos e instituciones de I y II nivel de atención.

1.4.2. Objetivo general

Desarrollar de manera sistemática recomendaciones informadas en la mejor evidencia disponible para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto de gestantes sanas o de bajo riesgo, utilizando la técnica neuroaxial para mejorar la satisfacción materna, con la participación de todo el equipo multidisciplinario.

1.4.3. Objetivos Específicos

- Brindar recomendaciones para estandarizar la técnica neuroaxial de inicio más efectiva para el alivio del dolor para el trabajo de parto y parto en mujeres gestantes sanas
- Brindar recomendaciones de las diferentes técnicas de analgesia neuroaxial más efectivas durante el trabajo de parto y parto en mujeres sanas o de bajo riesgo.
- Brindar recomendaciones para el mantenimiento de la analgesia durante el trabajo de parto y parto en mujeres gestantes sanas o de bajo riesgo.

1.5. Población y usuarios diana

1.5.1. Población: Las recomendaciones son aplicables a gestantes sanas de bajo riesgo que se encuentren en trabajo de parto o parto sin comorbilidades que requieren manejo del dolor usando la técnica neuroaxial en instituciones de III nivel.

1.5.2. Usuarios Diana: Dirigida a médicos anestesiólogos y residentes de anestesiología y para conocimiento de ginecobstetras, pediatras y/o neonatólogo, residentes de estas especialidades, licenciadas en obstetricia y enfermería.

II. LISTADO DE PREGUNTAS PICO Y RESUMEN DE RECOMENDACIONES

2.1. Lista de preguntas PICO

1. En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto ¿Es eficaz y seguro el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial comparado con no brindar analgesia de parto en términos de satisfacción materna, tiempo de duración del trabajo de parto, pujo materno, cesárea y Apgar de RN?
2. En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto que no aceptan recibir analgesia neuroaxial ¿El uso de remifentanilo endovenoso es una alternativa más efectiva y segura que otros tipos de analgesia endovenosa para el alivio del dolor?
3. En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la técnica neuroaxial más eficaz y segura para el inicio del alivio del dolor durante el trabajo parto y parto?
4. En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la efectividad de la administración del volumen parenteral vs no administrar durante el trabajo de parto y parto?
5. En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es el momento adecuado de la aplicación de la analgesia neuroaxial?
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?
7. En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Es mejor mantener o suspender la analgesia neuroaxial durante la segunda etapa de parto en términos de eficacia y seguridad?

8. En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la mejor técnica de mantenimiento de la analgesia neuroaxial (infusión continua o bolos epidurales intermitentes/automatizados o analgesia controlada por la paciente-PCA o combinadas entre ellas) para el alivio del dolor?

2.2. Resumen de recomendaciones

RECOMENDACIONES
<p>1. 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</p> <p>Consideraciones adicionales</p> <ul style="list-style-type: none">- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.
<p>2. Se sugiere el uso de analgesia endovenosa con remifentanilo comparado con otros tipos de analgesia endovenosa en gestantes sanas o de bajo riesgo que rechazan la técnica neuroaxial. Recomendación condicional a favor de la intervención basada en baja calidad de la evidencia</p> <p>Consideraciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se sugiere el monitoreo permanente de la madre y del feto.- Brindar información sobre beneficios y riesgos de la intervención a las gestantes.- Disponer una vía endovenosa independiente y el uso de oxigenoterapia si fuera el caso.
<p>3.1. 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</p> <p>Consideraciones adicionales</p> <ul style="list-style-type: none">- Se debe considerar el monitoreo permanente del binomio madre-feto.
<p>3.2. 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 muy baja calidad de la evidencia</p> <p>Se sugiere utilizar aguja punta de lápiz de calibre 25 G. Punto de buena práctica clínica</p> <p>Consideraciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se debe considerar el monitoreo permanente del binomio madre-feto- Se sugiere brindar la información de las diferentes opciones de analgesia a las gestantes

3.3. 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 baja calidad de la evidencia

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.

4. En gestantes en trabajo de parto y parto sanas o de bajo riesgo que desean recibir analgesia neuroaxial, se sugiere no se le administre una carga de volumen parenteral previa.

Recomendación condicional en contra de la intervención basada en baja calidad de la evidencia

5. 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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.

6. 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.

7. Se recomienda mantener la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo durante la segunda etapa del trabajo de parto.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.

8. Se sugiere el uso de bolos epidurales intermitentes programados para el mantenimiento de la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.
- Usar concentraciones diluidas de anestésico local que eviten el bloqueo motor de acuerdo a criterio clínico (Bupivacaina \leq 0.1%).

III. METODOLOGÍA

El desarrollo de la presente guía se realizó en tres fases:

3.1. FASE DE PLANIFICACIÓN DE LA GPC

El DAAR-INMP tomó la iniciativa de desarrollar GPC-IE, por lo que conformó el GEG con expertos clínicos anestesiólogos del INMP con experiencia clínica en el tema a abordar. A partir del 3 de diciembre del 2020, estos profesionales fueron capacitados por el DAAR en temas relacionados a:

- Bioestadística y lectura crítica de estudios.
- Priorización de alcances de la guía a elaborar
- Elaboración de preguntas PICO.
- AGREE II aplicado a diferentes guías extranjeras (México, España y la OMS)

Todos los miembros del GEG firmaron una declaración de conflicto de intereses antes de iniciar las actividades correspondientes.

Mediante la coordinación interinstitucional, el DAAR-INMP recibió asistencia técnica para la elaboración de la presente guía por parte del Instituto Nacional de Salud a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), que asume el rol metodológico y la transferencia tecnológica de metodologías para la elaboración de GPC-IE al GEG del INMP.

3.2. FASE DE DESARROLLO DE LA GPC-IE

Para el desarrollo de la presente GPC-IE se han seguido las pautas descritas en los documentos normativos vigentes del Ministerio de Salud: NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" y Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (1,2).

El proceso metodológico de síntesis de evidencia, valoración de la certeza de la evidencia y formulación de recomendaciones ha sido desarrollado aplicando el enfoque GRADE(3-5).

Todas las reuniones de trabajo para la síntesis de evidencia y los diálogos deliberativos para elaborar las recomendaciones se realizaron de manera sincrónica coordinadas por el líder metodológico de la guía, las coordinaciones de actividades asincrónicas fueron coordinadas por el líder del grupo elaborador. Se utilizó la plataforma Zoom Web Conferencing para las reuniones, además de otros softwares en línea como Rayyan (6) y GRADEpro (7) para la selección de estudios, síntesis de datos y determinación de la certeza de la evidencia, así como plataformas digitales para el manejo de información en línea como Google drive y Zotero un gestor de referencia bibliográfica.

3.2.1. Formulación y validación de preguntas clínicas

Las preguntas clínicas de la guía se formularon en formato **PICO** (population, intervention, comparison and outcome, *por sus siglas en inglés*) conjuntamente con el grupo metodológico y el GEG, luego fueron validadas por un panel de expertos clínicos. El conjunto de preguntas fue priorizado de acuerdo al alcance delimitado para esta guía.

Dado que, el conjunto de recomendaciones de la guía debe contener un balance entre los beneficios y riesgos, se consideraron desenlaces que sean críticos e importantes para la decisión durante la formulación de recomendaciones. Por ello, se realizó una clasificación de los desenlaces clínicos incluidos en cada pregunta PICO para determinar el grado de importancia de los desenlaces, de acuerdo al enfoque GRADE que establece tres categorías: a) Críticos, b) Importantes, pero no críticos y c) De importancia limitada. La calificación de desenlaces se realizó mediante la asignación de un puntaje numérico en escala del 1 al 9, en donde, la asignación de un puntaje de 7 a 9 indica, un desenlace crítico; un puntaje de 4 a 6, desenlace importante; y un puntaje de 1 a 3 es un desenlace de importancia limitada (3).

3.2.2. Búsqueda sistemática y evaluación de la calidad de GPC

Se realizó una búsqueda sistemática de guías en bases de datos, metabuscadores y repositorios, en Páginas Web de instituciones desarrolladoras de guías reconocidas a nivel internacional

(Anexo A). El conjunto de guías identificadas pasó por una preselección pareada por dos revisores (1 miembro del GEG y 1 miembro del GM). Las guías que respondían al alcance, objetivos y población predeterminada para este guía, fueron seleccionadas para ser evaluadas en su calidad metodológica utilizando la herramienta AGREE II a través de su plataforma virtual (<http://www.agreetrust.org>)(8) (ANEXO B).

Se identificaron cinco guías internacionales que cumplían los criterios predefinidos: dos guías de gobiernos latinoamericanos (México y Chile), dos de gobiernos europeos (España y Reino Unido) y una guía de la OMS. La Guía de Chile fue seleccionada para su adaptación, pero no se logró acceder a las estrategias de búsqueda completas por lo que no fue posible replicar y actualizar la búsqueda. Debido a las características propias de la población peruana y el contexto nacional, el GEG decidió elaborar una GPC de novo considerando la evidencia identificada por la Guía de Chile en aquellas preguntas PICO aplicables.

3.2.3. Búsqueda y selección de evidencia disponible para cada pregunta PICO

La búsqueda sistemática se realizó en múltiples bases de datos como: MedLine/PubMed, Embase/Ovid, Cochrane Library y LILACS/Bvs OPS, utilizando términos en lenguaje natural y estructurado (Tesauros) adaptados a cada base de datos, no se aplicaron filtros de fecha, ni idioma. Los términos fueron validados con el GEG y el GM. La última fecha de búsqueda fue agosto del 2021. Se elaboraron estrategias de búsqueda para cada pregunta PICO, al integrar los resultados de cada búsqueda en cada base de datos, se eliminaron duplicados y se inició el tamizaje de estudios por título y resumen, la selección de estudios a texto completo que responda directamente a la pregunta se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión predeterminados, orientados principalmente a revisiones sistemáticas (Anexo C). Se elaboró una matriz para la extracción de datos de los estudios seleccionados. Todo el proceso de tamizaje, selección y extracción fue realizado de manera pareada por un miembro del GEG y el GM en cada pregunta PICO abordada, las discrepancias entre revisores fueron resueltas por consenso y en presencia de todo el GEG.

3.2.4. Evaluación de la certeza de la evidencia

La evidencia seleccionada para cada pregunta PICO fue evaluada con instrumentos de acuerdo con el diseño de investigación. En este sentido, las revisiones sistemáticas fueron evaluadas con AMSTAR II, los ensayos clínicos con el instrumento de riesgo de sesgo (RoB: Risk of Bias) de Cochrane, los estudios observacionales de tipo cohorte y caso control con la herramienta Newcastle-Ottawa Scale según corresponda.

Luego, la evaluación de la certeza de la evidencia seleccionada se realizó de acuerdo con los criterios determinados por el enfoque GRADE, que incluye, la evaluación de las limitaciones del estudio (riesgo de sesgo), la inconsistencia en los resultados, la evidencia indirecta, la imprecisión de los resultados y el sesgo de publicación. La certeza del cuerpo de la evidencia fue evaluada de acuerdo a los siguientes cuatro grados:

Certeza	Definición
<p>Alta</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ⊕</p>	Hay una confianza alta en que el verdadero efecto está cercano del estimativo del efecto.
<p>Moderada</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>	Hay una confianza moderada en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que este cercano al estimativo del efecto, pero hay una posibilidad que sea sustancialmente diferente.
<p>Baja</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>	La confianza en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto.
<p>Muy baja</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>	Se tiene muy baja confianza en el estimativo del efecto: el verdadero efecto es probable que sea sustancialmente diferente al estimativo del efecto.

3.2.5. Formulación de las recomendaciones

La formulación de recomendaciones se realizó aplicando el enfoque GRADE (5), que permitía integrar la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica y la perspectiva de los pacientes. Para presentar la evidencia que soporta cada recomendación de la guía, se elaboraron Tablas de resumen de hallazgos (SoF: Summary of Finding) que brindan un resumen de resultados para cada desenlace incluido en las preguntas PICO junto con la certeza de la evidencia para facilitar

la presentación e interpretación del cuerpo de la evidencia en la elaboración de recomendaciones de la guía. Se prepararon marcos de evidencia a la decisión (EtD: Evidence to Decision) para que el panel de expertos pueda formular las recomendaciones de la guía mediante la valoración del balance de beneficios y daños, la certeza de la evidencia incluida, los valores y preferencias, el uso e implicancia de recursos, la equidad en salud, la aceptabilidad y factibilidad.

Los valores y preferencias de las gestantes, familiares o cuidadores se incluyeron de manera indirecta, mediante la perspectiva de los clínicos desde su experiencia en situaciones previas con las pacientes, además, se realizaron búsquedas de evidencia cualitativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas nacionales.

Mediante la metodología de Diálogos Deliberativos se orientó la participación del panel de expertos en la elaboración de recomendaciones (9). Las recomendaciones fueron formuladas mediante sesiones de reunión virtuales con la presencia de todos los miembros del panel de expertos clínicos, GEG, GM y observadores del equipo técnico de la UNAGESP del INS para asegurar la neutralidad del proceso.

La fuerza de las recomendaciones está dada de la siguiente manera:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. Se recomienda hacerlo
Débil o condicional a favor	Los efectos deseables probablemente superan los efectos indeseables. Se sugiere hacerlo
Débil o condicional en contra	Los efectos indeseables probablemente superan los efectos deseables. Se sugiere no hacerlo
Fuerte en contra	Los efectos indeseables superan los efectos deseables. Se recomienda no hacerlo

3.2.6. Actualización de la GPC-IE

Esta guía será actualizada en un plazo de 3 años. De existir nueva evidencia que pueda modificar o generar nuevas recomendaciones, se actualizará el cuerpo de la evidencia de la presente guía. Los temas no considerados en esta guía deberán ser abordados en la actualización.

3.3. FASE DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Se realizó la identificación de facilitadores y barreras para la implementación de las recomendaciones de la presente guía. El plan de implementación será elaborado por el área que implementará las recomendaciones en el INMP, considerando las principales características de la institución, del personal y de las pacientes, que permitan lograr el cumplimiento de indicadores y la sostenibilidad de la guía en el tiempo.

IV. DESARROLLO DE LAS RECOMENDACIONES

1. **En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto ¿Es eficaz y seguro el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial comparado con no brindar analgesia de parto en términos de satisfacción materna, alivio del dolor, tiempo de duración del trabajo de parto, pujo materno, cesárea, Apgar de RN y depresión postparto?**

Se recomienda el uso de analgesia con técnica neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.
Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en una moderada calidad de la evidencia

Consideración adicional:

- El acceso a la técnica neuroaxial pudiera verse limitada en algunos establecimientos de salud de acuerdo con el nivel de complejidad por el número reducido de profesionales capacitados, infraestructura y equipamiento.
- Se considera gestante sana o de bajo riesgo a aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 828 estudios, luego de retirar los elementos duplicados se obtuvieron 781, la revisión por título y resumen permitió seleccionar 18 artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo solo cinco estudios respondían a la pregunta.

Una revisión sistemática y metaanálisis (Anim-Somuah, 2018) que evalúa la efectividad y seguridad de diferentes tipos de analgesia epidural comparado con la analgesia no epidural o ninguna intervención para el alivio dolor durante el trabajo de parto en la madre y el recién nacido, la RS aborda 15 tipos de técnicas de manejo del dolor durante el trabajo de parto incluyendo 40 ECAs (11000 gestantes) (10). Para responder a la pregunta PICO de la guía, se seleccionó el subgrupo de análisis que compara el uso de analgesia epidural con no utilizar ningún tratamiento o placebo, a partir de siete ECAs con 897 pacientes, en donde utilizaron bupivacaína o ropivacaína de la siguiente manera:

- a) Uso de bupivacaína con bolos de fentanilo (11) y tramadol (12): 2 ECAs
- b) Uso de ropivacaína con sufentanilo (13): 1 ECA
- c) Uso de bupivacaína (14): 1 ECA
- d) Uso de PCEA (13,15): 2 ECAs
- e) Uso de epidural espinal combinada (15–17): 3 ECAs

Mientras que los grupos de comparación recibieron:

- a) Terapias alternativas como masaje, musicoterapia y uso de pelotas suizas (16): 1 ECA
- b) Ningún tipo de analgesia (13–15,17): 4 ECAs
- c) No describieron la intervención de control (11,12): 2 ECAs

El uso de analgesia epidural es probable que incremente ligeramente la satisfacción materna en términos de alivio del dolor como excelente o muy buena durante el trabajo de parto (RR: 1,32; IC 95%: 1,05 a 1,65) (16), podría reducir la intensidad del dolor levemente (alivio del dolor) durante la 1° (DM: -55,90 *puntaje EVA*; IC 95%: -61,09 a -50,71) y la 2° etapa del parto (DM: -55,70 *puntaje EVA*, IC 95%: -63,54 a -47,86) evaluado con una reducción del puntaje en una escala visual análoga (*EVA*), la certeza de la evidencia fue baja (15). Al evaluar la duración de la 1° (DM: -55,09 *minutos*; IC 95%: -186,26 a 76,09) y la 2° etapa del trabajo del parto en minutos (DM: 7,66 *minutos*; IC 95%: -6,12 a 21,45), no se reportaron diferencias entre los grupos de comparación. Sin embargo, los estudios fueron significativamente heterogéneos y la certeza de la evidencia fue baja (11,14,15,18).

El uso de analgesia epidural disminuyó significativamente el número de pacientes que se sometieron a cesárea comparada con no usar ningún tratamiento o uso de placebo (RR: 0,46; IC

95%: 0,23 a 0,90)(10). La evidencia proviene de cinco ECAs con 578 gestantes, la certeza de la evidencia fue moderada.

En relación con los desenlaces asociados al recién nacido, ninguno de los estudios incluidos en el subanálisis de la RS reportó datos(10).

A pesar de ser un desenlace crítico, la depresión materna no fue reportada en ninguna RS ni en ECAs, por lo que la evidencia seleccionada para esta, fueron estudios no aleatorizados de tipo cohorte y caso – control. Los resultados relacionados al desarrollo de depresión postparto a partir de tres estudios de cohorte prospectivas multicéntricas realizadas en Beijin - China, reportaron que, la analgesia neuroaxial reduce ligeramente el desenlace en las pacientes comparado con el grupo control (ORa: 0,40; IC 95%: 0,21-0,77; $P= 0,006$) a las 6 semanas (19), a las 48 horas después del parto (OR:0,257; IC 95%: 0,117–0,528) (20), y a los 2 años después del parto (ORa: 0,455; IC 95%: 0,230 a 0,898)(18). Mientras que, un estudio de caso - control, no reportó diferencias para el desarrollo de depresión post parto relacionado al uso de analgesia comparado con no uso durante la duración de la primera etapa del trabajo de parto (21).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El beneficio de ofrecer la analgesia de parto es grande en gestantes sanas o de bajo riesgo, no solo por los beneficios en el alivio del dolor y el confort de la paciente también atenúa los episodios cardiovasculares, de hiperventilación, hipoventilación compensatoria, estados de hipoxemia en la madre.

Es muy favorable para la mujer en relación con la dinámica uterina, su salud mental, disminuye la depresión en la etapa postparto, le da mayor tranquilidad y ayuda a que la madre se reincorpore pronto en sus actividades, así como al cuidado del recién nacido. La anestesia de parto también ayudaría no solo en pacientes sanas sino en pacientes de otra condición dado que el dolor rompe más el equilibrio fisiológico. Esta atención anestésica debe ser realizada a solicitud de la paciente.

Algunos estudios incluidos utilizan medicamentos no disponibles en nuestro país, sin embargo, actualmente se usan medicamentos que son el estándar de oro para la analgesia en obstetricia como la bupivacaína, la levobupivacaína y el fentanilo que se encuentran dentro del PNUME,

además, se usan técnicas neuroaxiales como la epidural a dosis bajas y ocasionalmente la técnica espinal + epidural y espinal.

El panel de expertos sugiere que, en algunas provincias del país, la adecuación cultural es muy marcada aunada a la falta de un enfoque más humanizado de una política nacional de analgesia durante el parto por parte del MINSA, las mujeres de nuestro país culturalmente tienen otras formas de realizar el parto, por ejemplo, en la sierra se practica el parto vertical y en la selva parto bajo el agua. Estudios que evalúen el uso de analgesia en esta posición, permitirían demostrar los beneficios y riesgos reales de la intervención en nuestro país.

Los daños potenciales de esta intervención si existen, pero son pequeños. Si bien, en algunos casos, la intervención ha presentado eventos adversos, como partos por cesárea, resultados neonatales, parto instrumentado, fiebre materna y una controversia del autismo en el recién nacido o niños que recibieron analgesia de parto, estos estuvieron relacionados con concentraciones altas de analgesia de parto tradicional.

Dentro de los eventos adversos de la analgesia neuroaxial se tiene en primer lugar a la punción accidental de la duramadre que genera cefalea post-punción dural que aparece a las 48 a 72 horas, pero que es fácilmente manejado con tratamiento médico o parche hemático, existe estudios de casos auditados en unidades Obstétricas en Reino Unido en 2001, donde por cada 100 pacientes gestantes, que eran intervenidas con aguja Tuohy N° 18, de estas, 20 no hacían cefalea y lo presentaron 80 (22). En el INMP la frecuencia relativa de analgesia epidural es del 22% del total de partos, por lo que los posibles eventos adversos dependerán de la frecuencia con la que se realiza el procedimiento.

Valores y preferencias

El panel de expertos considera que posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importante sobre que tanto las pacientes valoran la intervención.

En el INMP la población atendida son mujeres jóvenes de estrato social moderado a bajo y de procedencia extranjera. Aproximadamente, el 80 al 90% acepta el procedimiento, sin embargo, el universo es muy pequeño. El Perú es un país pluricultural, por las características propias de cada región, en algunos casos las mujeres multíparas son consideradas a tener un umbral de dolor más

alto, por lo que, se estima que la solicitud de analgesia estaría concentrada en gestantes nulíparas o primíparas.

El panel considera algunos factores que no ayudan a la intervención como es la comunicación a la paciente con un lenguaje sencillo aunado al idioma del lugar donde se encuentre la gestante en trabajo de parto. Otro factor identificado es la oposición de algunos profesionales de salud, que son parte del equipo multidisciplinario, que por diferentes motivos no aceptan el uso de analgesia y en algunos casos esta posición particular podría generar en la gestante una incertidumbre de rechazo.

Uso de recursos

El panel considera que, el uso de recursos para la aplicación de la intervención generaría ahorros moderados. Los beneficios de la analgesia neuroaxial no se pueden traducir en beneficios monetarios en general, sino se toma en cuenta lo siguiente: los beneficios de aliviar el dolor y su repercusión en el dolor crónico, mejora de la satisfacción materna, disminución de la tasa de cesáreas, trauma obstétrico y depresión postparto, no generará un ahorro inmediato sino esto se verá de un mediano a largo plazo, reduciendo realmente los costos en la atención de estos eventos adversos.

En nuestro país a nivel MINSA esta atención es cubierta por el Servicio Integral de Salud (SIS), a nivel de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales de igual forma.

Resulta necesario, desarrollar estudios de costo-efectividad sobre el uso de analgesia neuroaxial que permitan conocer su impacto en el uso de recursos económicos del sistema de salud.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El uso de analgesia neuroaxial incrementa la equidad en salud para todas las gestantes en trabajo de parto y parto. Es así como, la OMS propone como un indicador de pobreza, que las gestantes deben recibir analgesia en el parto y parto con o sin dolor.

Es importante que toda gestante pueda solicitar esta atención, sobre todo en aquellas de bajos recursos económicos que acuden a los diferentes establecimientos de salud, por ello es necesario contar con personal especializado multidisciplinario capacitado.

Años atrás, desde un punto de vista ginecobstétrico esta intervención generaba cierta incertidumbre respecto a la influencia de la dosis analgésica, en la dinámica uterina, el tiempo del trabajo de parto, el déficit neurológico transitorio, sin embargo, hoy en día, las nuevas evidencias, la mejora en las soluciones de concentraciones más bajas de analgesia y nuevas técnicas neuroaxiales han permitido resolverlas.

Actualmente, el parto con analgesia neuroaxial se da desde un enfoque de parto humanizado, explicando los beneficios y riesgos de la intervención, durante el consentimiento informado y por indicación del ginecobstetra, con el apoyo del personal obstetra y de enfermería en el monitoreo y atención, siendo aceptado casi en su totalidad.

En algunas regiones del país, aun la atención del parto con analgesia es pequeña debido a algunos factores identificados por el panel de expertos, como es la sensibilización al personal de salud y la capacitación. Por otro lado, en hospitales de las fuerzas policiales se apreció inicialmente una resistencia al uso de la intervención pero que esto ha ido cambiando por la misma coyuntura generacional y mejora en la aceptación de las evidencias.

El panel de expertos considera que la intervención si es aceptable para las partes interesadas, y que es factible de implementarla, dado que incrementa la equidad en salud. También, indicó que sería importante que las recomendaciones de la guía puedan ser utilizadas por establecimientos de nivel II-2 donde puedan contar con recursos humanos suficientes, considerando que los gestores de estas instituciones logren implementar y adecuar los espacios necesarios de unidades de analgesia en los centros obstétricos.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

Finalmente, el panel de expertos concluye que el balance entre efectos deseables e indeseables favorece a la analgesia del parto y parto con técnica neuroaxial.

Con especial interés en los beneficios hacia la madre debido a un mejor conocimiento de la fisiopatología del dolor durante el trabajo de parto, nuevas evidencias en cuanto a las dosis, técnicas y factores de protección de partos instrumentados, cesáreas, trauma obstétrico, satisfacción materna, en los resultados del recién nacido y la depresión postparto.

2. En Gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto que no acepta recibir analgesia neuroaxial ¿el uso de remifentanilo endovenoso es una alternativa más efectiva y segura que otros tipos de analgesia endovenosa para el alivio del dolor?

Se sugiere el uso de analgesia endovenosa con remifentanilo comparado con otros tipos de analgesia endovenosa en gestantes sanas o de bajo riesgo que rechazan la técnica neuroaxial.

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

Consideraciones adicionales:

Se sugiere el monitoreo permanente de la madre y del feto

Brindar información sobre beneficios y riesgos de la intervención a las gestantes

Disponer una vía endovenosa independiente y el uso de oxigenoterapia si fuera el caso.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 170 estudios, luego de retirar los elementos duplicados se obtuvieron 98 la revisión por título y resumen permitió seleccionar 11 artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo, solo un estudio respondía a la pregunta.

Se seleccionó una RS Cochrane con el objetivo de evaluar la efectividad del uso de remifentanilo endovenoso en el manejo del dolor durante el parto mediante la analgesia controlada por la paciente (ACP) comparada con otros opioides o con remifentanilo por diferentes vías de administración, con analgesia epidural o analgesia por inhalación, además de compararlo con ningún tratamiento o placebo (23).

Debido a que la pregunta PICO de la guía está orientada a aquellas situaciones en las que una gestante sana o de bajo riesgo, no acepta recibir analgesia neuroaxial, y es necesario ofrecerles otras alternativas como el uso de remifentanilo u otros opioides, para responder a la pregunta fue seleccionado el análisis de subgrupo de la RS de Weibel que compara el uso de remifentanilo con otros opioides intravenosos (23).

Para el desenlace de satisfacción materna evaluado con el alivio del dolor, a partir de cuatro ECAs con 216 gestantes, la analgesia endovenosa con remifentanilo podría tener poco a ningún efecto sobre el desenlace (DME: 2,11; IC 95%: 0,72 a 3,49) (24–27), los estudios fueron muy

heterogéneos entre ellos ($I^2=93\%$) ya que fueron incluidos estudios que utilizaron otros opioides por vía intravenosa e intramuscular, la certeza de la evidencia fue baja.

En relación con los desenlaces respiratorios, la evidencia es muy incierta sobre el efecto de la analgesia endovenosa con remifentanilo en la incidencia de depresión respiratoria evaluada como < 8 respiraciones por minuto (RR: 7; IC 95% 0.39 a 126.48), la RS de Weibel solo incluyó un ECA con un tamaño de muestra muy pequeño de 36 pacientes con alto riesgo de sesgo y otras limitaciones por lo que la certeza de la evidencia fue muy baja (27). Del mismo modo, la evidencia sigue siendo incierta sobre el efecto de remifentanilo en el desarrollo de la desaturación de oxígeno ($SpO_2 < 95\%$) (RR: 0,48; IC 95%: 0,00 a 47,37) a partir de dos ECAs con 113 pacientes y una muy baja certeza de la evidencia por limitaciones como alto riesgo de sesgo en el cegamiento y deserción además de presentar heterogeneidad estadística sustancial (25,27).

Sobre los efectos en el recién nacido, no reportaron diferencias sobre la puntuación de Apgar a los cinco minutos entre el grupo que recibió remifentanilo por PCA y meperidina intravenosa (mediana de puntuación de Apgar de 9, IQR 9 a 9 en ambos grupos) (26), ningún recién nacido reportó un puntaje de Apgar menor a siete a los cinco minutos (Evron 2005), a partir de un ECA de 68 y 88 RN respectivamente, la certeza de la evidencia fue moderada para ambos desenlaces. Entre otros desenlaces secundarios, no se reportaron diferencias significativas entre el uso de remifentanilo comparado con otros opioides en la disminución del riesgo de parto por cesárea por lo que podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia (RR: 0,70; IC 95%: 0,34 a 1,41) (24–27) en cuatro ECAs con 215 gestantes con baja certeza de la evidencia debido a limitaciones como imprecisión y alto riesgo de sesgo entre los estudios.

El uso de analgesia endovenosa con remifentanilo probablemente podría reducir levemente el requerimiento adicional de analgesia de escape comparado con otros opioides (RR: 0.57; IC 95%: 0.40 a 0.81) a partir de tres ECAs con 190 gestantes y una moderada certeza de la evidencia a pesar de que el MA incluyó un estudio con alto riesgo de sesgo por cegamiento pero que al evaluar su exclusión no tuvo impacto en los resultados (RR: 0,48; IC 95%: 0,25 a 0,91) (25–27).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El objetivo de la pregunta fue comparar el uso de remifentanilo con otras alternativas de analgesia endovenosas. La analgesia endovenosa es una alternativa para pacientes que presentan

contraindicación de analgesia neuroaxial o en los casos que se reúsan a usar a recibir este tipo de analgesia. El panel de expertos considera que la evidencia es incierta, pero en su experiencia clínica, los efectos deseables son grandes respecto al alivio del dolor, y la reducción del puntaje en las escalas del dolor, además de lograr la satisfacción materna.

El remifentanilo viene siendo una alternativa a la analgesia neuroaxial en los casos que se presenta un rechazo debido al desconocimiento o falta de confianza en los efectos del medicamento. Es importante considerar que, el remifentanilo se utiliza con una dosis dependiente para alcanzar mayor alivio del dolor y que debe evaluarse la dosis para su aplicación en cada paciente.

En el Perú, existe variabilidad sobre el uso de remifentanilo a nivel de subsistemas de salud, por ejemplo, en el seguro social solo se usa el medicamento en cirugías de trasplantes, y no para otros tipos, en el sector privado, el remifentanilo si es utilizado como primera opción, titulando la dosis en función de la respuesta que se pueda obtener de las pacientes y los resultados se reportan tanto en la madre (alivio del dolor) como en el niño (evaluación del Apgar).

El remifentanilo es uno de los opioides que lleva buen tiempo en el mercado, que en sus inicios se reportaban muchos efectos adversos, pero con el paso del tiempo se ha ido conociendo la versatilidad del medicamento, ya que es muy dependiente de la dosis, las principales preocupaciones son la depresión respiratoria en la paciente y la hipotensión materna, sin embargo se ha logrado la satisfacción materna, con la implementación de monitores, la presencia del médico como cabecera de la paciente y una vigilancia permanente de la paciente, lo que en la actualidad los efectos indeseables son pequeños. Es necesario tener un equipamiento avanzado ante cualquier eventualidad, y un equipo multidisciplinario capacitado para evitar que los daños que se pudieran ocasionar sean mínimos, considerando que la aplicación de la dosis necesaria debe estar en función del umbral del dolor logrando una titulación de la dosis.

Valores y preferencias

Los valores y preferencias de las pacientes o sus cuidadores se evaluaron de manera indirecta a través de la experiencia de los miembros del panel de expertos y el grupo elaborador.

No se han realizado estudios sobre la percepción o valoración de las pacientes con remifentanilo, sin embargo, el uso del remifentanilo en pacientes a quienes se les brinda información adecuada

además de un consentimiento informado acompañado de un monitoreo permanente del dolor es aceptado, por lo que se consideró que probablemente no haya incertidumbre ni variabilidad importante.

La experiencia clínica permite reconocer que cuando una mujer experimenta dolor durante el parto y se le ofrece la analgesia, la mayor preocupación es respecto a su salud y el de su bebe, bajo esa perspectiva posiblemente haya incertidumbre o variabilidad importante. Sería importante que las gestantes puedan elegir la técnica a aplicar mucho antes del trabajo de parto, cuando ellas se encuentran en mejores condiciones de recibir información y decidir sobre la mejor alternativa para ella y su bebe.

Uso de recursos

El panel de expertos considera que los requerimientos de recursos de la analgesia del parto con remifentanilo son moderados. No existen estudios de costo efectividad sobre el medicamento en el país. En el Perú, el principio activo Remifentanilo 2mg y 5 mg para administración IV, se comercializa bajo la forma farmacéutica de polvo liofilizado para inyección y cuenta con un registro sanitario vigente cada uno.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

La intervención es aceptable por el personal de salud, por lo que, si sería posible su implementación.

Considerando que el remifentanilo no se encuentra dentro del PNUME, es importante que pueda lograrse el acceso a este medicamento, ya que permite a la gestante tener más opciones de elegir para el manejo de su dolor, la necesidad de un anestesiólogo que esté al lado de la paciente además de un equipo de trabajo resulta relevante durante la intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

La analgesia con remifentanilo comparado con no ofrecerle nada u otro tipo de analgesia de tipo endovenosa favorece el uso de remifentanilo.

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

Si valoramos el uso de una analgesia espinal frente a una epidural, definitivamente el ahorro es significativo, por ejemplo, en zonas de provincia, la analgesia espinal es mucho más accesible, en caso la técnica espinal no haya sido suficiente, requerirá el uso de otra técnica y genera un costo mayor por lo tanto los costos en provincia son moderados.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El panel indica que la intervención incrementaría la equidad, todos los profesionales de salud aceptarían usar la técnica incluso otras instituciones que no están participando de esta reunión. Todos los panelistas indicaron que si sería factible implementar el uso de la analgesia espinal dosis única como una opción más.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

Considerando los beneficios y riesgo de la analgesia espinal dosis única desde la evidencia, así como de su experiencia que es limitada veamos si favorece o no su uso.

Considerando que la analgesia espinal única es una alternativa, la balanza se inclinaría hacia probablemente favorece a la analgesia espinal única, identificando los grupos a los que se hizo referencia en la fase expulsiva, etapa tardía de trabajo de parto.

4. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la efectividad de la administración del volumen parenteral comparada con no administrar durante la técnica neuroaxial?

Recomendación:

En gestantes en trabajo de parto y parto sanas o de bajo riesgo que desean recibir analgesia neuroaxial, se sugiere no se le administre una carga de volumen parenteral previa.

Recomendación condicional en contra de la intervención basada en baja calidad de la evidencia

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 233 estudios, luego de retirar los elementos duplicados quedaron 227 y mediante el tamizaje por título y resumen, se seleccionaron cuatro artículos. Finalmente, luego de la lectura a texto completo, un estudio respondía a la pregunta.

*Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial
- Versión extensa -
Serie Guías Práctica Clínica N° 03-2022
pág. 46*

Una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar los efectos maternos y fetales de la administración de una precarga profiláctica de fluidos intravenosos antes de la analgesia del trabajo de parto (37). La RS reporta que, no hay diferencias significativas sobre el desarrollo de hipotensión materna entre la administración de volumen parenteral (precarga) sobre la incidencia de hipotensión materna comparado con no administrarlo en gestantes sanas o de bajo riesgo (RR: 0.84; IC 95%: 0.48 a 1.47). La evidencia proviene de tres ECAs con 235 gestantes, la certeza de la evidencia fue muy baja. Tampoco existieron diferencias respecto a las anomalías en la frecuencia fetal al comparar ambos grupos (RR: 0.72; IC 95% 0.44 a 1.17), a partir de tres ECAs con 214 gestantes, la certeza de la evidencia fue muy baja para este desenlace. En general, los estudios administraron diferentes esquemas de analgesia y se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que en los ensayos no estaba claro el procedimiento para asignar la generación de secuencia aleatoria y ocultamiento de la asignación, además del cegamiento (37).

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Con el paso de los años, la precarga ha dejado de ser una práctica usada en anestesia y en analgesia. Los efectos deseables de la intervención son triviales.

La pregunta fue formulada debido a que aún existe variabilidad clínica en grupos reducidos, sobre el uso de una precarga de volumen de 500 ml de ClNa 9% para prevenir la hipotensión en mujeres en trabajo de parto. La evidencia científica y la experiencia clínica, ha demostrado que no se debe realizar esta técnica, sin embargo, en algunas regiones del país aún se ve esta práctica, a pesar de las evaluaciones clínicas y de la determinación de una situación de estabilidad e hidratación, existe personal de salud que aún practican la administración de 500 ml de ClNa 9% a chorro en mujeres en trabajo de parto incluso si está en fase latente.

Los efectos indeseables en relación con la precarga de volumen endovenoso dependen del tipo de paciente. En casos de preeclampsia se presentan problemas de sobre hidratación y edema pulmonar, por lo que, si disminuyen los niveles de oxitocina puede enlentecer el trabajo de parto. El panel menciona que, con la experiencia clínica, a pesar de la precarga abismal en estas pacientes sanas es probable que se metabolicen, o por la fisiología propia de la gestante no se hayan presentado efectos indeseables grandes, por lo que, el panel considera que los efectos indeseables son pequeños.

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.

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

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El panel indica que incrementaría la equidad en salud, sería aceptable por el personal de salud y las pacientes, por lo que, si sería factible implementar la intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

El conjunto del panel indica que el balance de efectos deseables e indeseables favorece al uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial.

7. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Es mejor mantener o suspender la analgesia Neuroaxial durante la 2da etapa de parto en términos de eficacia y seguridad?

Se recomienda mantener la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo durante la segunda etapa del trabajo de parto.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto.

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

En la búsqueda sistemática se halló 390 estudios, de los cuales fueron retirados 57 por duplicidad, se realizó la lectura de título y resumen de 333 artículos, siendo seleccionados 14 artículos que, luego de la lectura de texto completo solo un estudio respondía a la pregunta.

Una RS Cochrane con el objetivo de evaluar la efectividad de la analgesia epidural al final del trabajo de parto y la interrupción de la analgesia al final del trabajo de parto, no se reportaron diferencias significativas ni clínicamente importantes en la duración de la segunda etapa de trabajo de parto al comparar el mantenimiento de la analgesia neuroaxial con la suspensión (MD: -5,80 minutos, IC 95%: -12,91 a 1,30), sobre la evidencia de tres ECAs con 203 gestantes y una certeza de la evidencia baja. Tampoco se presentaron diferencias entre los grupos sobre la incidencia de cesárea (RR: 0.98; IC 95% 0.43 a 2.25) de un total de cuatro ECAs con 282 gestantes y una certeza de la evidencia moderada (48).

Respecto al Apgar del recién nacido con una puntuación menor a siete u ocho al primer minuto (RR: 1.55; IC 95% 0.94 a 2.55), o menor a siete a los cinco minutos (RR: 3.92; IC 95% 0.45 a 34.21) no hubo diferencias entre los grupos, la certeza de la evidencia fue alta a moderada, respectivamente (48).

Balance entre consecuencias favorables o desfavorables

La evidencia no ha reportado resultados sobre satisfacción materna, que es uno de los más importantes, sin embargo, en los demás desenlaces no hay diferencias y que los efectos desfavorables estarían en mantener la analgesia hasta el final. En la experiencia clínica del panel de expertos, se ha visto que no hay diferencias, dado que la madre prefiere el parto sin dolor.

Los efectos favorables se encuentran en evitar desarrollar el dolor crónico y otros elementos relacionados a la salud mental de la madre cuando se le expone al dolor expulsivo sin anestesia, desde la experiencia clínica se tiene que la intervención logra la satisfacción de la madre ya que evita el dolor en la fase de dilatación generando grandes beneficios.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

Los efectos beneficios de mantener la analgesia en la segunda etapa de trabajo de parto son grandes, mientras que los daños potenciales son triviales.

Valores y preferencias

El panel considera que probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante sobre como las gestantes valoran los desenlaces principales.

Uso de recursos

El mantener la analgesia neuroaxial durante la segunda etapa de parto le generarían al sistema de salud: Ahorros moderados.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El mantenimiento de la analgesia neuroaxial durante la segunda etapa de trabajo de parto, incrementa la equidad en salud, probablemente sí sería aceptable para las partes interesadas y si sería factible implementar la intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables.

El panel de expertos concluye que el balance entre efectos deseables e indeseables favorece la intervención.

Si se pone en una balanza los beneficios y los daños o riesgos que puede generar el mantener o suspender la analgesia en la segunda etapa de trabajo de parto se tiene que con analgesia de parto las pacientes mejoran, sin embargo, las evidencias no son concluyentes, es necesario hacer estudios más grandes en la realidad peruana.

8. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la mejor técnica de mantenimiento de la analgesia neuroaxial (infusión continua o bolos epidurales intermitentes/automatizados o PCA o combinadas entre ellas) para el alivio del dolor?

Se sugiere el uso de bolos epidurales intermitentes programados para el mantenimiento de la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto
- Usar concentraciones diluidas de anestésico local que eviten el bloqueo motor de acuerdo a criterio clínico (Bupivacaina $\leq 0.1\%$).

Identificación y síntesis de evidencia que sustenta la recomendación

La búsqueda sistemática identificó 876 estudios, siendo excluidos 127 por duplicidad, se dispuso de 750 estudios para la revisión por título y resumen, los que permitieron seleccionar 11 artículos. Posterior de la lectura a texto completo, solo cuatro estudios respondían a la pregunta, de los cuales se tomó una revisión sistemática por la calidad metodológica.

Una RS y MA con el objetivo de evaluar la eficacia de la administración epidural de infusión continua (modo tradicional) y la técnica de bolo epidural intermitente en gestantes que se encuentran en trabajo de parto(49). Los resultados reportan que el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría reducir el trabajo de parto significativamente (MD: -15,45 min; IC 95%: -21,70, -9,21), la certeza de la evidencia fue baja a partir de 21 ECAs con 2 110 gestantes (49).

En comparación con el grupo de infusión continua epidural, el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente redujo levemente el riesgo de desarrollar dolor irruptivo evaluado como la necesidad de intervención analgésica adicional (RR: 0,62; IC 95 %: 0,48, 0,81), también, podría incrementar o tener poco a ningún efecto sobre la satisfacción materna (MD: 5,16 cm; IC 95%: 0,15, 10,18) pero la evidencia es muy incierta debido a una muy baja certeza a partir de 15 ECAs con 1428 gestantes, los estudios fueron muy heterogéneos para este último desenlace ($I^2 = 98 \%$) (49).

No se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos sobre la tasa de parto (MD: 0.90; IC 95% 0.73 - 1.11) a partir de 20 ECAs con 1954 gestantes y una baja certeza de la evidencia para este desenlace (49).

Balance entre consecuencias favorables o desfavorables

Los efectos deseables de mantener el bolo epidural intermitente programado son grandes y los efectos indeseables son triviales.

Beneficios y daños potenciales de esta recomendación

El balance de beneficios y daños favorece el mantenimiento de los bolos epidurales intermitentes programados.

Valores y preferencias

Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante.

Uso de recursos

El uso de recursos para la aplicación de la intervención generaría ahorros moderados.

Consideraciones de equidad, aceptabilidad y factibilidad

El panel indica que la equidad se vería aumentada con el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programada, probablemente si sería aceptable por el personal de salud, así como por los pacientes, y que sí sería factible la implementación de la intervención.

Balance entre las consecuencias favorables o desfavorables

El balance de efectos favorece el mantenimiento de los bolos epidurales intermitentes programados.

4.5. Recomendaciones para la investigación

Durante los diálogos deliberativos y a través del enfoque GRADE se identificaron las necesidades de investigación que podrán contribuir a la práctica clínica de la analgesia con técnica neuroaxial en el contexto peruano, el listado se presenta a continuación:

- Costo- efectividad del uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial
- Evaluación de desenlaces relevantes como depresión postparto, dolor, entre otros a partir de la evidencia local.
- Evaluación de la satisfacción materna al recibir la analgesia de parto con técnica neuroaxial.
- Evaluación de resultados clínicos con el uso de agujas de diferente calibre en la punción dural epidural como opción de analgesia neuroaxial.

V. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

5.1. Objetivos

- Proponer estrategias que faciliten la difusión, adopción y diseminación de las recomendaciones priorizadas de la “GPC Informada en Evidencia para el Manejo del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto en Pacientes Sanas usando Técnica Neuroaxial”,
- Favorecer la transferencia de conocimiento a la práctica clínica de las recomendaciones priorizadas de la “GPC Informada en Evidencia para el Manejo del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto en Pacientes Sanas usando Técnica Neuroaxial”.
- Establecer indicadores para el seguimiento del proceso de implementación de la técnica neuroaxial por el equipo multidisciplinario para la mejora de la satisfacción materna.

5.2. Identificación de barreras y facilitadores

5.2.1. Barreras:

- Posible falta de aceptación de la guía
- Poco conocimiento de medicina basada en la evidencia
- Resistencia al cambio
- Poco apoyo de las autoridades médicas o administrativas
- Tendencias de la práctica clínica y participación de la industria farmacéutica
- Limitada disponibilidad de recursos
- Personal médico entrenado con lineamientos claros para la atención

5.2.1. Facilitadores:

- Beneficios percibidos para el paciente
- Disponibilidad de documentos de políticas y capacitaciones
- Apoyo entre pares clínicos
- Características del trabajador de la salud para el trabajo en equipo multidisciplinario
- Personal médico anestesiólogo con compromiso y conocimiento de GPC-BE
- Disponibilidad de recursos
- Apoyo de la gestión hospitalaria.

5.3. Estrategias de Implementación:

a) Difusión de la guía:

- Preparación de los usuarios y la población de la guía.
- Sensibilización sobre el uso de las GPC-BE y la importancia de su implementación
- Capacitación para la interpretación de recomendaciones de GPC-BE
- Difusión de mensajes cortos y claves de los contenidos de la GPC -BE
- Disposición de la guía en sus versiones extensa y amigable para profesionales y pacientes.
- Otras estrategias que se formulen de acuerdo con las características de los usuarios y población de la guía.

b) Presentación de la guía:

- Presentación de la GPC-BE y sus recomendaciones
- Presentación ventajas de la aplicación y casos clínicos modelo
- Otras estrategias que se formulen de acuerdo con las características de los usuarios y población de la guía.

c) Implementación de la guía y mantenimiento:

- Establecimiento de la línea de base
- Difusión y acceso Institucional
- Reconocimiento e incentivos para la implementación
- Monitoreo de la implementación
- Otras estrategias que se formulen de acuerdo con las características de los usuarios y población de la guía.

d) Evaluación de la implementación:

- Evaluación operativa de implementación
- Presentación y reflexiones sobre el proceso de implementación de la guía
- Presentación de indicadores de evaluación institucional
- Otras estrategias que se formulen de acuerdo con las características de los usuarios y población de la guía.

VI. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud. NTS N° 117 -MINSA/DGSP - V.01 “Norma técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud” [Internet]. 2015. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3300.pdf>
2. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud. Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. 2015. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3301.pdf>
3. GRADE handbook [Internet]. [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
4. Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *Can Med Assoc J*. 2014 Feb 18;186(3):E123–42.
5. Mustafa RA, Santesso N, Brozek J, Akl EA, Walter SD, Norman G, et al. The GRADE approach is reproducible in assessing the quality of evidence of quantitative evidence syntheses. *J Clin Epidemiol*. 2013 Jul;66(7):736-742.e5.
6. Rayyan [Internet]. [cited 2022 Mar 25]. Available from: https://rayyan.ai/users/sign_in
7. GRADEpro [Internet]. [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.gradepro.org/>
8. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de Guías de Práctica Clínica [Internet]. 2009. Available from: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
9. Carmona G, Bonilla C, Huamán K, Reyes N, Hajar G, Caballero P. Utilidad de los diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones de guías de práctica clínica. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017 Dec;34:738–43.
10. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 21;5(5):CD000331.
11. Genc M, Sahin N, Maral J, Celik E, Kar AA, Usar P, et al. Does bupivacaine and fentanyl combination for epidural analgesia shorten the duration of labour? *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. 2015;35(7):672–5.
12. Jaitley A, Singh S, Srivastava U, Nagrath A, Prajapati NC, Singh R. A comparison between epidural and IV tramadol for painless labor and effect on perinatal outcome. *J Obstet Gynaecol India*. 2011/06/23 ed. 2011 Feb;61(1):42–7.
13. Liu Y, Xu M, Che X, He J, Guo D, Zhao G, et al. Effect of direct current pulse stimulating acupoints of JiaJi (T10-13) and Ciliao (BL 32) with Han’s Acupoint Nerve Stimulator on labour pain in women: a randomized controlled clinical study. *J Tradit Chin Med Chung Tsa Chih Ying Wen Pan*. 2015 Dec;35(6):620–5.

14. Morgan-Ortiz F, Quintero-Ledezma JC, Pérez-Sotelo JA, Trapero-Morales M. [Evolution and quality of care during labor and delivery in primiparous patients who underwent early obstetrical analgesia]. *Ginecol Obstet Mex*. 1999 Nov;67:522–6.
15. Long J, Yue Y. Patient controlled intravenous analgesia with tramadol for labor pain relief. *Chin Med J (Engl)*. 2003 Nov;116(11):1752–5.
16. Orange FA de, Passini RJ, Melo ASO, Katz L, Coutinho IC, Amorim MMR. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. 2012 Feb;58(1):112–7.
17. Xing JJ, Liu XF, Xiong XM, Huang L, Lao CY, Yang M, et al. Effects of Combined Spinal-Epidural Analgesia during Labor on Postpartum Electrophysiological Function of Maternal Pelvic Floor Muscle: A Randomized Controlled Trial. *PloS One*. 2015;10(9):e0137267.
18. Liu ZH, He ST, Deng CM, Ding T, Xu MJ, Wang L, et al. Neuraxial labour analgesia is associated with a reduced risk of maternal depression at 2 years after childbirth: A multicentre, prospective, longitudinal study. *Eur J Anaesthesiol*. 2019 Oct;36(10):745–54.
19. Deng CM, Ding T, Li S, Lei B, Xu MJ, Wang L, et al. Neuraxial labor analgesia is associated with a reduced risk of postpartum depression: A multicenter prospective cohort study with propensity score matching. *J Affect Disord*. 2021 Feb 15;281:342–50.
20. Sun J, Xiao Y, Zou L, Liu D, Huang T, Zheng Z, et al. Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Trial of Labor after Cesarean: A Multicenter, Prospective Cohort Study. *BioMed Res Int*. 2020;2020:2408063.
21. Deshmukh VL, Ghosh SS, Yelikar KA, Gadappa SN. Effects of Epidural Labour Analgesia in Mother and Foetus. *J Obstet Gynaecol India*. 2018 Apr;68(2):111–6.
22. Banks S, Paech M, Gurrin L. An audit of epidural blood patch after accidental dural puncture with a Tuohy needle in obstetric patients. *Int J Obstet Anesth*. 2001 Jul;10(3):172–6.
23. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace NL, Eberhart LH, Jokinen J, et al. Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parenteral methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 13;4:CD011989.
24. Calderón E, Martínez E, Román MD, Pernio A, García-Hernández R, Torres LM. Remifentanyl intravenoso mediante infusor elastomérico frente a meperidina intramuscular: Estudio comparativo en analgesia obstétrica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13:462–7.
25. Evron S, Glezerman M, Sadan O, Boaz M, Ezri T. Remifentanyl: a novel systemic analgesic for labor pain. *Anesth Analg*. 2005 Jan;100(1):233–8.

26. Ng TKT, Cheng BCP, Chan WS, Lam KK, Chan MTV. A double-blind randomised comparison of intravenous patient-controlled remifentanyl with intramuscular pethidine for labour analgesia. *Anaesthesia*. 2011 Sep;66(9):796–801.
27. Thurlow JA, Laxton CH, Dick A, Waterhouse P, Sherman L, Goodman NW. Remifentanyl by patient-controlled analgesia compared with intramuscular meperidine for pain relief in labour. *Br J Anaesth*. 2002 Mar;88(3):374–8.
28. Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 13];(10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003401.pub3/full>
29. Thomas JA, Pan PH, Harris LC, Owen MD, D'Angelo R. Dural puncture with a 27-gauge Whitacre needle as part of a combined spinal-epidural technique does not improve labor epidural catheter function. *Anesthesiology*. 2005 Nov;103(5):1046–51.
30. Yadav P, Kumari I, Narang A, Baser N, Bedi V, Dindor BK. Comparison of dural puncture epidural technique versus conventional epidural technique for labor analgesia in primigravida. *J Obstet Anaesth Crit Care*. 2018 Jan 1;8(1):24.
31. Wilson SH, Wolf BJ, Bingham K, Scotland QS, Fox JM, Woltz EM, et al. Labor Analgesia Onset With Dural Puncture Epidural Versus Traditional Epidural Using a 26-Gauge Whitacre Needle and 0.125% Bupivacaine Bolus: A Randomized Clinical Trial. *Anesth Analg*. 2018 Feb;126(2):545–51.
32. Cappiello E, O'Rourke N, Segal S, Tsen LC. A randomized trial of dural puncture epidural technique compared with the standard epidural technique for labor analgesia. *Anesth Analg*. 2008 Nov;107(5):1646–51.
33. Chau A, Bibbo C, Huang CC, Elterman KG, Cappiello EC, Robinson JN, et al. Dural Puncture Epidural Technique Improves Labor Analgesia Quality With Fewer Side Effects Compared With Epidural and Combined Spinal Epidural Techniques: A Randomized Clinical Trial. *Anesth Analg*. 2017 Feb;124(2):560–9.
34. Gupta D, Srirajakalidindi A, Soskin V. Dural puncture epidural analgesia is not superior to continuous labor epidural analgesia. *Middle East J Anaesthesiol*. 2013 Oct;22(3):309–16.
35. Imani F, Lotfi S, Aminisaman J, Shahmohamadi A, Ahmadi A. Comparison of Spinal Versus Epidural Analgesia for Vaginal Delivery: A Randomized Double Blinded Clinical Trial. *Anesthesiol Pain Med*. 2021 Mar 1;11(1):e108335.
36. Maranhao B, Liu M, Palanisamy A, Monks DT, Singh PM. The association between post-dural puncture headache and needle type during spinal anaesthesia: a systematic review and network meta-analysis. *Anaesthesia*. 2021;76(8):1098–110.
37. Hofmeyr GJ, Cyna AM, Middleton P. Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2004 [cited 2022 Mar 15];(4).

Available from:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000175.pub2/full>

38. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 17];(10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/full/es>
39. Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD, Penning DH, Choi WW, Bates JN, et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? *Anesthesiology*. 1994 Jun;80(6):1201–8.
40. Chestnut DH, Vincent RD, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? *Anesthesiology*. 1994 Jun;80(6):1193–200.
41. Luxman D, Wolman I, Groutz A, Cohen JR, Lottan M, Puzner D, et al. The effect of early epidural block administration on the progression and outcome of labor. *Int J Obstet Anesth*. 1998 Jul;7(3):161–4.
42. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Mar;194(3):600–5.
43. Wang LZ, Chang XY, Hu XX, Tang BL, Xia F. The effect on maternal temperature of delaying initiation of the epidural component of combined spinal-epidural analgesia for labor: a pilot study. *Int J Obstet Anesth*. 2011 Oct;20(4):312–7.
44. Wang F, Shen X, Guo X, Peng Y, Gu X, Labor Analgesia Examining Group. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. *Anesthesiology*. 2009 Oct;111(4):871–80.
45. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, et al. The Risk of Cesarean Delivery with Neuraxial Analgesia Given Early versus Late in Labor. *N Engl J Med*. 2005 Feb 17;352(7):655–65.
46. Buyse I, Stockman W, Columb M, Vandermeersch E, Velde MV de. Effect of sufentanil on minimum local analgesic concentrations of epidural bupivacaine, ropivacaine and levobupivacaine in nullipara in early labour. *Int J Obstet Anesth*. 2007 Jan 1;16(1):22–8.
47. Briones Morales MB. Estudio comparativo entre bupivacaina + fentanyl vs. Bupivacaina sola por vía peridural para el control del dolor obstétrico. 2003;9(280–287).
48. Torvaldsen S, Roberts C, Bell J, Raynes-Greenow C. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2004;(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004457.pub2>

49. Hussain N, Lagnese CM, Hayes B, Kumar N, Weaver TE, Essandoh MK, et al. Comparative analgesic efficacy and safety of intermittent local anaesthetic epidural bolus for labour: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2020 Oct;125(4):560–79.
50. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009 Jul 21;339:b2535.

ANEXOS METODOLÓGICOS

ANEXO A: BÚSQUEDA, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GPC

1. Búsqueda de GPC

Repositorio	Palabra clave	Identificadas	Pre seleccionadas	Nombre de la guía preseleccionada	Disponible
España, Sistema Nacional de Salud España, Guía Salud	Normal labor Care or Labor pain relief or epidural analgesia or Guideline Normal labor Care or Labor pain relief or epidural analgesia	1	1	2010 "GPC sobre la Atención al Parto Normal"	1
Reino Unido, NICE (The National Institute for Health and Care Excellence)		1	1	Intrapartum Care 2014, actualizado octubre 2020 (Labor pain relief)	1
		1	1	2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190)	1
Canadá, Canadian Medical Association, CMA/ infobase		0	0		0
Medscape, Clinical Practice Guidelines		0	0		0
EE.UU, AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)		0	0		0
Canadá, AMA (Alberta Medical Association)		0	0		0
Australia, NHMRC (The National Health and Medical Research Council)		0	0		0
Ministerio de salud de Nueva Zelanda		0	0		0
Royal College of Physicians Guidelines		0	0		0

Escocia, SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)		0	0		0
Singapur, Ministry of Health Guidelines Project		0	0		0
Fisterra.com/Guías clínicas		0	0		0
American College of Physicians		0	0		0
México, CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud)		1	1	Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo	1
WHO/OPS		1	1	Recomendaciones de la OMS de cuidados del parto para una experiencia positiva 2019 pag. 85-105	1
Arabia Saudita, Ministry of Health Portal		0	0		0
Australia, Medical Journal of Australia Clinical Practice Guidelines		0	0	Short Guide: Epidural in labour Short Guide: Nitrous oxide and oxygen in labour Short Guide: Opioids in labour Short Guide: Remifentanil via PCA in labour	0
EE. UU, US Preventive Service Taskforce		0	0		0
Queensland Health		0	0		
Canadá, Public Health Agency of Canada		0	0		0
GIN, Guidelines International Network		0	0		0
Ministerio de Salud de Colombia	Analgesia de parto	0	0	0	0
Ministerio de Salud Chile		1	1	Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°54 Analgesia del Parto (2019) actualizada	1
Ministerio de Salud Ecuador		1	0		
Ministerio de Salud Perú		0	0		

2. CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE GPC MEDIANTE AGREE II

Nombre de la GPC/País/Año	País	Año	Dominio 1: Alcance y objetivos	Dominio 2: Participación de los implicados	Dominio 3: Rigor en la elaboración	Dominio 4: Claridad de la presentación	Dominio 5: Aplicabilidad	Dominio 6: Independencia editorial	Evaluación global
Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo	México	2019	56%	28%	27%	28%	33%	67%	33%
Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth (NICE guideline cg190)	Reino unido	2014/2019	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%
Guía de práctica clínica sobre la atención de parto normal	España	2010	92%	81%	96%	83%	67%	100%	87%
Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva	OMS	2019	92%	83%	96%	100%	90%	100%	93%
Guía de práctica clínica analgesia de parto	Chile	2019	61%	61%	84%	92%	31%	79%	67%

	Buena calidad
	Moderada Calidad
	Baja calidad

ANEXO B: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y FLUJOGRAMA DE ARTÍCULOS

1. En gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto ¿Es eficaz y seguro el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial comparado con no brindar analgesia de parto en termino de Satisfacción materna, alivio del dolor, tiempo de duración del trabajo de parto, pujo materno, tasa de cesárea, Apgar de RN, Kristeller y depresión postparto?	
P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial
C	No analgesia de parto
O	Satisfacción materna, Alivio del Dolor, Tiempo de duración del trabajo de parto, Pujo materno, Tasa de Cesárea, Apgar de RN, Depresión postparto,

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Labor, obstetric"[MeSH Terms]	Analgesia, Epidural [Mesh]		"Patient Satisfaction"[Mesh]
"Labor Onset"[Mesh]	Analgesia, Obstetrical [Mesh]		"Cesarean Section"[Mesh]/
"Delivery, Obstetric"[Mesh]	Epidura*		"Apgar Score"[Mesh]
"Labor Pain"[Mesh]	Combin*		Depression, Postpartum [Mesh]
"Pregnant Women"[Mesh]	Analges*		Analgesia, Epidural/adverse effects [Mesh]
"Parturition"[Mesh]	Intrathec*		"Maternal push"[Title/Abstract]
"Pregnancy"[Mesh]	Labor analgesia relief [Title/Abstract]		Duration of labor [Title/Abstract]
"Natural Childbirth"[Mesh]	Labour analgesia relief [Title/Abstract]		"Labor duration"[Title/Abstract]
Labour*	Neuraxial Labor Analgesia [Title/Abstract]		
Labor*	"Single spinal"[Title/Abstract]		
Parturition*	"Single-shot spinal"[Title/Abstract]		
Birth*	"Combined analgesia"[Title/Abstract]		
Childbirth*	"Combined spinal epidural analgesia"[Title/Abstract]		
"Labor pain relief"	"Dural puncture epidural analgesia"[Title/Abstract]		
	"Dural puncture epidural"[Title/Abstract]		
	"Single-shot spinal"[Title/Abstract]		

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 26/07/2021	
Estrategia de búsqueda	Resultados
((((Labor analgesia relief[Title/Abstract]) OR (Labour analgesia relief[Title/Abstract])) OR (Neuraxial Labor Analgesia[Title/Abstract])) OR (((("Pregnancy"[Mesh]) OR ("Parturition"[Mesh])) OR ("Pregnant Women"[Mesh])) OR (((("Labor, obstetric"[MeSH Terms]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR (((("Labour*" OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR (Birth*)) OR (Childbirth*))) AND ((Analgesia, Epidural[Mesh]) OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh]))) AND ("Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Cesarean Section"[Mesh] OR "Apgar Score"[Mesh] OR Depression, Postpartum[Mesh] OR Analgesia, Epidural/adverse effects[Mesh] OR "Maternal pushing"[Title/Abstract] OR Duration of labor[Title/Abstract] OR "Labor duration"[Title/Abstract])) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]))	108
Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 04/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
1 *labor/ (13344) 2 Labor obstetric.mp. (74) 3 Labor Onset.mp. or labor onset/ (2813) 4 1 or 2 (13409) 5 Delivery Obstetric.mp. or obstetric delivery/ (14117) 6 Pregnant Women.mp. or pregnant woman/ (160908) 7 Parturition.mp. (17108) 8 Pregnancy.mp. or *pregnancy/ (904335) 9 Labour*.mp. (48595) 10 Labor*.mp. (1229943) 11 Parturition*.mp. (17309) 12 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (2078549) 13 Analgesia Epidural.mp. or *epidural analgesia/ (1760) 14 Analgesia Obstetrical.mp. or obstetric analgesia/ (4681) 15 Neuraxial Labor Analgesia.mp. (112) 16 13 or 14 or 15 (6078) 17 12 and 16 (4365) 18 Labor Pain.mp. or labor pain/ (3730) 19 17 or 18 (7053) 20 Patient Satisfaction.mp. or patient satisfaction/ (158566) 21 Cesarean Section.mp. or cesarean section/ (110689) 22 Depression, Postpartum.mp. or *postnatal depression/ (2680) 23 pgar Score.mp. or *Apgar score/ (1835) 24 Duration of labor.mp. (1217) 25 20 or 21 or 22 or 23 or 24 (272333) 26 19 and 25 (2679) 27 clinical trial.mp. or *clinical trial/ (1633357) 28 26 and 27 (625)	625

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (x) EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 04/08/2021	
Estrategia de búsqueda	Resultados
#1 MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees 2410 #2 MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees 621 #3 MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees 5420 #4 MeSH descriptor: [Natural Childbirth] explode all trees 39 #5 Labour* 6423 #6 Labor* 89114 #7 Parturition* 472 #8 Childbirth* 5251 #9 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 99028 #10 MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees 357 #11 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees 23021 #12 #10 OR #11 23035 #13 MeSH descriptor: [Analgesia, Epidural] explode all trees 2062 #14 MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees 978 #15 Labor analgesia relief 756 #16 Labour analgesia relief 756 #17 Neuraxial Labor Analgesia 159 #18 Single spinal 5125 #19 Single-shot spinal 229 #20 Combined spinal epidural analgesia 942 #21 Dural puncture epidural analgesia 155 #22 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 8500 #23 #9 AND #12 AND #22 1385 #24 MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees 12468 #25 MeSH descriptor: [Apgar Score] explode all trees 698 #26 MeSH descriptor: [Cesarean Section] explode all trees 3246 #27 MeSH descriptor: [Depression, Postpartum] explode all trees 633 #28 Labor duration 3579 #29 Maternal push 87 #30 #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 19791 #31 #23 AND #30 in Cochrane Reviews 92	92

Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (X)	
Fecha de búsqueda: 04/08/2021	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:("Labor, Obstetric")) AND (mh:("Analgesia, Epidural")) AND (mh:("labor pain"))	3

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

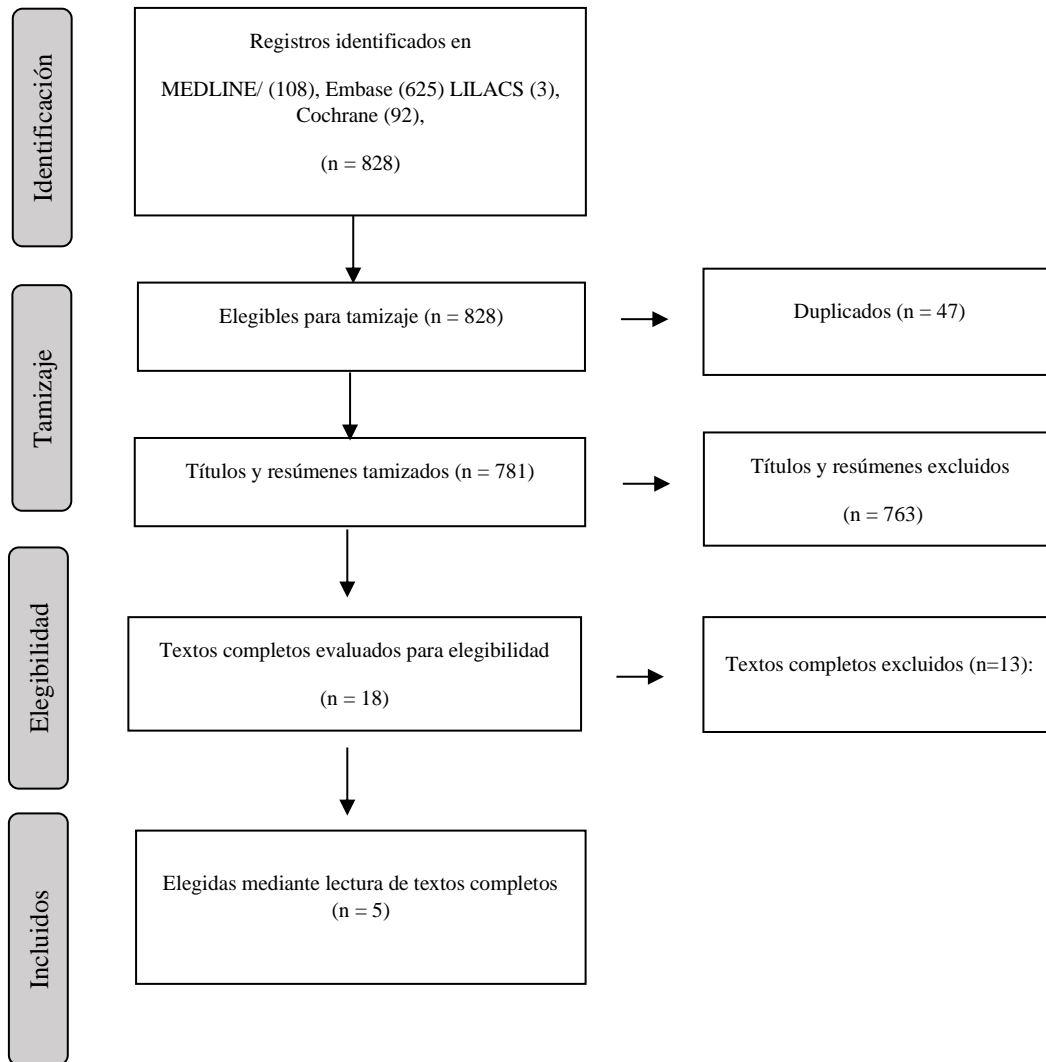


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

2. En Gestantes sanas o de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto que no acepta recibir analgesia neuroaxial ¿El uso de remifentanilo endovenoso es una alternativa más efectiva y segura que otros tipos de analgesia endovenosa para el alivio del dolor?

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Analgesia endovenosa con Remifentanilo
C	Otros tipos de analgesia endovenosa
O	Depresión respiratoria, hipotensión materna, bradicardia materna, satisfacción materna, Apgar del RN, tiempo de duración del trabajo de parto, tasa de cesárea

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Pregnant Women"[MeSH Terms]	Injections, Intravenous [Mesh]	Analgesia, Obstetrical [MeSH Terms]	"Respiratory Insufficiency" [MeSH Terms]
"Labor, obstetric"[MeSH Terms]	Remifentanil[Mesh]	"fentanil"[Title/Abstract]	"Hypotension" [MeSH Terms]
"Labor Onset"[MeSH Terms]	"remifentanil" [Title/Abstract]	"meperidine" [Title/Abstract]	"Bradycardia" [MeSH Terms]
"Labor Pain"[MeSH Terms]	"ultima"[Title/Abstract]	"fentanyl"[MeSH Terms]	"Patient Satisfaction" [MeSH Terms]
Parturition* [MeSH Terms]		"meperidine"[MeSH Terms]	"Apgar Score" [MeSH Terms]
"Natural Childbirth"[MeSH Terms]		"Pentazocine"[MeSH Terms]	"Duration of labor" [Title/Abstract]
"Pregnancy"[MeSH Terms]		"Analgesics, Opioid"[MeSH Terms]	"Cesarean Section"[Mesh]
"Delivery, Obstetric"[MeSH Terms]		"intravenous" [Title/Abstract]	
Labour*[Title/Abstract]		"analgesia" [Title/Abstract]	
"Labor, obstetric"[Title/Abstract]		"parenteral Opioid" [Title/Abstract]	
"Labor Pain"[Title/Abstract]			
"Obstetric Pain"[Title/Abstract]			
"Parturition"[Title/Abstract]			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 4/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
("remifentanil"[MeSH Terms] OR "remifentanil"[Title/Abstract] OR "ultiva"[Title/Abstract]) AND ("fentanil"[Title/Abstract] OR "meperidina"[Title/Abstract] OR "fentanyl"[MeSH Terms] OR "meperidine"[MeSH Terms] OR "Pentazocine"[MeSH Terms]) AND ("Pregnant Women"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "Labor Onset"[MeSH Terms] OR "Labor Pain"[MeSH Terms] OR "parturition*"[MeSH Terms] OR "Natural Childbirth"[MeSH Terms] OR "labour*"[Title/Abstract] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "Parturition"[Title/Abstract] OR ("Pregnancy"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labour*"[Title/Abstract] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "Parturition"[Title/Abstract]))	48

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 05/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
#1 MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees 2410 #2 MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees 621 #3 MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees 5420 #4 MeSH descriptor: [Natural Childbirth] explode all trees 39 #5 Labour* 6423 #6 Labor* 89114 #7 Parturition* 472 #8 Childbirth* 5251 #9 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 99028 #10 MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees 357 #11 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees 23021 #12 #10 OR #11 23035 #13 #9 OR #12 112599 #14 MeSH descriptor: [Remifentanil] explode all trees 1789 #15 remifentanil 4953 #16 ultiva 100 #17 #14 OR #15 OR #16 4965 #18 fentanil 248 #19 meperidine 2036 #20 MeSH descriptor: [Meperidine] explode all trees 1167 #21 MeSH descriptor: [Pentazocine] explode all trees 290 #22 #18 OR #19 OR #20 OR #21 2504 #23 #13 AND #17 AND #22 in Cochrane Reviews 9	9

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()	
Fecha de búsqueda: <1974 to 2021 August 03>	
Estrategia de búsqueda	Resultados
1 Pregnant Women.mp. or *pregnant woman/ (139133) 2 Labor obstetric.mp. or *labor/ (13409) 3 Labor Onset.mp. or *labor onset/ (2813) 4 Parturition.mp. or *birth/ (20716) 5 Natural Childbirth.mp. or *natural childbirth/ (2538) 6 Pregnancy.mp. or *pregnancy/ (904335) 7 Delivery Obstetric.mp. or *obstetric delivery/ (2165) 8 Labour*.mp. (48595) 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (970048) 10 Remifentanil.mp. or *remifentanil/ (15183) 11 ultiva.mp. (500) 12 10 or 11 (15184) 13 fentanil.mp. or *fentanyl/ (17614) 14 meperidine.mp. or *pethidine/ (10214) 15 *pentazocine/ or Pentazocine.mp. (8880) 16 13 or 14 or 15 (33728) 17 9 and 12 and 16 (55)	55

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (x)	
Fecha de búsqueda: 04/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:("Labor, Obstetric")) AND (mh:("Analgesia, Epidural")) AND (mh:("Analgesics, Opioid")) AND (db:("LILACS"))	3

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

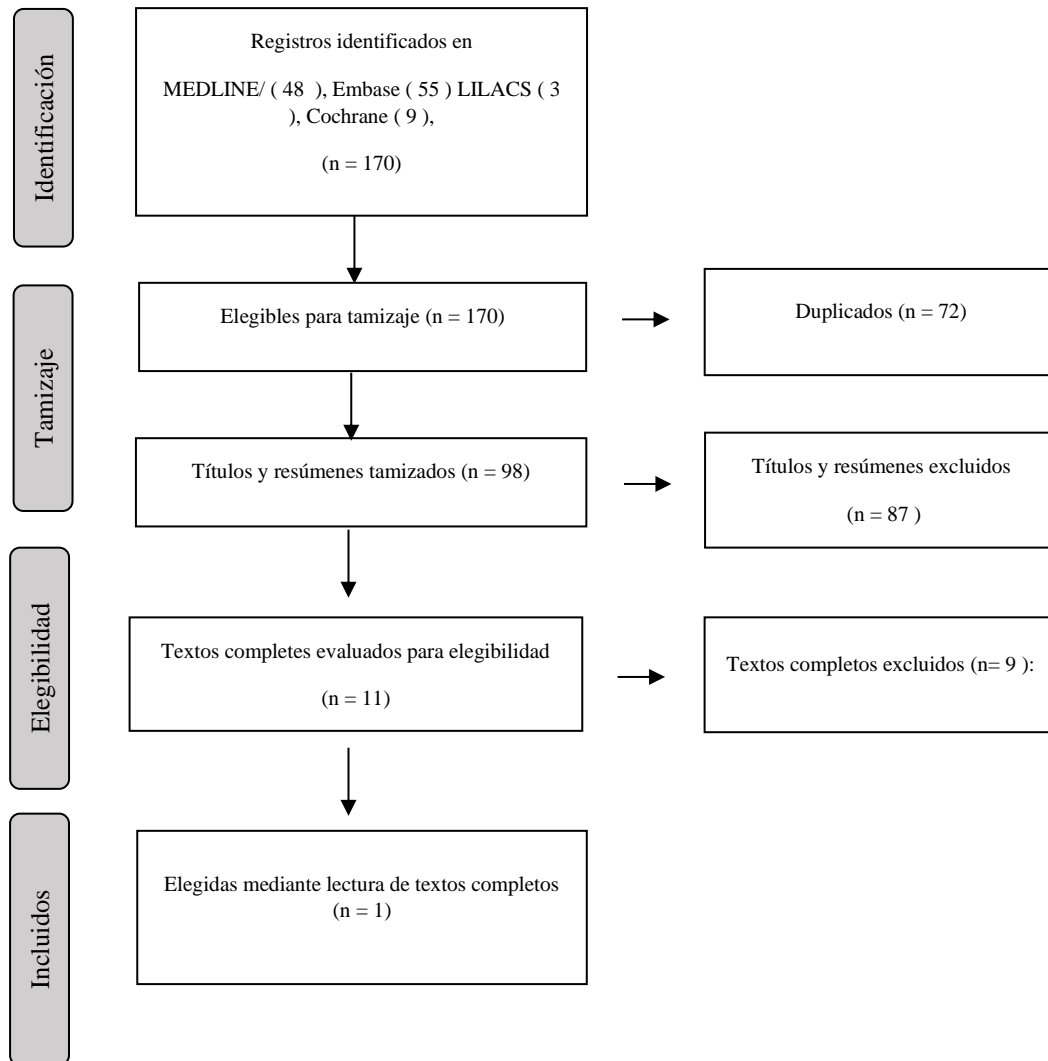


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

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?

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) Punción dural-epidural Espinal única
C	Epidural
O	Satisfacción materna, dolor irruptivo, bloqueo fallido/insuficiente, bloqueo motor, tasa de cesárea, hipotensión materna, bradicardia fetal, fiebre

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Labor, obstetric"[MeSH Terms]: trabajo de parto	"Analgesia, Epidural"/methods[Mesh]: Analgesia epidural	Analgesia, Epidural [Mesh]	"Patient Satisfaction"[Mesh]
"Labor Onset"[Mesh]: inicio de trabajo de parto	"Analgesia, Obstetrical"/methods[Mesh]:Analgesia obstetrica	Epidura*	Cesarean Section[Mesh]/
"Labor Pain"[Mesh]: Dolor de parto	"Analgesia"[Mesh]	Analges*	Breakthrough Pain[Mesh]
"Pregnancy"[Mesh]: Embarazo	Combin*		Hypotension[Mesh]
"Labor Stage, First"[MeSH Terms]	Analges*		Fever[Mesh]
"Optimal initiation"	Epidural*		Hyperthermia[Mesh]
"Labor pain relief"	Intrathec*		Analgesia, Epidural/adverse effects[Mesh]
"Labor, obstetric"[MeSH Terms]	Labour analgesia relief[Title/Abstract]		Analgesia, Obstetrical/adverse effects[Mesh]
"Pregnant Woman"[Mesh]	Neuraxial Labor Analgesia [Title/Abstract]		Treatment Failure [Mesh]
"Parturition"[Mesh]	"Single spinal"[Title/Abstract]		Bradycardia [Mesh]
"Pregnancy"[Mesh]	"Single-shot spinal"[Title/Abstract]		Fetal Distress [Mesh]
"Natural Childbirth"[Mesh]	"Combined analgesia"[Title/Abstract]		"Failed epidural" [Title/Abstract]
Labour*	"Combined spinal epidural analgesia"[Title/Abstract]		"Failures" [Title/Abstract]
Labor*	"Dural puncture epidural analgesia"[Title/Abstract]		
Parturition*			
Birth*			
Childbirth*			
"Labor pain relief"			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 4/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
<p>((((((((((("Pregnant Women"[MeSH Terms]) OR ("Labor, obstetric"[MeSH Terms])) OR ("Labor Onset"[MeSH Terms])) OR ("Labor Pain"[MeSH Terms])) OR (Parturition* [MeSH Terms])) OR ("Natural Childbirth"[MeSH Terms])) OR (Labour*[Title/Abstract])) OR ("Labor, obstetric"[Title/Abstract])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) OR (((("Pregnancy"[MeSH Terms]) OR ("Delivery, Obstetric"[MeSH Terms])) OR (Labour*[Title/Abstract])) OR ("Labor, obstetric"[Title/Abstract])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) AND (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods[Mesh]) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods[Mesh])) OR (Labor analgesia relief[Title/Abstract])) OR ("Labour analgesia" [Title/Abstract])) OR ("Neuraxial Labor Analgesia" [Title/Abstract])) OR ("Combined analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Combined spinal epidural analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Dural puncture epidural analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Dural puncture epidural"[Title/Abstract])) OR ("Single-shot spinal"[Title/Abstract])) OR ("Single spinal"[Title/Abstract])) OR ("Single-shot spinal"[Title/Abstract])) OR ((Analges*) AND (Combin*)))) AND ((Cesarean Section[Mesh]) OR (((((((((((("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR (Breakthrough Pain[Mesh])) OR (Hypotension[Mesh])) OR (Fever[Mesh])) OR (Hyperthermia[Mesh])) OR (Analgesia, Epidural/adverse effects[Mesh])) OR (Analgesia, Obstetrical/adverse effects[Mesh])) OR (Treatment Failure[Mesh])) OR (Bradycardia[Mesh])) OR (Fetal Distress[Mesh])) OR ("Failed epidural"[Title/Abstract])))) Filters: from 2010 - 2021</p>	601

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()	Resultados
Fecha de búsqueda: 5/ 08/ 21	
Estrategia de búsqueda	
#1 MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees 2410 #2 MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees 621 #3 MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees 5420 #4 MeSH descriptor: [Natural Childbirth] explode all trees 39 #5 Labour* 6423 #6 Labor* 89114 #7 Parturition* 472 #8 Childbirth* 5251 #9 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 99028 #10 MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees 357 #11 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees 23021 #12 #9 OR #10 OR #11 112599 #13 MeSH descriptor: [Analgesia, Epidural] explode all trees 2062 #14 MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees 978 #15 Combined analgesia 5334 #16 Combined spinal epidural analgesia 942 #17 Dural puncture epidural analgesia 155 #18 #15 OR #16 OR #17 5422 #19 #12 AND #18 in Cochrane Reviews with 'Pregnancy and Childbirth' in Cochrane Groups 113	113

Datos de búsqueda		Resultados
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()		
Fecha de búsqueda: 5 08 21		
Estrategia de búsqueda		
1 Labor obstetric.mp. or *labor/ (13409) 2 Labor Onset.mp. or *labor onset/ (2813) 3 Pregnancy.mp. or *pregnancy/ (904335) 4 Labor Stage First.mp. or *labor stage 1/ (398) 5 Delivery Obstetric.mp. or *obstetric delivery/ (2165) 6 Pregnant Woman.mp. or *pregnant woman/ (97905) 7 Parturition.mp. or *birth/ (20716) 8 Labour*.mp. (48595) 9 Labor*.mp. (1229943) 10 Parturition*.mp. (17309) 11 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (2069365) 12 Analgesia Epidural.mp. or *epidural analgesia/ (1760) 13 Analgesia Obstetrical.mp. or *obstetric analgesia/ (2951) 14 Neuraxial Labor Analgesia.mp. (112) 15 "Single spinal".mp. (253) 16 "Single-shot spinal".mp. (1) 17 "Combined analgesia".mp. (35) 18 "Combined spinal epidural analgesia".mp. (287) 19 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 (4886) 20 11 and 19 (3284) 21 "Patient Satisfaction".mp. or *patient satisfaction/ (158566) 22 Cesarean Section.mp. or *cesarean section/ (110689) 23 Breakthrough Pain.mp. or *breakthrough pain/ (2687) 24 *hypotension/ or Hypotension.mp. (170131) 25 *fever/ or Fever.mp. (429425) 26 *hyperthermia/ or Hyperthermia.mp. (42805) 27 Treatment Failure.mp. or *treatment failure/ (180319) 28 Bradycardia.mp. or *bradycardia/ (64379) 29 Fetal Distress.mp. or *fetus distress/ (7151) 30 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 (1094155) 31 20 and 30 (1461) 32 limit 31 to embase (1152) 33 limit 32 to last 10 years (528)		1152

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (x)		
Fecha de búsqueda: 5/08/ 21		
Estrategia de búsqueda		Resultados
(mh:("Labor, Obstetric")) AND (mh:("Analgesia, Epidural")) AND "Combined analgesia" AND (db:("LILACS"))		1

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

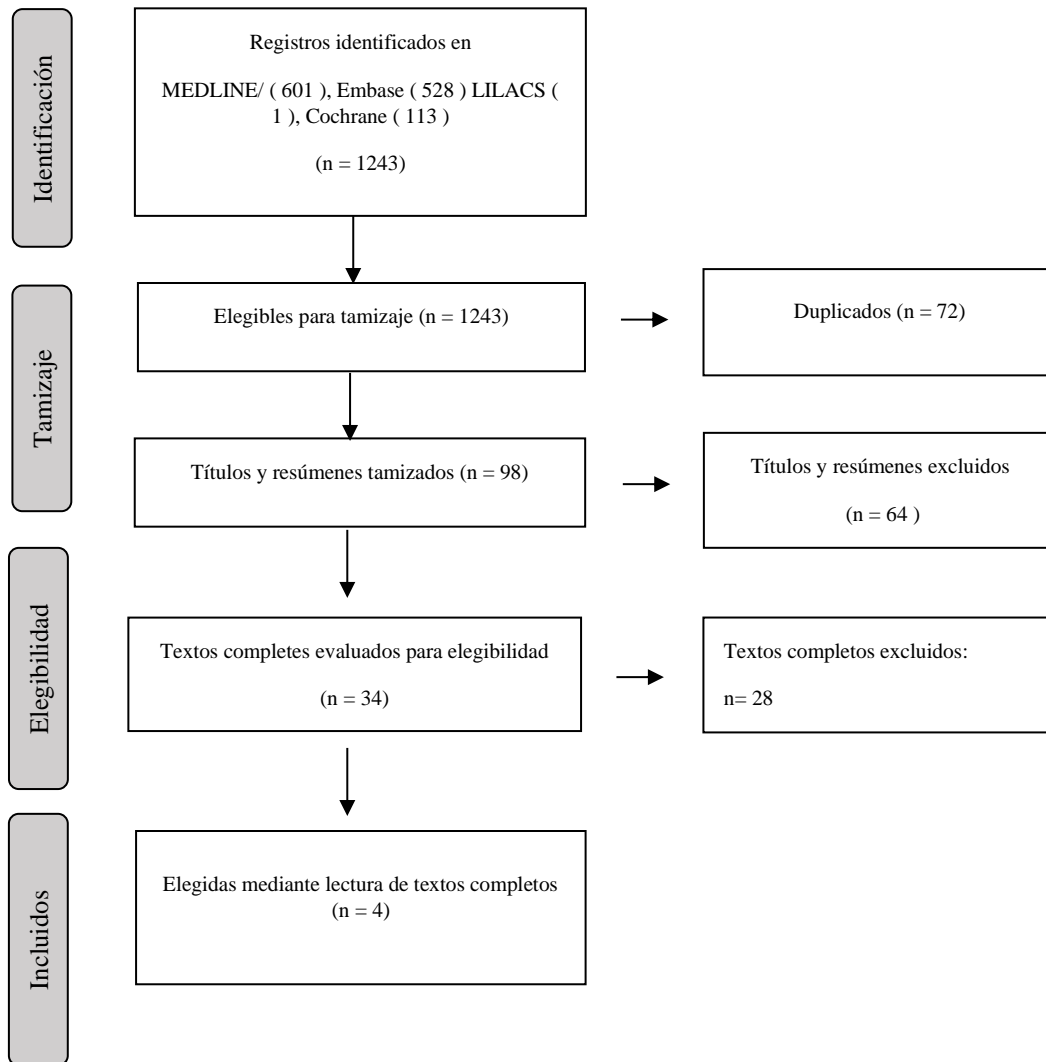


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

4. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la efectividad de la administración del volumen parenteral vs no administrar previa a la realización de la técnica neuroaxial?

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Administración del volumen parenteral
C	No administración de fluidoterapia
O	Satisfacción materna, hipotensión materna

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
Labor, obstetric [MeSH Terms]	"fluid therapy"[MeSH]		"Patient satisfaction"[Mesh]
Labor Onset [Mesh]	"Infusions, Parenteral "[Mesh]		"Maternal hypotension"[Mesh]
Delivery, Obstetric [Mesh]	"crystalloid solutions"[MeSH]		
Labor Pain [Mesh]	"Colloids" [MeSH]		
Pregnant Woman [Mesh]	ringer's lactate [MeSH]		
Parturition [Mesh]	"fluid therapy" [Title/ Abstract]		
Pregnancy [Mesh]	"Intravenous hydration" [Title/ Abstract]		
"Analgesia, Epidural"[Mesh]	"Crystalloid Solutions"[Title/Abstract]		
"Parturition"[Title/Abstract]	"colloids"[Title/Abstract]		
"labour"[Title/Abstract]	"Ringer's Lactate"[Title/Abstract]		
"Labor pain relief" [Title/ Abstract]			
"Labor Pain"[Title/Abstract]			
"Obstetric Pain"[Title/Abstract]			
"Labor analgesia "[Title/Abstract]			
"Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract]			
"Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract]			
"Continuous epidural infusion"[Title/Abstract]			
Combined spinal epidural analgesia [Title/Abstract]			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 5/08/21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
((Labor, obstetric [MeSH Terms] OR Labor Onset[Mesh] OR Delivery, Obstetric[Mesh] OR Pregnant Woman[Mesh] OR Parturition[Mesh] OR Pregnancy[Mesh] OR "Parturition"[Title/Abstract] OR "labour"[Title/Abstract]) AND ("analgesia, epidural"[MeSH Terms])) AND ("Hypovolemia/physiopathology"[MeSH] OR "Blood Pressure"[MeSH] OR "Maternal hypotension"[Mesh] OR "Pregnancy Complications/physiopathology"[MeSH Terms])	160
((("Pregnancy"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "Labour"[Title/Abstract]) AND "analgesia, obstetrical/methods"[MeSH Terms]) OR "analgesia, epidural/methods"[MeSH Terms] OR "anesthesia, obstetrical/methods"[MeSH Terms] OR "anesthesia, epidural/methods"[MeSH Terms]) AND ("fluid therapy/methods"[MeSH Terms] OR "fluid loading"[Title/Abstract] OR "Preloading"[Title/Abstract]) AND ("heart rate, fetal"[MeSH Terms] OR "fetal heart rate abnormality"[All Fields] OR "Hypotension"[All Fields] OR "Pregnancy Complications Cardiovascular"[All Fields] OR "Maternal blood pressure"[All Fields] OR "perinatal outcome"[All Fields])	34

Datos de búsqueda	Resultados
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 6 08 21	
Estrategia de búsqueda	
#1 MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees 2410 #2 MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees 621 #3 MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees 5420 #4 MeSH descriptor: [Natural Childbirth] explode all trees 39 #5 Labour* 6423 #6 Labor* 89116 #7 Parturition* 472 #8 Childbirth* 5253 #9 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 99031 #10 MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees 357 #11 MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees 23021 #12 #9 OR #10 OR #11 112602 #13 MeSH descriptor: [Analgesia, Epidural] explode all trees 2062 #14 MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees 978 #15 #13 OR #14 2422 #16 MeSH descriptor: [Hypovolemia] explode all trees 125 #17 MeSH descriptor: [Blood Pressure] explode all trees 27994 #18 Maternal hypotension 967 #19 MeSH descriptor: [Pregnancy Complications, Cardiovascular] explode all trees 340 #20 MeSH descriptor: [Pregnancy Complications] explode all trees 12342 #21 Pregnancy Complications 10987 #22 #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 46703 #23 #12 AND #15 AND #22 in Cochrane Reviews 22	22

Datos de búsqueda	Resultados
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 6 08 21	
Estrategia de búsqueda	
1 Labor obstetric.mp. or *labor/ (13409) 2 Labor Onset.mp. or *labor onset/ (2817) 3 Delivery Obstetric.mp. or *obstetric delivery/ (2166) 4 Pregnant Woman.mp. or *pregnant woman/ (97975) 5 Parturition.mp. (17113) 6 *pregnancy/ or Pregnancy.mp. (904695) 7 Parturition.mp. (17113) 8 labour.mp. or *labor/ (56444) 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (963434) 10 Hypovolemia.mp. or *hypovolemia/ (13165) 11 Blood Pressure.mp. or *blood pressure/ (637052) 12 Maternal hypotension.mp. (555) 13 Pregnancy Complications.mp. or *pregnancy complication/ (45208)	49

14 10 or 11 or 12 or 13 (692018)	
15 analgesia epidural.mp. or *epidural analgesia/ (1761)	
16 9 and 14 and 15 (49)	

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (X)	
Fecha de búsqueda: 6 08 21	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:("Labor, Obstetric")) OR (mh:("Pregnant Women")) AND (mh:("analgesia, epidural")) AND (mh:("Hypovolemia")) OR (mh:("Pregnancy Complications")) AND (db:("LILACS"))	2

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

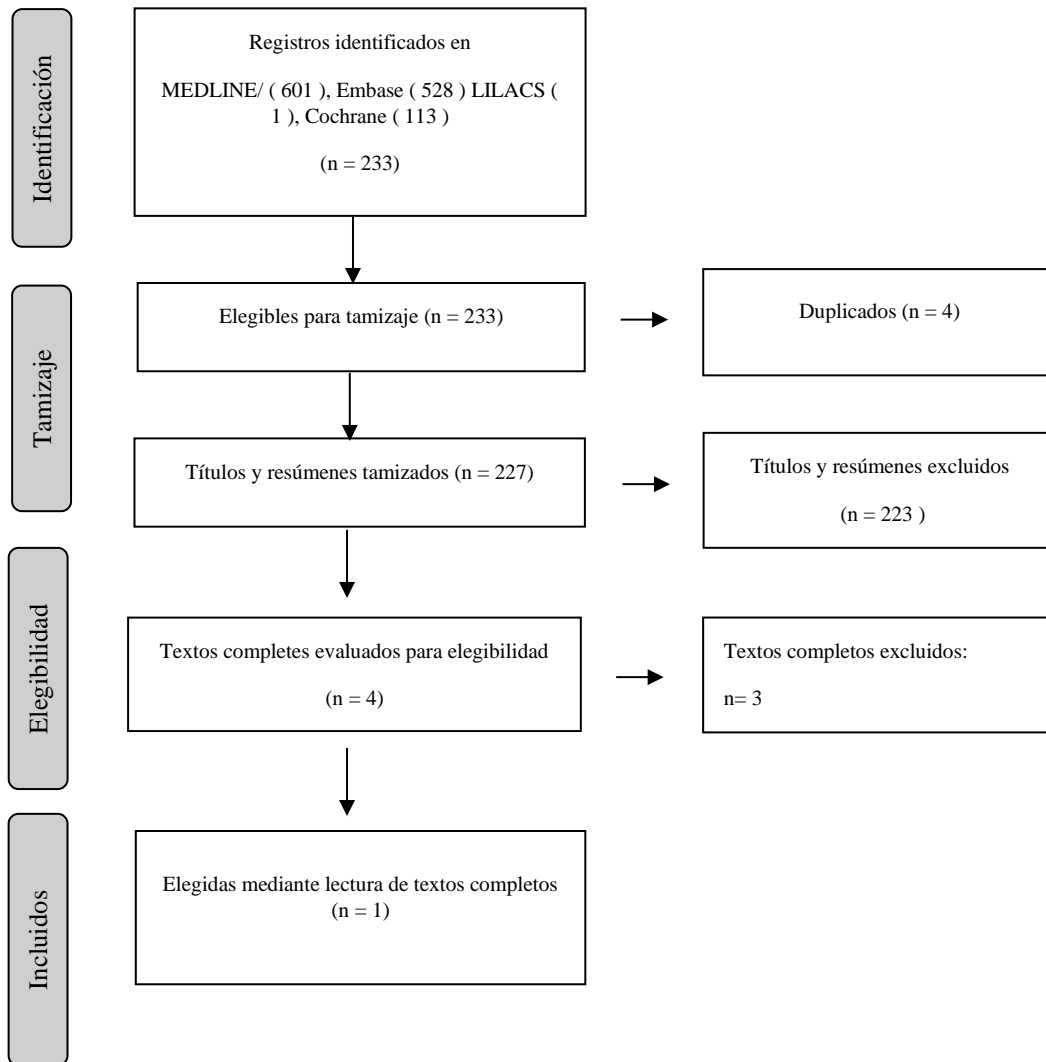


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

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

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial
C	
O	Satisfacción materna, tiempo de duración del trabajo de parto, tasa de cesárea, Apgar de RN.

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Labor Onset"[Mesh]	"Analgesia, Epidural"/methods [Mesh]: Analgesia epidural		"Labor duration"[Title/Abstract]
"Delivery, Obstetric"[Mesh]	"Analgesia, Obstetrical"/methods [Mesh]: Analgesia obstetrica		"Cesarean Section"[Mesh]/
"Labor Pain"[Mesh]	"Analgesia"[Mesh]		"Apgar Score"[Mesh]
"Labor, Obstetric"[Mesh]	Combin*		"Patient Satisfaction"[Mesh]
"Pregnant Women"[Mesh]	Analges*		
"Parturition"[Mesh]	Epidural*		
"Pregnancy"[Mesh]	Intrathec*		
"Natural Childbirth"[Mesh]	"Single spinal"[Title/Abstract]		
Labour*	"Single-shot spinal"[Title/Abstract]		
Labor*	"Combined analgesia"[Title/Abstract]		
Parturition*	"Combined spinal epidural analgesia"[Title/Abstract]		
Birth*	"Dural puncture epidural analgesia"[Title/Abstract]		
Childbirth*	"Dural puncture epidural"[Title/Abstract]		
"Labor pain relief"	"Single-shot spinal"[Title/Abstract]		
"Labor Stage, First"[MeSH Terms]			
"Labor Onset"[Mesh]			
"First Stage labor"			
"Latent phase of labor"			
"Latent phase of labour"			
"Early phase"			
"Labor Stage, Second"[Mesh]			
"Labor Stage, Third"[Mesh]			
"Late phase"			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 02/07/2021 - 03/07/2021	
Estrategia de búsqueda	Resultados
#8 Search: (((((((((((((((("Labor Onset") OR ("Delivery, Obstetric")) OR ("Labor Pain")) OR ("Labor, Obstetric")) OR ("Pregnant Women")) OR ("Parturition")) OR ("Pregnancy")) OR (Labour*)) OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR ("Labor pain relief")) OR ("Labor Stage, First")) OR ("First Stage labor")) OR ("Latent phase of labor")) OR ("Latent phase of labour")) OR ("Early phase")) OR ("Labor Stage, Second")) OR ("Labor Stage, Third")) OR ("Late phase")) AND (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods: Analgesia epidural) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods:Analgesia obstetrica)) OR ("Analgesia")) OR (Combin*)) OR (Analges*)) OR (Epidural*)) OR (Intrathec*)) OR ("Single spinal")) OR ("Single-shot spinal")) OR ("Combined analgesia")) OR ("Combined spinal epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural")) OR ("Single-shot spinal")) AND (((("Cesarean Section") OR ("Apgar Score")) OR ("Patient Satisfaction")) OR ("Labor duration"))) AND ((systematic review) OR (control trial)) Filters: from 2010 - 2021	791
#7 Search: (((((((((((((((("Labor Onset") OR ("Delivery, Obstetric")) OR ("Labor Pain")) OR ("Labor, Obstetric")) OR ("Pregnant Women")) OR ("Parturition")) OR ("Pregnancy")) OR (Labour*)) OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR ("Labor pain relief")) OR ("Labor Stage, First")) OR ("First Stage labor")) OR ("Latent phase of labor")) OR ("Latent phase of labour")) OR ("Early phase")) OR ("Labor Stage, Second")) OR ("Labor Stage, Third")) OR ("Late phase")) AND (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods: Analgesia epidural) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods:Analgesia obstetrica)) OR ("Analgesia")) OR (Combin*)) OR (Analges*)) OR (Epidural*)) OR (Intrathec*)) OR ("Single spinal")) OR ("Single-shot spinal")) OR ("Combined analgesia")) OR ("Combined spinal epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural")) OR ("Single-shot spinal")) AND (((("Cesarean Section") OR ("Apgar Score")) OR ("Patient Satisfaction")) OR ("Labor duration"))) AND ((systematic review) OR (control trial)) Filters: from 2000 - 2021	1,114
#6 Search: (((((((((((((((("Labor Onset") OR ("Delivery, Obstetric")) OR ("Labor Pain")) OR ("Labor, Obstetric")) OR ("Pregnant Women")) OR ("Parturition")) OR ("Pregnancy")) OR (Labour*)) OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR ("Labor pain relief")) OR ("Labor Stage, First")) OR ("First Stage labor")) OR ("Latent phase of labor")) OR ("Latent phase of labour")) OR ("Early phase")) OR ("Labor Stage, Second")) OR ("Labor Stage, Third")) OR ("Late phase")) AND (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods: Analgesia epidural) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods:Analgesia obstetrica)) OR ("Analgesia")) OR (Combin*)) OR (Analges*)) OR (Epidural*)) OR (Intrathec*)) OR ("Single spinal")) OR ("Single-shot spinal")) OR ("Combined analgesia")) OR ("Combined spinal epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural")) OR ("Single-shot spinal")) AND (((("Cesarean Section") OR ("Apgar Score")) OR ("Patient Satisfaction")) OR ("Labor duration"))) AND ((systematic review) OR (control trial))	1,409
#5 Search: (systematic review) OR (control trial)	753,990

#4 Search: (((((((((((((((("Labor Onset") OR ("Delivery, Obstetric")) OR ("Labor Pain")) OR ("Labor, Obstetric")) OR ("Pregnant Women")) OR ("Parturition")) OR ("Pregnancy")) OR (Labour*)) OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR ("Labor pain relief")) OR ("Labor Stage, First")) OR ("First Stage labor")) OR ("Latent phase of labor")) OR ("Latent phase of labour")) OR ("Early phase")) OR ("Labor Stage, Second")) OR ("Labor Stage, Third")) OR ("Late phase")) AND (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods: Analgesia epidural) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods:Analgesia obstetrica)) OR ("Analgesia")) OR (Combin*)) OR (Analges*)) OR (Epidural*)) OR (Intrathec*)) OR ("Single spinal")) OR ("Single-shot spinal")) OR ("Combined analgesia")) OR ("Combined spinal epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural")) OR ("Single-shot spinal"))) AND (((("Cesarean Section") OR ("Apgar Score")) OR ("Patient Satisfaction")) OR ("Labor duration"))	10,545
#3 Search: (((("Cesarean Section") OR ("Apgar Score")) OR ("Patient Satisfaction")) OR ("Labor duration"))	174,629
#2 Search: (((((((((((("Analgesia, Epidural"/methods: Analgesia epidural) OR ("Analgesia, Obstetrical"/methods: Analgesia obstetrica)) OR ("Analgesia")) OR (Combin*)) OR (Analges*)) OR (Epidural*)) OR (Intrathec*)) OR ("Single spinal")) OR ("Single-shot spinal")) OR ("Combined analgesia")) OR ("Combined spinal epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural analgesia")) OR ("Dural puncture epidural")) OR ("Single-shot spinal"))	2,919,401
#1 Search: (((((((((((((((("Labor Onset") OR ("Delivery, Obstetric")) OR ("Labor Pain")) OR ("Labor, Obstetric")) OR ("Pregnant Women")) OR ("Parturition")) OR ("Pregnancy")) OR (Labour*)) OR (Labor*)) OR (Parturition*)) OR ("Labor pain relief")) OR ("Labor Stage, First")) OR ("First Stage labor")) OR ("Latent phase of labor")) OR ("Latent phase of labour")) OR ("Early phase")) OR ("Labor Stage, Second")) OR ("Labor Stage, Third")) OR ("Late phase"))	4,015,873

Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()		
Fecha de búsqueda:		
	Estrategia de búsqueda	Resultados
#1	MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees	621
#2	MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees	5420
#3	MeSH descriptor: [Labor Pain] explode all trees	411
#4	MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2410
#5	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	357
#6	MeSH descriptor: [Parturition] explode all trees	468
#7	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	23021
#8	MeSH descriptor: [Labor Stage, First] explode all trees	232
#9	MeSH descriptor: [Labor Stage, Second] explode all trees	182
#10	MeSH descriptor: [Labor Stage, Third] explode all trees	178
#11	Labour*	6425
#12	Labor*	89119
#13	Parturition*	472
#14	((Labor pain relief):ti,ab	908

#15	((First Stage labor)):ti,ab	1139
#16	((Latent phase of labor)):ti,ab	112
#17	((Latent phase of labour)):ti,ab	112
#18	((Early phase)):ti,ab	19762
#19	((Late phase)):ti,ab	4562
#20	MeSH descriptor: [Analgesia, Epidural] explode all trees	2062
#21	MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees	978
#22	MeSH descriptor: [Analgesia] explode all trees	8175
#23	Combin*	280947
#24	Analges*	71252
#25	Epidural*	13638
#26	Intrathec*	5022
#27	((Single spinal)):ti,ab	2995
#28	((Single-shot spinal)):ti,ab	195
#29	((Combined analgesia)):ti,ab	3450
#30	((Combined spinal epidural analgesia)):ti,ab	711
#31	((Dural puncture epidural analgesia)):ti,ab	115
#32	((Dural puncture epidural)):ti,ab	252
#33	((Single-shot spinal)):ti,ab	195
#34	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR # 6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	741382
#35	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33	344002
#36	#34 AND #35	173430
#37	MeSH descriptor: [Cesarean Section] explode all trees	3246
#38	MeSH descriptor: [Apgar Score] explode all trees	698
#39	MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees	12468
#40	((Labor duration)):ti,ab	2685
#41	#37 OR #38 OR #39 OR #40	18361
#42	#36 AND #41 in Cochrane Reviews	237

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (x)	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:(labor onset)) OR (mh:(labor pain)) OR (mh:(pregnancy)) AND (mh:(analgesia epidural)) OR (mh:(analgesia)) AND (labor duration) OR (mh:(patient satisfaction)) AND (db:("LILACS"))	20

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
1 Labor Onset.mp. or *labor onset/	2817
2 Delivery Obstetric.mp. or *obstetric delivery/	2166
3 *labor pain/	1327
4 Labor Obstetric.mp. or *labor/	13409
5 Pregnant Women.mp. or *pregnant woman/	139210
6 Parturition.mp.	17113
7 *pregnancy/	145387
8 Labour*.mp.	48610
9 Labor*.mp.	1230527
10 Parturition*.mp.	17314
11 Labor Stage, First.mp. or *labor stage 1/	398
12 Labor Stage Second.mp. or *labor stage 2/	806
13 Labor Stage Third.mp. or *labor stage 3/	454
14 Labor pain relief.m_titl.	37
15 First Stage labor.m_titl.	17
16 Latent phase of labor.m_titl.	25
17 Latent phase of labour.m_titl.	21
18 Early phase.m_titl.	4085
19 Late phase.m_titl.	1487
20 Analgesia epidural.mp. or *epidural analgesia/	1761
21 Analgesia obstetrica.mp.	40
22 *analgesia/ or "Analgesia".mp.	197250
23 Combin*.mp.	3254675
24 Analges*.mp.	329517

25	Epidural*.mp.	80999
26	Intrathecal*.mp.	57171
27	Single spinal.m_titl.	40
28	Single-shot spinal.m_titl.	0
29	Combined analgesia.m_titl.	9
30	Combined spinal epidural analgesia.m_titl.	134
31	Dural puncture epidural analgesia.mp.	8
32	Dural puncture epidural.m_titl.	17
33	Single-shot spinal.m_titl.	0
34	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	1491858
35	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33	3597996
36	34 and 35	182330
37	Cesarean Section.mp. or *cesarean section/	110737
38	Apgar Score.mp. or *Apgar score/	28582
39	Patient Satisfaction.mp. or *patient satisfaction/	158609
40	Labor duration.m_titl.	52
41	37 or 38 or 39 or 40	285530
42	36 and 41	10751
43	limit 42 to ("systematic review" and clinical trial)	63
44	limit 43 to "systematic review"	63

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

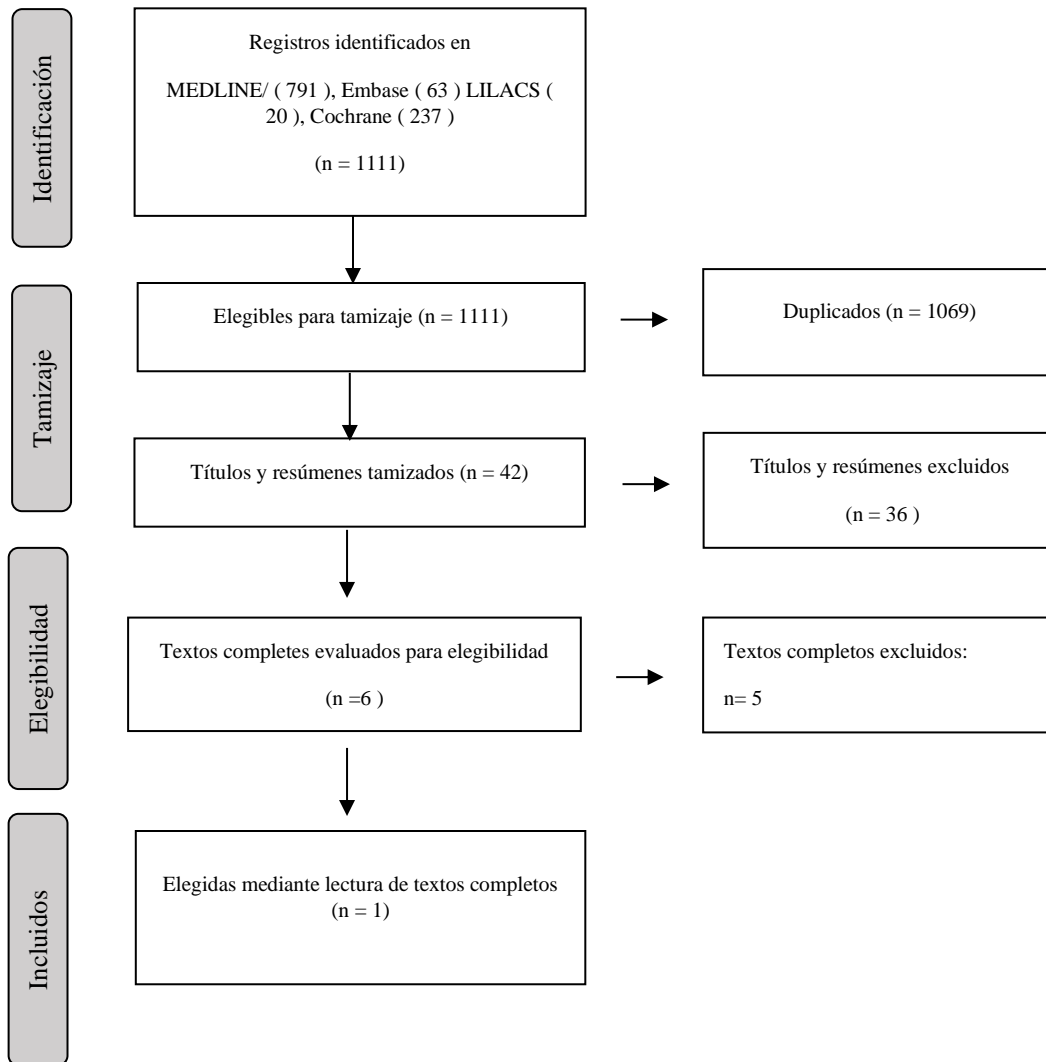


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

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

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial
C	Anestésico local (Bupivacaina) añadido a la analgesia neuroaxial
O	Satisfacción materna, Calidad de bloqueo, Duración de la analgesia neuroaxial, Bloqueo motor Toxicidad de anestésico local, Prurito, Bradicardia fetal, Hipotensión materna, Bradicardia materna, Apgar del RN

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
Labor Pain[Mesh]) OR ("Labor Pain"[Title/Abstract]) OR (Labor Onset[MeSH Terms]) OR (Labor Onset[Title/Abstract]) OR (Labor Stage[MeSH Terms]) OR (Labor Stage[Title/Abstract]) OR (Labor Stage, First[MeSH Terms]) OR (Labor Stage, First[Title/Abstract]) OR (Labor Stage, Second[MeSH Terms]) OR (Labor Stage, Second[Title/Abstract]) OR (Labor Stage, Third[MeSH Terms]) OR (Labor Stage, Third[Title/Abstract]) OR (Labor, Obstetric[MeSH Terms]) OR (Labor, Obstetric[Title/Abstract]) OR (Labor, Induced[MeSH Terms])	Neuraxial labor analgesia [MeSH Terms]) OR (Neuraxial labor analgesia [Title/Abstract]) OR (Obstetric Analgesia [MeSH Terms]) OR (Obstetric Analgesia [Title/Abstract]) OR (Obstetric Anesthesia[MeSH Terms]) OR (Obstetric Anesthesia[Title/Abstract]) (Fentanyl[MeSH Terms]) OR (Fentanyl[Title/Abstract])(Fentanyl[MeSH Terms]) OR (Fentanyl[Title/Abstract]) (Bupivacaine[MeSH Terms]) AND (Bupivacaine[Title/Abstract])		(Apgar Score [MeSH Terms]) OR (Apgar Score [Title/Abstract]) OR (Abdominal Deliveries [MeSH Terms]) OR (Abdominal Deliveries [Title/Abstract]) OR (C-Section[Title/Abstract]) OR (Caesarean Section[MeSH Terms]) OR (Caesarean Section[Title/Abstract]) OR (Deliveries Abdominal[MeSH Terms]) OR (Deliveries Abdominal[Title/Abstract]) OR (Postcesarean Section[MeSH Terms]) OR (Postcesarean Section[Title/Abstract])
Pregnant Women [MeSH Terms]) OR (Pregnant Women [Title/Abstract]) OR (Pregnancy [MeSH Terms]) OR (Pregnancy [MeSH Terms]) OR (Pregnancy [Title/Abstract]) OR (Pregnancy in Adolescence[MeSH Terms]) OR (Pregnancy in Adolescence[Title/Abstract])			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda: 11/08/2021	
Estrategia de búsqueda	Resultados
((("Labor Pain"[MeSH Terms] OR "Labor Pain"[Title/Abstract] OR "labor onset"[MeSH Terms] OR "labor onset"[Title/Abstract] OR "labor stage"[Title/Abstract] OR "labor stage, first"[MeSH Terms] OR "labor stage first"[Title/Abstract] OR "labor stage, second"[MeSH Terms] OR "labor stage second"[Title/Abstract] OR "labor stage, third"[MeSH Terms] OR "labor stage third"[Title/Abstract] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "labor, induced"[MeSH Terms] OR "labor induced"[Title/Abstract]) AND ("pregnant women"[MeSH Terms] OR "pregnant women"[Title/Abstract] OR "Pregnancy"[MeSH Terms] OR "Pregnancy"[Title/Abstract] OR "pregnancy in adolescence"[MeSH Terms] OR "pregnancy in adolescence"[Title/Abstract])) AND ((((((Neuraxial labor analgesia[MeSH Terms] OR (Neuraxial labor analgesia[Title/Abstract])) OR (Obstetric Analgesia[MeSH Terms])) OR (Obstetric Analgesia[Title/Abstract])) OR (Obstetric Anesthesia[MeSH Terms])) OR (Obstetric Anesthesia[Title/Abstract])) AND ((Fentanyl[MeSH Terms] OR Fentanyl[Title/Abstract]) AND (Bupivacaine[MeSH Terms] OR Bupivacaine[Title/Abstract])))	256

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (x) EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
#1 MeSH descriptor: [Labor Pain] explode all trees	411
#1 MeSH descriptor: [Labor Pain] explode all trees	411
#2 MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees	621
#3 MeSH descriptor: [Labor Stage, First] explode all trees	232
#4 MeSH descriptor: [Labor Stage, Second] explode all trees	182
#5 MeSH descriptor: [Labor Stage, Third] explode all trees	178
#6 MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2410
#7 MeSH descriptor: [Labor, Induced] explode all trees	1220
#8 ((Labor Pain)):ti,ab	2877
#9 ((labor onset)):ti,ab	1170
#10 ((labor stage)):ti,ab	2419
#11 ((labor stage first)):ti,ab	1139
#12 ((labor stage second)):ti,ab	1154
#13 ((labor stage third)):ti,ab	805
#14 ((labor obstetric)):ti,ab	1344
#15 ((labor induced)):ti,ab	853

#16	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	357
#17	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	23021
#18	MeSH descriptor: [Pregnancy in Adolescence] explode all trees	197
#19	((pregnant women)):ti,ab	18255
#20	((Pregnancy)):ti,ab	43964
#21	((pregnancy in adolescence)):ti,ab	82
#22	MeSH descriptor: [Analgesia] explode all trees	8175
#23	MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees	978
#24	MeSH descriptor: [Anesthesia, Obstetrical] explode all trees	1315
#25	((Neuraxial labor analgesia)):ti,ab	136
#26	((Obstetric Analgesia)):ti,ab	554
#27	((Obstetric Anesthesia)):ti,ab	631
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	8292
#29	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	61934
#30	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27	10136
#31	#2 AND #29 AND #30	126
#32	MeSH descriptor: [Fentanyl] explode all trees	5666
#33	MeSH descriptor: [Bupivacaine] explode all trees	5903
#34	((Fentanyl)):ti,ab	13219
#35	((Bupivacaine)):ti,ab	11715
#36	#32 OR #33 OR #34 OR #35	25103
#37	#31 AND #36	50

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()		
Fecha de búsqueda:		
Estrategia de búsqueda		Resultados
1	*labor pain/	1328
2	*labor onset/	457
3	*labor stage 1/	388
4	*labor stage 2/	800
5	*labor stage 3/	447
6	labor, obstetric.mp. or *labor/	13416
7	labor, induced.mp. or *labor induction/	6686
8	Labor Pain.m_titl.	424
9	labor onset.m_titl.	72
10	labor stage.m_titl.	9

11	labor stage first.m_titl.	0
12	labor stage second.m_titl.	0
13	labor stage third.m_titl.	0
14	labor obstetric.m_titl.	0
15	labor induced.m_titl.	32
16	pregnant women.mp. or *pregnant woman/	139373
17	*pregnancy/	145462
18	pregnancy in adolescence.mp. or *adolescent pregnancy/	6173
19	pregnant women.m_titl.	29919
20	Pregnancy.m_titl.	197777
21	pregnancy in adolescence.m_titl.	81
22	Neuraxial labor analgesia.mp.	112
23	Obstetric Analgesia.mp. or *obstetric analgesia/	4875
24	Obstetric Anesthesia.mp. or *obstetric anesthesia/	8758
25	Neuraxial labor analgesia.m_titl.	43
26	Obstetric Analgesia.m_titl.	246
27	Obstetric Anesthesia.m_titl.	483
28	Fentanyl.mp. or *fentanyl/	71579
29	*bupivacaine/ or Bupivacaine.mp.	40463
30	Fentanyl.m_titl.	9520
31	Bupivacaine.m_titl.	7880
32	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15	22756
33	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	352023
34	22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27	12864
35	32 and 33 and 34	216
36	28 or 29 or 30 or 31	101999
37	35 and 36	58

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (x) EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:(labor pain)) OR (labor pain) AND (mh:(pregnant women)) OR (pregnant women) AND (mh:(obstetric analgesia)) OR (obstetric analgesia) AND (mh:(fentanyl)) OR (fentanyl) AND (db:("LILACS"))	23

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

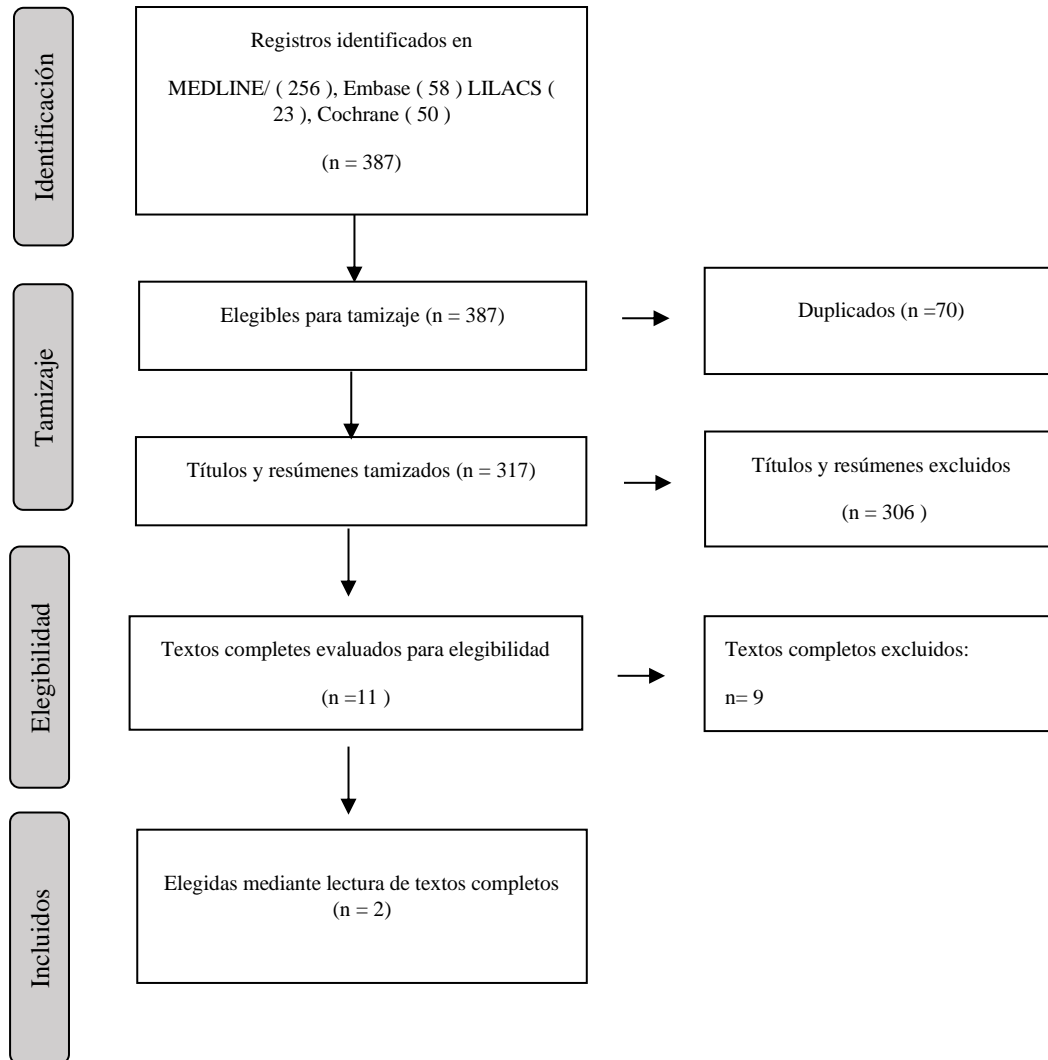


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

7. En Gestante sanas o de bajo riesgo con analgesia neuroaxial en trabajo de parto ¿Cuál es la eficacia del mantenimiento de la analgesia neuroaxial durante la 2da etapa del parto?

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto con analgesia neuroaxial
I	Mantener analgesia de Parto con técnica Neuroaxial durante la 2da etapa
C	
O	Tiempo de duración del trabajo de parto, Tasa de cesárea, Apgar del RN, Dolor irruptivo, Calidad de pujo, Satisfacción materna

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Pregnant Women"[Mesh]	"Analgesia, Epidural"[Mesh]	Non analgesia OR No epidural	"Duration of labor"[Title/Abstract]
"Parturition"[Mesh]	"Analgesia"[Mesh]	Non relief second phase	"Cesarean Section"[Mesh]
"Pregnancy"[Mesh]	"Labor analgesia"[Title/Abstract]		"Apgar Score"[Mesh]
"Natural Childbirth"[Mesh]	"Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract]		"Breakthrough Pain"[Mesh]
"Labor Stage, First"[MeSH Terms]	"Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract]		"breakthrough pain"[Title/Abstract]
"Parturition"[Title/Abstract]	"Continuous epidural infusion"[Title/Abstract]		"Maternal push"[Title/Abstract]
"labour"[Title/Abstract]	Combined spinal epidural analgesia [Title/Abstract]		"Maternal pushing"[Title/Abstract]
"Labor pain relief"[Title/Abstract]			"Patient satisfaction"[Mesh]
"Labor Pain"[Title/Abstract]			
"Obstetric Pain"[Title/Abstract]			

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
17 Search: (((((((((((("Labor, obstetric"[MeSH Terms]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("Pregnant Women"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR ("Pregnancy"[Mesh])) OR ("Labor Stage, First"[MeSH Terms])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor pain relief" [Title/Abstract])) OR ("Labor Pain"[Title/Abstract])) OR ("Obstetric Pain"[Title/Abstract])) AND (((((((("Analgesia, Epidural"[Mesh]) OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh])) OR ("Analgesia"[Mesh])) OR ("Labor analgesia "[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR (Combined spinal epidural analgesia[Title/Abstract])) AND (((((((("Cesarean Section"[Mesh]) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh])) OR ("Patient satisfaction"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("breakthrough pain"[Title/Abstract])) OR ("Maternal push"[Title/Abstract])))) AND ((Systematic review)) OR (clinical trials)) Filters: from 2010 - 2021	314

#10 Search: (((((((((((("Labor, obstetric"[MeSH Terms]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("Pregnant Women"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR ("Pregnancy"[Mesh])) OR ("Labor Stage, First"[MeSH Terms])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor pain relief" [Title/Abstract])) OR ("Labor Pain"[Title/Abstract])) OR ("Obstetric Pain"[Title/Abstract])) AND (((((((("Analgesia, Epidural"[Mesh]) OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh])) OR ("Analgesia"[Mesh])) OR ("Labor analgesia "[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR (Combined spinal epidural analgesia[Title/Abstract])) AND (((((((("Cesarean Section"[Mesh]) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh])) OR ("Patient satisfaction"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("breakthrough pain"[Title/Abstract])) OR ("Maternal push"[Title/Abstract])))) AND ((Systematic review)) OR (clinical trials)	852
#9 Search: ((Systematic review)) OR (clinical trials)	1,553,655
#8 Search: (((((((((((("Labor, obstetric"[MeSH Terms]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("Pregnant Women"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR ("Pregnancy"[Mesh])) OR ("Labor Stage, First"[MeSH Terms])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor pain relief" [Title/Abstract])) OR ("Labor Pain"[Title/Abstract])) OR ("Obstetric Pain"[Title/Abstract])) AND (((((((("Analgesia, Epidural"[Mesh]) OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh])) OR ("Analgesia"[Mesh])) OR ("Labor analgesia "[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR (Combined spinal epidural analgesia[Title/Abstract])) AND (((((((("Cesarean Section"[Mesh]) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh])) OR ("Patient satisfaction"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("breakthrough pain"[Title/Abstract])) OR ("Maternal push"[Title/Abstract]))))	2,355
#7 Search: (((((((("Cesarean Section"[Mesh]) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh])) OR ("Patient satisfaction"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("breakthrough pain"[Title/Abstract])) OR ("Maternal push"[Title/Abstract]))	149,770
#4 Search: (((((((("Analgesia, Epidural"[Mesh]) OR (Analgesia, Obstetrical [Mesh])) OR ("Analgesia"[Mesh])) OR ("Labor analgesia "[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("Patient Controlled Analgesia"[Title/Abstract])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR (Combined spinal epidural analgesia [Title/Abstract]))	48,124
#2 Search: (((((((((((("Labor, obstetric"[MeSH Terms]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("Pregnant Women"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR ("Pregnancy"[Mesh])) OR ("Labor Stage, First"[MeSH Terms])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor pain relief" [Title/Abstract])) OR ("Labor Pain"[Title/Abstract])) OR ("Obstetric Pain"[Title/Abstract]))	957, 270

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()		
Fecha de búsqueda: 08/07/2019		
Estrategia de búsqueda		Resultados
#1	MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2410
#2	MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees	621
#3	MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees	5420
#4	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	357
#5	MeSH descriptor: [Parturition] explode all trees	468

#6	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	23021
#7	((Parturition)):ti,ab	220
#8	((labour)):ti,ab	14267
#9	((Labor pain relief)):ti,ab	908
#10	((Labor Pain)):ti,ab	2877
#11	((Obstetric Pain)):ti,ab	717
#12	MeSH descriptor: [Analgesia, Epidural] explode all trees	2062
#13	MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees	978
#14	MeSH descriptor: [Analgesia] explode all trees	8175
#15	((Labor analgesia)):ti,ab	2613
#16	((Programmed Intermittent Bolus)):ti,ab	138
#17	((Patient Controlled Analgesia)):ti,ab	8094
#18	((Continuous epidural infusion)):ti,ab	1273
#19	((Combined spinal epidural analgesia)):ti,ab	711
#20	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	33586
#21	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	16327
#22	#20 AND #21	3367
#23	MeSH descriptor: [Cesarean Section] explode all trees	3246
#24	MeSH descriptor: [Apgar Score] explode all trees	698
#25	MeSH descriptor: [Breakthrough Pain] explode all trees	81
#26	MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees	12468
#27	((Duration of labor)):ti,ab	2683
#28	((breakthrough pain)):ti,ab	885
#29	((Maternal pushing)):ti,ab	93
#30	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29	19209
#31	#22 AND #30 in Cochrane Reviews	35

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()		
Fecha de búsqueda:		
Estrategia de búsqueda		Resultados
1	Labor obstetric.mp. or *labor/	13409
2	Labor Onset.mp. or *labor onset/	2817
3	Delivery Obstetric.mp. or *obstetric delivery/	2166
4	Pregnant Women.mp. or *pregnant woman/	139210
5	Parturition.mp.	17113
6	*pregnancy/	145387
7	Parturition.m_titl.	2828
8	labour.m_titl.	12195
9	Labor pain relief.m_titl.	37
10	Labor Pain.m_titl.	424

11	Obstetric Pain.m_titl.	22
12	Analgesia Epidural.mp. or *epidural analgesia/	1761
13	Analgesia Obstetrical.mp. or *obstetric analgesia/	2953
14	*analgesia/	43458
15	Labor analgesia.m_titl.	642
16	Programmed Intermittent Bolus.m_titl.	18
17	Patient Controlled Analgesia.m_titl.	1991
18	Continuous epidural infusion.m_titl.	206
19	Combined spinal epidural analgesia.m_titl.	134
20	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	290107
21	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	49656
22	20 and 21	2143
23	Cesarean Section.mp. or *cesarean section/	110737
24	Apgar Score.mp. or *Apgar score/	28582
25	*breakthrough pain/	538
26	Duration of labor.m_titl.	163
27	breakthrough pain.m_titl.	557
28	Maternal pushing.m_titl.	12
29	Patient satisfaction.mp. or *patient satisfaction/	158609
30	23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	286314
31	22 and 30	781
32	limit 31 to "systematic review"	29

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (x)	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:(labor obstetric)) OR (mh:(labor onset)) OR (mh:(delivery obstetric)) OR (mh:(pregnant women)) OR (mh:(parturition)) OR (mh:(pregnancy)) OR (parturition) OR (labour) OR (labor pain relief) OR (labor pain) OR (obstetric pain) AND (mh:(analgesia epidural)) OR (mh:(analgesia obstetrical)) OR (mh:(analgesia)) OR (labor analgesia) OR (programmed intermittent bolus) OR (patient controlled analgesia) OR (continuous epidural infusion) OR (combined spinal epidural analgesia) AND (mh:(cesarean section)) OR (mh:(apgar score)) OR (mh:(breakthrough pain)) OR (mh:(patient satisfaction)) OR (duration of labor) OR (breakthrough pain) OR (maternal pushing) AND (db:("LILACS"))	12

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

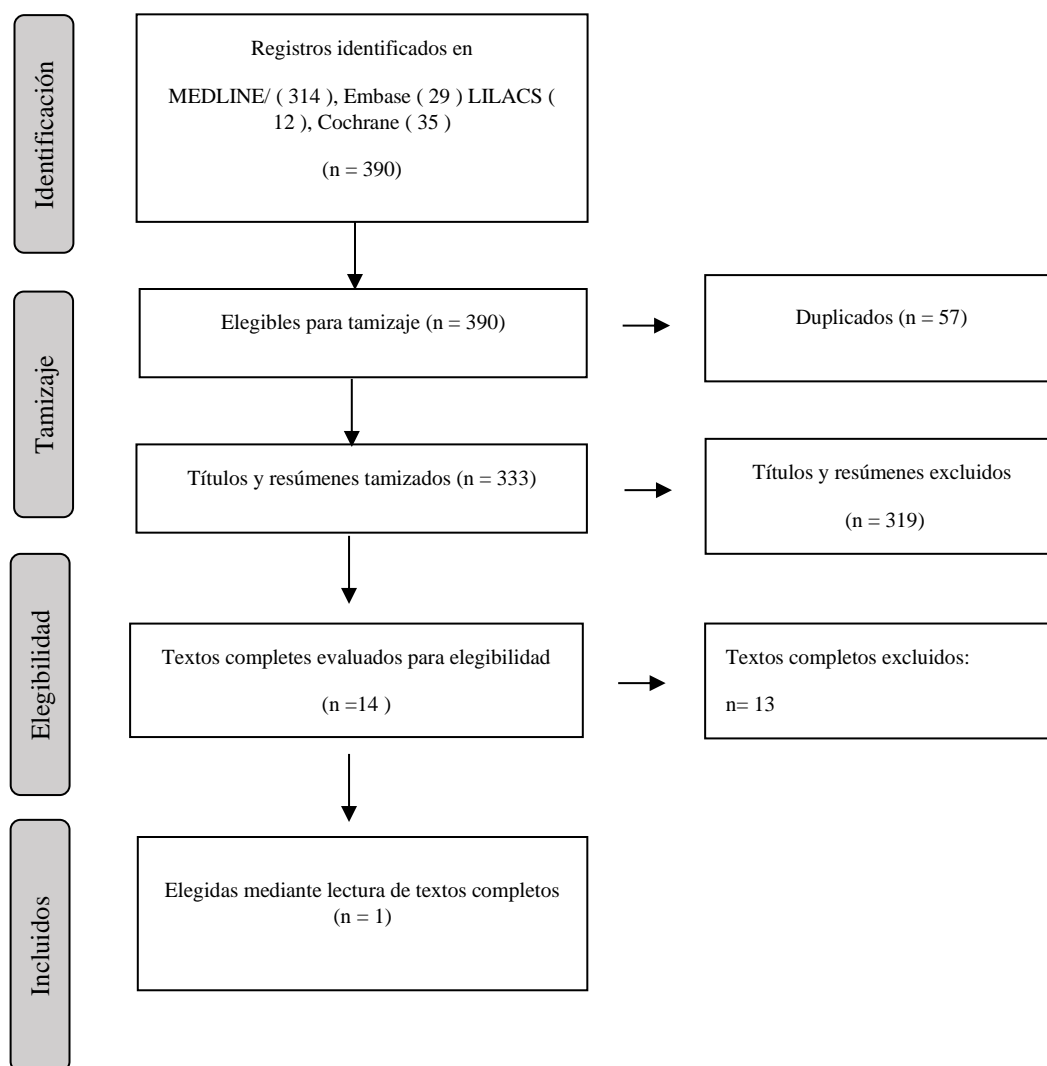


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

8. En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿Cuál es la mejor técnica de mantenimiento de la analgesia neuroaxial (infusión continua o bolos epidurales intermitentes/automatizados o PCA o combinadas entre ellas) para el alivio del dolor?

P	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
I	Técnica de mantenimiento de analgesia neuroaxial (Infusion continua o bolos epidurales intermitentes/automatizados o PCA o combinados entre ellas.
C	Epidural con bolo intermitente manual
O	Tiempo de duración de la segunda etapa del parto, Satisfacción materna, Tasa de cesárea, Dolor irruptivo, Apgar del RN, Calidad de pujo

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA			
Población	Intervención	Comparación	Outcome
"Pregnant Women"[Mesh]	[Labor, Obstetric]	Analgesia, Epidural [Mesh]	"Labor Stage, Second"[Mesh]
"Labor Onset"[Mesh]	Analgesia, Obstetrical [Mesh]		"Maternal pushing"[Title/Abstract]
"Labor Obstetric"[Mesh]	"Continuous epidural infusion"[Title/Abstract]		"Breakthrough Pain"[Mesh]
"Labor Pain"[Mesh]	"Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract]		"Patient Satisfaction"[Mesh]
"Parturition"[Mesh]	"patient controlled analgesia"[Title/Abstract]		"Apgar Score"[Mesh]
"Natural Childbirth"[Mesh]			"Duration of labor"[Title/Abstract]
Pregnancy [Mesh]			"Cesarean Section"[Mesh]
"Delivery Obstetric"[Mesh]			
"labour"[Title/Abstract]			
"Labor Obstetric"[Title/Abstract]			
"Labor Pain"[Title/Abstract]			
"Obstetric Pain"[Title/Abstract]			
"Labor Obstetric"[Title/Abstract]			

Datos de búsqueda					
Base de datos: Medline/PubMed (x) Cochrane Library () EMBASE () LILACS ()					
Fecha de búsqueda: 02/08/2021 hasta 03/08/2021					
Estrategia de búsqueda					Resultados
Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#8 Search: (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Labor, Obstetric"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR (Pregnancy[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor, Obstetric"[Title/Abstract])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) AND ((((((Analgesia, Epidural[Mesh] OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("patient controlled analgesia"[Title/Abstract]))) AND (((((((("Labor Stage, Second"[Mesh] OR ("Maternal pushing"[Title/Abstract])) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh])) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("Cesarean Section"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh])) AND ((systematic review) OR (control trial))					375
#7 Search: (systematic review) OR (control trial)					753,533
#6 Search: (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Labor, Obstetric"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR (Pregnancy[Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor, Obstetric"[Title/Abstract])) OR ("Parturition"[Title/Abstract])) AND ((((((Analgesia, Epidural[Mesh] OR (Analgesia, Obstetrical[Mesh])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("patient controlled analgesia"[Title/Abstract]))) AND (((((((("Labor Stage, Second"[Mesh] OR ("Maternal pushing"[Title/Abstract])) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh])) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("Cesarean Section"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh]))					1,865
#5 Search: (((((((("Labor Stage, Second"[Mesh] OR ("Maternal pushing"[Title/Abstract])) OR ("Patient Satisfaction"[Mesh])) OR ("Apgar Score"[Mesh])) OR ("Duration of labor"[Title/Abstract])) OR ("Cesarean Section"[Mesh])) OR ("Breakthrough Pain"[Mesh]))					149,860
#4 Search: ((((((Analgesia, Epidural [Mesh] OR (Analgesia, Obstetrical [Mesh])) OR ("Continuous epidural infusion"[Title/Abstract])) OR ("Programmed Intermittent Bolus"[Title/Abstract])) OR ("patient controlled analgesia"[Title/Abstract]))					14,399
#3 Search: (((((((("Pregnant Women"[Mesh]) OR ("Labor Onset"[Mesh])) OR ("Labor, Obstetric"[Mesh])) OR ("Parturition"[Mesh])) OR (Pregnancy [Mesh])) OR ("Delivery, Obstetric"[Mesh])) OR ("labour"[Title/Abstract])) OR ("Labor, Obstetric"[Title/Abstract])) OR ("Parturition"[Title/Abstract]))					987,700

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library (X) EMBASE () LILACS ()		
Fecha de búsqueda:		
Estrategia de búsqueda		Resultados
#1	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	357
#2	MeSH descriptor: [Labor Onset] explode all trees	621
#3	MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2410
#4	MeSH descriptor: [Parturition] explode all trees	468
#5	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	23021
#6	MeSH descriptor: [Delivery, Obstetric] explode all trees	5420
#7	MeSH descriptor: [Labor, Obstetric] explode all trees	2410

#8	((Labor, Obstetric)):ti,ab	1344
#9	((labour)):ti,ab	14265
#10	((Parturition)):ti,ab	220
#11	MeSH descriptor: [Analgesia, Obstetrical] explode all trees	978
#12	((Continuous epidural infusion)):ti,ab	1273
#13	((Programmed Intermittent Bolus)):ti,ab	138
#14	((patient controlled analgesia)):ti,ab	8094
#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	33308
#16	#11 OR #12 OR #13 OR #14	9658
#17	#15 AND #16	1562
#18	MeSH descriptor: [Labor Stage, Second] explode all trees	182
#19	MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees	12468
#20	MeSH descriptor: [Apgar Score] explode all trees	698
#21	MeSH descriptor: [Cesarean Section] explode all trees	3246
#22	((Maternal pushing)):ti,ab	93
#23	((Duration of labor)):ti,ab	2683
#24	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23	18470
#25	#17 AND #24 in Cochrane Reviews	21

Datos de búsqueda	
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE () LILACS (x)	
Fecha de búsqueda:	
Estrategia de búsqueda	Resultados
(mh:(Pregnant Women)) OR (mh:(Labor Onset)) OR (mh:(Labor Obstetric)) OR (mh:(Parturition)) OR (mh:(Pregnancy)) OR (tw:(Delivery Obstetric)) OR (tw:(labour)) OR (tw:(Labor Obstetric)) AND (mh:(Analgesia, Obstetrical)) OR (tw:(Continuous epidural infusion)) OR (tw:(Programmed Intermittent Bolus)) OR (tw:(patient controlled analgesia)) AND (mh:(Labor Stage, Second)) OR (mh:(Patient Satisfaction)) OR (mh:(Apgar Score)) OR (mh:(Cesarean Section)) OR (tw:(Maternal pushing)) OR (tw:(Duration of labor))	11

Datos de búsqueda		
Base de datos: Medline/PubMed () Cochrane Library () EMBASE (x) LILACS ()		
Fecha de búsqueda:		
Estrategia de búsqueda	Resultados	
1	"Pregnant Women".mp. or *pregnant woman/	139154
2	"Labor Onset".mp. or *labor onset/	2813
3	"Labor Obstetric".mp. or *labor/	13409
4	"Parturition".mp.	17109
5	*pregnancy/	145337
6	"Delivery Obstetric".mp. or *obstetric delivery/	2165
7	"labour".m_titl.	12194

8	"Labor Obstetric".m_titl.	0
9	"Labor Obstetric".m_titl.	0
10	Analgesia Obstetrical.mp. or *obstetric analgesia/	2951
11	"Continuous epidural infusion".m_titl.	206
12	"Programmed Intermittent Bolus".m_titl.	18
13	"patient controlled analgesia".m_titl.	1991
14	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	289723
15	10 or 11 or 12 or 13	5090
16	14 and 15	1165
17	"Labor Stage, Second".mp. or *labor stage 2/	805
18	*breakthrough pain/	538
19	"Patient Satisfaction".mp. or *patient satisfaction/	158577
20	"Apgar Score".mp. or *Apgar score/	28571
21	"Cesarean Section".mp. or *cesarean section/	110702
22	"Maternal pushing".m_titl.	12
23	"Duration of labor".m_titl.	163
24	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23	286463
25	16 and 24	469

FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

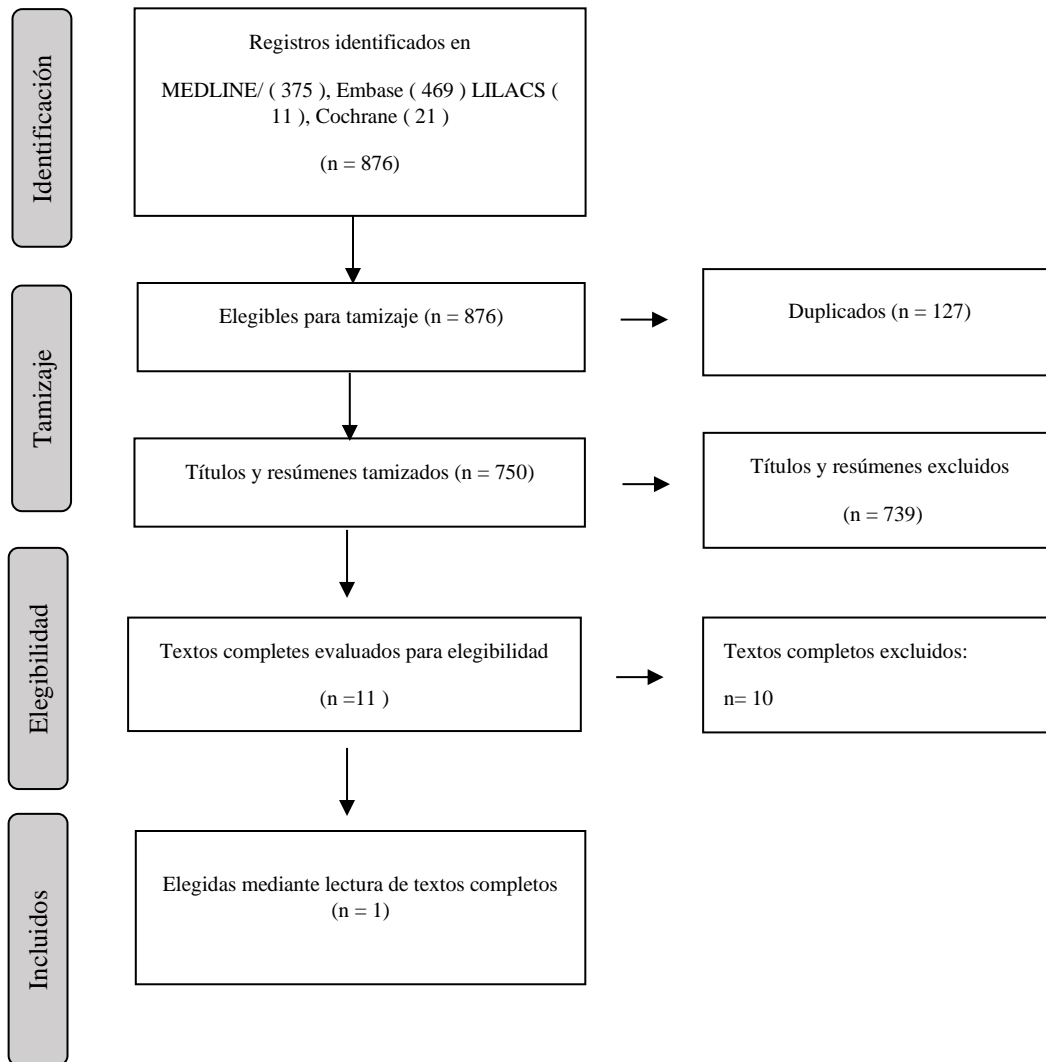


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios. Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Medicine. 21 de julio de 2009;6(7):e1000097 (50).

ANEXO C: TABLAS DE RESUMEN DE HALLAZGOS (SoF) GRADE

Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial comparado con no analgesia para gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial

Comparación: no analgesia

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con no analgesia	Riesgo con Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial				
Alivio del dolor evaluado con: 1º etapa del parto	La media alivio del dolor era 0	MD 55.9 menos (61.9 menos a 50.71 menos)	-	60 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○○ Baja ^{a,b,c,d}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial podría reducir alivio del dolor levemente.
Alivio del dolor evaluado con : 2ºetapa del parto	La media alivio del dolor era 0	MD 55.7 menos (63.54 menos a 47.86 menos)	-	60 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○○ Baja ^{a,b,c,d}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial podría reducir alivio del dolor levemente.
Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con: calificación de proporción excelente o muy buena	714 por 1,000	943 por 1,000 (750 a 1,000)	RR 1.32 (1.05 a 1.65)	70 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○○ Moderado ^{e,f,g}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial es probable que incremente satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto levemente.
cesárea	83 por 1,000	38 por 1,000 (19 a 75)	RR 0.46 (0.23 a 0.90)	578 (5 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○○ Moderado ^{h,i}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial es probable que reduce cesárea levemente.
duración del trabajo de parto: 1ºetapa evaluado con: minutos	La media duración del trabajo de parto: 1ºetapa era 0	MD 55.09 menos (186.26 menos a 76.09 más)	-	189 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,j,k,l}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de analgesia de Parto con técnica Neuroaxial en duración del trabajo de parto: 1ºetapa.

Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 03-2022

pág. 107

Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial comparado con no analgesia para gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial

Comparación: no analgesia

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con no analgesia	Riesgo con Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial				
duración del trabajo de parto: 2ºetapa evaluado con: minutos	La media duración del trabajo de parto: 2ºetapa era 0	MD 7.66 más (6.12 menos a 21.45 más)	-	344 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{l,m,n}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial podría incrementar duración del trabajo de parto: 2ºetapa levemente.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. riesgo de sesgo incierto en 6 ítems debido a insuficiente información o no reportada y bajo en 1 ítem (reporte selectivo) Long 2003

b. Solo incluye un único estudio 80 mujeres reclutadas (CSE N = 30, tramadol N = 20, no analgesia N = 30)

c. Group 1 CSE: preload not mentioned, spinal administration of 2.5 mg ropivacaine with 5 micrograms of fentanyl. Epidural mixture of 0.1% ropivacaine and 1.5 micrograms of fentanyl PCEA infusing at 4 mL/h with PCEA dose of 4 mL and lockout time of 15mins

d. Group control received no analgesia.; e. Alto riesgo de sesgo en 2 ítems (no fue factible el cegamiento del participante y personal, no hubo cegamiento del evaluador) y bajo riesgo de sesgo en 5 ítems

f. Solo incluye un único estudio 70 women randomized (combined spinal anaesthesia, n = 35; continuous support, n = 35).

g. CSE anaesthesia: 2.5 mg of 0.5% heavy bupivacaine associated with 5 mg of sufentanil was injected into the subarachnoid space. Immediately afterwards, the epidural space was punctured using an 18 G Tuohy needle and a catheter was inserted into the same interspinous space used for subarachnoid puncture. Only 30 mins after subarachnoid puncture, administration of 5 mL of a solution containing 0.05% bupivacaine and sufentanil 0.2 mg mL⁻¹ was initiated through the epidural catheter. This solution was administered intermittently every 30 mins until delivery of the infant

h. 5 estudios incluidos, 4 presentaron alto riesgo de sesgo en cegamiento de participantes y personal debido a que no fue posible y en cegamiento de evaluadores (De Orange 2011, Genc 2015, Liu 2015, Xing 2015) y 1 presentó riesgo de sesgo incierto por falta de información en la mayoría de sus ítems

i. I 2= 0%; j. riesgo de sesgo incierto en todos los ítems por falta de información, solo un ítem bajo riesgo de sesgo en reporte selectivo de resultados. Morgan-Ortiz 1999

k. I2= 92%; l. IC incluye protección y riesgo; m. 2 estudios presentaron alto riesgo de sesgo (Genc 2015, Liu 2015) y 2 riesgo de sesgo incierto (Morgan-Ortiz 1999, Long 2003); n. I2=78%

Analgesia endovenosa con Remifentanilo comparado con otros tipos de analgesia en gestantes sanas o de bajo riesgo

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo

Intervención: Analgesia endovenosa con Remifentanilo

Comparación: otros tipos de analgesia

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con otros tipos de analgesia	Riesgo con Analgesia endovenosa con Remifentanilo				
Satisfacción materna evaluado con: manejo del dolor	-	SMD 2.11 SD más (0.72 más a 3.49 más)	-	216 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	Analgesia endovenosa con Remifentanilo podría incrementar/tener poco a ningún efecto en satisfacción materna pero la evidencia es muy incierta.
Depresión respiratoria evaluado con: < 8 respiraciones/min	0 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	RR 7.00 (0.39 a 126.48)	36 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de analgesia endovenosa con Remifentanilo en depresión respiratoria.
Desaturación de oxígeno evaluado con: SpO2 <95%	189 por 1,000	1000 por 1,000 (89 a 1,000)	RR 48.00 (0.47 a 37.00)	113 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{c,f,g}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de analgesia endovenosa con Remifentanilo en desaturación de oxígeno.
APGAR <7 evaluado con: 5 min	0 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	88 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^h	Ninguno
APGAR evaluado con: 5 min	La media APGAR era 0	MD 0 (0 a 0)	-	68 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ⁱ	Ninguno
Requerimiento adicional de analgesia evaluado con: analgesia de escape	621 por 1,000	354 por 1,000 (248 a 503)	RR 0.57 (0.40 a 0.81)	190 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{d,h,i,j}	Analgesia endovenosa con Remifentanilo probablemente resulte en una leve reducción en requerimiento adicional de analgesia.

Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial

- Versión extensa -

Serie Guías Práctica Clínica N° 03-2022

pág. 109

Analgesia endovenosa con Remifentanilo comparado con otros tipos de analgesia en gestantes sanas o de bajo riesgo

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo

Intervención: Analgesia endovenosa con Remifentanilo

Comparación: otros tipos de analgesia

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con otros tipos de analgesia	Riesgo con Analgesia endovenosa con Remifentanilo				
Tasa de cesárea	148 por 1,000	104 por 1,000 (50 a 209)	RR 0.70 (0.34 a 1.41)	215 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,c,k}	Analgesia endovenosa con Remifentanilo podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en tasa de cesárea.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; MD: Diferencia media; RR: Razón de riesgo; SMD: Diferencia media estandarizada

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. Calderón 2006 (alto rob en cegamiento de participantes y evaluadores, incierto en aleatorización), Evron 2005 (rob incierto en cegamiento, y asignación aleatoria y reporte de datos incompletos), Ng 2011 (rob incierto en asignación aleatoria y cegamiento de participantes, reporte selectivo), Thurlow 2002 (rob incierto en aleatorización, alto en cegamiento e incierto en reporte selectivo de resultados)

b. I2: 93.26%; c. El IC incluye ambas áreas de protección y riesgo; d. Thurlow 2002; e. IC muy amplios; f. Evron 2005, Thurlow 2002; g. I2 88.21%; h. Evron 2005; i. Ng 2011; j. I2: 27.66%; k. I2: 0.58%

Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) comparado con epidural en bajas dosis en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal)

Comparación: epidural en bajas dosis

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con epidural en bajas dosis	Riesgo con Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal)				
Número de mujeres con analgesia efectiva evaluado con: 10 minutos después de la 1ª inyección	510 por 1,000	989 por 1,000 (760 a 1,000)	RR 1.94 (1.49 a 2.45)	101 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{a,b}	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) incrementa número de mujeres con analgesia efectiva levemente.
Número de mujeres satisfechas con la analgesia	946 por 1,000	965 por 1,000 (918 a 1,000)	RR 1.02 (0.97 a 1.06)	480 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{c,d,e}	La evidencia sugiere que analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en número de mujeres satisfechas con la analgesia.
Hipotensión materna	118 por 1,000	188 por 1,000 (101 a 350)	RR 1.59 (0.85 a 2.96)	1741 (12 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{f,g,h}	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en hipotensión materna.
Tasa de cesárea	213 por 1,000	203 por 1,000 (168 a 243)	RR 0.95 (0.79 a 1.14)	1579 (11 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{h,i,j}	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) es probable que resulte en una diferencia pequeña a ninguna diferencia en tasa de cesárea.
APGAR <7 evaluado con : 5 min	22 por 1,000	15 por 1,000 (7 a 35)	RR 0.70 (0.31 a 1.59)	1092 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{h,j,k}	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) es probable que resulte en una diferencia pequeña a ninguna diferencia en Apgar <7.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo

Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal) comparado con epidural en bajas dosis en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal)

Comparación: epidural en bajas dosis

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con epidural en bajas dosis	Riesgo con Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal)				

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. Zeidan 2004

b. Un solo estudio

c. Bhagwat 2008, Hepner 2000, Kartawiadi 1996, Van de Velde 1999, Vernis 2004, Zeidan 2004

d. I2: 56.52%

e. IC atraviesa ambos lados de efecto, el efecto es cercano a la unidad

f. Cohen 2006, COMET 2001a, Goodman 2006, Hepner 2000, Kartawiadi 1996, Nickells 2000, Parry 1998, Price 1998, Skupski 2009, Van de Velde 1999, Vernis 2004, Zeidan 2004

g. I2: 52.85%

h. IC a traviesa ambos lados de efecto

i. Abrao 2009, Bhagwat 2008, COMET 2001a, Goodman 2006, Hepner 2000, Kartawiadi 1996, Price 1998, Skupski 2009, Van de Velde 1999, Vernis 2004, Zeidan 2004

j. I2: 0%

k. Abrao 2009, Bhagwat 2008, COMET 2001a, Hepner 2000, Price 1998, Van de Velde 1999

Analgesia epidural con punción dural (DPEA) comparado con analgesia epidural lumbar convencional (LEA) en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: analgesia epidural con punción dural (DPEA)

Comparación: analgesia epidural lumbar convencional (LEA)

Desenlaces	Impacto	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
DPEA con aguja espinal calibre 27	Se observaron 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 (ECA1). La DPA mejoró el tiempo de inicio (es decir, el tiempo para alcanzar un VAS puntuación <3) 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.	(2) Experimentos controlados aleatorios (ECAs)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
DPEA con aguja espinal calibre 26	No se reportaron diferencias entre los grupos para los desenlaces de analgesia adecuada (definida como una puntuación VAS ≤10 en una escala de 0-100), bloqueo sensoriomotor, modo de parto, incidencia de cefalea en 48 h, y satisfacción del paciente. DPA mostró menor tiempo hasta la analgesia adecuada (8 frente a 10 min) (P = 0,042).	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{d,e,f}
DPEA con aguja espinal calibre 25	LEA vs DPEA resultó en tiempos de aparición reducidos y tasas de parto vaginal espontáneo (Capiello). Mientras que el otro ECA (Chau) 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 (Gupta) incidencia de parestesia también fue mayor. con DPEA (29% frente a 2%; P <0,001). No encontró diferencias en términos de consumo de analgésico local uso de efedrina para hipotensión y satisfacción del paciente.	(3) Experimentos controlados aleatorios (ECAs)	⊕○○○ Muy baja ^{g,h}

Analgesia epidural con punción dural (DPEA) comparado con analgesia epidural lumbar convencional (LEA) en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: analgesia epidural con punción dural (DPEA)

Comparación: analgesia epidural lumbar convencional (LEA)

Desenlaces	Impacto	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
------------	---------	--------------------------------	---------------------------------

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

- Thomas 2005 y Yadav 2018 riesgo de sesgo incierto debido a asignación aleatoria no clara y reporte selectivo de resultados
- no reporta MA ni evaluación de heterogeneidad
- Thomas 2005 tiene un n= 230 mientras que Yadav 2018 n=60
- Wilson 2017, alto riesgo de sesgo en cegamiento y sesgo incierto en asignación aleatoria y reporte selectivo de resultados
- evidencia de un único estudio
- No evalúa magnitud de eventos. N=80
- Capiello 2008, Gupta 2013 y Chau 2017. los 3 presentan rob incierto en el ítem de reporte selectivo de resultados. Gupta presentó sesgo incierto en todos los ítems
- 3 estudios incluidos, algunos con resultados contradictorios

Analgesia espinal única comparado con analgesia epidural en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: analgesia espinal única

Comparación: analgesia epidural

Desenlaces	Impacto	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
Efectos analgésicos evaluado con: inyección intratecal única	<p><i>Duración de 2° Y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos (P> 0.05), Tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue: 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) (P <0,001). Duración de la analgesia: 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo para alcanzar el bloqueo máximo: 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas: 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) (P <0,001). Calidad de la analgesia: 79,2% (espinal) vs 70,5% (epidural) (P <0,001) Puntuación de EVA: el grupo espinal fueron significativamente más bajas en comparación con el grupo epidural .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 las mismas en ambos grupos (P> 0,05). 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).</i></p>	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊖⊖ Baja ^{a,b}

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. No hubo diferencias significativas entre las características basales

b. n=100 gestantes de acuerdo con la sociedad americana de anestesiología (ASA), no reporta resultados en función a estimadores de efecto

Administración del volumen parenteral comparado con no administración en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto quienes recibieron analgesia neuroaxial

Paciente o población: Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto quienes recibieron analgesia neuroaxial

Intervención: Administración del volumen parenteral

Comparación: no administración

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con no administración	Riesgo con Administración del volumen parenteral				
Hipotensión Materna	171 por 1,000	144 por 1,000 (82 a 251)	RR 0.84 (0.48 a 1.47)	235 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral en Hipotensión Materna.
Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal	234 por 1,000	168 por 1,000 (103 a 273)	RR 0.72 (0.44 a 1.17)	214 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral en anomalías en la frecuencia cardíaca fetal.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que en los ensayos no está clara la generación de secuencia de aleatorización y ocultamiento de ésta. Además, los ensayos no fueron ciegos.

b. Los estudios administraron diferentes formas de analgesia

c. los IC atraviesan ambas regiones de protección y riesgo

Analgesia neuroaxial de inicio temprano comparado con analgesia neuroaxial de inicio tardío en gestantes sanas o de bajo riesgo

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo

Intervención: analgesia neuroaxial de inicio temprano

Comparación: analgesia neuroaxial de inicio tardío

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con analgesia neuroaxial de inicio tardío	Riesgo con analgesia neuroaxial de inicio temprano				
Duración del trabajo de parto evaluado con: I etapa	0 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	(7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy heterogénea para determinar un efecto combinado
Duración del trabajo de parto evaluado con: II etapa	La media duración del trabajo de parto era 0	MD 3.22 menos (6.71 menos a 0.27 más)	-	14982 (8 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{a,d}	Analgesia neuroaxial de inicio temprano da como resultado una diferencia pequeña o ninguna diferencia en la duración del trabajo de parto.
Tasa de cesárea evaluado con: global/todos los tipos de analgesia	223 por 1,000	227 por 1,000 (214 a 241)	RR 1.02 (0.96 a 1.08)	15499 (9 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{e,f}	Analgesia neuroaxial de inicio temprano da como resultado ninguna diferencia en la tasa de cesárea.
APGAR del RN <7 evaluado con: 1º min	152 por 1,000	145 por 1,000 (127 a 167)	RR 0.96 (0.84 a 1.10)	14924 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,g,h}	Analgesia neuroaxial de inicio temprano probablemente resulte en ninguna diferencia en Apgar del RN <7.
APGAR del RN <7 evaluado con: 5º min	10 por 1,000	10 por 1,000 (7 a 13)	RR 0.96 (0.69 a 1.33)	14924 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,h}	Analgesia neuroaxial de inicio temprano es probable que resulte en ninguna diferencia en Apgar del RN <7.
Hipotensión materna	16 por 1,000	18 por 1,000 (12 a 27)	RR 1.13 (0.75 a 1.70)	13336 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{i,j,k}	Analgesia neuroaxial de inicio temprano podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en hipotensión materna.

Analgesia neuroaxial de inicio temprano comparado con analgesia neuroaxial de inicio tardío en gestantes sanas o de bajo riesgo

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo

Intervención: analgesia neuroaxial de inicio temprano

Comparación: analgesia neuroaxial de inicio tardío

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con analgesia neuroaxial de inicio tardío	Riesgo con analgesia neuroaxial de inicio temprano				

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. Chesnut 1994a, Chesnut 1994b, Wang 2011, Wong 2005, Luxman 1998, Othel 2006, Wang 2009, todo alto rob en cegamiento y Luxman rob incierto selección y generación aleatoria

b. I²=58%, heterogeneidad clínica debido a diferentes definiciones del final de la primera etapa del trabajo de parto

c. No se reportan datos combinados por la alta heterogeneidad

d. I² global= 21.18%, test diferencias por subgrupos=0%

e. Chesnut 1994a, Chesnut 1994 b, Luxman 1998, Othel 2006, Parameswara 2012, Wang 2009, Wang 2011, Wong 2005, Wong 2009 (todos los estudios presentaron alto riesgo de sesgo en cegamiento, 2 estudios presentaron riesgo de sesgo incierto en 2 ítem- Luxman 1998 y Parameswara 2012 en sesgo de selección y generación de la secuencia aleatoria)

f. I²= 0%

g. I²= 25.84%

h. No es significativo y el tamaño del efecto se acerca a la unidad

i. 4 estudios con alto riesgo de sesgo en cegamiento de las participantes y personal (Chesnut 1994a, Chesnut 1994b, Wang 2009, Wang 2011) probablemente no afecte sustancialmente

j. I²= 56.67%

k. efecto no significativo

Fentanilo 50ucg +Bupivacaina 20 mg comparado con solo Bupivacaina 20 mg en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población: gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: Fentanilo 50ucg +Bupivacaina 20 mg

Comparación: solo Bupivacaina 20 mg

Desenlaces	Impacto	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
Intensidad del dolor evaluado con: EVA al minuto 10	EVA inicial: grupo A: 10 vs grupo B: 10	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
	EVA al min 10: grupo A :7 vs grupo B :7.3 EVA al min 45: grupo A: 0.5 vs grupo B : 2 <i>(P< 0.048)</i>		
PAM	PAM al min 0: grupo A: PAM 85 vs grupo B: PAM 85	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
	PAM al min 45: grupo A: 81 vs grupo B: 82 P>0.75		
FCF	Al inicio: Grupo A: media de 132 latidos por minuto vs Grupo B: 133 A los 45 min: Grupo A: media de 134 latidos vs grupo B: 134 lat. x minP>0.07	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. rob incierto en 3 ítems (cegamiento de participantes y evaluadores, notificación selectiva de resultados-no se identificó protocolo del estudio)

b. En su mayoría eran primigestas, el 31.6% entre 21 a 25 años en el grupo A mientras que 31.6% de 26 a 30 años en el grupo B

c. no reportan estimadores de riesgo, datos no significativos para PAM y FCF

Sufentanilo epidural añadido bupivacaína, ropivacaína y levobupivacaína comparado con solo bupivacaína, ropivacaína y levobupivacaína en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población : gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: sufentanilo epidural añadido bupivacaína, ropivacaína y levobupivacaína

Comparación: solo bupivacaína, ropivacaína y levobupivacaína

Desenlaces	Impacto	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
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. 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 del 95%: 3,6 a 4,8); este efecto fue proporcionalmente mayor para la bupivacaína.	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}
Bloqueo motor	No hubo diferencias significativas entre los grupos en bloqueo sensorial. Ningún paciente desarrolló motor bloque según lo determinado por la puntuación de Bromage modificada.	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}
otros eventos adversos	No hubo diferencias significativas en los grupos en la incidencia de prurito, náuseas o vómitos y no se requirió tratamiento.	(1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. 11 pacientes fueron rechazados. 3 pacientes fueron rechazados porque falló el catéter epidural (dos en el grupo BS y uno en el grupo R). 6 pacientes entraron en la segunda etapa del trabajo de parto antes de que se completara el estudio (dos en el grupo B, tres en el grupo R y uno en el grupo L). Una paciente del grupo L fue rechazada porque se detuvo el trabajo de parto.

b. NO hay protocolo del estudio, no reportan datos completos sobre otros desenlaces no MLAC; c. No hubo diferencias significativas en hemodinámica materna o fetal y resultado neonatal; d. No reportan estimadores de efectos y data completa

Mantener la analgesia neuroaxial comparado con suspender la analgesia neuroaxial en gestante sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada

Paciente o población : Gestante sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada

Intervención: mantener la analgesia neuroaxial

Comparación: suspender la analgesia neuroaxial

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con suspender la analgesia neuroaxial	Riesgo con mantener la analgesia neuroaxial				
Duración de la segunda etapa de trabajo de parto	La media duración de la segunda etapa de trabajo de parto era 0	MD 5.8 menos (12.91 menos a 1.3 más)	-	203 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d,e}	Mantener la analgesia neuroaxial podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en duración de la segunda etapa de trabajo de parto.
Alivio inadecuado del dolor	215 por 1,000	793 por 1,000 (429 a 1,000)	RR 3.68 (1.99 a 6.80)	384 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,c,f}	Mantener la analgesia neuroaxial es probable que resulte en un gran incremento en alivio inadecuado del dolor .
Apgar <7 o <8 evaluado con : al 1° minuto	178 por 1,000	275 por 1,000 (167 a 453)	RR 1.55 (0.94 a 2.55)	388 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{a,g}	Mantener la analgesia neuroaxial da como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en la incidencia de puntaje de Apgar bajo al minuto.
Apgar <7 evaluado con : a los 5 minutos	28 por 1,000	110 por 1,000 (13 a 959)	RR 3.92 (0.45 a 34.21)	208 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,h,i}	Mantener la analgesia neuroaxial es probable que resulte en una diferencia pequeña a ninguna diferencia en incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos.
Incidencia de cesárea	63 por 1,000	61 por 1,000 (27 a 141)	RR 0.98 (0.43 a 2.25)	282 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,b,i,j}	Mantener la analgesia neuroaxial es probable que resulte en una diferencia pequeña a ninguna diferencia en incidencia de cesárea.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza ; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

Mantener la analgesia neuroaxial comparado con suspender la analgesia neuroaxial en gestante sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada

Paciente o población : Gestante sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada

Intervención: mantener la analgesia neuroaxial

Comparación: suspender la analgesia neuroaxial

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con suspender la analgesia neuroaxial	Riesgo con mantener la analgesia neuroaxial				

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. 3 estudios presentaron bajo riesgo de sesgo, solo 1 presentó riesgo de sesgo incierto o poco claro en generación de la secuencia aleatoria.

b. Luxman 1996 presentó riesgo de sesgo poco claro en aleatorización

c. Todos los estudios excepto Luxman 1996 informaron una medida de alivio del dolor. Diferencias en definición de desenlaces. Definimos el alivio inadecuado del dolor como "deficiente" o "muy deficiente" en una escala de cinco puntos o "deficiente" en una escala de cuatro puntos. Los tres artículos de Chestnut informo el número de bebés con puntajes de Apgar menores de siete mientras que Johnsrud 1988 informo el número de bebés con puntajes de Apgar menores de ocho.

d. I2 =42%

e. El metanálisis de estos tres estudios no mostró diferencias estadísticamente significativas o clínicamente importantes en la duración de la segunda etapa (diferencia de medias ponderada (DMP) -5,80 minutos; IC del 95%: -12,91 a 1,30). Cabe señalar que los supuestos del análisis pueden haberse violado debido a que la duración de la segunda etapa del trabajo de parto a menudo no se distribuye normalmente como resultado de que algunas mujeres tienen segundas etapas muy largas

f. I2 =26%

g. I2 =39%

h. I2 =0.0%

i. IC amplios, los efectos no son significativos. la muestra es alrededor de 100 sujetos

j. IC 2= 0%

Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado comparado con mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población : gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado

Comparación: mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados* (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua	Riesgo con mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado				
Duración del trabajo de parto evaluado con : min	La media duración del trabajo de parto era 0	MD 15.45 menos (21.7 menos a 9.21 menos)	-	2110 (21 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{a,b}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en duración del trabajo de parto .
Dolor irruptivo evaluado con : necesidad de una intervención anestésica adicional	205 por 1,000	127 por 1,000 (96 a 166)	RR 0.62 (0.47 a 0.81)	1164 (15 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{b,c}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría reducir/tener poco a ningún efecto en dolor irruptivo, pero la evidencia es muy incierta.
Satisfacción materna	La media satisfacción materna era 0	MD 5.16 más (0.15 más a 10.18 más)	-	1428 (15 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○○ Muy baja ^{a,b,d}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría incrementar/tener poco a ningún efecto en satisfacción materna pero la evidencia es muy incierta.
Tasa de cesárea	La media tasa de cesárea era 0	MD 0.9 más alto. (0.73 más alto. a 1.11 más alto.)	-	1954 (20 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○○ Baja ^{a,b,e}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en tasa de cesárea.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza ; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo

Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado comparado con mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Paciente o población : gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto

Intervención: mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado

Comparación: mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua	Riesgo con mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado				

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

Explicaciones

a. Los estudios incluidos tienen el riesgo de sesgo incierto y moderado

b. no significativo

c. I²= 47 %

d. I²= 98 %

e. i²= 0%

ANEXO D: TABLAS DE EVIDENCIA A LA DECISION (EtD) GRADE

Pregunta 1

¿Debería usarse Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial versus no analgesia para gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto?	
Población:	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
Intervención:	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial
Comparación:	No analgesia
Desenlaces principales:	Alivio del dolor; Alivio del dolor; Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto; cesárea; duración del trabajo de parto: 1°etapa; duración del trabajo de parto: 2°etapa;

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN						CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
		Riesgo con no analgesia	Riesgo con Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial				
		Alivio del dolor evaluado con : 1º etapa del parto	La media alivio del dolor era 0				
Alivio del dolor evaluado con : 2º etapa del parto	La media alivio del dolor era 0	MD 55.7 menos (63.54 menos a 47.86 menos)	-	60 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d}	Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial podría reducir alivio del dolor levemente.	

El beneficio es grande de ofrecer la analgesia de parto, en gestantes sanas o de bajo riesgo no solo por los beneficios en el alivio del dolor y el confort de la paciente también atenúa los episodios cardiovasculares, de hiperventilación, hipoventilación compensatoria, estados de hipoxemia en la madre.

Es muy favorable para la mujer en relación con la dinámica uterina, su salud mental, disminuye la depresión en la etapa post parto, le da mayor tranquilidad y ayuda a que la madre se reincorpore pronto en sus actividades, así como al cuidado del recién nacido. La anestesia de parto también ayudaría no solo en pacientes sanas sino en pacientes de otra condición dado que el dolor rompe más el equilibrio fisiológico

Esta actividad debe ser realizada a solicitud de la paciente, no necesariamente por decisión de la ginecoobstetra

Si bien los estudios refieren drogas no disponibles en nuestro país, En el Perú las drogas disponibles y utilizadas son lidocaína, bupivacaína, la levo bupivacaína el fentanilo, petidina y en ocasiones se utiliza anestesia combinada.

El inicio de la analgesia en el parto es variable, puede ser en cualquier etapa de trabajo de parto, las dosis aplicadas acortan el trabajo de parto, se sienten mucho más aliviadas y muestran satisfacción en la atención

En provincia la adecuación cultural es muy marcada acompañado del enfoque humanizado como política del MINSA, las mujeres en la sierra prefieren el parto vertical, al respecto se realizó un estudio descriptivo que evalúa la analgesia en trabajo de parto en esta posición y evidencia los

Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con : calificación de proporción excelente o muy buena	Población estudio		RR 1.32 (1.05 a 1.65)	70 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,f,g}	Analgésia de Parto con técnica Neuroaxial es probable que incremente satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto levemente.
	714 por 1000	943 por 1000 (750 a 1000)				
<p>Solo incluye un único estudio 80 mujeres reclutadas (CSE N = 30, tramadol N = 20, no analgesia N = 30)</p> <p>Group 1 CSE: preload not mentioned, spinal administration of 2.5 mg ropivacaine with 5 micrograms of fentanyl. Epidural mixture of 0.1% ropivacaine and 1.5 micrograms of fentanyl PCEA infusing at 4 mL/h with PCEA dose of 4 mL and lockout time of 15mins</p> <p>Group control received no analgesia.</p> <p>riesgo de sesgo incierto en 6 items debido a insuficiente información o no reportada y bajo en 1 item (reporte selectivo) Long 2003</p> <p>CSE anaesthesia: 2.5 mg of 0.5% heavy bupivacaine associated with 5 mg of sufentanil was injected into the subarachnoid space. Immediately afterwards, the epidural space was punctured using an-18 G Tuohy needle and a catheter was inserted into the same interspinous space used for subarachnoid puncture. Only 30 mins after subarachnoid puncture, administration of 5 mL of a solution containing 0.05% bupivacaine and sufentanil 0.2 mg mL⁻¹ was initiated through the epidural catheter. This solution was administered intermittently every 30 mins until delivery of the infant</p> <p>Solo incluye un único estudio 70 women randomised (combined spinal anaesthesia, n = 35; continuous support, n = 35).</p> <p>Alto riesgo de sesgo en 2 items (no fue factible el cegamiento del participante y personal, no hubo cegamiento del evaluador) y bajo riesgo de sesgo en 5 items</p>						
<p>grandes beneficios de la analgesia en el parto independientemente de la posición y rompe los paradigmas que contrae el parto vertical más la analgesia.</p> <p>Ampliar el ámbito de aplicación de esta norma también en establecimientos de nivel II-2 donde pueden contar con recursos humanos suficientes</p> <p>En provincia podemos lograr implementar y adecuar los espacios en las UPS de centros obstétricos con la finalidad de cumplir con la norma dada por el MINSA y ESSALUD procedimiento que debe darse ya que los insumos están dentro del petitorio nacional</p> <p>El manejo debe ser multidisciplinario para vencer algunos paradigmas que aún existen</p> <p>Para la implementación se requiere incrementar el recurso humano especializado por ser escaso en nuestro País (Anestesiólogos)</p> <p>Los efectos positivos son mucho mayores a los negativos</p>						

Desenlaces	Con no analgesia	Con Analgesia de Parto con técnica Neuroaxial	Diferencia	Efecto relativo (95% CI)
Alivio del dolor evaluado con : 1° etapa del parto	La media alivio del dolor era 0	La media alivio del dolor en el grupo de intervención fue 55.9 menos (61.9 menos a 50.71 menos)	MD 55.9 menos (61.9 menos a 50.71 menos)	-
Alivio del dolor evaluado con : 2° etapa del parto	La media alivio del dolor era 0	La media alivio del dolor en el grupo de intervención fue 55.7 menos (63.54 menos a 47.86 menos)	MD 55.7 menos (63.54 menos a 47.86 menos)	-
Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con : calificación de proporción excelente o muy buena	714 por 1,000	943 por 1,000 (750 a 1,000)	229 más por 1,000 (36 más a 464 más)	RR 1.32 (1.05 a 1.65)

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES												
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ● Pequeña ○ Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Desenlaces</th> <th style="width: 33%;">Importancia</th> <th style="width: 33%;">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>cesárea</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕⊕○ Moderado^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>duración del trabajo de parto: 1ºetapa evaluado con : minutos</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕○○○ Muy baja^{c,d,e,f}</td> </tr> <tr> <td>duración del trabajo de parto: 2ºetapa evaluado con : minutos</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{f,g,h}</td> </tr> </tbody> </table> <p>I 2= 0%</p> <p>5 estudios incluidos, 4 presentaron alto riesgo de sesgo en cegamiento de participantes y personal debido a que no fue posible y en cegamiento de evaluadores (De Orange 2011, Genc 2015, Liu 2015, Xing 2015) y 1 presentó riesgo de sesgo incierto por falta de información en la mayoría de sus items</p> <p>riesgo de sesgo incierto en 6 items debido a insuficiente información o no reportada y bajo en 1 item (reporte selectivo) Long 2003</p> <p>riesgo de sesgo incierto en todos los items por falta de información, solo un item bajo riesgo de sesgo en reporte selectivo de resultados. Morgan-Ortiz 1999</p> <p>I2= 92%</p> <p>IC incluye protección y riesgo</p>			Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,b}	duración del trabajo de parto: 1ºetapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e,f}	duración del trabajo de parto: 2ºetapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{f,g,h}	<p>Si, hay potencialmente efectos adversos de la analgesia neuroaxial, pero estos son pequeños</p> <p>La evidencia nos ha mostrado efectos indeseables como problemas tanto neonatales, casos de cesáreas en mayor o menor cantidad, parto instrumentado, hay otras evidencias que refieren fiebre materna últimamente estuvo en controversia el espectro del autismo en recién nacidos o en niños que recibieron analgesia de parto, pero muchos de esos efectos adversos estuvieron relacionados con la concentración de analgesia que usaban en antaño sobre todo en parto instrumentado.</p> <p>En la decisión compartida anestesiólogo-paciente el consentimiento informado es vital, porque se le informa de la posibilidad de eventos adversos, por ello la importancia de la decisión informada de la gestante, de modo tal que la paciente valora los beneficios como los efectos adversos.</p> <p>Dentro de los eventos adversos de la analgesia epidural y combinada se tiene la expulsión accidental de la dura madre que puede generar cefalea, pero es fácilmente solucionado, no hay pacientes que hayan tenido trastorno neurológico permanente, se tiene una base de datos en analgesia auditados en los años 2001 al 2003 cuyos resultados indican que por cada 100 pacientes 20 harán cefalea y 80 no.</p> <p>Del total de partos, el 22 % son de analgesia neuroaxial , por tanto, los eventos adversos dependerán de la frecuencia con la que se realice esta técnica,</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)														
cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,b}														
duración del trabajo de parto: 1ºetapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e,f}														
duración del trabajo de parto: 2ºetapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{f,g,h}														

	<p>2 estudios presentaron alto riesgo de sesgo (Genc 2015, Liu 2015) y 2 riesgo de sesgo incierto (Morgan-Ortiz 1999, Long 2003)</p> <p>I2=78%</p>	<p>Son muy pocos los partos instrumentados y los que han pasado a cesárea, tampoco se ha observado depresión post natal</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Certeza de la evidencia
 ¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES												
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ○ Baja ● Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Desenlaces</th> <th style="width: 20%;">Importancia</th> <th style="width: 40%;">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alivio del dolor evaluado con : 1° etapa del parto</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{a,b,c,d}</td> </tr> <tr> <td>Alivio del dolor evaluado con : 2° etapa del parto</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{a,b,c,d}</td> </tr> <tr> <td>Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con : calificación de proporción excelente o muy buena</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕○ Moderado^{e,f,g}</td> </tr> </tbody> </table>			Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	Alivio del dolor evaluado con : 1° etapa del parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d}	Alivio del dolor evaluado con : 2° etapa del parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d}	Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con : calificación de proporción excelente o muy buena	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,f,g}	<p>Moderada calidad</p> <p>La evidencia para cada desenlace varía dependiendo de los estudios que fueron incluidos, va de moderada a baja y muy baja calidad. Los estudios observacionales son de baja calidad mientras que la RS de Cochrane es de alta calidad por lo que la evidencia que estamos utilizando es de moderada calidad</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)														
Alivio del dolor evaluado con : 1° etapa del parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d}														
Alivio del dolor evaluado con : 2° etapa del parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c,d}														
Satisfacción del alivio del dolor durante el trabajo de parto evaluado con : calificación de proporción excelente o muy buena	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,f,g}														

cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{h,i}
duración del trabajo de parto: 1°etapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{d,j,k,l}
duración del trabajo de parto: 2°etapa evaluado con : minutos	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{l,m,n}

Solo incluye un único estudio 80 mujeres reclutadas (CSE N = 30, tramadol N = 20, no analgesia N = 30)

Group 1 CSE: preload not mentioned, spinal administration of 2.5 mg ropivacaine with 5 micrograms of fentanyl. Epidural mixture of 0.1% ropivacaine and 1.5 micrograms of fentanyl PCEA infusing at 4 mL/h with PCEA dose of 4 mL and lockout time of 15mins

Group control received no analgesia.

riesgo de sesgo incierto en 6 items debido a insuficiente información o no reportada y bajo en 1 item (reporte selectivo) Long 2003

CSE anaesthesia: 2.5 mg of 0.5% heavy bupivacaine associated with 5 mg of sufentanil was injected into the subarachnoid space. Immediately afterwards, the epidural space was punctured using an-18 G Tuohy needle and a catheter was inserted into the same interspinous space used for subarachnoid puncture. Only 30 mins after subarachnoid puncture, administration of 5 mL of a solution containing 0.05% bupivacaine and sufentanil 0.2 mg mL-1 was initiated through the epidural catheter. This solution was administered intermittently every 30 mins until delivery of the infant

Solo incluye un único estudio 70 women randomised (combined spinal anaesthesia, n = 35; continuous support, n = 35).

Alto riesgo de sesgo en 2 items (no fue factible el cegamiento del participante y personal, no hubo cegamiento del evaluador) y bajo riesgo de sesgo en 5 items

I 2= 0%

5 estudios incluidos, 4 presentaron alto riesgo de sesgo en cegamiento de participantes y personal debido a que no fue posible y en cegamiento de evaluadores (De Orange 2011, Genc 2015, Liu 2015, Xing 2015) y 1 presentó riesgo de sesgo incierto por falta de información en la mayoría de sus items

	<p>riesgo de sesgo incierto en todos los items por falta de información, solo un item bajo riesgo de sesgo en reporte selectivo de resultados. Morgan-Ortiz 1999</p> <p>I2= 92%</p> <p>IC incluye protección y riesgo</p> <p>2 estudios presentaron alto riesgo de sesgo (Genc 2015, Liu 2015) y 2 riesgo de sesgo incierto (Morgan-Ortiz 1999, Long 2003)</p> <p>I2=78%</p>	
<p>Valores</p> <p>¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?</p>		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 		<p>Estudio cualitativo realizado en Perú, Instituto Materno Perinatal. Estudio Observacional que tuvo como objetivo saber el nivel de conocimiento y aceptabilidad de la analgesia epidural muestra de 205 gestantes de una edad promedio de 24 años, 82 % primíparas. Resultados: 62 % conoce sobre la analgesia del cual 67 % ha recibido información de un personal de salud, 57 % no aceptaría y el 42.9 % aceptaría la analgesia. El 50 % dice que la información fue buena y se encuentra satisfecha con lo recibido, el 62.4 % podría recibir la analgesia epidural. Las pacientes no recibirían la analgesia es 67.8 % Por miedo a sufrir daño en su salud y 34.6 % por miedo a daño en su bebe.</p> <p>Estudio realizado en España cuyo objetivo fue medir la satisfacción de la gestante al recibir la analgesia epidural durante el trabajo de parto con una muestra de 1000 gestantes, de 31 años promedio, de las cuales el 29.8 % logra un control completo del dolor, baja a 12.9 % siendo de inicio</p>

		<p>24 % considerado grave, después de haber recibido la analgesia. El 91 % indican satisfacción con el procedimiento, el 93.8 % recomendaría la técnica y el 94 % volvería a solicitarlo.</p> <p>Panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> · En la maternidad de Lima de la población atendida son mujeres jóvenes de estrato social de moderado a bajo y extranjeras la mayoría acepta el procedimiento, aproximadamente en un 80 a 90 % después de haber comunicado los riesgos y beneficios del procedimiento, sin embargo, el universo es muy pequeño, también habría que ver la experiencia en provincia y otras instituciones creo que si hay posiblemente incertidumbre y variabilidad · En la sierra generalmente las mujeres son multíparas y tienen un umbral del dolor más alto, por ello la analgesia neuroaxial la solicitan las mujeres primerizas, sin embargo, algunas multíparas también utilizan el procedimiento. Muchas de las mujeres manifiestan satisfacción y agradecen haber disminuido el dolor, pero no se tienen estudios. · Nuestro país es pluricultural y con analgesia llegamos a una población CD o parte de B. Y la incertidumbre se daría por la forma como se comunica a la paciente, la comunicación verbal, corporal y el idioma, así como la contextualización de lugar donde se realiza el procedimiento puede crear limitaciones ejemplo: en la selva. · El desconocimiento de las mujeres no juega a favor de la intervención, entre otros factores se tiene la oposición del personal de salud a la analgesia en el parto por diferentes motivos y esto podría generar en la gestante una incertidumbre de rechazo y de aceptar condiciona cualquier falla a la analgesia. Son estigmas que condicionan a la paciente y generan incertidumbre
Balance de efectos		

¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none">○ Favorece la comparación○ Probablemente favorece la comparación○ No favorece la intervención ni la comparación○ Probablemente favorece la intervención● Favorece la intervención○ Varía○ No lo sé		<p>Favorece a la analgesia del parto con técnica neuroaxial.</p> <p>Favorece tremendamente a la madre, las dosis actuales respecto del dolor, su fisiología y como factor protector para los desgarros, con la dimensión de los partos instrumentalizados, del recién nacido y de la depresión.</p>

Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las diferencias entre costos y otros desenlaces? ¿Qué perspectiva tomar? ¿Qué implicaciones de recursos se deben incluir? ¿Cómo hacer juicios acerca de la calidad de la evidencia? ¿Cómo presentar estas implicaciones? ¿Cuál es la utilidad potencial de un modelo económico formal? ¿Cómo considerar el uso de recursos al momento de formular las recomendaciones? 	<p>Los beneficios son el alivio del dolor, satisfacción materna y la disminución de la depresión post parto que no se traduce en beneficios monetarios inmediatos para el hospital o el centro de salud, pero el beneficio de la disminución de la incidencia de cesáreas .</p> <p>El costo beneficio debe ser a corto mediano y largo plazo. En el mediano plazo una cesárea con largos tiempos de hospitalización puede ocasionar problemas tromboembólicos</p> <p>En el MINSA, ESSALUD, Hospital de Policía etc., los costos son asumidos por el SIS (servicio gratuito., asumido por el estado) El costo médico es según la norma del MINSA. Se hace necesario gestionar el incremento de recursos por la necesidad de un anestesiólogo y otros para la mejora en la atención y la satisfacción de la usuaria</p> <p>El ahorro es extenso desde el punto de vista económico tanto a corto plazo, mediano y largo plazo la depresión post parto.</p> <p>Se debe tener en cuenta el contexto, los beneficios, las consecuencias de la Analgesia neuroaxial</p> <p>Se hace necesario hacer un estudio de costo efectividad de este tratamiento.</p> <p>El costo genera una mejora en la calidad de atención los costos no son significativamente altos, el bloqueo del dolor en las pacientes es significativa y mejora la percepción de la paciente de la calidad de atención que tiene la institución.</p>

TARIFARIO DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2019					
SECCION	SUBSECCION	CODIGO CPMS	CODIGO INMP	ITEM	TARIFA HOSPITALARIA
GRUPO 1 SERVICIOS MEDICOS Y ESTOMATOLOGICOS					
1.1 SECCION ANESTESIOLOGIA					
1.1.5 SUBSECCION COLUMNA VERTEBRAL					
		00000	00631	Parcho Hemático epidural	100.00
1.1.18 SUBSECCION ANESTESIA OBSTETRICA					
		01967	00000	Analgésia/anestesia neuraxial para trabajo de parto vaginal planeado (esto incluye cualquier colocación subaracnoidea repetida de aguja e inyección de drogas y/o cualquier reemplazo necesario de catéter epidural durante el parto)	200.00
1.1.19 SUBSECCION ANESTESIA GENERAL					
		01970	00000	Anestesia general inhalatoria con intubación	300.00
		01972	00000	Anestesia General Inhalatoria sin Intubación	150.00
		01973	00000	Anestesia general endovenosa con máscara laringea	350.00
1.1.20 SUBSECCION ANESTESIA REGIONAL					
		01980	00000	Anestesia Epidural	180.00
		01983	00000	Anestesia Raquídea (Espinal)	150.00
		01986	00000	Anestesia combinada	300.00
		01987	00000	Evaluación pre anestésica	20.00
1.1.21 SUBSECCION OTROS PROCEDIMIENTOS					
		01998	00000	Anestesia General endovenosa para realizar procedimientos fuera de Sala de Operaciones	250.00
		00000	1998.01	Analgesia Post Operatria	100.00
1.1.22 SUBSECCION CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DURANTE LA ANESTESIA					
		00000	99141.02	Actividad Anestésica fuera de Quirófano (Sedoanalgesia)	150.00

Requiere de la implementación con especialistas como anestesiólogos.

Equidad

¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Favorece en la equidad de la paciente, le da la opción a solicitar la analgesia del parto sin dolor.</p> <p>Aumenta la equidad para todas las gestantes, porque pasa de la parte privada a la institución. Si bien la maternidad de Lima viene realizando este procedimiento, otros establecimientos de salud tendrían la posibilidad de hacer analgesia neuroaxial, por tanto, la paciente se verá beneficiada, equipararía a la paciente privada como a la paciente del MINSA u otro.</p> <p>La equidad aumenta, en pacientes con bajos recursos y la OMS propone como indicador de pobreza de que las gestantes reciban analgesia en el parto con dolor o sin dolor, también tendrá impacto en un ámbito mayor como la incorporación del primer nivel de atención, en los establecimientos de salud I-4 mejorando la atención y por ende la equidad en el acceso de más gestantes.</p> <p>La implementación de servicios en todos los hospitales, así como la capacitación especializada para analgesia de parto hará que se incremente el acceso por tanto incrementa la equidad.</p> <p>Evaluar la incorporación de gestantes adolescentes .</p>

Aceptabilidad

¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Desde el punto de vista gineco obstétrico al principio algunas pacientes terminaban con algunos problemas de la analgesia sobre todo por las dosis usadas, influía en la dinámica uterina, algunos casos de parálisis de miembros inferiores leve, pero luego de mejorar con las fórmulas de combinación de los medicamentos este tema fue superado, últimamente no se ha visto ningún problema, más son beneficios que daños. En términos generales el personal del centro obstétrico acepta casi al 100 % el tema de la analgesia en el parto.</p> <p>Desde que se ha iniciado la analgesia de parto no se ha visto secuelas serias que tengan una trascendencia negativa, el parto es al 100 % monitorizado por personal de salud. El personal utiliza el enfoque de parto humanizado y el consentimiento informado, la oposición del personal respecto al uso de la analgesia ha sido desterrada. Hay una aceptación del personal de salud en la aplicación de este procedimiento</p> <p>En hospitales de provincia, por la poca cantidad de pacientes con analgesia, faltaría la sensibilización a los grupos ocupacionales sobre todo a los obstetras, ellos manejan su analgesia desde el punto de vista preventivo promocional. Los ginecólogos ya vienen aplicando el procedimiento. Hay una predisposición en el manejo de la analgesia.</p> <p>En el hospital de las fuerzas policiales había resistencia de los profesionales, actualmente hay una aceptabilidad por ser de otra generación, ya no hay temor, todos apoyan la analgesia por los beneficios para la paciente y el neonato</p>

Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ No lo sé 		Por acuerdo unánime si sería factible implementar la intervención.

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

JUICIO							
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ○	Recomendación fuerte a favor de la intervención ●
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

Se recomienda el uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.

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

Consideración adicional:

- El acceso a la técnica neuroaxial pudiera verse limitada en algunos establecimientos de salud de acuerdo con el nivel de complejidad por el número reducido de profesionales capacitados, la infraestructura y equipamiento.
- Se considera gestante sana o de bajo riesgo a aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.

Prioridades de investigación

- Costo- efectividad del uso de analgesia de parto con técnica neuroaxial
- Estudios locales que evalúen desenlaces relevantes como depresión postparto, dolor, entre otros no reportados por la evidencia.
- Actitudes de satisfacción materna al recibir la analgesia de parto con técnica neuroaxial

Pregunta 2

¿Debería usarse Analgesia endovenosa con Remifentanilo versus otros tipos de analgesia para gestantes sanas o de bajo riesgo?	
Población:	Gestantes sanas o de bajo riesgo
Intervención:	Analgesia endovenosa con Remifentanilo
Comparación:	Otros tipos de analgesia
Desenlaces principales:	Satisfacción materna; Depresión respiratoria; Desaturación de oxígeno; APGAR <7; APGAR ; Requerimiento adicional de analgesia; Tasa de cesárea;

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No<input type="radio"/> Probablemente no<input type="radio"/> Probablemente sí<input checked="" type="radio"/> Sí<input type="radio"/> Varía<input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN					CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No lo sé 						<p>El objetivo de la pregunta fue comparar el uso de remifentanilo con otras analgesias endovenosas,</p> <p>La analgesia endovenosa es una alternativa para pacientes que tienen 1. Contraindicación de analgesia neuro axial y 2. para pacientes que se reúsan usar la analgesia neuro axial.</p> <p>La evidencia es incierta, pero si hablamos de los efectos deseables, en primer lugar, esta analgesia calma el dolor, baja las escalas del dolor y otro efecto es la satisfacción de la usuaria.</p> <p>Como alternativa al no uso de la analgesia neuroaxial por desconocimiento o falta de confianza</p> <p>se ha utilizado el remifentanilo y se ha logrado calmar el dolor a la gestante la que se traduce en satisfacción materna, todo ello previa comunicación tanto al equipo de trabajo como a la madre sobre los beneficios y riesgos.</p> <p>Hay que recalcar que el remifentanilo es una dosis dependiente para alcanzar mayor alivio del dolor, se debe de evaluar la dosis para su aplicación</p> <p>El Remifentanilo es el mejor comparado a otros de nivel sistémico, pero marca la diferencia con la epidural, por lo tanto, el alivio es moderado</p> <p>En la experiencia llega a ser una satisfacción a la madre, pero no llega a ser el optimo</p> <p>En ESSALUD, el remifentanilo solo se usa a nivel de cirugía de trasplantes, no para otro tipo de cirugía, en la práctica privada, el remifentanilo si se usa como primera opción, a parte se puede titular la dosis en función de la respuesta que se pueda obtener de</p>
	Desenlaces	Con otros tipos de analgesia	Con Analgesia endovenosa con Remifentanilo	Diferencia	Efecto relativo (95% CI)	
	Satisfacción materna evaluado con : manejo del dolor	La media satisfacción materna era 0 SD	La media satisfacción materna en el grupo de intervención fue 2.11 Desviación estándar SD más (0.72 más a 3.49 más)	SMD 2.11 SD más (0.72 más a 3.49 más)	-	
	Depresión respiratoria evaluado con : < 8 respiraciones/min	0 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	0 menos por 1,000 (0 menos a 0 menos)	RR 7.00 (0.39 a 126.48)	
	Desaturación de oxígeno evaluado con : SpO2 <95%	189 por 1,000	1000 por 1,000 (89 a 1,000)	8,868 más por 1,000 (100 menos a 6,792 más)	RR 48.00 (0.47 a 37.00)	
APGAR <7 evaluado con : 5 min	0 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	0 menos por 1,000	no estimable		

			(0 menos a 0 menos)		las pacientes y los resultados se reportan en la madre (alivio del dolor); como en el niño (evaluación del apgar) . El efecto es moderado
APGAR evaluado con : 5 min	La media APGAR era 0	La media APGAR en el grupo de intervención fue 0 (0 a 0)	MD 0 (0 a 0)	-	

Efectos indeseables
 ¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN					CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé	Desenlaces	Con otros tipos de analgesia	Con Analgesia endovenosa con Remifentanilo	Diferencia	Efecto relativo (95% CI)	<p>Los efectos indeseables de remifentanilo son la sedación materna, la depresión respiratoria y las repercusiones en el recién nacido, también se relaciona con el modo de administración, las dosis y las diluciones, los modos de analgesia, problemas que han disminuido, pero, aun hay algunos casos que han reportado efectos no deseables para el trabajo de parto, por la variación en las dosis y en el modo que se administran.</p> <p>El remifentanilo es uno de los opioides que lleva buen tiempo en el mercado, al inicio habían muchos efectos adversos, pero poco a poco se ha ido conociendo a la droga (versátil), es muy dependiente de la dosis, la preocupación en la madre es la depresión respiratoria, hipotensión materna, sin embargo se ha logrado la satisfacción materna, con la implementación de monitores con presencia del médico como cabecera de la paciente, con una vigilancia permanente por ello los efectos indeseables son pequeños.</p> <p>La evidencia, respecto de depresión respiratoria no es muy alta, la aplicación de esta técnica requiere de monitoreo permanente de profesional anestesiólogo.</p>
	Requerimiento adicional de analgesia evaluado con : analgesia de escape	621 por 1,000	354 por 1,000 (248 a 503)	267 menos por 1,000 (373 menos a 118 menos)	RR 0.57 (0.40 a 0.81)	
	Tasa de cesárea	148 por 1,000	104 por 1,000 (50 a 209)	44 menos por 1,000 (98 menos a 61 más)	RR 0.70 (0.34 a 1.41)	

		<p>Se debe evaluar 2 aspectos: 1. La madre y 2. La incidencia en los recién nacidos (aun cuando es bajo) para ello se requiere de un trabajo coordinado y el monitoreo permanente a la mamá, así como de los insumos y equipos necesarios tales como Oxígeno suplementario que se usa en algunas complicaciones leves a moderadas. En el recién nacido la situación es manejable, pero con un monitoreo de la madre.</p> <p>El uso del remifentanilo ha logrado titular mejor la dosis, de ahí la aplicación de la dosis necesaria en función del umbral del dolor. Por ello es necesario tener un equipamiento avanzado ante cualquier eventualidad, los daños que se ocasionan son mínimos PEQUEÑO</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	<p>La certeza de la evidencia varia porque tenemos algunos desenlaces en los que la evidencia son de muy baja calidad por el riesgo de sesgo, pero, en el desenlace referido a la analgesia es de moderada calidad podríamos considerar que es de baja a moderada calidad, sin embargo, la mayoría son de baja calidad.</p>
	Satisfacción materna evaluado con : manejo del dolor	IMPORTANTE	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	
	Depresión respiratoria evaluado con : < 8 respiraciones/min	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e}	
	Desaturación de oxígeno evaluado con : SpO2 <95%	IMPORTANTE	⊕○○○ Muy baja ^{c,f,g}	
	APGAR <7 evaluado con : 5 min	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^h	

APGAR evaluado con : 5 min	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ⁱ
Requerimiento adicional de analgesia evaluado con : analgesia de escape	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{d,h,i,j}
Tasa de cesárea	NO IMPORTANTE	⊕⊕○○ Baja ^{a,c,k}

Calderón 2006 (alto rob en cegamiento de participantes y evaluadores, incierto en aleatorización), Evron 2005(rob incierto en cegamiento, y asignación aleatoria y reporte de datos incompletos), Ng 2011(rob incierto en asignación aleatoria y cegamiento de participantes, reporte selectivo), Thurlow 2002 (rob incierto en aleatorización, alto en cegamiento e incierto en reporte selectivo de resultados)

I2: 93.26%

El IC incluye ambas áreas de protección y riesgo

Thurlow 2002

IC muy amplios

Evron 2005, Thurlow 2002

I2 88.21%

Evron 2005

Ng 2011

I2: 27.66%

I2: 0.58%

Valores		
¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 		<p>Se hará de manera indirecta a través de la experiencia de los participantes.</p> <p>No tenemos trabajos con respecto a la valoración de las pacientes, sin embargo, el uso del remifentanilo con pacientes con información y consentimiento informado además del monitoreo permanente calma el dolor, por lo que se consideró que Probablemente no haya incertidumbre ni variabilidad importante</p> <p>Todo procedimiento implica información sobre los riesgos y beneficios a la paciente y ello significa que hay un consentimiento informado Probablemente no haya incertidumbre ni variabilidad importante</p> <p>La experiencia, hace ver que usando una mujer está en dolor de parto y se le ofrece una analgesia , la mayor preocupación es respecto a su salud y el de su bebe, bajo esa perspectiva posiblemente haya incertidumbre o variabilidad importante</p> <p>Debido a la situación difícil de la paciente en el trabajo de parto, no está atenta al 100 % a la explicación otorgada sobre la oferta de la analgesia. posiblemente haya incertidumbre y variabilidad importante</p> <p>Sería importante que las gestantes elijan la técnica a aplicar mucho antes del trabajo de parto cuando está en mejores condiciones de recibir información y decidir sobre la mejor alternativa para ella y su bebe</p> <p>El desconocimiento del término remifentanilo comparado al bloqueo o analgesia epidurales puede conducir la posibilidad de que haya incertidumbre y variabilidad importante.</p>

Balance de efectos		
¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ● Probablemente favorece la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No lo sé 		<p>La alternativa probablemente favorece a la analgesia del parto con remifentanilo, debido a que si bien utilizamos el PCA para estas pacientes este PCA en remifentanilo no llega en el momento justo para ella, demora en hacer efecto, por lo tanto, no es tan óptimo como en un bloqueo con bolos intermitentes de una epidural</p> <p>la analgesia vs a no ofrecerle nada u otro tipo de analgesia de tipo endovenosa, si favorece el uso de remifentanilo, pero la magnitud no se conoce y por el tema de la calidad de la evidencia probablemente favorece a la analgesia</p>
Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Si es aceptable por el personal de salud, en relación con los análisis anteriores, es probablemente si</p> <p>Es Probablemente SI, en lo que respecta al personal, aunque es poca la evidencia no hemos visto algo grandemente adverso</p> <p>Si sería posible l implementación</p>

Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Hay que considerar que el remifentanilo no está en el petitorio podría decirse que probablemente sí, se deberán hacer algunas gestiones para su inclusión y el acceso este medicamento, por otro lado, permite a la gestante tener más opciones de elegir, pero también tomar en cuenta la necesidad de un anestesiólogo para estar al lado de la paciente además de un equipo de trabajo</p> <p>Se debe de hacer traspases en DIGEMID para que se amplíe su uso.</p> <p>A pesar de lo difícil que es lograr la compra de los insumos en nuestro hospital, probablemente si es factible implementar</p> <p>Incluir el remifentanilo en el petitorio y sería una opción más de analgesia</p>

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido

JUICIO							
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
OTROS CRITERIOS	Juicio 1	Juicio 2	Juicio 3	Juicio 4	Juicio 5	Juicio adicional 1	Juicio adicional 2

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ●	Recomendación fuerte a favor de la intervención ○
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

Se sugiere el uso de analgesia endovenosa con remifentanilo comparado con otros tipos de analgesia endovenosa en gestantes sanas o de bajo riesgo que rechazan la técnica neuroaxial.

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

Consideraciones adicionales:

Se sugiere el monitoreo permanente de la madre y del feto

Brindar información sobre beneficios y riesgos de la intervención a las gestantes

Pregunta 3.1

¿Debería usarse analgesia combinada (Epidural+ raquídea/espinal) versus epidural en bajas dosis en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto?	
POBLACIÓN:	En Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
INTERVENCIÓN:	Analgesia Combinada (Epidural+ raquídea/espinal)
COMPARACIÓN:	Epidural en bajas dosis
DESENLACES PRINCIPALES:	Número de mujeres con analgesia efectiva ; Número de mujeres satisfechas con la analgesia; Hipotensión materna; Tasa de cesárea; APGAR <7;

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables		
¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>En la evidencia, uno de los efectos más importantes es el tiempo es mucho más rápido una analgesia combinada vs a la epidural, la falla del catéter que nace de una combinada vs la falla de catéter que nace de una epidural según las algunas revisiones es más confiable. El efecto es grande</p> <p>La analgesia combinada tiene varios beneficios por los cuales utilizamos esta técnica 1. el tiempo, 2. la calidad de la analgesia, 3 en pacientes con múltiples analgesias epidurales, la analgesia epidural continua ya no es tan buena, son analgesias incompletas.</p> <p>Los efectos son moderados debido a su relación con el tiempo de inicio de la analgesia</p> <p>Los beneficios son grandes.</p>
Efectos indeseables		
¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>En analgesia combinada VS epidural los efectos indeseables se centran básicamente en la frecuencia cardiaca fetal que está en relación con la dosis del fentanilo u opioide que se coloque y el prurito es trivial, pero si hay una disminución transitoria de frecuencia cardiaca fetal en relación con la dosis del opioide es pequeño. Sin embargo, en las revisiones no se ha encontrado ninguna evidencia sólida sobre frecuencia fetal con analgesia combinada.</p>

		<p>La revisión de la variabilidad del feto está en relación con la dosis del opioide, para ello se pone el anestésico, existe una asociación, ambos se coadyuvan y reducen sus dosis, para ello siempre debe estar en relación con el anestésico local y el opioide, depende la dosis que se usa, de ahí es que cuando se usa una epidural hay caídas o variabilidad de los latidos del feto y la asociación al prurito.</p> <p>Pregunta: solo se ha valorado el prurito y el descenso de los latidos cardiacos fetales o alguna complicación por el uso de la misma técnica como la punción dural. Otros aspectos por la incorrecta aplicación de la punción, debería ser valorado por el grupo de expertos.</p> <p>En la experiencia de un hospital por falta de recursos humanos en alguna oportunidad se colocó una analgesia epidural combinada con catéter, el anestesiólogo se tuvo que retirar y dejó a la paciente y cuando llaman para una segunda dosis, el catéter había migrado y la paciente hizo paro cardío respiratorio, este desenlace generó pánico en todo el personal del área gineco obstétrica por lo que se hizo difícil recuperar la confianza, el reporte fue de un alto % debido al poco número de analgesias aplicadas en esa ocasión. Actualmente se viene mejorando la implementación del área con insumos de mejor calidad. Todavía hay temor en el personal. Si embargo los efectos indeseables son pequeños.</p> <p>considerando el prurito y la variabilidad de FCF de forma reversible, diría que los daños son triviales.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Certeza de la evidencia		
¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 		Certeza de Baja calidad
Valores		
¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 		<p>La técnica es en la espalda, no hay incertidumbre entre las dos técnicas</p> <p>En la parte privada en un 99 % las pacientes solicitan analgesia epidural, la paciente está en todo su derecho de solicitar su epidural cuando ella lo considera conveniente y la aplicación de la dosis dependiendo el umbral del dolor, probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad</p> <p>En la experiencia clínica no se ha visto incertidumbre respecto a una u otra técnica por parte de la paciente</p> <p>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.</p>

Balance de efectos

¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Favorece la comparación<input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación<input type="radio"/> No favorece la intervención ni la comparación<input type="radio"/> Probablemente favorece la intervención<input checked="" type="radio"/> Favorece la intervención<input type="radio"/> Varía<input type="radio"/> No lo sé		<p>Se requiere hacer una valoración de la práctica basada en la evidencia que es la evidencia presentada, la experiencia clínica y la valoración de las pacientes</p> <p>La técnica que se utiliza de inicio es la analgesia combinada por ello estamos a favor de la técnica combinada por sus bondades se adapta a la combinada por sus beneficios</p>

Recursos necesarios

¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Los costos que supone el uso de la analgesia combinada están financiados por la IAFA que sería el SIS o la IAFA desde sus instituciones, en la Sanidad, ESSALUD, hospital de la policía. O si los requerimientos de la analgesia combinada tienen registro sanitario o hay algo que generaría un costo adicional</p> <p>El costo no es mucho más elevado, es un poco más.</p> <p>En el tema de auditoría que objeta dos tipos de agujas en ambientes obstétricos, sería también un problema para analgesia por la poca comprensión de los beneficios.??</p> <p>Se harán las gestiones para registro en el SIS</p> <p>Todas las gestantes tienen SIS, se tiene una muy buena opción como combinada por los beneficios sobre todo por la calidad de la analgesia, incluso para evitar una punción accidental, en este contexto hay ahorro moderado por la aguja espinal</p> <p>Debido a que el catéter es más confiable y seguridad en el espacio raquídeo, una combinada nos previene una punción dural, evita complicaciones Ahorro moderado</p> <p>Cuando las pacientes que tienen múltiples analgesias epidurales ya no producen una analgesia completa, por ello se ha tenido que hacer un nuevo procedimiento epidural esto cuando no había aguja raquídea, con un costo adicional de una aguja epidural y un nuevo catéter epidural, aquí suma una aguja raquídea y por la calidad de analgesia hay un ahorro moderado</p>

Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		El 100 % del panel manifiesta que incrementa la equidad
Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		El 100 % del panel de expertos manifiesta que los equipos involucrados en el área estarían de acuerdo con la intervención.

Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		El 100 % del panel de expertos indican que si es factible implementar la intervención.

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

JUICIO							
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ●	Recomendación fuerte a favor de la intervención ○
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

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

Pregunta 3.2.

¿Debería usarse analgesia epidural con punción dural (DPEA) versus analgesia epidural lumbar convencional (LEA) en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto?	
Población:	En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
Intervención:	Analgesia epidural con punción dural (DPEA)
Comparación:	Analgesia epidural lumbar convencional (LEA)
Desenlaces principales:	DPEA con aguja espinal calibre 27; DPEA con aguja espinal calibre 26; DPEA con aguja espinal calibre 25 ;

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN		CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No lo sé 	<p>Desenlaces</p>	<p>Impacto</p>	<p>En relación con la punción dural-epidural la literatura nos dice que es más rápida, el tiempo de latencia es menor, se acerca a la técnica combinada y está con relación al calibre de la guja que se usa, supuesta mente con aguja más gruesa el efecto es más rápido, la evidencia no es concluyente, pero tampoco hay mayor incidencia de cefalea por punción dural comparado con la epidural, los beneficios son pequeños</p> <p>La aguja que recomiendan es la de calibre 25 y no la de 27 para hacer la punción dural, porque, sino lo efectos se reducen, pero si pasa 25 se presenta la cefalea. El beneficio de la punción dural no es de gran importancia, el efecto es pequeño</p> <p>La técnica epidural con punción dural es muy infrecuente en nuestro medio. No hay experiencia sobre el particular es más basada en la literatura</p>
	<p>DPEA con aguja espinal calibre 27</p>	<p>Se observaron 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 (ECA1).La DPA mejoró el tiempo de inicio (es decir, el tiempo para alcanzar un VAS puntuación <3) 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.</p>	
	<p>DPEA con aguja espinal calibre 26</p>	<p>No se reportaron diferencias entre los grupos para los desenlaces de analgesia adecuada (definida como una puntuación VAS≤10 en una escala de 0-100), bloqueo sensoriomotor, modo de parto, incidencia de cefalea en 48 h, y satisfacción del paciente. DPA mostró menor tiempo hasta la analgesia adecuada (8 frente a 10 min) (P = 0,042).</p>	
	<p>DPEA con aguja espinal calibre 25</p>	<p>LEA vs DPEA resultó en tiempos de aparición reducidos y tasas de parto vaginal espontáneo (Capiello). Mientras que el otro</p>	

	<p>ECA (Chau) no encontró diferencias entre ambos grupos en términos de hora de inicio y modo de parto.</p> <p>DPEA proporcionó una raíz sacra mejorada bloqueo y una menor incidencia de bloqueo unilateral / asimétrico en comparación LEA.</p> <p>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 (Gupta)</p> <p>incidencia de parestesia también fue mayor. con DPEA (29% frente a 2%; P <0,001).</p> <p>No encontró diferencias en términos de consumo de analgésico local uso de efedrina para hipotensión y satisfacción del paciente.</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN		CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ○ Pequeña ● Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Impacto	<p>La evidencia no es concluyente, el evento adverso que más se teme la cefalea por punción dural, porque se tendría que usar agujas raquídeas un poco más gruesas, teóricamente entre una de 25 a 27 la cefalea no aumenta tanto, en la evidencia tampoco reporta más incidencia de cefalea, sería TRIVIAL</p> <p>Se desconoce porque no es de uso frecuente en la Práctica clínica</p> <p>La evidencia, es ambigua, se debería hacer un estudio para determinar el tamaño o calibre de la aguja para calmar el dolor TRIVIAL</p> <p>Lo consideraría pequeño, aunque no se usa en nuestro país</p>
	DPEA con aguja espinal calibre 27	Se observaron 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 (ECA1).La DPA mejoró el tiempo de inicio (es decir, el tiempo para alcanzar un VAS	

	<p>puntuación <3) 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.</p>	<p>Los efectos indeseables de la analgesia con punción dural-epidural son triviales dado que la evidencia no es contundente y no ha experiencia sustancial del uso de esta técnica en el País.</p>
<p>DPEA con aguja espinal calibre 26</p>	<p>No se reportaron diferencias entre los grupos para los desenlaces de analgesia adecuada (definida como una puntuación VAS≤10 en una escala de 0-100), bloqueo sensoriomotor, modo de parto, incidencia de cefalea en 48 h, y satisfacción del paciente. DPA mostró menor tiempo hasta la analgesia adecuada (8 frente a 10 min) (P = 0,042).</p>	
<p>DPEA con aguja espinal calibre 25</p>	<p>LEA vs DPEA resultó en tiempos de aparición reducidos y tasas de parto vaginal espontáneo (Capiello). Mientras que el otro ECA (Chau) no encontró diferencias entre ambos grupos en términos de hora de inicio y modo de parto.</p> <p>DPEA proporcionó una raíz sacra mejorada bloqueo y una menor incidencia de bloqueo unilateral / asimétrico en comparación LEA.</p> <p>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 (Gupta)</p> <p>incidencia de parestesia también fue mayor. con DPEA (29% frente a 2%; P <0,001).</p> <p>No encontró diferencias en términos de consumo de analgésico local uso de efedrina para hipotensión y satisfacción del paciente.</p>	

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES											
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="575 389 945 475">Desenlaces</th> <th data-bbox="952 389 1093 475">Importancia</th> <th data-bbox="1099 389 1346 475">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="575 475 945 561">DPEA con aguja espinal calibre 27</td> <td data-bbox="952 475 1093 561">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1099 475 1346 561">⊕○○○ Muy baja^{a,b,c}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="575 561 945 663">DPEA con aguja espinal calibre 26</td> <td data-bbox="952 561 1093 663">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1099 561 1346 663">⊕⊕○○ Baja^{d,e,f}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="575 663 945 762">DPEA con aguja espinal calibre 25</td> <td data-bbox="952 663 1093 762">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1099 663 1346 762">⊕○○○ Muy baja^{g,h}</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	DPEA con aguja espinal calibre 27	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	DPEA con aguja espinal calibre 26	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{d,e,f}	DPEA con aguja espinal calibre 25	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{g,h}		<p>La certeza de la evidencia es de muy baja calidad, muchos de los pocos ensayos se contradicen entre sí, no son significativos, no reportan efectos en función a estimadores, tanto la RS como los estudios individuales son de muy baja calidad</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)													
DPEA con aguja espinal calibre 27	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}													
DPEA con aguja espinal calibre 26	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{d,e,f}													
DPEA con aguja espinal calibre 25	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{g,h}													
<p>Thomas 2005 y Yadav 2018 riesgo de sesgo incierto debido a asignación aleatoria no clara y reporte selectivo de resultados</p> <p>no reporta MA ni evaluación de heterogeneidad</p> <p>Thomas 2005 tiene un n= 230 mientras que Yadav 2018 n=60</p> <p>evidencia de un único estudio</p> <p>Wilson 2017, alto riesgo de sesgo en cegamiento y sesgo incierto en asignación aleatoria y reporte selectivo de resultados</p> <p>No evalúa magnitud de eventos. N=80</p> <p>3 estudios incluidos, algunos con resultados contradictorios</p> <p>Capiello 2008, Gupta 2013 y Chau 2017. los 3 presentan rob incierto en el item de reporte selectivo de resultados. Gupta presentó sesgo incierto en todos los items</p>															

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none">○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes○ No hay variabilidad o incertidumbre importante		<p>La respuesta será indirecta a través de los expertos, Aun cuando es poca la experiencia en la aplicación de la técnica, en el País la respuesta será en torno a una posición hipotética en qué situación se podría utilizar esta técnica, en la que se les brinda información a las pacientes sobre beneficios y riesgos en un lenguaje comprensible lo aceptaría si tuviera incertidumbre</p> <p>Esta técnica está ideada las para pacientes que queremos que tenga una analgesia rápida pero no queremos que tenga los efectos indeseables de una combinada, que es la disminución en la frecuencia cardiaca 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 cardiaco fetal, preclamsia, crecimiento uterino etc. Puede decirse que es una combinada, pero sin colocar nada a nivel espinal, en relación con ello, la paciente no tiene mucha incertidumbre comparada con una combinada o con una epidural Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes</p>

Balance de efectos

¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none">○ Favorece la comparación○ Probablemente favorece la comparación○ No favorece la intervención ni la comparación○ Probablemente favorece la intervención● Favorece la intervención○ Varía○ No lo sé		<p>Vamos a poner en una balanza los beneficios y los riesgos del uso de la analgesia dural-epidural</p> <p>Este balance es más complicado, los beneficios de la punción dural epidural se ve en relación con el calibre de la aguja, si hablamos de una aguja 27 no hay mayor beneficio que una punción epidural y más bien se gasta un poco más, si se usa una aguja 25, el beneficio que se está buscando si se ve tal como indica la evidencia. En función de la técnica, independientemente de la aguja que se use, favor que probablemente favorece a la analgesia epidural con punción dural, por su acción al acortar la latencia, y mínimo riesgo de cefalea post punción</p> <p>El balance de efectos favorece a la analgesia con punción dural.</p>

Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>No tenemos estudios económicos propios, tampoco existen estudios de otros lugares, se debe valorar las condiciones médicas que se requieren para la atención con esta técnica, si es nuevo y requiere de capacitación, tecnología sanitaria que necesita ser cobertura o financiados.</p> <p>La mayoría está de acuerdo que la analgesia con punción dural- epidural genera ahorros moderados en el sistema de salud</p> <p>Ahorros moderados es como una combinada, es muy parecido</p>
Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No lo sé 		<p>De recomendar o sugerir esta técnica, daría lugar a tener más opciones y se encontraría disponible en diferentes lugares con las capacidades para su administración o tener el beneficio de que se entrena al personal y se encuentra con una alternativa más</p> <p>La analgesia con punción dural -epidural incrementa la equidad en salud.</p>

Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>Luego de conocer los beneficios y riesgos de la analgesia dural-epidural es aceptable para el personal de salud, clínicos y pacientes.</p> <p>El panel de expertos y elaboradores indica que Si son aceptables</p>
Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>El 100 % de panel indica que si es viable la implementación de la técnica dural-epidural</p>

Resumen de juicios

JUICIO							
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación condicional en contra de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación <input type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención <input checked="" type="radio"/>	Recomendación fuerte a favor de la intervención <input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

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

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

Prioridades de investigación

Estudios que evalúen los resultados clínicos con el uso de agujas de diferente calibre

Pregunta 3.3.

¿Debería usarse analgesia espinal única versus analgesia epidural en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto?	
POBLACIÓN:	En gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
INTERVENCIÓN:	Analgesia espinal única
COMPARACIÓN:	Analgesia epidural
DESENLACES PRINCIPALES:	Efectos analgésicos;

Evaluación

¿el problema es grave?		
¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN		CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No lo sé 	<p>Desenlaces</p> <p>Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única</p>	<p>Impacto</p> <p><i>Duración de 2° Y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos (P> 0.05), Tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue: 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) (P <0,001). Duración de la analgesia: 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo para alcanzar el bloqueo máximo: 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas: 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) (P <0,001). Calidad de la analgesia: 79,2% (espinal) vs 70,5% (epidural) (P <0,001) Puntuación de EVA: el grupo espinal fueron significativamente más bajas en comparación con el grupo epidural .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 las mismas en ambos grupos (P> 0,05). 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).</i></p>	<p>El trabajo de parto tiene un nivel de incertidumbre , hasta el último, durante el expulsivo puede ser que él bebe no salga. La aplicación de esta técnica es en el caso de una 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 no podemos poner un catéter epidural, cuando ya estamos en el expulsivo al final, es una herramienta que si la tenemos que manejar pero con respecto a los beneficios son pequeños.</p> <p>En la experiencia se ha colocado dosis única espinal para analgesia de parto, esta técnica muchas veces es suficiente y la evidencia nos ha demostrado que es más rápida, por ello tiene las mismas características que una combinada, es más rápida que una dosis epidural, calma más rápido el dolor, es más barata.</p> <p>En pacientes nulíparas y que no están en una fase muy avanzada del trabajo de parto, para el expulsivo quedará corto generando dolor en el expulsivo, la idea es que tenga analgesia durante todo el trabajo de parto.</p> <p>En muchos casos basta con una sola dosis espinal en una fase más avanzada y puede que tenga un expulsivo sin dolor , la mayoría no va a cesárea y va bien. La analgesia espinal si es una buena opción comparado con la analgesia epidural los beneficios varían porque hay muchos factores en el mismo trabajo de parto</p> <p>La espinal si sería indicado para ciertos casos como pacientes en una dilatación avanzada, en una paciente sea nulípara o múltipara no sabemos en qué va a terminar, puede ser insuficiente una dosis</p>

		<p>única y hay poner el refuerzo, hay que hacer un nuevo procedimiento y ello implica costos adicionales, por ello Varía</p> <p>En la votación no hubo un consenso por lo que se realizó una segunda votación a cargo del panel de expertos quedando como resultado final que los efectos deseables de uso de analgesia espinal dosis única es moderada.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES				
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ● Pequeña ○ Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Impacto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única</td> <td> <p><i>Duración de 2° Y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos (P> 0.05), Tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue: 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) (P <0,001). Duración de la analgesia: 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo para alcanzar el bloqueo máximo: 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas: 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) (P <0,001). Calidad de la analgesia: 79,2% (espinal) vs 70,5% (epidural) (P <0,001)Puntuación de EVA: el grupo espinal fueron significativamente más bajas en comparación con el grupo epidural .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 las mismas en ambos grupos (P> 0,05). 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</i></p> </td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Impacto	Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única	<p><i>Duración de 2° Y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos (P> 0.05), Tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue: 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) (P <0,001). Duración de la analgesia: 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo para alcanzar el bloqueo máximo: 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas: 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) (P <0,001). Calidad de la analgesia: 79,2% (espinal) vs 70,5% (epidural) (P <0,001)Puntuación de EVA: el grupo espinal fueron significativamente más bajas en comparación con el grupo epidural .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 las mismas en ambos grupos (P> 0,05). 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</i></p>	<p>Los efectos indeseables, se refiere a la expulsión de la dura madre , va depender mucho, desde nuestra experiencia usamos la aguja espinal 27 que genera una cefalea mínima, pero si pensamos en el recién nacido, la evidencia tampoco es concluyente, es difícil encontrar los efectos indeseables, en dosis única va depender también del tipo de fármaco que se usa solo opioide u opioide es más anestésico local, hay varios factores que podrían alterar en relación a frecuencia cardiaca fetal, en este estudio no hay diferencias porque la P valor no era significativa pero probablemente hay mucha incertidumbre, los efectos indeseables de la analgesia espinal única son pequeños.</p>
Desenlaces	Impacto					
Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única	<p><i>Duración de 2° Y 3° etapa del trabajo de parto no fue significativamente diferente entre los dos grupos (P> 0.05), Tiempo medio para lograr el efecto analgésico después de la inyección fue: 4,6 minutos (Espinal) vs 12,5 minutos (Epidural) (P <0,001). Duración de la analgesia: 121 minutos (espinal) vs 104 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo para alcanzar el bloqueo máximo: 8,4 minutos (espinal) vs 22,2 minutos (epidural) (P <0,001). Tiempo desde la inyección hasta dos regresiones dermatómicas: 72,3 min (espinal) vs 62,2 min (epidural) (P <0,001). Calidad de la analgesia: 79,2% (espinal) vs 70,5% (epidural) (P <0,001)Puntuación de EVA: el grupo espinal fueron significativamente más bajas en comparación con el grupo epidural .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 las mismas en ambos grupos (P> 0,05). 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</i></p>					

	<p>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).</p>							
<p>Certeza de la evidencia ¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?</p>								
<p>JUICIO</p>	<p>EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>CONSIDERACIONES ADICIONALES</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Desenlaces</th> <th style="width: 15%;">Importancia</th> <th style="width: 35%;">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{a,b}</td> </tr> </tbody> </table> <p>n=100 gestantes de acuerdo con la sociedad americana de anestesiología (ASA), no reporta resultados en función a estimadores de efecto</p> <p>No hubo diferencias significativas entre las características basales</p>	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	<p>Certeza de la evidencia: Baja calidad por todas las limitaciones metodológicas que hemos visto.</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)						
Efectos analgésicos evaluado con : inyección intratecal única	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}						

Valores		
¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 		<p>Como valorarían las pacientes esta intervención con este tipo de analgesia, considerando la información que se le brinda a las pacientes sobre los beneficios y riesgos potenciales que podrían existir con la intervención. Desde su experiencia con esta técnica de analgesia que presentarían las pacientes.</p> <p>Que hay poca experiencia respecto a esta técnica pero que está siendo considerada como una opción más a ofertar, podría ser que probablemente no haya incertidumbre ni variabilidad importante</p>
Balance de efectos		
¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ○ Probablemente favorece la intervención ○ Favorece la intervención ● Varía ○ No lo sé 		<p>Considerando los beneficios y riesgo de la analgesia espinal dosis única desde la evidencia, así como de su experiencia que es limitada veamos si favorece o no su uso.</p> <p>Pensando que nos va a servir como una herramienta, la balanza se puede inclinar hacia probablemente favorece a la analgesia espinal única, identificando los grupos a los que se hizo referencia fase expulsiva, etapa tardía de trabajo de parto.</p> <p>Varía, porque es muy buena para etapas muy avanzadas y probablemente la espinal sea una muy buena opción rápida y barata, tiene un buen bloqueo sacro, pero si estamos en la fase inicial la epidural puede ser una mejor opción , por el catéter epidural, el dolor no es tan intenso.</p>

		Valorando la comparación y dependiendo de la etapa de trabajo de parto en la que se encuentra la gestante. El balance de los efectos deseables e indeseables favorece al uso de la analgesia espinal dosis única Varía.
Recursos necesarios ¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Cuáles son los recursos necesarios para cubrir la intervención, de recomendar o utilizar la analgesia espinal dosis única cuales sería los recursos requeridos.</p> <p>La técnica espinal comparada con la epidural es más barata, por tanto, son Ahorros moderados.</p> <p>Si comparamos en costos epidural y espinal, la espinal es más barata, el problema está del 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</p> <p>Si valoramos el uso de una espinal frente a una epidural definitivamente el ahorro es significativo, en provincia el espinal es mucho más cómodo, si consideramos que con este espinal no ha sido suficiente, pasará a otra técnica y genera un costo mayor por lo tanto los costos en provincia son moderados.</p> <p>En ese sentido si la paciente va cesárea además una epidural el ahorro de la espinal se diluye, porque tendremos que hacer la epidural por ello es ahorro moderado. Hubo una posición de costos y ahorros insignificantes. Si embargo la mayoría indica ahorros moderados. En ese sentido el uso de recursos de la analgesia espinal única generaría ahorros moderados.</p>

Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Cual sería el impacto de equidad en salud de preferir el uso de la analgesia espinal dosis única como una opción adicional a los tipos de analgesia neuroaxial</p> <p>Todo el panel indica que incrementa la equidad con excepción de una personal que indica que probablemente incrementa</p>
Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>¿De recomendar el uso de analgesia espinal dosis única es aceptable para el personal de salud, pares clínicos y los participantes?</p> <p>Consideran que si aceptarían usar la técnica incluso otras instituciones que no están participando de esta reunión.</p> <p>Si sería aceptable el uso de analgesia espinal dosis única</p>

Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>La analgesia espinal dosis única será factible de ser implementada</p> <p>Todos los panelistas indicaron que si sería factible implementar el uso de la analgesia espinal dosis única como una opción más.</p>

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

	JUICIO						
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación condicional en contra de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación <input type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención <input checked="" type="radio"/>	Recomendación fuerte a favor de la intervención <input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

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 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

Pregunta 4

¿Debería usarse administración del volumen parenteral versus no administración en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto quienes recibieron analgesia neuroaxial?	
POBLACIÓN:	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto quienes recibieron analgesia neuroaxial
INTERVENCIÓN:	Administración del volumen parenteral
COMPARACIÓN:	No administración
DESENLACES PRINCIPALES:	Hipotensión Materna; Anomalías en la frecuencia cardiaca fetal;

Evaluación

¿el problema es grave?		
¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN						CONSIDERACIONES ADICIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)		
		Riesgo con no administración	Riesgo con Administración del volumen parenteral					
	Hipotensión Materna	Población estudio		RR 0.84 (0.48 a 1.47)	235 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}		La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral en Hipotensión Materna.
		171 por 1,000	144 por 1,000 (82 a 251)					
Anomalías en la frecuencia cardiaca fetal	Población estudio		RR 0.72 (0.44 a 1.17)	214 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral en anomalías en la frecuencia cardiaca fetal.		
	234 por 1,000	168 por 1,000 (103 a 273)						

En relación con la precarga de la analgesia de parto, entiendo que la pregunta era para definir si era o no necesario hacer la precarga, ya que se hacía años anteriores y está muy relacionado con la dosis, y las concentraciones que se usaba en emergencia, y con presunciones teóricas.

En ese sentido la precarga ha dejado de ser usado en anestesia y en analgesia. Los efectos deseables son triviales

La pregunta fue formulada debido a la inquietud del grupo elaborador para desmitificar el uso de esta técnica debido a que todavía hay algunos anestesiólogos incluso de experiencia, piensan que la co carga o la precarga se debe hacer, salvo la condición materna, pero en general en analgesia de parto no se utiliza. Salvo condiciones especiales

La guía chilena también menciona esa pregunta probablemente por la variabilidad clínica existente.

Por la bibliografía y los comentarios no se deberá realizar esta técnica, pero que pasa en provincia es muy difícil romper ciertos paradigmas, toda mujer en labor de parto incluso si está en fase latente ya vienen hidratadas desde los diferentes espacios porque ya empezó su labor de parto, a pesar de las evaluaciones clínicas y se determina que son pacientes estables e hidratadas igual, lo hacen por costumbre 500 de chorro incluso los efectos deseables son triviales.

	<p>Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que en los ensayos no está clara la generación de secuencia de aleatorización y ocultamiento de ésta. Además, los ensayos no fueron ciegos.</p> <p>Los estudios administraron diferentes formas de analgesia</p> <p>los IC atraviesan ambas regiones de protección y riesgo</p>	<p>Con respecto a la precarga en el proceso de parto, no solamente es que no muestran beneficios, sino que en una situación específica la infusión de un volumen de 500 podría ser hetero y fisiológicamente altera la dinámica del parto, sobre todo afectará en la continuidad de las contracciones, la misma que es atribuida a la analgesia. Frente a ello hay que difundir que no le hidraten, la hidratación es adecuada, pero infundir 500 o más para prevenir hipotensión en una paciente que va a recibir anestesia es una práctica que deberíamos utilizar cada vez menos. Opción trivial</p> <p>Sirven para estandarizar el uso de las técnicas frente a variabilidades clínicas.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN					CONSIDERACIONES ADICIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ● Pequeña ○ Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
		Riesgo con no administración	Riesgo con Administración del volumen parenteral				
	Hipotensión Materna	Población estudio		RR 0.84 (0.48 a 1.47)	235 (3 Experimentos controlados)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral
		171 por 1,000	144 por 1,000 (82 a 251)				Los efectos indeseables en relación con la hidratación endovenosa dependen del tipo de paciente, si es una preclamsia tenemos los problemas de sobrehidratación y de edema del pulmón y si disminuye los niveles de oxitocina puede enlentecer el trabajo de parto entonces es Moderado
							Con la experiencia, a pesar de la precarga abismal en estas pacientes sanas es probable que se metabolicen o por la fisiología propia de la gestante, no se tuvo efectos indeseables grandes, son pequeños, bajo esta consideración es Pequeña

				aleatorios [ECAs])		en Hipotensión Materna.	Los efectos indeseables del uso de volumen parenteral en gestantes sanas son pequeñas
Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal	Población estudio 234 por 1,000 168 por 1,000 (103 a 273)		RR 0.72 (0.44 a 1.17)	214 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de administración del volumen parenteral en anomalías en la frecuencia cardíaca fetal.	
<p>Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que en los ensayos no está clara la generación de secuencia de aleatorización y ocultamiento de ésta. Además, los ensayos no fueron ciegos.</p> <p>Los estudios administraron diferentes formas de analgesia</p> <p>los IC atraviesan ambas regiones de protección y riesgo</p>							

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES									
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hipotensión Materna</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕○○○ Muy baja^{a,b,c}</td> </tr> <tr> <td>Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕○○○ Muy baja^{a,b,c}</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que en los ensayos no está clara la generación de secuencia de aleatorización y ocultamiento de ésta. Además, los ensayos no fueron ciegos.</p> <p>Los estudios administraron diferentes formas de analgesia</p> <p>los IC atraviesan ambas regiones de protección y riesgo</p>	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	Hipotensión Materna	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	<p>La certeza global de la evidencia es de baja calidad para los desenlaces evaluado aun cuando tenemos un estudio de Cochrane de buena calidad.</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)									
Hipotensión Materna	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}									
Anomalías en la frecuencia cardíaca fetal	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}									

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Probablemente no hay 		<p>Los valores y preferencias de las pacientes son: A favor de probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante</p>

incertidumbre ni variabilidad importantes <input type="radio"/> No hay variabilidad o incertidumbre importante		
Balance de efectos ¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> Favorece la comparación <input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación <input checked="" type="radio"/> No favorece la intervención ni la comparación <input type="radio"/> Probablemente favorece la intervención <input type="radio"/> Favorece la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		Valorar los daños y beneficios de la intervención para ver si la balanza se inclinaría a favorecer la intervención o no favorece. El balance de los efectos no favorece a la intervención

Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Costos extensos <input type="radio"/> Costos moderados <input checked="" type="radio"/> Costos y ahorros despreciables <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Esta intervención que se ha ido realizando y que genera un punto de variabilidad clínica el tipo de costos que ha propiciado son insignificantes.</p> <p>El panel en su conjunto indica que los requerimientos de recursos para el uso de la precarga son costos y ahorros insignificantes</p>
Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input checked="" type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Cuál sería el impacto en la equidad en salud de preferir administrar el volumen parenteral en gestantes sanas o de bajo riesgo.</p> <p>La mayoría del panel indica que en la equidad en salud probablemente no tenga impacto.</p>

Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>De conocer la evidencia sobre los beneficios y los daños de administrar volumen parenteral en gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto ¿es aceptable por el personal de salud y los pacientes?</p> <p>Probablemente No sería aceptable la administración del volumen parenteral o precarga Ya que es una recomendación y que un grupo todavía sigue utilizando la técnica, es posible que se presenten algunas barreras que se van a presentar para implementar la recomendación</p>
Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>Referente a si sería factible implementar la técnica o no sería factible administrar el volumen parenteral el panel indica que probablemente no sería factible de implementar</p>

Resumen de juicios

JUICIO							
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación condicional en contra de la intervención <input checked="" type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación <input type="radio"/>	Recomendación condicional a favor de la intervención <input type="radio"/>	Recomendación fuerte a favor de la intervención <input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

En gestantes en trabajo de parto y parto sanas o de bajo riesgo que desean recibir analgesia neuroaxial, se sugiere no se le administre una carga de volumen parenteral previa.

Recomendación condicional en contra de la intervención basada en baja calidad de la evidencia

Pregunta 5

¿Debería usarse analgesia neuroaxial de inicio temprano versus analgesia neuroaxial de inicio tardío para gestantes sanas o de bajo riesgo?	
POBLACIÓN:	Gestantes sanas o de bajo riesgo
INTERVENCIÓN:	Analgesia neuroaxial de inicio temprano
COMPARACIÓN:	Analgesia neuroaxial de inicio tardío
DESENLACES PRINCIPALES:	Duración del trabajo de parto; Duración del trabajo de parto; Tasa de cesárea ; APGAR del RN <7; APGAR del RN <7; Hipotensión materna;

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 	<p>Definición OMS para cada fase:</p> <p>Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación:</p> <p>— La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.</p> <p>— El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes</p>	

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN					CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Con analgesia neuroaxial de inicio tardío	Con analgesia neuroaxial de inicio temprano	Diferencia	Efecto relativo (95% CI)	<p>Si bien es cierto que la evidencia no reporta el desenlace de satisfacción materna, pero en nuestra experiencia diaria, las pacientes que solicitan la analgesia temprana por el dolor intenso que sienten incluso en fases muy tempranas y son atendidas el beneficio es grande.</p> <p>Tiene relación con la equidad porque muchas veces se ha estilado brindar la analgesia neuroaxial de parto en la fase activa 5 o 6 por que se pensaba que le iba hacerle daño al feto y al desarrollo del trabajo parto, los estudios dicen que no hay problemas, es un gran beneficio</p> <p>Se requiere cambiar los paradigmas del centro de neonatología, respecto al inicio de trabajo de parto, los estudios se refieren a pacientes nulíparas, en la parte privada tuvimos la experiencia de paciente con trabajo de parto inducido con Misoprostol, y prácticamente el umbral de dolor de las pacientes es variable, hay pacientes que han solicitado en el trabajo de parto a veces con un cm de dilatación, hemos utilizado dosis de fentanilo entre 50 a 100 mcg, un volumen variable entre 8 a 12 cm. con buenos beneficios, y en el trabajo de parto posterior no ha habido ninguna variación o ninguna consecuencia. Los beneficios son grandes</p>
	Duración del trabajo de parto evaluado con : I etapa	0 por 1000	0 por 1000 (0 a 0)	0 menos por 1000 (0 menos a 0 menos)	no estimable	
	Duración del trabajo de parto evaluado con : II etapa	La media duración del trabajo de parto era 0	La media duración del trabajo de parto en el grupo de intervención fue 3,22 menos (6,71 menos a 0,27 más)	MD 3.22 menos (6.71 menos a 0.27 más)	-	
	Tasa de cesárea evaluado con : global/todos los tipos de analgesia	223 por 1000	227 por 1000 (214 a 241)	4 más por 1000 (9 menos a 18 más)	RR 1.02 (0.96 a 1.08)	

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN					CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ○ Pequeña ● Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Con analgesia neuroaxial de inicio tardío	Con analgesia neuroaxial de inicio temprano	Diferencia	Efecto relativo (95% CI)	<p>Es un punto importante de la búsqueda de la evidencia, no hay ninguna diferencia entre iniciar en forma temprana y de forma tardía la analgesia de parto, a pesar de que mucho de los estudios tenían concentraciones muy altas usados antiguamente se han mostrado que no hay una variación sustancial, Es trivial</p> <p>Es importante dejar en claro que la analgesia se puede poner en cualquier etapa o fase, y desmitificar sobre todo a los medico ginecoobstetras, y la realidad de muchos hospitales donde se planea hacer unidades de analgesia de parto y esperar la fase activa, para recién empezar la analgesia, ese es el fundamento de búsqueda de la evidencia. Es necesario incorporar en nuestra práctica, tanto ginecólogos y anestesiólogos rompiendo este mito. Los efectos indeseables son triviales</p>
	APGAR del RN <7 evaluado con : 1° min	152 por 1000	145 por 1000 (127 a 167)	6 menos por 1000 (24 menos a 15 más)	RR 0.96 (0.84 a 1.10)	
	APGAR del RN <7 evaluado con : 5° min	10 por 1000	10 por 1000 (7 a 13)	0 menos por 1000 (3 menos a 3 más)	RR 0.96 (0.69 a 1.33)	
	Hipotensión materna	16 por 1000	18 por 1000 (12 a 27)	2 más por 1000 (4 menos a 11 más)	RR 1.13 (0.75 a 1.70)	

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ○ Baja ● Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	La Certeza de la evidencia de moderada calidad
	Duración del trabajo de parto evaluado con : I etapa	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,c}	
	Duración del trabajo de parto evaluado con : II etapa	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{b,d}	
	Tasa de cesárea evaluado con : global/todos los tipos de analgesia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{e,f}	
	APGAR del RN <7 evaluado con : 1° min	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,g,h}	
	APGAR del RN <7 evaluado con : 5° min	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,h}	
	Hipotensión materna	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{i,j,k}	
I2=58%, heterogeneidad clínica debido a diferentes definiciones del final de la primera etapa del trabajo de parto Chesnut 1994a, Chesnut 1994b, Wang 2011, Wong 2005, Luxman 1998, Othel 2006, Wang 2009, todo alto rob en cegamiento y Luxman rob incierto selección y generación aleatoria No se reportan datos combinados por la alta heterogeneidad				

	<p>I2 global= 21.18%, test diferencias por subgrupos=0%</p> <p>Chesnut 1994a, Chesnut 1994 b, Luxman 1998, Othel 2006, Parameswara 2012, Wang 2009, Wang 2011, Wong 2005, Wong 2009 (todos los estudios presentaron alto riesgo de sesgo en cegamiento, 2 estudios presentaron riesgo de sesgo incierto en 2 ítem- Luxman 1998 y Parameswara 2012 en sesgo de selección y generación de la secuencia aleatoria)</p> <p>I2= 0%</p> <p>I2= 25.84%</p> <p>No es significativo y el tamaño del efecto se acerca a la unidad</p> <p>4 estudios con alto riesgo de sesgo en cegamiento de las participantes y personal (Chesnut 1994a, Chesnut 1994b, Wang 2009, Wang 2011) probablemente no afecte sustancialmente</p> <p>I2= 56.67%</p> <p>efecto no significativo</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 		<p>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 no hay incertidumbre ni variabilidad importante</p> <p>Como la gestante valora respecto a los beneficios y los riesgos de esta intervención en la fase latente o activa.</p> <p>Si queremos lograr la satisfacción de la paciente, si aplicamos en la fase tardía probablemente no estaríamos logrando la</p>

		<p>satisfacción de la paciente. Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad</p> <p>La mayoría del panel indica que probablemente no hay incertidumbre o variabilidad importante.</p>
<p>Balance de efectos</p> <p>¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?</p>		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ○ Probablemente favorece la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Establecer los beneficios y daños potenciales del uso de la analgesia en la fase latente o activa o el inicio temprano comparado con la analgesia e inicio tardío en la fase latente o fase activa de trabajo de parto.</p> <p>En este punto, si vemos la evidencia a secas, pareciera que no favorece a ninguno de las dos, porque los efectos colaterales son similares si le ponen inicio temprano o inicio tardío, hay que tomar en cuenta que genera el inicio temprano a las pacientes que lo requieran porque tienen dolor en la etapa temprana, es calmar el dolor. Favorece la analgesia de inicio temprano en aquellas que lo necesitan</p> <p>Se rompe un paradigma, ya no hay un límite rígido, hay pacientes que tienen un umbral dolor bastante bajo. Si favorece la analgesia neuroaxial de inicio temprano</p> <p>Uno de los criterios es que la paciente lo solicite, si a la paciente se le empodera, se le explica sobre los beneficios y riesgos de la analgesia no solamente en el momento del trabajo de parto sino antes, es seguro que ellas van a pedir que se les aplique la analgesia apenas inicie el trabajo de parto. La paciente tiene la libertad de decidir en qué momento se le pone la analgesia. Se debe instaurar la analgesia lo más pronto posible y registrar en las recomendaciones que la analgesia sea instaurada cuando la paciente lo requiera.</p>

		En este sentido el balance de efectos entre la analgesia de inicio temprano e inicio tardío favorece a la analgesia neuroaxial de inicio temprano.
Recursos necesarios ¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Brindar la analgesia en esta fase que tipo de costos genera o el uso de recursos es igual en ambos casos: Por otro lado, hay que ver además de los costos de la intervención, cuál sería el costo a corto plazo o largo plazo.</p> <p>En este contexto aproximado el 20 % de las gestantes van a subir a sala de operación. No de forma directa, pero está previsto. Por ello sería ahorro moderado debido a calmar el dolor tomar en cuenta el factor protector de la analgesia neuroaxial en el parto y evitar otros efectos colaterales como consecuencia del dolor.</p> <p>En ese sentido la analgesia de parto con inicio temprano genera ahorros moderados al sistema de salud, por tanto, la intervención genera ahorros moderados</p> <p>El panel indica que ahorros moderados</p>

Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Cual sería el impacto el uso de la analgesia en la fase inicial respecto a la fase tardía</p> <p>El panel por unanimidad indica que la intervención incrementa la equidad en salud para todas las gestantes sanas y de bajo riesgo.</p>
Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>¿Respecto a la aceptabilidad de esta intervención luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y los daños potenciales del uso de la analgesia neuroaxial de inicio temprano además de la experiencia clínica sería aceptable por el personal de salud y los pacientes? ¿Sus pares clínicos aceptarían la intervención?</p> <p>Todos los participantes del panel manifiestan que la intervención sí sería aceptable.</p>

Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>El uso de la analgesia neuroaxial de inicio temprano es factible de implementar en todas las instituciones</p> <p>El panel en su conjunto indicó que si sería factible implementar la intervención.</p>

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

JUICIO							
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ○	Recomendación fuerte a favor de la intervención ●
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto

Pregunta 6

¿Debería usarse opioides liposolubles añadidos al anestésico local versus anestésico local solo, en gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto que reciben analgesia neuroaxial?	
POBLACIÓN:	En Gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto que reciben analgesia neuroaxial
INTERVENCIÓN:	Opioides liposolubles añadidos al anestésico local
COMPARACIÓN:	Anestésico local solo

Evaluación

¿el problema es grave? ¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Trivial<input type="radio"/> Pequeño<input type="radio"/> Moderado<input checked="" type="radio"/> Grande<input type="radio"/> Varía<input type="radio"/> No lo sé		<p>Si vemos los estudios que nos han presentado en relación con la disminución de las escalas de dolor en la paciente y sobre todo el estudio de disminución de la concentración de anestésico local con el uso de opioide liposoluble en seguridad es grande, porque vamos a estar más seguros con la analgesia y evitar que haya cualquier el efecto indeseable, el efecto es Grande</p> <p>En Cajamarca solo tenemos el opioide, de uso endovenoso e intramuscular, el efecto es grande</p> <p>Los efectos deseables de añadir opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial son grandes</p>

Efectos indeseables		
¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Se podría asignar una magnitud de los efectos indeseables al usar opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial</p> <p>Los opioides si generan náuseas y vómitos en algunos casos y en otros un poco de prurito y los del latido fetal depende mucho de la dosis. Es Pequeño . Solo se vieron prurito facial en raras ocasiones</p> <p>Los efectos indeseables del uso de opioides liposolubles añadidos al anestésico local son pequeños</p>
Certeza de la evidencia		
¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Ningún estudio incluido 		<p>La certeza de la evidencia fue de muy baja calidad</p>

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none">○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes○ No hay variabilidad o incertidumbre importante		<p>Desde la perspectiva de las gestantes, estudio cualitativo de Colombia (2005) Hacen una comparación de la analgesia combinada con la analgesia epidural para trabajo de parto</p> <p>Hacen una evaluación con una escala visual análoga con LEVA en el cual encuentran (100 pacientes) que a los 5 minutos de haberse aplicado la analgesia epidural bupivacaina con la analgesia combinada con epidural fentanilo epidural espinal, el dolor pasa de severo a moderado y no hay diferencia significativa en las dos terapias administradas</p> <p>Sin embargo, a los 15 minutos si se ve que hay una disminución en ambos pero que en la combinada estadísticamente hay una mayor disminución del dolor.</p> <p>Por tanto, los investigadores indican que una mejor opción es la analgesia combinada (espinal-epidural) para el alivio del dolor .</p> <p>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</p>

Balance de efectos		
¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ○ Probablemente favorece la intervención ● Favorece la intervención ○ Varía ○ No lo sé 		<p>El balance entre los beneficios y los daños favorece al uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial vs solo el analgésico local</p> <p>El conjunto del panel determina que el balance de efectos Favorece al uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial</p>
Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Que tan grandes son los requerimientos de los recursos del uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial</p> <p>Los opioides disminuyen la concentración de anestésico local, si queremos ser un poco más objetivos es determinar cuánto ahorra el añadirle 20 o 10 mcg. de fentanilo por dosis de lo que se usa en relación con la disminución concentración del anestésico local. Ahorro moderado</p> <p>Al adicionar opioide disminuye la concentración del anestésico, el mismo que podría disminuir la posibilidad de bloqueo motor (la paciente se mueve mejor) hace que haya una rápida recuperación de las pacientes. Ahorro moderado</p>

		No existen estudios de evaluación económica. Podríamos decir que el uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial generaría ahorros moderados al sistema de salud
Equidad ¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		Cuál sería el impacto en equidad en salud de preferir el uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial frente a solo usar el anestésico local La mayoría del panel indica que incrementaría la equidad en salud
Aceptabilidad ¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		Luego de conocer la evidencia sobre los beneficios y daños el uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial es aceptable para el personal de salud y los pacientes El panel indica que si sería aceptable utilizar de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial por el personal de salud y las pacientes la intervención

Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>El uso de opioides liposolubles añadidos a la analgesia neuroaxial es factible de implementar.</p> <p>Por unanimidad el panel indica que si sería factible implementar la intervención</p>

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido

JUICIO							
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ●	Recomendación fuerte a favor de la intervención ○
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

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

Pregunta 7

¿Debería mantenerse la analgesia neuroaxial versus suspender la analgesia neuroaxial para gestante sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada?	
POBLACIÓN:	Gestantes sanas o de bajo riesgo en 2da etapa del trabajo de parto con analgesia neuroaxial instaurada
INTERVENCIÓN:	Mantener la analgesia neuroaxial
COMPARACIÓN:	Suspender la analgesia neuroaxial
DESENLACES PRINCIPALES:	Duración de la segunda etapa de trabajo de parto; Alivio inadecuado del dolor ; Apgar <7 o <8; Apgar <7; Incidencia de cesárea;

Evaluación

¿el problema es grave?		
¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN						CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
		Riesgo con suspender la analgesia neuroaxial	Riesgo con mantener la analgesia neuroaxial				
		Incidencia de cesárea	Población estudio				
	63 por 1,000	61 por 1,000 (27 a 141)					
	Duración de la segunda etapa de	La media duración de la segunda etapa de	MD 5.8 menos (12.91)	-	203 (3 Experimentos controlados)	⊕⊕○○ Baja ^{c,d,e,f,g}	Mantener la analgesia neuroaxial podría dar como

Los efectos positivos si bien es cierto la R.S. no ha mostrado el tema de satisfacción, que es importante hay que recordar que en los demás desenlaces no hay diferencias y serían los efectos negativos mantener la analgesia hasta el final. En la experiencia se ha visto que no hay diferencia, la madre prefiere el parto sin dolor. El efecto deseable es grande porque es el fin de la analgesia, mantener el parto sin dolor.

Los efectos positivos es no desarrollar el dolor crónico y elementos relacionados a la salud mental de la madre cuando se le expone al dolor expulsivo sin anestesia, desde la experiencia se tiene la satisfacción de la madre por evitar dolor en la fase de dilatación los efectos deseables son grandes

Los efectos deseables del mantenimiento de la analgesia en la segunda etapa de trabajo de parto son grandes

trabajo de parto	trabajo de parto era 0	menos a 1.3 más)		aleatorios [ECAs])		resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en duración de la segunda etapa de trabajo de parto.
Alivio inadecuado del dolor	Población estudio		RR 3.68 (1.99 a 6.80)	384 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕○ Moderado ^{e,e,h}	Mantener la analgesia neuroaxial es probable que resulte en un gran incremento en alivio inadecuado del dolor .
	215 por 1,000	793 por 1,000 (429 a 1,000)				
<p>IC 2= 0%</p> <p>IC amplios, los efectos no son significativos. la muestra es alrededor de 100 sujetos</p> <p>3 estudios presentaron bajo riesgo de sesgo, solo 1 presentó riesgo de sesgo incierto o poco claro en generación de la secuencia aleatoria. Los tres artículos de Chestnut informó el número de bebés con puntajes de Apgar menores de siete mientras que Johnsrud 1988 informó el número de bebés con puntajes de Apgar menores de ocho</p> <p>Luxman 1996 presentó riesgo de sesgo poco claro en aleatorización</p> <p>Todos los estudios excepto Luxman 1996 informaron una medida de alivio del dolor. Definimos el alivio inadecuado del dolor como "deficiente" o "muy deficiente" en una escala de cinco puntos o "deficiente" en una escala de cuatro puntos. Metaanálisis de los cuatro estudios (384 participantes) encontraron un estadísticamente significativo aumento en el alivio inadecuado del dolor en el grupo de estudio (22% versus 6%, RR 3,68, IC del 95%: 1,99 a 6,80).</p> <p>I2 =42%</p> <p>El metanálisis de estos tres estudios no mostró diferencias estadísticamente significativas o clínicamente importantes en la duración de la segunda etapa (diferencia de medias ponderada (DMP) -5,80 minutos; IC del</p>						

	<p>95%: -12,91 a 1,30). Cabe señalar que los supuestos del análisis pueden haberse violado debido a que la duración de la segunda etapa del trabajo de parto a menudo no se distribuye normalmente como resultado de que algunas mujeres tienen segundas etapas muy largas</p> <p>I² =26%</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Efectos indeseables

¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN						CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Grande ○ Moderado ○ Pequeña ● Trivial ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
		Riesgo con suspender la analgesia neuroaxial	Riesgo con mantener la analgesia neuroaxial				
	<p>Incidencia de puntaje de Apgar bajo al minuto evaluado con : <7 o <8</p>	Población estudio	178 por 1,000	275 por 1,000 (167 a 453)	RR 1.55 (0.94 a 2.55)	388 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{a,b}
	Población estudio						

Algunos estudios muestran el mantenimiento de la analgesia de parto, y los estudios realizados en el contexto de la práctica de analgesia de parto, muchas veces esos resultados que parecen ser negativos, estadísticamente muestran alguna diferencia pero clínicamente no, por ejemplo la prolongación del trabajo de parto son minutos, 8 a 10 minutos que clínicamente no significa un trabajo expulsivo prolongado, igual con la puntuación del Apgar, muchas veces se encuentra diferencias, entre 8 o 7.5 y eso clínicamente eso no representa nada, esto en el sentido de los efectos negativos,

Los efectos negativos no son significativos, pero da cierta luz cuando habla de Apgar disminuido, no es concluyente, pero nos da cierta idea sobre los efectos indeseables. Los efectos serían pequeños, habría que hacer estudios para confirmar, si el Apgar por ejemplo se ve disminuido según la fase de trabajo de parto.

Los efectos indeseables de mantener la analgesia en la segunda etapa de parto son triviales

<p>Incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos evaluado con : <7</p>	<p>28 por 1,000</p>	<p>110 por 1,000 (13 a 959)</p>	<p>RR 3.92 (0.45 a 34.21)</p>	<p>208 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])</p>	<p>⊕⊕⊕⊕ Moderado^{a,c,d}</p>	<p>Mantener la analgesia neuroaxial es probable que resulte en una diferencia pequeña a ninguna diferencia en incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos.</p>
<p>3 estudios presentaron bajo riesgo de sesgo, solo 1 presentó riesgo de sesgo incierto o poco claro en generación de la secuencia aleatoria. Los tres artículos de Chestnut informó el número de bebés con puntajes de Apgar menores de siete mientras que Johnsrud 1988 informó el número de bebés con puntajes de Apgar menores de ocho</p> <p>I2 =39%</p> <p>I2 =0.0%</p> <p>IC amplios, los efectos no son significativos. la muestra es alrededor de 100 sujetos</p>						

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES																		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ○ Baja ● Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="530 448 972 531">Desenlaces</th> <th data-bbox="972 448 1238 531">Importancia</th> <th data-bbox="1238 448 1480 531">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="530 531 972 628">Incidencia de cesárea</td> <td data-bbox="972 531 1238 628">IMPORTANTE</td> <td data-bbox="1238 531 1480 628">⊕⊕⊕○ Moderado^{a,b,c,d}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="530 628 972 726">Duración de la segunda etapa de trabajo de parto</td> <td data-bbox="972 628 1238 726">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1238 628 1480 726">⊕⊕○○ Baja^{c,d,e,f,g}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="530 726 972 823">Alivio inadecuado del dolor</td> <td data-bbox="972 726 1238 823">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1238 726 1480 823">⊕⊕⊕○ Moderado^{c,e,h}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="530 823 972 920">Incidencia de puntaje de Apgar bajo al minuto evaluado con : <7 o <8</td> <td data-bbox="972 823 1238 920">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1238 823 1480 920">⊕⊕⊕⊕ Alta^{ef}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="530 920 972 1042">Incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos evaluado con : <7</td> <td data-bbox="972 920 1238 1042">CRÍTICO</td> <td data-bbox="1238 920 1480 1042">⊕⊕⊕○ Moderado^{b,c,j}</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	Incidencia de cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,b,c,d}	Duración de la segunda etapa de trabajo de parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{c,d,e,f,g}	Alivio inadecuado del dolor	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{c,e,h}	Incidencia de puntaje de Apgar bajo al minuto evaluado con : <7 o <8	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{ef}	Incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos evaluado con : <7	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{b,c,j}			<p>La Certeza global de la evidencia es Moderada</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)																				
Incidencia de cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ Moderado ^{a,b,c,d}																				
Duración de la segunda etapa de trabajo de parto	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{c,d,e,f,g}																				
Alivio inadecuado del dolor	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{c,e,h}																				
Incidencia de puntaje de Apgar bajo al minuto evaluado con : <7 o <8	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ Alta ^{ef}																				
Incidencia de puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos evaluado con : <7	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ Moderado ^{b,c,j}																				
<p>IC 2= 0%</p> <p>IC amplios, los efectos no son significativos. la muestra es alrededor de 100 sujetos</p> <p>3 estudios presentaron bajo riesgo de sesgo, solo 1 presentó riesgo de sesgo incierto o poco claro en generación de la secuencia aleatoria. Los tres artículos de Chestnut informó el número de bebés con puntajes</p>																						

	<p>de Apgar menores de siete mientras que Johnsrud 1988 informó el número de bebés con puntajes de Apgar menores de ocho</p> <p>Luxman 1996 presentó riesgo de sesgo poco claro en aleatorización</p> <p>Todos los estudios excepto Luxman 1996 informaron una medida de alivio del dolor. Definimos el alivio inadecuado del dolor como "deficiente" o "muy deficiente" en una escala de cinco puntos o "deficiente" en una escala de cuatro puntos. Metaanálisis de los cuatro estudios (384 participantes) encontraron un estadísticamente significativo aumento en el alivio inadecuado del dolor en el grupo de estudio (22% versus 6%, RR 3,68, IC del 95%: 1,99 a 6,80).</p> <p>I2 =42%</p> <p>El metanálisis de estos tres estudios no mostró diferencias estadísticamente significativas o clínicamente importantes en la duración de la segunda etapa (diferencia de medias ponderada (DMP) -5,80 minutos; IC del 95%: -12,91 a 1,30). Cabe señalar que los supuestos del análisis pueden haberse violado debido a que la duración de la segunda etapa del trabajo de parto a menudo no se distribuye normalmente como resultado de que algunas mujeres tienen segundas etapas muy largas</p> <p>I2 =26%</p> <p>I2 =39%</p> <p>I2 =0.0%</p>	
<p>Valores</p> <p>¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?</p>		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes ● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes 		<p>El panel en su conjunto considera que Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante sobre como las gestantes valoran los desenlaces principales</p>

<input type="radio"/> No hay variabilidad o incertidumbre importante		
Balance de efectos ¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> Favorece la comparación <input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación <input type="radio"/> No favorece la intervención ni la comparación <input type="radio"/> Probablemente favorece la intervención <input checked="" type="radio"/> Favorece la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		<p>Si se pone en una balanza los beneficios y los daños o riesgos que puede generar el mantener o suspender la analgesia en la segunda etapa de trabajo de parto se tiene que la con analgesia de parto clínicamente se ha visto que las pacientes mejoran, sin embargo, las evidencias no son concluyentes, es necesario hacer estudios más grandes para corroborar ello es probablemente favorece mantener la analgesia.</p> <p>La suspensión de la analgesia por algún motivo que no es puramente clínico ha repercutido en el estado de la paciente, llegando muchas veces a la cesárea por suspenderla o el trabajo de parto o expulsivo prolongado que se atribuye a la analgesia, en ocasiones se espera que a la paciente le duela y a partir de ahí se empieza a hacerla pujar por ello favorece mantener la analgesia neuro axial</p>

Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 		<p>La valoración de los recursos netos de la tecnología, de medicamentos o los dispositivos que también se deben abordar los efectos evitables, o efectos a largo plazo</p> <p>El mantener la analgesia neuroaxial durante la segunda etapa de parto le generaría al sistema de salud: Ahorros moderados</p>
Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ● Aumentado ○ Varía ○ No lo sé 		<p>Se Incrementa la equidad en salud con el mantenimiento de la analgesia neuro axial durante la segunda etapa de trabajo de parto</p>

Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 		<p>Luego de conocer la evidencia científica sobre los beneficios y daños, mantener la analgesia neuroaxial en la segunda etapa de parte es aceptable por el personal de salud, los pares clínicos y pacientes, indican que, con los anestesiólogos en la parte clínica, no hay problema con aceptar el mantenimiento de la analgesia durante el parto hasta que termine el parto, el problema es más de las ginecoobstetras y otros personales, hay todavía una resistencia, Varía.</p> <p>No hay problema por parte de los anestesiólogos, también hay comunicación con los ginecólogos, allí radica la resistencia real, por ello Varía. Sería muy importante conocer la opinión de los ginecólogos.</p> <p>Todavía persisten paradigmas en relación a la analgesia de parto sobre todo en los ginecoobstetras , si bien es cierto se ha aplicado tanto en la primera como en la segunda parte, a veces en la parte expulsiva algunos de los ginecoobstetras no permiten que reciba esta última dosis en este periodo, aun cuando se sabe que el objetivo de la analgesia es evitar ese trance psicoemocional de la paciente, si se hacen reuniones multidisciplinarias entre todos los especialistas que atendemos el binomio madre feto, podría lograr la aceptabilidad de los ginecoobstetras, en ese contexto es probablemente Si.</p> <p>Se recomienda colocar las reuniones multidisciplinarias de especialistas y otros personales de salud para establecer protocolos de atención en el plan de implementación.</p>

		Por tanto, probablemente sí sería aceptable mantener la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto por el personal de salud y los pacientes
Viabilidad		
¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		Si Sería factible implementar el mantenimiento de la analgesia neuroaxial en la segunda etapa de parto

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido

JUICIO							
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ○	Recomendación fuerte a favor de la intervención ●
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

Se recomienda mantener la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo durante la segunda etapa del trabajo de parto.

Recomendación fuerte basada en moderada calidad de la evidencia

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto

Pregunta 8

¿Debería aplicarse el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado versus mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua para gestante sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto?

POBLACIÓN:	Gestantes sanas o de bajo riesgo en trabajo de parto
INTERVENCIÓN:	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado
COMPARACIÓN:	Mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua
DESENLACES PRINCIPALES:	Duración del trabajo de parto; Dolor irruptivo; Satisfacción materna; Tasa de cesárea;

Evaluación

¿el problema es grave?		
¿El problema es una prioridad?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé		

Efectos deseables

¿Qué tan significativos son los efectos deseables anticipados?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN						CONSIDERACIONES ADICIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ No lo sé 	Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios	
		Riesgo con mantenimiento de la analgesia con infusión epidural continua	Riesgo con mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programado					
	Duración del trabajo de parto evaluado con: min	La media duración del trabajo de parto era 0	MD 15.45 menos (21.7 menos a 9.21 más)	-	2110 (21 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría dar como resultado una pequeña a ninguna diferencia en duración del trabajo de parto.	
	Dolor irruptivo evaluado con: necesidad de una	Población estudio 205 por 1000	127 por 1000 (96 a 166)	RR 0.62 (0.47 a 0.81)	1164 (15 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría reducir/tener	

La evidencia a pesar de ser penalizada, si se ve a favor de la disminución del dolor irruptivo, no hay evidencias sobre bloqueo motor, desde la experiencia en la aplicación del bolo intermitente programado se tiene un trabajo en la maternidad no es un ECA, es un estudio de cohorte, el beneficio es grande

Los efectos deseables de mantener el bolo epidural intermitente programado es Grande

	intervención anestésica adicional						poco a ningún efecto en dolor irruptivo, pero la evidencia es muy incierta.
	Satisfacción materna	La media satisfacción materna era 0	MD 5.16 más (0.15 más a 10.18 más)	-	1428 (15 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,d}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría incrementar/tener poco a ningún efecto en satisfacción materna pero la evidencia es muy incierta.
	Tasa de cesárea	La media tasa de cesárea era 0	MD 0.9 más alto. (0.73 más alto. a 1.11 más alto.)	-	1954 (20 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,e}	Mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente podría dar como resultado una diferencia pequeña a ninguna diferencia en tasa de cesárea.
<p>Los estudios incluidos tienen el riesgo de sesgo incierto y moderado</p> <p>no significativo</p> <p>I²= 47 %</p>							

	I2= 98 % i2= 0%	
Efectos indeseables		
¿Qué tan significativos son los efectos indeseables anticipados?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeña <input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 	<p>trival: iiii</p> <p>pequeño: i</p>	<p>Con relación a los efectos indeseables en el trabajo que se hizo en la maternidad, la comparación fue con No analgesia, no se comparó a infusión continua. En el tema de infusión continua el mantenimiento de la analgesia fue variando en el mundo de los bolos manuales a las infusiones continuas y de ahí a los intermitentes programados, nunca se hizo infusión continua, se quedaron con la primera forma de bolo manual, en el estudio que realizaron el expulsivo se vio prolongado de 8 a 12 minutos, la fase activa también se vio prolongada y se encontró que los desgarros perineales de primer y segundo grado eran disminuidos con los bolos intermitentes programados, si se compara con infusión continua, las infusiones continuas, hay mucha heterogeneidad entre ellos, la infusión continua genera más problemas que los bolos intermitentes programados. Los efectos indeseables son triviales</p> <p>A la luz de la evidencia los efectos indeseables son menores con la dosis de bolo intermitente y eso es lo que se está utilizando actualmente, podría haber la posibilidad de un problema de bloqueo motor cuando la expulsión es</p>

		<p>prolongada, el problema es que a veces demora más de 6, 7 horas, o más, se ha visto que el bolo de infusión es muy prolongado hay cierto problema motor, por ello el efecto deseable es pequeño.</p> <p>El efecto es trivial: siempre que se haga a concentraciones y volúmenes que eviten el bloqueo motor.</p> <p>Las pacientes van bien con bolos intermitentes programados</p> <p>Los efectos indeseables del mantenimiento de los bolos intermitentes programados son triviales</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre efectos?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN			CONSIDERACIONES ADICIONALES															
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderado ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Desenlaces</th> <th style="width: 20%;">Importancia</th> <th style="width: 30%;">Certeza de la evidencia (GRADE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Duración del trabajo de parto evaluado con: min</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>Dolor irruptivo evaluado con: necesidad de una intervención anestésica adicional</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{b,c}</td> </tr> <tr> <td>Satisfacción materna</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕○○○ Muy baja^{a,b,d}</td> </tr> <tr> <td>Tasa de cesárea</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕○○ Baja^{a,b,e}</td> </tr> </tbody> </table> <p>Los estudios incluidos tienen el riesgo de sesgo incierto y moderado</p> <p>no significativo</p> <p>I²= 47 %</p> <p>I²= 98 %</p> <p>i²= 0%</p>			Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)	Duración del trabajo de parto evaluado con: min	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	Dolor irruptivo evaluado con: necesidad de una intervención anestésica adicional	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}	Satisfacción materna	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,d}	Tasa de cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,e}	<p>La certeza global de la evidencia es: Baja calidad.</p>
Desenlaces	Importancia	Certeza de la evidencia (GRADE)																	
Duración del trabajo de parto evaluado con: min	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}																	
Dolor irruptivo evaluado con: necesidad de una intervención anestésica adicional	CRÍTICO	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}																	
Satisfacción materna	CRÍTICO	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,d}																	
Tasa de cesárea	IMPORTANTE	⊕⊕○○ Baja ^{a,b,e}																	

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre qué tanto valora la gente los desenlaces principales?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none">○ Hay incertidumbre o variabilidad importantes○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes● Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes○ No hay variabilidad o incertidumbre importante		La valoración de las gestantes en el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programados es: Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante

Balance de efectos

¿El balance entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?

JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Favorece la comparación<input type="radio"/> Probablemente favorece la comparación<input type="radio"/> No favorece la intervención ni la comparación<input type="radio"/> Probablemente favorece la intervención<input checked="" type="radio"/> Favorece la intervención<input type="radio"/> Varía<input type="radio"/> No lo sé	favorece la intervención: iiii	El balance de efectos Favorece el mantenimiento de los bolos epidurales intermitentes programados.

Recursos necesarios		
¿Qué tan grandes son los recursos necesarios (costos)?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros despreciables ● Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ No lo sé 	<p>costos moderados: ii</p> <p>costos y ahorros despreciables: ii</p> <p>ahorros moderados: iiiii</p>	<p>Es un tema sensible, la visión actual es ver los resultados inmediatamente, las intervenciones a la larga provocan beneficios, son los más consistentes en el tiempo, por tanto, se debe implementar un servicio para todas las pacientes por los beneficios como satisfacción de la paciente, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones Por tanto son costos moderados.</p> <p>El costo de la intervención en el momento es en función de los materiales utilizados por ejemplo en la maternidad se utiliza la bomba de infusión en la que la bomba sale como dato sale al número de líneas que se usen, y lo que cuesta es la línea, hay que ver en cada institución que capacidad de bombas utilizan o pueden utilizar, la ventaja en la maternidad es que son las mismas bombas y las mismas líneas que se usan para las infusiones de oxitocina y se aplican un poco más para usarlas como analgesia, viendo los beneficios son costos y ahorro despreciables</p> <p>en la línea de las otras preguntas, evaluando efectos positivos, son ahorros moderados. La mayoría del panel emite su voto por ahorros moderados</p>

Equidad		
¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente ningún impacto <input type="radio"/> Probablemente aumentado <input checked="" type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 	aumentada: iiiiii	El panel en su conjunto indica que la equidad se vería aumentada con el mantenimiento de la analgesia con bolo epidural intermitente programada
Aceptabilidad		
¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 	probablemente si: iiiiii Aceptable: ii	El panel de manera unánime indica que Probablemente si sería aceptable el uso de bolo epidural intermitente por el personal de salud, así como por los pacientes

Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ No lo sé 	<p>sí: iiiii</p> <p>Probablemente si: i</p>	El panel indica que sí sería factible la implementación de la intervención.

Resumen de juicios

	JUICIO						
¿EL PROBLEMA ES GRAVE?	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
EFFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No lo sé
EFFECTOS INDESEABLES	Grande	Moderado	Pequeña	Trivial		Varía	No lo sé
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderado	Alta			Ningún estudio incluido
VALORES	Hay incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

JUICIO							
BALANCE DE EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece la intervención ni la comparación	Probablemente favorece la intervención	Favorece la intervención	Varía	No lo sé
RECURSOS NECESARIOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	No lo sé
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No lo sé
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé
VIABILIDAD	No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí		Varía	No lo sé

Tipo de recomendación

Recomendación fuerte en contra de la intervención ○	Recomendación condicional en contra de la intervención ○	Recomendación condicional a favor de la intervención o la comparación ○	Recomendación condicional a favor de la intervención ●	Recomendación fuerte a favor de la intervención ○
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Conclusiones

Recomendación

Se sugiere el uso de bolos epidurales intermitentes programados para el mantenimiento de la analgesia neuroaxial en gestantes sanas o de bajo riesgo.

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

Consideraciones adicionales

- Considerar Monitoreo estricto del Binomio Madre-Feto
- Usar concentraciones diluidas que eviten el bloqueo motor de acuerdo a criterio clínico (Bupivacaina $\leq 0.1\%$)

Justificación

La recomendación condicionada a favor de la intervención.

Se sugiere colocar las dosis, se podría consensuar en base de la experiencia de los expertos.

Es una buena sugerencia, dar un rango de concentraciones, se debería colocar concentraciones diluidas que eviten el bloqueo motor (bupivacaina 0.0625), en la medida de que se está hablando de bolo intermitente programado.

Tendría que ser en base a la efectividad de las concentraciones, aun cuando son bolos

Se sugiere Bupivacaina menor a 0.1%

El tema de dar rangos acortara las posibilidades en la guía, y recordar que puede ser utilizada luego para labores de auditoría. cualquier concentración que no sea por esos rangos se tomara como que está en contra de la recomendación

Parte de los panelistas no están de acuerdo con colocar las dosis, hay un nivel de justificación por ambos lados, por lo que se somete a votación concluyendo en que si se debe colocar las concentraciones diluidas.