



Resolución Directoral

Lima 15 de Abril de 2021

Visto el Expediente N° 20-034312-001 conteniendo el Memorando N° 014-2021-DPTO-AYCQX-HNHU, del Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, quien solicita la aprobación de la Guía de Procedimiento Asistencial: Analgesia Neuroaxial para Parto Normal mediante acto resolutivo;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de práctica clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, con Resolución Directoral N° 211-2020-HNHU-DG de fecha 25 de setiembre de 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 038-2020-DG-HNHU "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue", el cual tiene como objetivo estandarizar el proceso de elaboración de las Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Que, el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el artículo 70° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue señala que el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, es la unidad orgánica encargada de realizar la atención especializada de anestesia y analgesia a los pacientes en las etapas pre-operatoria, intra-operatoria y post-operatoria, procedimientos de emergencia, atención ambulatoria, terapia del dolor, reanimación cardiovascular y gasoterapia; así como de la organización y funcionamiento del Centro Quirúrgico y las unidades de recuperación y tiene asignadas, entre otras, las siguientes funciones generales: d) Proponer y evaluar las guías de práctica clínica y procedimientos de atención anestesiológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad;



Que, con Nota Informativa N° 184-2021-OGC/HHHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe N° 58-2021-KMGM/HHHU en donde informa que el proyecto de guía de procedimiento asistencial: Analgesia Neuroaxial para Parto Normal del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico se encuentra apta para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 165-2021-OAJ/HHHU;

Con el visado del Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, de la Jefa (e) Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía de Procedimiento: Analgesia Neuroaxial para Parto Normal del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, la misma que forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423



LIVMM/SCDC
Marlene G.
DISTRIBUCIÓN:
() D. Adjunta
() Dpto. de Anestesiología y CQ
() OAJ
() Of., Gestión de la Calidad
() OCI
() Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL:
ANALGESIA NEUROAXIAL PARA PARTO NORMAL**



PERU

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

Equipo de Gestión del Hospital Nacional Hipólito Unánue

M.C. Luis Wilfredo Miranda Molina

Director General

M.C. Yudy Miluska Roldan Concha

Directora Adjunta

ECON. Ruth Rocio Moreno Galarreta

Directora Administrativa

M.C. Silvia Paola Vargas Chugo

Jefa de la Oficina de Gestión de La Calidad





PERÚ
Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

**Grupo Elaborador de Guía de Procedimientos Médicos Asistenciales: ANALGESIA
NEUROAXIAL PARA PARTO NORMAL**

M.C. FIDEL RAUL AYME PAREDES

JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA





INDICE

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ASISTENCIALES ANALGESIA NEUROAXIAL PARA PARTO NORMAL

| | |
|---|----|
| I. NOMBRE Y CODIGO | 1 |
| II. OBJETIVOS | 1 |
| III. ÁMBITO DE APLICACIÓN | 1 |
| IV. CONSIDERACIONES GENERALES..... | 2 |
| V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS | 5 |
| VI. INDICACIONES | 7 |
| VII. CONTRAINDICACIONES | 7 |
| VIII. COMPLICACIONES | 8 |
| IX. RECOMENDACIONES | 10 |
| X. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN | 10 |
| XI. FLUJOGRAMA/ALGORITMO..... | 11 |
| XII. ANEXOS..... | 12 |
| XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 19 |





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

I. NOMBRE Y CÓDIGO:

| | |
|---|-----------|
| Analgesia/Anestesia neuroaxial para trabajo de parto vaginal planeado | CPT 01967 |
| Analgesia epidural para parto normal | CPT 00105 |

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Contar con una Guía de Analgesia neuroaxial para parto normal para que el personal asistencial del servicio de Anestesiología de nuestro hospital realice dicho procedimiento en forma estandarizada y con la mayor seguridad.

2.3 Objetivos Específicos

- Estandarizar la realización del procedimiento analgesia neuroaxial para parto normal.
- Difundir el uso de la presente Guía de Procedimiento Asistencial a todo el personal asistencial del Hospital Nacional Hipólito Unanue involucrados en la atención directa de la salud sexual y reproductiva con énfasis en el control del embarazo, parto y puerperio tales como: médicos generales, obstetras, enfermeras(os), técnicos en enfermería, especialistas en medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatras, neonatólogos y anestesiólogos.
- Disminuir riesgos y complicaciones.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Procedimientos Asistenciales es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas asistenciales relacionadas con la atención de las mujeres en trabajo de parto del Hospital Nacional Hipólito Unanue.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

IV. CONSIDERACIONES GENERALES

4.1 DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El dolor del parto es agudo y de una gran variabilidad. El 20% de las parturientas describen la intensidad del dolor como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima.²

El dolor durante el parto ha sido descrito como una de las formas más intensas de dolor que puede experimentarse, a pesar de ser un evento fisiológico producido por las contracciones uterinas y dilatación del cuello del útero, en la primera etapa y por la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto durante la segunda etapa, esto constituye una sensación desagradable para la gestante, ocasionando angustia, estrés y, en ciertas ocasiones, limitación de su cooperación en el expulsivo, pudiendo verse comprometido el bienestar materno-fetal.

Según ENDES 2018, la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 26,5% a 34,5% entre los años 2013 y 2018, este fue más alto en las madres con educación superior que aquellas sin nivel de educación (50,0% frente a 11,9%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (62,5%) en relación con madres del quintil inferior de riqueza (13,5%)³. Siendo una de las causas injustificadas de cesáreas el pedido directo de la gestante de un parto sin dolor.⁴

El concepto neuroaxial o neuroeje significa que se accede al espacio epidural o espacio subaracnoideo para la administración de agentes anestésicos locales y/o analgésicos opioides. La analgesia neuroaxial consiste en el bloqueo sensitivo de las raíces nerviosas encargadas de transmitir el dolor durante los dos estadios del parto.⁵

Las técnicas que involucran el abordaje neuroaxial son la Epidural, la Espinal y la combinada Espinal-Epidural. La técnica analgésica neuroaxial a elegir debe ser individualizada y basada en la evaluación anestésica y obstétrica, progreso del trabajo de parto y recursos del Hospital.^{6,7}





La evidencia actual demuestra que las técnicas analgésicas neuroaxiales proveen adecuado alivio del dolor y preservan la movilidad materna durante el trabajo de parto sin alterar la evolución de éste ni la del período expulsivo, lo que permite la participación activa materna a lo largo de todo el proceso de parto.⁷ Además mejora el flujo utero placentario en ausencia de hipotensión, permite todo tipo de maniobra obstétrica, puede extenderse fácilmente en caso de cesárea de recurso mediante el catéter epidural y permite brindar analgesia postoperatoria que puede extenderse en caso sea necesario.⁸

4.2 RECURSOS

4.2.1. Recursos Humanos:

- Médico anesthesiologo.
- Médico en formación en anestesiología debidamente supervisado.

4.2.2 Recursos Materiales

- Equipos biomédicos

- Mesa de operaciones o de parto
- Lámpara cialítica de techo
- Coche de Paro.
- Monitor de funciones vitales multi parámetro
- Mobiliario de sala de partos
- Balón de Oxígeno

- Material médico no fungible

| | | |
|--|------|---|
| JERINGA 5CC DE VIDRIO | UND. | 1 |
| CONTENEDOR METÁLICO DE ESTERILIZACIÓN DE 465X280X150MM | UND. | 1 |
| RIÑONERA DE ACERO QUIRÚRGICO 0,50 L. 25CM | UND. | 1 |
| BOMBA DE INFUSION VOLUMETRICA | UND. | 1 |

- Material médico fungible

| | | |
|--------------------------------|--------|---|
| GORRO DESCARTABLE | UNIDAD | 1 |
| BOTA DESCARTABLE CUBRE CALZADO | PAR | 1 |





| | | |
|---|---------|-------|
| MASCARILLA DESCARTABLE QUIRÚRGICA 3 PLIEGUES | UNIDAD | 1 |
| GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE TALLA M X 100 UNIDADES | UNIDAD | 1 |
| ALCOHOL MEDICINAL 70% | SOL 1 L | 20ml |
| YODO POVIDONA 10 g/100 MI | SOL 1 L | 20ml |
| SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA AL 2% | 1L | 20ml |
| SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA AL 4% | 1L | 40ml |
| CAMPO QUIRÚRGICO ESTÉRIL | UNIDAD | 1 |
| GUANTE QUIRÚRGICO ESTÉRIL - N°7 | PAR | 1 |
| GUANTE QUIRÚRGICO ESTÉRIL - N° 7 ½ | PAR | 1 |
| GASA ESTÉRIL DE LAVADO - 7.5 x7.5 CM X 5 UNIDADES | SOBRE | 2 |
| ESPARADRAPO 1inX10ydX12 | UNIDAD | 100cm |
| EQUIPO VENOCCLISIS | UNIDAD | 2 |
| CATÉTER EPIDURAL | UNIDAD | 2 |
| EXTENSIÓN DYS | UNIDAD | 2 |
| APÓSITO TRANSPARENTE ADHESIVO TEGADERM | UNIDAD | 2 |
| SET DE BOMBA INFUSIÓN FRESENIUS | UNIDAD | 1 |
| VOLUTROL | UNIDAD | 1 |
| MÁSCARA CON RESERVORIO ADULTO | UNIDAD | 1 |
| JERINGA 20 ml | UNIDAD | 2 |
| JERINGA 10ml | UNIDAD | 2 |
| JERINGA 5ml | UNIDAD | 1 |
| AGUJA N° 18 | UNIDAD | 2 |
| AGUJA EPIDURAL TOUHY N° 17 3 1/4" | UNIDAD | 2 |
| AGUJA ESPINAL N 27G | UNIDAD | 1 |
| SET DE ANESTESIA COMBINADA (AGUJA DE DOBLE LUZ) | UNIDAD | 1 |
| LLAVE DE TRIPLE VÍA | UNIDAD | 1 |
| ELECTRODOS ADHESIVOS | UNIDAD | 6 |
| MÁSCARA CON RESERVORIO | UNIDAD | 1 |

- **Medicamentos**

| | Unidad medida | Cantidad |
|----------------------|---------------|----------|
| FENTANILO 0.5mg/10ml | AMPOLLA | 1 |
| MORFINA 20mg/ml | AMPOLLA | 1 |
| MEPERIDINA 100mg/2ml | AMPOLLA | 2 |
| REMIFENTANILO 2MG | AMPOLLA | 1 |
| BUPIVACAÍNA 0.5% | AMPOLLA | 2 |
| LEVOBUPIVACAÍNA 0.5% | AMPOLLA | 1 |
| ROPIVACAÍNA 0.5% | AMPOLLA | 1 |
| KETAMINA 500mg | AMPOLLA | 1 |
| PROPOFOL 1% | AMPOLLA | 1 |





| | | |
|----------------------------|---------|----|
| LIDOCAINA 2% | AMPOLLA | 2 |
| TRAMADOL 50 mg | AMPOLLA | 2 |
| KETOPROFENO 100 mg | AMPOLLA | 2 |
| RANITIDINA 50 mg | AMPOLLA | 1 |
| METOCLOPRAMIDA 10mg | AMPOLLA | 1 |
| BICARBONATO DE SODIO 20meq | AMPOLLA | 2 |
| EPINEFRINA 1mg | AMPOLLA | 1 |
| CLNA 0.9% 1000cc | FRASCO | 2 |
| METAMIZOL1g | AMPOLLA | 2 |
| DIMENHIDRINATO 50MG | AMPOLLA | 1 |
| TRAMADOL 100 mg | TABLETA | 14 |
| DEXKETOPROFENO 25 mg | TABLETA | 14 |
| PARACETAMOL 10mg/ml | FRASCO | 1 |
| ELECTRODOS ADHESIVOS | UNIDAD | 6 |
| MÁSCARA CON RESERVORIO | UNIDAD | 1 |

V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

5.1 Descripción detallada del Procedimiento

A cargo del médico Anestesiólogo:

- El médico debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento, debiendo el paciente o familiar responsable registrar su aprobación o negación a realizar dicho procedimiento.
- Verificación del estado actual de salud del paciente, evaluación preanalgésica.
- El procedimiento debe iniciarse con los siguientes criterios: ausencia de sufrimiento fetal, buenas contracciones regulares con 3 a 4 min de diferencia con duración de 1 minuto, adecuada dilatación cervical (mayor a 4 cm) y encajamiento de la cabeza fetal.
- Durante el periodo de dilatación, la parturienta permanecerá en el ambiente destinado para ello. El médico u obstetra que atiende y dirige el parto deberá tener en cuenta las indicaciones del anestesiólogo respecto a la técnica de analgesia.
- Se establecerá un acceso venoso antes de iniciar la técnica y durante todo el periodo de analgesia neuroaxial.





- Realización de procedimiento terapéutico por médico anestesiólogo y/o médico en formación en anestesiología debidamente supervisado: Analgesia neuroaxial para parto normal. (Anexo 1)
- La analgesia regional para el trabajo de parto y el parto vaginal precisa de vigilancia y monitoreo continuo de pulsioximetría, frecuencia respiratoria, presión arterial y frecuencia cardiaca. Los datos deberán ser registrados en la hoja de monitoreo para analgesia en el trabajo de parto. (Anexo 2)
- La frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina debe ser monitorizada de forma continua.
- Es responsabilidad del anestesiólogo resolver posibles complicaciones de la técnica hasta que ésta haya finalizado y el estado en el puerperio sea satisfactorio y estable.
- Debe existir un lugar adecuado para la recuperación de la puérpera.
- Se utilizará monitorización adicional cuando las condiciones clínicas de la parturienta o el feto lo exijan. Cuando el bloqueo regional se convierta en un procedimiento anestésico se aplicarán los criterios del Departamento de anestesiología, para la monitorización básica intraoperatoria.
- Finalización del procedimiento y vigilancia durante el tiempo de recuperación.
- Realización del informe de procedimiento.
- Información al familiar y paciente de los hallazgos, así como los signos de alarma (sangrado, síncope, hipotensión, dolor abdominal intenso), de presentarlos deberá acudir a emergencia.
- Médico anestesiólogo, brindara sedación según evaluación previa de paciente, así como monitoreo durante y posterior al procedimiento.

5.2 Requisitos

- Historia Clínica: Documento médico legal la cual contiene los siguientes exámenes auxiliares rutinarios y documentos:





- Hemograma
 - Perfil de coagulación
 - Grupo y factor Rh
 - Glicemia, Urea y creatinina sérica.
 - Ecografía abdominal
 - No mayor a 3 meses de antigüedad.
-
- Verificación de indicación o contraindicación de analgesia neuroaxial, mediante hoja de evaluación preanalgésica. (Anexo 3)
 - Si el paciente se encuentra en emergencia u hospitalización de otra especialidad debe notificarse al servicio mediante interconsulta, desde donde se puede realizar la programación dentro del tiempo indicado según la patología del paciente.
 - Preparación óptima:
 - Ayuno de 8 horas
 - Firma de consentimiento informado del procedimiento. (Anexo 4)

VI. INDICACIONES

6.1. Indicaciones absolutas:

- El requerimiento de asistencia para alivio del dolor es condición suficiente para que ésta sea indicada. Esta indicación debe estar precedida por una evaluación anestesiológica y ginecológica que no contraindique la analgesia neuroaxial.

VII. CONTRAINDICACIONES

7.1 Absolutas:

- Negativa del paciente o de la persona responsable de dar el consentimiento.
- Hemorragia activa (hemorragias del 3er trimestre).



- Hipovolemia franca.
- Distrés fetal agudo (prolapso de cordón).
- Infección local o sistémica.
- Alergia a los anestésicos locales.
- Alteraciones de la coagulación / hemostasia:
 - Plaquetas <80,000
 - INR <1.5
 - Fibrinógeno <150 mg/dl
 - Tiempo de sangría > 10min

7.2 Relativas:

- Trastorno neurológico previo (Absoluta si en los últimos 12 meses meningitis)
- Cardiopatía evolucionada (NYHA III-IV)
- Deformidad de la columna vertebral
- Hipertensión endocraneal benigna.

El balance de riesgos y beneficios debe ser individualizado y cuidadosamente considerado.

VIII. COMPLICACIONES:

Aunque la analgesia epidural tiene múltiples complicaciones de muy diversa gravedad, algunas de ellas mortales, las más frecuentes son:⁹

Disminución de la presión arterial materna: La presión arterial disminuye un 20-30% respecto a los valores basales y la hipotensión manifiesta se presenta hasta en el 9% de las mujeres tras la analgesia epidural.

Cefalea postpunción: se presenta en casos de punción accidental de la duramadre, lo que ocurre en el 3% de los casos, aunque también es posible con la analgesia raquídea y con la combinada. Tras esa punción la cefalea grave aparece hasta en el 70% de las mujeres.

Prurito: Junto a la hipotensión y el dolor en la zona de punción es el efecto secundario más frecuente. Se relaciona con la administración de los opiáceos.





Dolor en la zona de punción: se presenta en un porcentaje elevado de casos y se relaciona con la lesión de los ligamentos interespinosos. La duración de la sintomatología es de aproximadamente un mes.

Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal: el abordaje epidural se ha relacionado con hasta un 8% de deceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal y con una mayor frecuencia de aparición de deceleraciones tardías o variables.⁹ Lagunas y fallos analgésicos por aplicación tardía o por limitaciones de la técnica.¹⁰

Depresión respiratoria: Muy infrecuente pero posible, la presencia de un anestesiólogo de experiencia es suficiente para detectarlo a tiempo y tomar las medidas correctivas.

• Administración sistémica: Para ayudar a evitar las reacciones inusuales que provoca esto, primero se administrará una dosis de prueba de la medicación, preguntar por vértigos, alteraciones del gusto, el entumecimiento de oídos, o taquicardia.

• Parestesias: Aunque estas sensaciones son comunes durante la inyección epidural, el daño permanente del nervio es extremadamente raro.

| COMPLICACIONES | PREVENCIÓN | TRATAMIENTO |
|-------------------------|---|---|
| HIPOTENSIÓN | Fluidos Decúbito lateral izq | Etilefrina Epinefrina Noradrenalina |
| CONVULSIONES | Dosis de prueba Técnica depurada | Control de la vía aérea Ventilación O2 al 100% Barbitúrico/Propofol |
| PUNCIÓN SUBDURAL | Pericia profesional | Cambio de lugar de punción Parche hemático: 10-15ml |
| ANESTESIA ESPINAL TOTAL | Dosis de prueba Evaluación de estado de conciencia | Manejo de la vía aérea Oxigenoterapia Vasoactivos |
| HEMATOMA EPIDURAL | Excluir coagulopatía | Control y monitoreo |



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

IX. RECOMENDACIONES:

| Recomendación | Nivel | Grado |
|---|-------|-------|
| Existe suficiente evidencia para recomendar el uso de analgesia neuroaxial para alivio del dolor en el trabajo de parto normal. ¹³ | I | A |
| Se recomienda analgesia epidural-espinal combinada si se requiere la instauración rápida del efecto analgésico, con el inconveniente de una mayor incidencia de prurito y el hecho de que es una técnica más invasiva. Comparada con la epidural tradicional produce además mejor analgesia (precisa menos rescate) con menor retención urinaria. Cuando se compara con la epidural a bajas dosis, no hay diferencias en la satisfacción materna. ¹⁴ | I | B |
| En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada con inclinación a más de 60 grados) frente a la posición supina durante el expulsivo. ¹⁵ | I | B |
| Se recomienda la asociación de opioides y bajas dosis de anestésico local para la analgesia epidural debido a que disminuye la dosis total de anestésico local empleado y produce menor bloqueo motor, mayor duración de la analgesia y prurito. ¹⁶ | I | A |
| No hay diferencias importantes (maternos y neonatales) que permitan recomendar un anestésico local sobre otro, sin embargo ropivacaína ha demostrado menor bloqueo motor que otros. ¹⁷ | I | A |

X. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NIVEL III

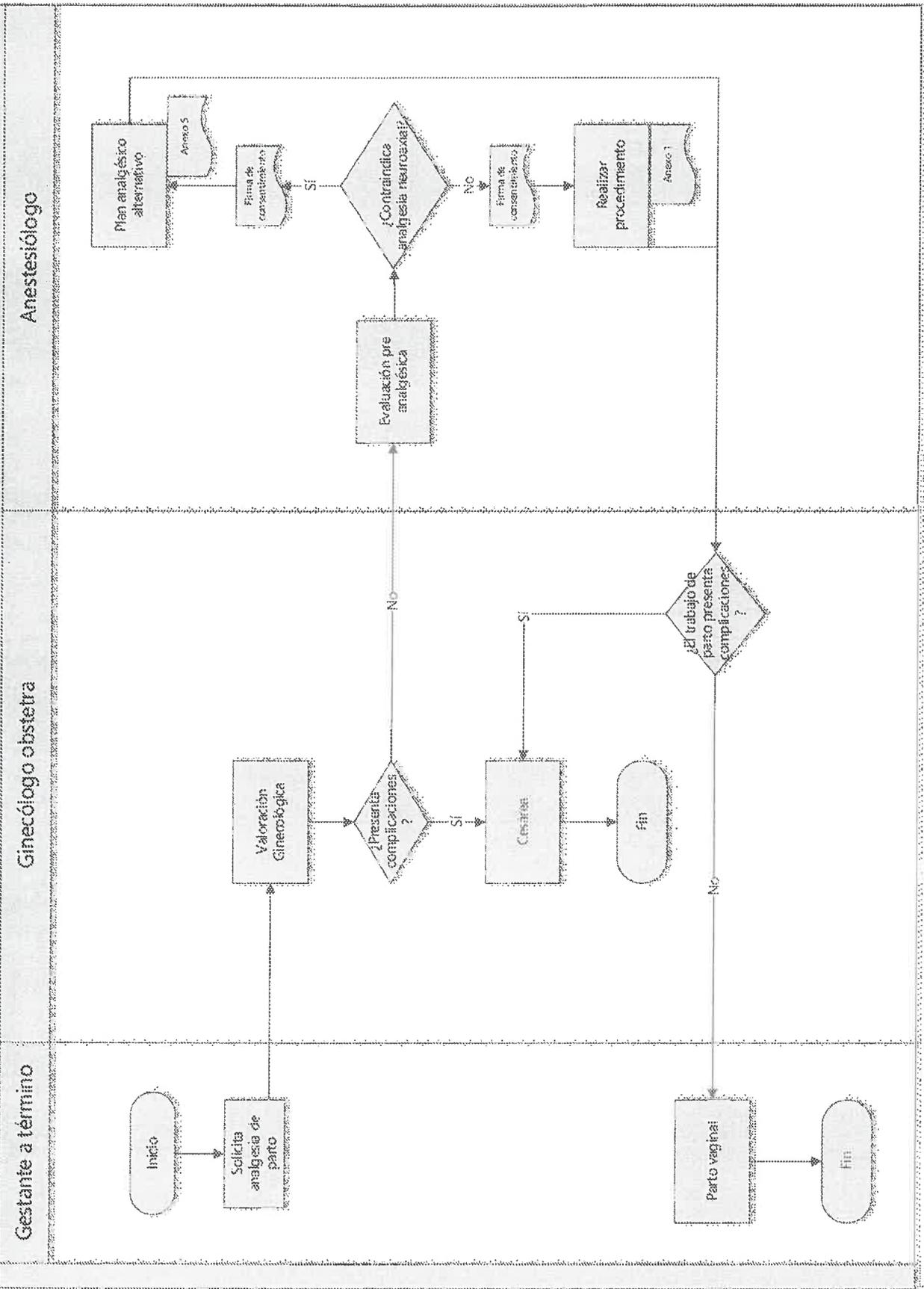
Los métodos invasivos de analgesia para parto y trabajo de parto se realizarán en aquellas instituciones que acrediten tener un centro quirúrgico operativo las 24 horas en presencia permanente de médicos anestesiólogos y ginecoobstetras. El HNHU cuenta con este requisito.





XI. FLUJOGRAMA / ALGORITMO

Flujograma: Analgesia de parto Hospital Nacional Hipólito Unanue





XII. ANEXOS

ANEXO 1

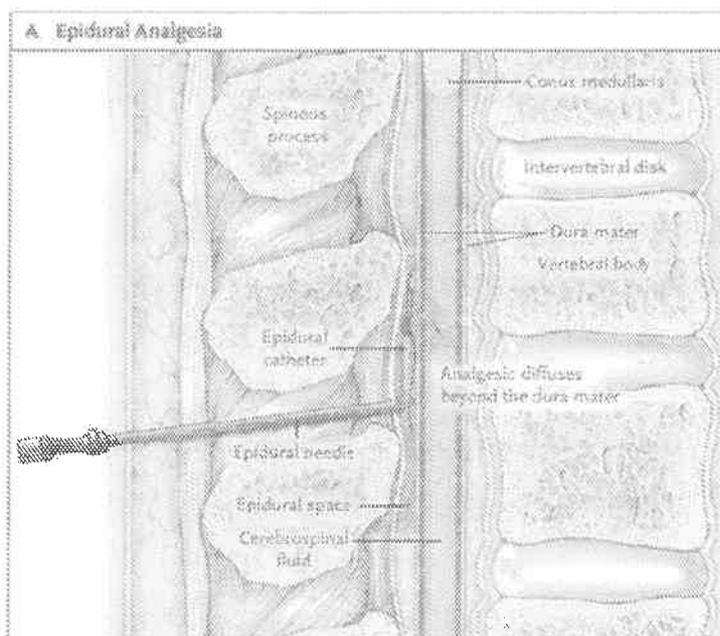
ANALGESIA NEUROAXIAL PARA PARTO NORMAL

ANALGESIA EPIDURAL

1. Monitorización:
 - Presión arterial cada 5 minutos durante los primeros 15min después de administrar un bolo de anestésico local.
 - SpO2 materna.
 - Monitorización de la FCF.
2. Prehidratación con 500ml de solución salina fisiológica al 0,9% en gestante sin restricción hídrica.
3. Preparación de fármacos para una posible reanimación hemodinámica.
4. Colocación de la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo o sedestación.
5. Elegir preferentemente el espacio L3-L4.
6. Infiltración con lidocaína 2% volumen de 4ml con jeringa de 5ml y aguja #23-25.
7. Identificación del espacio epidural con aguja Touhy #17-18, mediante técnica de pérdida de resistencia.
8. Luego de localizado el espacio, administrar una dosis test de 3 ml de lidocaína 1,5% con epinefrina 1:200.000 previo aspirado y después de una contracción uterina para diferenciar la taquicardia por dolor de las contracciones uterinas de la producida por la inyección intravascular del anestésico local.
9. Inserción del catéter 3 cm en el interior del espacio epidural.



10. Si la dosis test es negativa, administrar a través del catéter una o dos dosis de 5 ml de bupivacaína 0.25% o ropivacaína 0.2% para alcanzar el nivel metamérico T10.
11. A los 15 a 20 minutos evaluación del grado de bloqueo mediante exploración de sensibilidad térmica o táctil superficial y evaluación del dolor mediante Escala Visual Analógica (EVA) o Escala Verbal de Dolor (EVD). Si no aparece bloqueo quitar el catéter. Si el bloqueo está lateralizado sacar el catéter 0,5 a 1cm y administrar 3-5 ml de anestésico local (previa aspiración para comprobación de correcta localización). Si a pesar de estas medidas el catéter no funcional quitarlo. En caso de correcto funcionamiento iniciar infusión continua epidural de anestésicos locales según pauta protocolizada o bien analgesia intermitente a bolos.
12. Colocación de la madre en decúbito lateral izquierdo para evitar la compresión aortocava. Valorar decúbito según hemodinámica materno/fetal.
13. Medición de la tensión arterial materna cada 5-15 minutos dependiendo del estado hemodinámico, SpO₂, EKG continuo. Monitorización continua de la FCF.
14. Evaluación horaria del nivel de analgesia y de la intensidad del bloqueo motor.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

ANALGESIA RAQUÍDEA MONODOSIS

1. Paciente en decúbito lateral izquierdo o sentada
2. Localización espacio intervertebral L3-L4.
3. Punción lumbar con aguja espinal 27G previa asepsia y antisepsia de la zona de punción.
4. Esperar salida espontánea de LCR

Preparo de dosis espinal

5. Aspirar 2,5mg (0,5ml) de bupivacaína isobárica al 0,5%
6. Agregar 25mcg (0,5ml) de fentanilo
7. Agregar 2ml de SSF 0,9% hasta completar 3ml de volumen final.

Administración

8. Conectar jeringa sin aspirar e inyectar los 3ml en 30 segundos.
9. Aspire al final para certificar continuidad en el espacio intratecal.
10. Retire aguja raquídea y coloque parche de gasa.

Posición :

11. Mantener a la paciente en decúbito supino con desplazamiento lateral del útero por 20min.
12. Luego sentar o mantener en posición fowler.

ANALGESIA COMBINADA EPIDURAL-ESPINAL

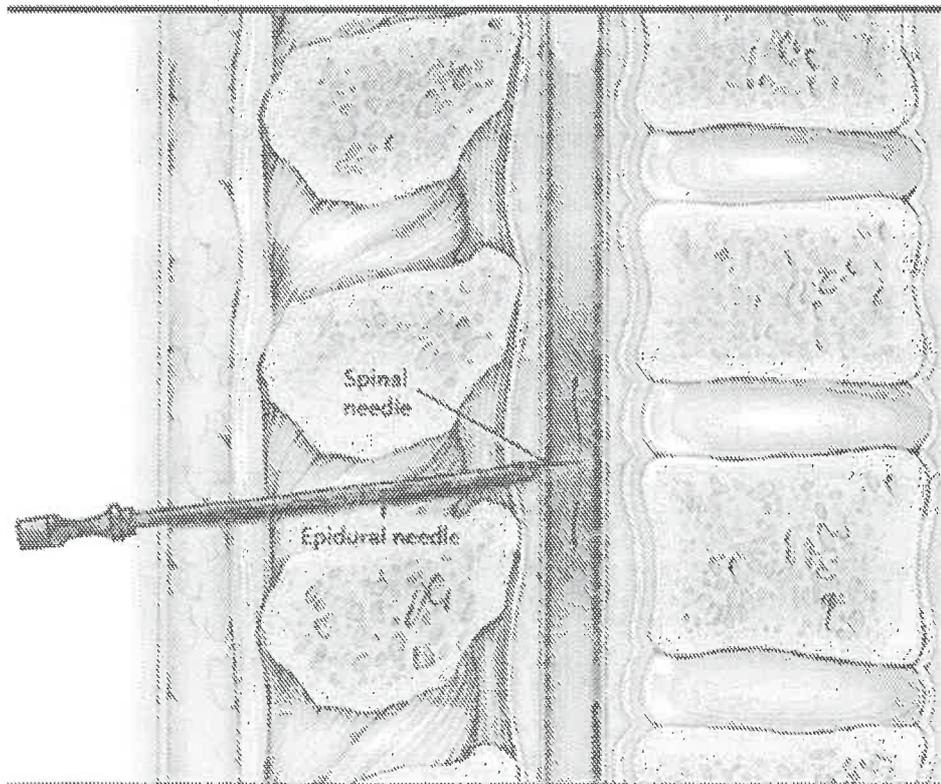
1. Paciente en decúbito lateral izquierdo o sentada.
2. Localización de espacio intervertebral preferentemente L3-L4.
3. Infiltración de zona de punción con lidocaína al 2%, previa asepsia y antisepsia de la región lumbosacra.
4. Utilizar técnica de pérdida de resistencia para localizar el espacio epidural.
Aguja Touhy N 17-18.
5. Localizado el espacio. Colocar la aguja espinal N27 o 29 a través de la aguja epidural (set de epidural-espinal) y verificar salida del LCR.





6. Infundir el volumen requerido según etapa de trabajo de parto.
7. Retirar aguja espinal y dejar el catéter epidural en espacio epidural.
8. Control de PA cada 5 minutos durante 20 min.
9. Comprobar el nivel de analgesia con un alfiler.
10. Retirar el catéter epidural como máximo hasta 24h.
11. La dosis recomendada de bupivacaína isobárica 1.5mg más 15mcg de fentanilo por vía espinal. Seguimiento de bolo epidural intermitente de 10-15ml de bupivacaína 0,0625%-0,125% si el efecto se disipa.

B Combined Spinal-Epidural Analgesia





ANEXO 2

HOJA DE MONITOREO DE ANÁLISIS DE PARTO

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|---|--|
| APellidos: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____ | | AP. MÉDICOS: Patología Gestacional: _____ | | Datos Gestacionales: Paridad: <input type="text"/> <input type="text"/> T. Gest: <input type="text"/> <input type="text"/> Alergias: _____ | | Instrumentación: Forceps <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> VACUUM <input type="checkbox"/> EMP <input type="checkbox"/> Cesárea: APEI <input type="checkbox"/> ARAGUI <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> ENERGO <input type="checkbox"/> AFGAR: _____ | | EPIDURAL/ESPINAL/EPIDURAL-ESPINAL Nivel punción: _____ D. BOLD: _____ D. Refuerzo: _____ Complicaciones: _____ | |
| Horas: _____ | | Medicamentos: BUPR 0.125% _____ BUPR 0.25% _____ BUPR 0.5% _____ BUPR 0.375% _____ ROPR 0.2% _____ ROPR 0.75% _____ BUCOCAINAL 2% _____ FENTANIL _____ ATROPINA (mg) _____ ETILEFRINA (mg) _____ BROMAGE _____ NIVEL _____ | | INICIO PARTO X INICIO EPIDURAL + FIN PARTO @ DEATACION (MIN) 220 _____ 200 _____ 180 _____ 160 _____ 140 _____ 120 _____ 100 _____ 80 _____ 60 _____ 40 _____ 20 _____ | | TENSION ARTERIAL FCM FRECUENCIA CARDIACA I | | | |



ANEXO 3



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE
FECHA: ___/___/___

EVALUACIÓN PRE ANALGESIA OBSTÉTRICA

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

HORA: _____

1. Tipo de paciente: a. Hospitalizado b. Emergencia
c. SIS d. Otro: _____

2. Diagnóstico: _____

Intervención propuesta: _____

3. ANTECEDENTES:

TBC _____ HTA _____ Cardiopatía _____ Alergia _____ Transfusión _____
Diabetes _____ Infartos _____ EPOC _____ Otros _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

4. ENFERMEDAD ACTUAL: _____

Tiempo de enfermedad: _____ Tiempo hospitalizada: _____

Sintomas: _____ ASA: _____

5. EXAMEN FÍSICO: P.A: _____ Pulso: _____ FR: _____ Temp: _____

Tiro mentonismo: _____ Mallampati: _____

Apertura oral: _____ Col. Lumbar: _____

Otros: _____

6. APARATO CARDIOVASCULAR: Riesgo O₂: _____ Otros: _____

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Hb: ___ gr% Hto: ___ % Glucosa: _____ Urea: _____ Creatinina: _____ Plaquetas: _____

Tiempo de coagulación: _____ Tiempo de sangría: _____ INR: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____ Otro: _____

Ecografía obstétrica: _____

8. EXAMEN OBSTÉTRICO:

FCF: ___ lpm Dilatación: ___ cm Pelvimetría: Ginecoide ___ Androide ___ BISHOP: _____

9. TIPO DE ANALGESIA DE PARTO:

Epidural _____ Espinal: _____ Comb.Epidural-Espinal: _____ Otro: _____

10. PLAN ANALGÉSICO: _____

| APellidos y Nombres | EDAD | SERVICIO | CAMA | HISTORIA CLÍNICA |
|---------------------|------|----------|------|------------------|
| | | | | |





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANALGESIA DURANTE EL PARTO

PACIENTE.....HCL:.....

Fecha:

INFORMACIÓN SOBRE LA ANALGESIA EPIDURAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

¿En qué consiste? La analgesia/anestesia epidural elimina la sensación de dolor producida por las contracciones del parto.

¿Cómo se realiza? Se inyecta el anestésico local en un determinado lugar de la columna vertebral lumbar en la proximidad de los nervios que transmiten la sensación dolorosa, llamado **espacio epidural/espinal**. La inyección no duele ya que el punto de la misma está previamente anestesiado. El anestesiólogo vigilará todas sus funciones vitales durante la anestesia para evitar cualquier posible complicación. La anestesia loco-regional no suele ocasionar lesiones nerviosas en contra de la creencia popular.

VENTAJAS DE LA ANALGESIA NEUROAXIAL

Las ventajas de la analgesia neuroaxial son: Notable control del dolor en el 80% de los casos; Es el método analgésico que mejor elimina el dolor del parto; No perjudica al feto; Disminuye la ansiedad de la madre que estará consciente y podrá colaborar mejor en el trabajo del parto; Puede convertirse en una anestesia si fuera necesario realizar cesárea.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Puede ocurrir analgesia insuficiente, repetición de la técnica (nueva punción), punción intradural (salida del líquido cefalorraquídeo que rodea los nervios). Puede producir dolor de cabeza, punción dificultosa o imposible de realizar, temblores, náuseas y vómitos, disminución de la movilidad de las piernas, dolor de espalda, disminución de la tensión arterial, retención de orina aumento del parto instrumentado (forceps, ventosa, espátulas), complicaciones que afectan a las raíces nerviosas (excepcionales), complicaciones infecciosas (excepcionales), reacciones alérgicas, rotura de la aguja o del catéter

Otras: _____

No obstante, la analgesia epidural proporciona niveles altos de seguridad tanto para la madre como para el feto.

DECLARO:

Que en pleno uso de mis facultades mentales he sido informada por el médico, de las ventajas e inconvenientes de la ANALGESIA NEUROAXIAL en el parto y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ANALGESIA NEUROAXIAL

Firma de la paciente:



Nombre: Huella digital

DNI:.....





Firma del médico:

Nombre:

Representante legal (en caso de incapacidad de la paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

Parentesco.....Firma.....
digital



Huella

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Dofia.....como paciente y/o
Don/Dofiacomo su
representante legal, revoco el consentimiento informado, prestado en
fecha.....y declaro por tanto que, por motivos personales, no
conciento en someterme al procedimiento propuesto.

Nombre y apellido

DNI.....

Firma del paciente o representante legal



Huella digital

Fecha:





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

Anexo 5

Medidas alternativas para analgesia de parto neuroaxial

1) Medidas no farmacológicas

- 1.1 La inmersión en agua a la temperatura corporal durante el trabajo de parto produce un inmediato alivio del dolor de las contracciones y facilita la relajación y la movilidad de la madre.¹⁸
- 1.2 Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador por acompañante como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del trabajo de parto.¹⁹

2) Medidas farmacológicas

- 2.1 La utilización de óxido nitroso (N₂O) en mezcla al 50% con Oxígeno es una alternativa en la analgesia moderada del trabajo de parto. La administración de óxido nitroso puede hacerse mediante inhalación de forma continua o de manera intermitente solo durante las contracciones.²⁰
- 2.2 Los opioides parenterales tienen un efecto moderado en el alivio del dolor del parto, independientemente del fármaco o vía de administración y pueden provocar náuseas y vómitos.
- Meperidina 1mg/kg de peso no exceder 100mg por vía endovenosa.
 - Fentanilo 0,5mg-1mg/kg de peso no exceder 150mg.
 - Remifentanilo por vía intravenosa con analgesia controlado por el paciente (ACP) es eficaz para la analgesia obstétrica con un bolo de 0.25mcg/kg, intervalo de cierre de 2 minutos y una infusión continua de 0.025-0.1mcg/kg/min.²¹
- 2.3 Dexmedetomidina dosis de carga (1 mcg/kg en 10-15 minutos, seguido de una infusión en 0,2-0,7 mcg/kg/hora).





XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sodha, S., Reeve, A., & Fernando, R. (2017). *Central neuraxial analgesia for labor: an update of the literature*. *Pain Management*, 7(5), 419–426. doi:10.2217/pmt-2017-0010
2. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*. 2014 01 01;13(1)
3. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [acceso 2 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf.
4. Flores A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2017
5. Aragão FF, Aragão PW, Martins CA, Leal KFCS, Ferraz Tobias A. Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura [Neuraxial labor analgesia: a literature review]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019 May-Jun;69(3):291-298. Portuguese. doi: 10.1016/j.bjan.2018.12.001. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30777350.
6. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD000331.14.
7. Flett GG. Analgesia in labour: induction and maintenance. *Anaesth Intensive Care Med*. 2016;17:324–7.
8. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;CD007238.
9. ACOG. Practice Bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;78:321-35
10. Sultan P, Murphy C, Halpern S, et al. The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes: a meta-analysis. *Can J Anesth*. 2013;60:840-54.
11. Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:S31-68





12. Nonet, C. C., & Miranda, R. R. Analgesia para labor de parto. (Internet). Costa Rica. 2016. *Rev Méd Cost Rica y Centroamérica*, 72(616), 561-567. Citado el 12 de Nov de 2020. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc153j.pdf>
13. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, وآخ. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [انترنت]. 2012;3. موجود في:
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84861995538&partnerID=40&md5=f5d3b7a0a0cb50fdd9dd4307d6a15931>
14. Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD003401. DOI:
10.1002/14651858.CD003401.pub3
15. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 9;11(11):CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub4. PMID: 30411804; PMCID: PMC6517130.
16. Li B, Wang H, Gao C. Bupivacaine in combination with fentanyl or sufentanil in epidural/intrathecal analgesia for labor: a meta-analysis. *J Clin Pharmacol*. 2015 May;55(5):584-91. doi: 10.1002/jcph.453. Epub 2015 Mar 1. PMID: 25535687.
17. Li Y, Hu C, Fan Y, Wang H, Xu H. Epidural analgesia with amide local anesthetics, bupivacaine, and ropivacaine in combination with fentanyl for labor pain relief: a meta-analysis. *Med Sci Monit*. 2015 Mar 29;21:921-8. doi: 10.12659/MSM.892276. PMID: 25816849; PMCID: PMC4395021.
18. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 16;5(5):CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4. PMID: 29768662; PMCID: PMC6494420.
19. Yuill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jun 10;20(1):343. doi: 10.1186/s12884-020-03023-6. PMID: 32517734; PMCID: PMC7285707.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UANUÉ

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y
CENTRO QUIRÚRGICO

20. Richardson MG, Lopez BM, Baysinger CL. Should Nitrous Oxide Be Used for Laboring Patients? *Anesthesiol Clin*. 2017 Mar;35(1):125-143. doi: 10.1016/j.anclin.2016.09.011. PMID: 28131115.
21. Schnabel A, Hahn N, Broscheit J, Muellenbach RM, Rieger L, Roewer N, Kranke P. Remifentanyl for labour analgesia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Anaesthesiol*. 2012 Apr;29(4):177-85. doi: 10.1097/EJA.0b013e32834fc260. PMID: 22273829.



