



# Resolución Ministerial

Lima, ...9... de...MAYO... del...2023



K. PARDO

**Visto**, el Expediente N° 2023-0081394, que contiene los Oficios N° 937-2023-JEF-OPE/INS y N° 966-2023-JEF-OPE/INS, las Notas Informativas N° 208-2023-UNAGESP-CNSP/INS, N° 219-2023-UNAGESP-CNSP/INS y N° 033-2023-LVB-UNAGESP-CNSP/INS y el Informe Técnico N° 030-2023-LVB-UNAGESP-CNSP/INS del Instituto Nacional de Salud; y, el Informe N° D000486-2023-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen 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, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;

Que, el literal a) del artículo 6) del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2003-SA, señala que el Instituto Nacional de Salud tiene como objetivo estratégico institucional desarrollar investigaciones en salud para la prevención de riesgo, protección del daño, recuperación de la salud, y rehabilitación de las capacidades de las personas;

Que, el apartado 6.1.7 del subnumeral 6.1 de la NTS N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, aprobado por Resolución Ministerial N° 031-2022/MINSA, ha previsto que, en la atención del parto como experiencia positiva, el personal de la salud debe respetar el derecho de la usuaria al alivio del dolor, el cual debe estar sólo limitado por el desarrollo de la ciencia. Corresponde al



C. MESTAS



V. SUÁREZ



A. AVILA



H. GAMBOA



Z. ALEGRIAH



C. ALVARADO CH.



establecimiento de salud prestador de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecer y asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para ese fin;

Que, mediante los documentos del visto, el Instituto Nacional de Salud ha propuesto la Guía Técnica para el Tratamiento del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto utilizando la Técnica Neuroaxial;

Estando a lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud;

Con el visado del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1.-** Aprobar la Guía Técnica para el Tratamiento del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto utilizando la Técnica Neuroaxial, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.



**Artículo 2.-** Derogar la Resolución Ministerial N°634-2006/MINSA, que aprueba la "Guía de Práctica Clínica: Analgesia Epidural en Gestantes durante el Trabajo de Parto y Parto".



**Artículo 3.-** Encargar al Instituto Nacional de Salud, en el marco de sus funciones, la difusión del documento normativo aprobado en el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 4.-** Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



**ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO**  
Ministra de Salud





## GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO UTILIZANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

### I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de atención de mujeres gestantes sanas y sin factores de riesgo, en base a procesos estandarizados y la mejor evidencia científica, para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto utilizando la técnica neuroaxial.

### II. OBJETIVO

Establecer los criterios de atención para el manejo del dolor en la paciente gestante sana y sin factores de riesgo durante el trabajo de parto y parto utilizando la técnica neuroaxial, contribuyendo a la calidad y estandarización en la práctica clínica y al bienestar y la satisfacción materna.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación en los establecimientos de salud de nivel II y III de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud y de las Direcciones de Redes Integradas de Salud en Lima Metropolitana que realizan el manejo de gestantes en trabajo de parto y parto. Puede servir de referencia para los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – Es-Salud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y otras IPRESS públicas, privadas y mixtas que realizan el manejo de gestantes en trabajo de parto y parto.

### IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Manejo del dolor en el trabajo de parto y parto utilizando la técnica neuroaxial en gestante sana y sin factores de riesgo.

#### 4.1. Nombre y código

- Admisión para el parto a término no complicado. Código: CIE 10: O80.
- Analgesia en gestantes para parto y trabajo de parto. Código: CIE 10: O30.8.

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Analgesia:** Alivio del dolor, mediante medicamentos o intervención médica, sin generar pérdida de la conciencia.
- **Analgesia del parto:** Reducción y/o manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto, utilizando diversas técnicas y procedimientos realizados por el/la médico especialista, en coordinación con el equipo multidisciplinario de atención a la gestante. Dentro de las técnicas farmacológicas, están las técnicas neuroaxiales y endovenosas, entre otras.
- **Analgesia combinada:** Analgesia intradural más analgesia epidural.
- **Analgesia epidural:** Tipo de analgesia neuroaxial en la que se introduce el anestésico en las proximidades de la médula espinal (espacio epidural), sin perforar la duramadre.
- **Analgesia intradural o espinal:** Tipo de analgesia neuroaxial en la que se perforan la duramadre y aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo, mezclándose con el líquido cefalorraquídeo.





## GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

- **Analgesia neuroaxial:** Analgesia que incluye las técnicas intradural, epidural o combinada. Estas pueden usarse como dosis única o inserción de catéter que permita dosis subsecuentes o administración continua.
- **Dolor:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.
- **Dolor irruptivo o dolor incidental:** Es un dolor transitorio que puede ocurrir durante el trabajo de parto, es de corta duración (generalmente menos de 60 minutos), alcanza su máxima intensidad en 15 minutos y puede aparecer a pesar de un adecuado tratamiento.
- **Dolor en trabajo de parto y parto:** Es el dolor que ocurre a consecuencia del trabajo de parto y parto. En una escala de dolor del 0 al 50, la intensidad del dolor durante el trabajo de parto y parto es de alrededor de 40 en nulíparas y de 30 en múltiparas. La percepción del dolor en las gestantes puede ser consecuencia de muchos factores, entre ellos la ansiedad, experiencias anteriores, aspectos étnicos-culturales y el entorno medio ambiental, los cuales pueden condicionar el incremento en la percepción de la intensidad de este dolor.
- **Duración de la dilatación:** La duración de un parto depende de muchos factores, la tasa de dilatación es aproximadamente de un centímetro a la hora. La NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA o la que haga sus veces, describe los tiempos promedio de duración de cada fase del parto.
- **Gestante sana y sin factores de riesgo:** Es aquella que no padece una enfermedad ni presenta ninguna complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, entre otros, ni cualquier condición que genere la necesidad de cuidados o intervenciones específicas.
- **Hipotensión materna:** Es la complicación más frecuente de la anestesia espinal para la cesárea, se asocia con náuseas o vómitos y puede generar graves riesgos para la madre (pérdida de conciencia, aspiración pulmonar) y el/la neonato/a (hipoxia, acidosis, lesión neurológica).
- **Satisfacción materna:** Es la valoración positiva de la intervención sanitaria, determinada tanto por las expectativas de la paciente como por la calidad de atención percibida. 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/as profesionales sanitarios/as, recibir información detallada y comprensible que le ayude a tomar decisiones durante el proceso, 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.



### 5.2 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Para poder brindar atención con métodos invasivos de analgesia para trabajo de parto y parto las 24 horas, los establecimientos de salud del nivel II y nivel III de atención deben contar con los ambientes, insumos (Tabla 1) y personal necesarios, incluyendo lo requerido para la punción raquídea, y la presencia de anestesiólogo/a y del/de la gineco-obstetra para el manejo de las distintas etapas del parto.

El equipo multidisciplinario de los establecimientos de salud de nivel II y III de atención deben de tener en cuenta que para la administración de analgesia neuroaxial se requiere personal que monitorice el binomio madre-feto de manera permanente, incluso en



## GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

gestantes sanas y sin factores de riesgo ni complicaciones. Si las gestantes tienen factores de riesgo y/o complicaciones deben ser manejadas en un establecimiento de salud de nivel III.

### 5.3 EL ALIVIO DEL DOLOR COMO EL EJERCICIO DE UN DERECHO DE LAS USUARIAS DE SALUD

Siendo el alivio del dolor un derecho de las gestantes usuarias de los servicios de salud, los establecimientos de salud del nivel II y III deben asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para el manejo del dolor mediante técnicas neuroaxiales (numeral 6.1.7. Atención del Parto como experiencia positiva de la NTS N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2022/MINSA o la que haga sus veces).

### 5.4 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

Dentro de las medidas profilácticas para que la gestante tenga una experiencia positiva durante el trabajo de parto y parto, hay una serie de factores que tienen relación con la interculturalidad, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, no sufrir de violencia psicológica ni física en el ámbito laboral ni domiciliario, la presencia del/de la acompañante, entre otros, que se brindan durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé. Durante la atención prenatal, también se debe brindar información sobre la analgesia neuroaxial para que la gestante la asimile mejor. Si bien las prácticas de psicoprofilaxis podrían ser de ayuda para algunas gestantes, la evidencia no sustenta su utilidad a nivel general.

Una vez en trabajo de parto y parto, sin embargo, el dolor que presenta la mayoría de las gestantes hace que se requieran medidas adicionales, como la analgesia. Esta es un componente del concepto de parto humanizado. Para proceder a la misma, se debe considerar la situación clínica de la parturienta, principalmente el grado de progresión del trabajo de parto y parto y las eventuales patologías maternas concurrentes que puedan presentarse en la progresión de los mismos y que requieran una evaluación especial.

### 5.5 ASPECTOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

En aquellas gestantes sanas y sin factores de riesgo que experimenten dolor intenso durante el trabajo de parto y parto, se debe ofrecer la administración de analgesia neuroaxial para alivio del dolor, no sólo por los beneficios en el alivio del dolor y el confort de la paciente, sino también porque atenúa los episodios cardiovasculares, de hiperventilación, hipoventilación compensatoria y estados de hipoxemia en la madre.

El manejo del dolor es favorable para la mujer parturienta, hace más tolerable la dinámica uterina y puede mejorar la salud mental, disminuyendo la depresión en la etapa postparto, brinda tranquilidad y ayuda a que la madre se reincorpore pronto en sus actividades, así como al cuidado del/de la recién nacido/a.

El uso de la analgesia con técnica neuroaxial debe contemplar los siguientes aspectos:

1. Elección del tipo de técnica neuroaxial.
2. Momento adecuado de la administración de la analgesia.
3. Uso de opioides añadidos (fentanilo), de ser necesario.
4. Uso de volúmenes parenterales durante la analgesia.





## GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

### 5. Técnicas de mantenimiento de la analgesia.

Para iniciar el manejo terapéutico del dolor en el trabajo de parto y parto, se debe brindar información acerca de las diferentes opciones o técnicas de analgesia neuroaxial (epidural, combinada, otras) a las gestantes sanas y sin factores de riesgo, y obtener el consentimiento informado correspondiente.

## 5.6. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

### 5.6.1 Profesional responsable del procedimiento:

Anestesiólogo/a con competencias y experiencia en la técnica materia de la presente guía técnica (definidas en Estándares mínimos de formación en Anestesiología, CONAREME).

### 5.6.2. Recursos y materiales a utilizar

Para la aplicación de cualquier técnica de analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto y parto, el establecimiento de salud debe contar con un/a anestesiólogo/a con competencia y experiencia en la materia. El procedimiento se realiza en sala de partos del centro obstétrico del establecimiento de salud o en un ambiente contiguo/cercano a la sala de operaciones que tenga todos los elementos considerados en la Tabla 1.

**Tabla 1. Insumos necesarios para la administración de analgesia neuroaxial.**

- |   |
|---|
| <p>a. Cubeta conteniendo los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Una Aguja epidural tipo Tuohy N° 17 o 18; y una aguja espinal tipo punta de lápiz N° 27 G (esta última solo para casos de combinado espinal epidural)</li><li>• Una Jeringa de baja resistencia.</li><li>• Jeringas descartables de 5 ml, 10 ml y 20 ml. (una de cada una)</li><li>• Aguja descartables N° 23, 21 y 18. (una de cada una)</li><li>• Un Catéter epidural N° 20</li><li>• Un Filtro antibacteriano para el catéter epidural</li><li>• Un paquete de Gasas pequeñas</li><li>• Un Recipiente de metal o vidrio para la solución antiséptica</li><li>• Una pinza Foerster</li><li>• Un Campo fenestrado.</li></ul> <p>b. Anestésicos locales y adyuvantes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 frasco de 20ml de Lidocaína al 2%,</li><li>• 1 frasco de 20ml Bupivacaina al 0.5%, o 1 ampolla de 5 ml Bupivacaina 0.5% + glucosa 7.5% a 8% (esta última solo para casos de combinado espinal epidural)</li><li>• 1 ampolla de 10 ml de Fentanilo 0,05mg/ ml</li></ul> |
|---|



## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 CUADRO CLÍNICO

#### 6.1.1. Signos y síntomas

El trabajo de parto y parto tiene 3 etapas, siendo la primera, la fase más prolongada que dura desde el inicio del cambio cervical hasta la dilatación de 10 cm. Esta a su vez se puede dividir en fases latente y activa. La fase latente es desde el inicio de la dilatación cervical hasta lograr una dilatación de 4 centímetros y se caracteriza por contracciones uterinas rítmicas, pero de relativa poca frecuencia e intensidad. La percepción del dolor durante esta fase depende de la gestante, pero usualmente es tolerable. La fase activa del trabajo de parto se asocia con una tasa más rápida de dilatación cervical. El dolor en esta fase es más



intenso y muchas gestantes refieren no poder tolerarlo. La segunda etapa del trabajo de parto ocurre desde la dilatación cervical completa (10 cm) hasta el nacimiento del/de la bebé al finalizar el periodo expulsivo. La tercera etapa ocurre desde la expulsión del producto hasta la separación y expulsión de la placenta y las membranas.

### 6.1.2. Interacción cronológica

Los tiempos de las distintas etapas del trabajo de parto y parto, incluyendo la fase latente y la fase activa, la fase de expulsivo y de expulsión de la placenta y membranas varían de acuerdo a si la gestante es primípara o multípara y otros factores, que están descritos en la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA o la que haga sus veces.

## 6.2. DIAGNÓSTICO

### 6.2.1. Criterios de diagnóstico

El trabajo de parto se diagnostica cuando las contracciones uterinas son rítmicas (generalmente con una periodicidad de hasta 5 minutos) y generan cambios en el cuello del útero. A continuación, la Tabla 2 muestra la evaluación básica a realizar cuando una gestante acude al establecimiento de salud.

Tabla 2: Evaluación de la gestante en trabajo de parto

<b>a. Características de la madre</b>
Dilatación cervical, borramiento del cuello, consistencia
Características de la arquitectura del hueso pélvico
Patrón de actividad de las contracciones (normal o disfuncional)
<b>b. Características del producto</b>
Peso estimado
Presentación, posición, grado de flexión
Sinclitismo
Características de la cabeza: grado de amoldamiento craneal, sucedáneo de caput
Estación (patrón de descenso)

Fuente: Cohen Clinical evaluation of labor: an evidence -and experience- based approach



### 6.2.2. Diagnóstico diferencial

Diversas condiciones pueden simular el dolor del trabajo de parto y pueden ser de origen obstétrico o de otros órganos abdominales. Estas condiciones pueden involucrar etiologías ginecológicas, como hipertensión asociada al embarazo, ruptura uterina, sangrado placentario, entre los más graves. El dolor también puede originarse por patologías gastrointestinales, urológicas, vasculares y traumáticas, como pancreatitis, hepatitis, emergencias vasculares (trombosis) de las venas y arterias intrabdominales. Las emergencias quirúrgicas más comunes son la apendicitis aguda y la colecistitis calculosa aguda. La cirugía es necesaria en el 0,2 - 2% de los casos de dolor no asociado al parto en gestantes.

## 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Se sugiere realizar los siguientes exámenes auxiliares en gestantes en trabajo de parto con indicación de analgesia (se pueden utilizar los resultados de pruebas realizadas en los últimos 3 días):



### 6.3.1. De patología clínica:

Exámenes de laboratorio: Hemograma completo, Grupo y Rh, recuento de plaquetas, TP, TTPa y fibrinógeno.

### 6.3.2. De imágenes:

Ecografía abdominal, de acuerdo a las indicaciones del/de la médico gineco obstetra.

### 6.3.3. De exámenes especializados complementarios:

Dependiendo de la patología que se presente, la gestante puede requerir exámenes complementarios como aquellos para descarte de patología infecciosa, discrasia hematológica, patología pulmonar o cardíaca, de acuerdo a criterio del/de la anestesiólogo/a y el/ la gineco-obstetra.

## 6.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

### Indicaciones

La analgesia neuroaxial se ofrece a toda gestante en trabajo de parto y parto sana y sin factores de riesgo.

Para todas las siguientes circunstancias, se debe considerar la administración de analgesia neuroaxial:

- Primigesta adolescente.
- Distocias dinámicas (Hipodinamia uterina).
- Presentación distócica (occípito iliaca derecha posterior, transversas).
- Distocia cervical (Espasmo Cervical).
- Cesárea anterior sin otra contraindicación para parto vaginal.
- Óbito fetal.
- Parto inducido.

En todos los casos, la paciente debe brindar su consentimiento informado para el procedimiento.

### Contraindicaciones:

- Negativa por parte de la paciente.
- Hipovolemia y shock.
- Hemorragia activa por placenta previa sangrante o desprendimiento de placenta.
- Enfermedades del sistema nervioso central en fase activa (Incremento de la presión intracraneal).
- Coagulopatías o alteraciones en las pruebas de hemostasia y coagulación:
  - Plaquetopenia: Plaquetas < 100 000/ml.
  - Coagulopatía con INR >1.5 (TP y TTPA prolongados).
  - Fibrinógeno <200mg/dl.
  - Tromboprofilaxis: Administración menor a 12 horas de heparina de bajo peso molecular y menor a 4 horas de heparina no fraccionada.
- Alergia a medicamentos, ya sea a anestésicos locales o endovenosos.
- Síndrome de HELLP.





- Crisis hipertensiva.

## 6.5 PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

A toda paciente que va a ser sometida al procedimiento, se le debe colocar una vía periférica permeable. La hidratación de la gestante se realiza de acuerdo a la evaluación clínica. Luego se procede a:

- Monitorización de la gestante: Monitoreo básico (Frecuencia cardiaca, Presión arterial no invasiva y saturación de oxígeno).
- Monitorización fetal: cardiotocografía.
- Monitorización del dolor: Mediante escala numérica verbal de 0-10: Dolor leve hasta < 4, Dolor moderado < 7, dolor severo >7.

## 6.6 RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE LAS TÉCNICAS ANALGÉSICAS NEUROAXIALES

### RECOMENDACIÓN 1

Se recomienda el uso de analgesia con técnica neuroaxial en gestantes sanas y sin factores de riesgo.

Se debe considerar que el acceso a la técnica neuroaxial se realiza en establecimientos de salud de niveles II y III, por el requerimiento de anestesiólogo/a, infraestructura y equipamiento apropiado.

### RECOMENDACIÓN 2

Se sugiere la elección del tipo de técnica neuroaxial dependiendo de las características de la paciente, las características y factores propios del trabajo de parto y del objetivo planteado.

Dentro de los tipos de técnica a utilizar se encuentran:

#### a) Analgesia epidural:

Se recomienda la analgesia epidural para reducir el dolor durante el trabajo de parto como técnica regular de analgesia neuroaxial.

#### b) Analgesia combinada espinal – epidural

Este tipo de analgesia es una opción para el establecimiento de la analgesia regional en el trabajo de parto y parto. Los principales beneficios de la analgesia combinada son la calidad y el tiempo de la analgesia, siendo más rápida que la epidural, además, en pacientes con múltiples analgesias epidurales previas, esta resulta menos efectiva en controlar el dolor, por lo que, en estas pacientes, la analgesia combinada resulta beneficiosa. Por tanto, se considera el uso de la analgesia combinada espinal - epidural en bajas dosis en gestantes sanas y sin factores de riesgo, monitorizando permanentemente el binomio madre-feto.

#### c) Analgesia con punción dural – epidural

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 utiliza.

Esta técnica está indicada en 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 cardiaca fetal. Por lo que se sugiere el uso de analgesia con



V. SUÁREZ



## GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

punción dural-epidural como una opción de analgesia neuroaxial en gestantes sanas y sin factores de riesgo, monitorizando permanentemente el binomio madre-feto.

### **d) Analgesia espinal única**

La analgesia espinal única está indicada para casos particulares 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 dependen de cada caso. Por lo tanto, se sugiere la analgesia espinal única como una opción adicional de analgesia neuroaxial en gestantes sanas y sin factores de riesgo en trabajo de parto monitorizando permanentemente el binomio madre-feto.

### **RECOMENDACIÓN 3**

Se recomienda brindar analgesia neuroaxial en la primera etapa del trabajo de parto en gestantes sanas y sin factores de riesgo, que así lo requieran o soliciten, sin ser necesario un grado de dilatación cervical en particular para decidir su inicio y dependiendo de la evaluación médica, monitorizando permanentemente el binomio madre-feto.

### **RECOMENDACIÓN 4**

Se sugiere no administrar una carga de volumen parenteral de solución salina al 0.9%, previo al uso de la analgesia neuroaxial. No se requiere esta pre-carga de volumen parenteral en gestantes en trabajo de parto y parto sanas y sin factores de riesgo que desean recibir analgesia neuroaxial. Siempre considerando el monitoreo estricto del binomio madre-feto.

### **RECOMENDACIÓN 5**

Se sugiere utilizar opioides, como fentanilo (2 mcg/ml) añadidos al anestésico local (bupivacaina 0,0625%-0,125%) al administrar la analgesia neuroaxial en gestantes sanas y sin factores de riesgo en trabajo de parto y parto para conseguir control del dolor. Siempre considerando el monitoreo estricto del binomio madre-feto.

### **RECOMENDACIÓN 6**

Se recomienda mantener la analgesia neuroaxial en gestantes sanas y sin factores de riesgo durante la segunda etapa del trabajo de parto. El mantenimiento de la analgesia neuroaxial se realiza mediante el uso de bolos epidurales de anestésico local (bupivacaina 0,0625%-0,125%, combinado con fentanilo 2 mcg/ml), intermitentes o programados utilizando concentraciones diluidas que eviten el bloqueo motor de acuerdo a criterio clínico durante la segunda etapa de trabajo de parto y tiene el objetivo de evitar desarrollar el dolor crónico y otros elementos relacionados a la salud mental de la madre cuando se le expone al dolor de la etapa expulsiva sin anestesia. Estos deben ser administrados por el/la profesional de salud (anestesiólogo o enfermera) o programados mediante una bomba de infusión. Deben considerarse soluciones con bajas concentraciones de anestésico local y opioides (por ejemplo 0,0625%-0,125% de bupivacaina combinada con 2 mcg/ml de fentanilo). Siempre considerando el monitoreo estricto del binomio madre-feto.

Durante todas las horas que dure la analgesia neuroaxial, se monitoriza a la gestante con control no invasivo de presión arterial, frecuencia de pulso y pulsioximetría. También se realiza el monitoreo periódico y permanente de la dinámica uterina y latidos cardíacos fetales para la detección oportuna de cualquier complicación que se presente.

De presentarse cualquier evento adverso a la analgesia, se procede a la suspensión inmediata de la misma y al manejo específico de la complicación.





## 6.7 EVENTOS ADVERSOS

Como todo procedimiento, la analgesia neuroaxial, puede tener eventos adversos. Estos pueden ocurrir durante el procedimiento o cuando el mismo ya ha finalizado.

Son eventos adversos durante el procedimiento:

- Fiebre materna.
- Complicaciones del/ de la recién nacido/a.
- Depresión respiratoria materna.
- Hipotensión materna.
- Bradicardia materna.
- Retención urinaria.

También puede haber alteraciones en frecuencia cardíaca fetal que se encuentran asociadas a la dosis analgésica utilizada, lo que requiere corrección inmediata de la misma o suspensión de la infusión. Además, se puede presentar de manera ocasional:

- Temblor.
- Prurito.
- Reacción anestésica local.
- Parestesias.
- Dolor local en la zona de punción.
- Dolor de espalda.

Como complicaciones excepcionales se han descrito en la literatura bloqueo espinal alto o total, convulsiones inducidas por anestésicos locales, paro cardíaco inducido por anestésicos locales, hematoma epidural, absceso epidural o meningitis y déficit neurológico permanente.

De presentarse eventos adversos significativos, como depresión respiratoria, hipotensión, bradicardia, temblor o reacción alérgica al medicamento, se debe de suspender de inmediato la administración del fármaco e iniciar el manejo específico del evento. A continuación, se señalan ejemplos de cómo proceder frente a eventos adversos seleccionados.

Si se presenta hipotensión posterior al bloqueo neuroaxial, se recomienda usar hidratación endovenosa con infusión de solución salina al 0.9%, inicialmente en bolo y posteriormente a goteo de mantenimiento. Si la paciente no responde de manera inmediata, se procede a utilizar vasopresores (etilefrina), graduando la infusión según respuesta.

Se pueden presentar complicaciones luego del procedimiento. De estas, el dolor en la zona de punción es el más frecuente y se maneja con la misma medicación analgésica que se utiliza durante el post-parto, como AINEs y acetaminofeno.

Sin embargo, una de las complicaciones más importantes es la cefalea post-punción dural. Durante el monitoreo en el periodo puerperal se le pregunta a la puérpera si presenta cefalea. De ser así, se solicita la evaluación del /de la anestesiólogo/a, quien debe evaluar el grado de severidad de la misma. De no tratarse de un dolor incapacitante o que no interfiera con el vínculo madre-hijo, se puede manejar con medidas conservadoras como reposo en cama, hidratación, y analgésicos orales como AINEs y acetaminofeno. Si en las horas posteriores no presenta alivio o el dolor es incapacitante, se debe considerar el manejo invasivo con parche hemático, que lo realiza el mismo anestesiólogo. El parche hemático es la instilación de una pequeña cantidad de sangre en el espacio epidural alrededor del canal espinal, cerca del sitio de la punción previa. El procedimiento puede resolver los síntomas en hasta el 80% de los casos.





## 6.8 FINALIZACION DE LA ANALGESIA NEUROAXIAL

### 6.8.1 Culminación y alta del procedimiento

Culminada la atención del parto, se procede a verificar las funciones vitales de la paciente y se le informa sobre la finalización de la aplicación de la analgesia y del retiro del catéter epidural. El/la anestesiólogo/a procede al retiro del catéter. La paciente debe permanecer bajo observación directa por lo menos 20 minutos luego del retiro, para monitoreo de la frecuencia cardíaca, pulsoximetría y presión arterial. Si la condición postanestésica es satisfactoria y estable, la paciente puede continuar el monitoreo habitual del puerperio. La función sensitiva se restituye antes que la función motora y esta última se evalúa utilizando la escala de Bromage.

El/la anestesiólogo/a llena todos los ítems del formato de analgesia de parto y su control culmina con el retiro del catéter epidural o al término del parto hasta que paciente pase a la camilla de puerperio.

### 6.8.2 Alta de la paciente

De conformidad con la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA o la que haga sus veces, en caso de evolución satisfactoria, se puede dar el alta a la puerpera de acuerdo a lo establecido en dicha norma, sin existir indicación para posponer el alta en gestantes por haber recibido analgesia neuroaxial.

### 6.8.3 Pronóstico

La administración de analgesia neuroaxial puede favorecer el pronóstico tanto de la madre como del/de la recién nacido/a.

En el caso de la madre, el uso de este tipo de analgesia puede disminuir la necesidad de cesáreas, sin afectar la duración de la primera ni la segunda etapa del trabajo de parto. La analgesia neuroaxial no se asocia a mayor necesidad de estimulación con oxitocina, cesárea por sufrimiento fetal, o cesárea por distocia.

Por último, en cuanto a la salud mental, la analgesia neuroaxial reduce ligeramente la depresión postparto a las 6 semanas, y a los 2 años después del parto.

En el caso del /de la recién nacido/a, no hay reportes de eventos de puntuación de Apgar inferior a 7 a los 5 minutos en nacidos/as de madres que recibieron este tipo de analgesia.

### 6.8.4 Condiciones que requieren manejo especializado y multidisciplinario:

En presencia de cualquiera de las siguientes condiciones, se solicita el manejo conjunto con el/la especialista que corresponde, de acuerdo a la patología:

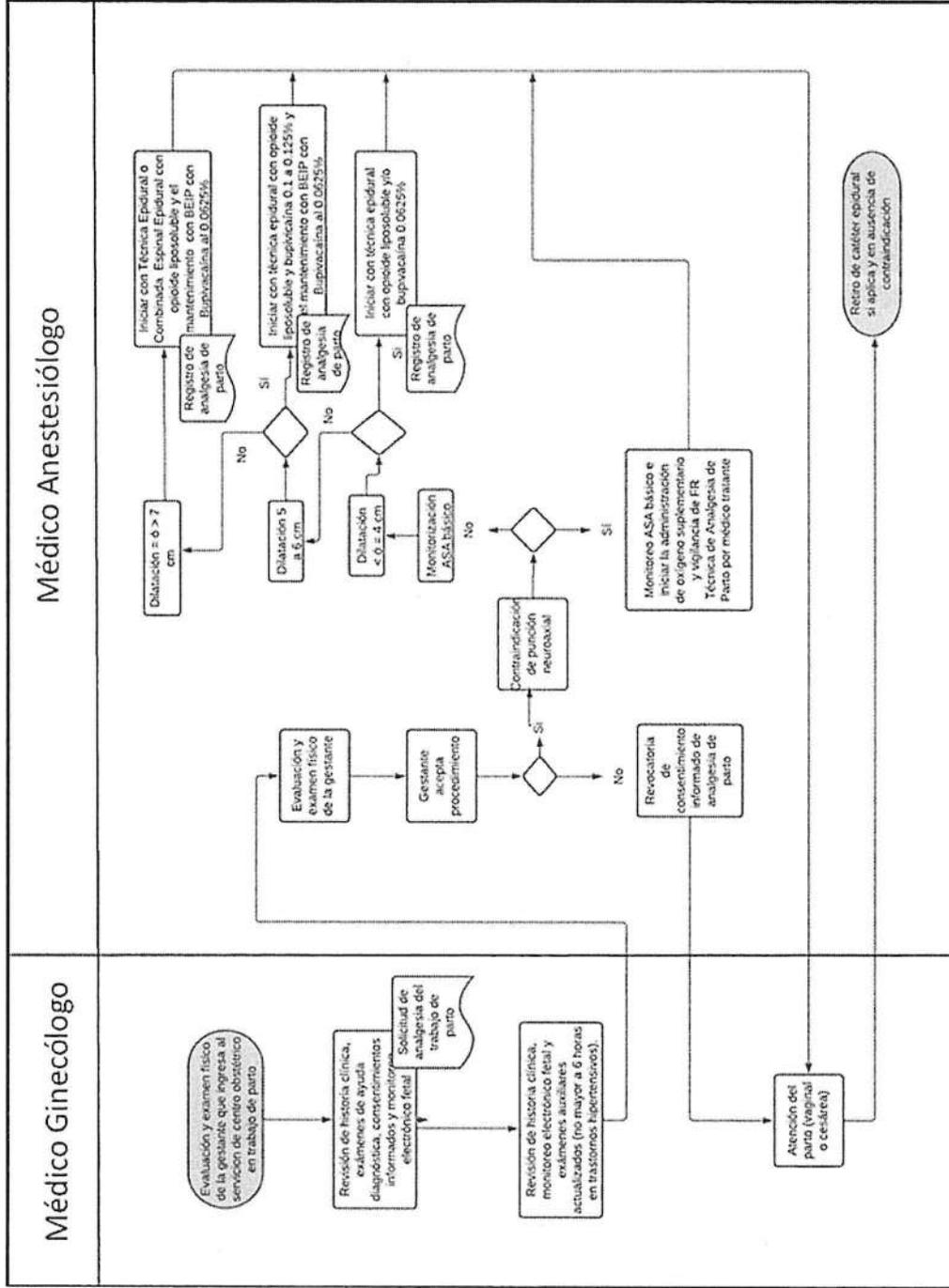
- Enfermedades del sistema cardiovascular: Valvulopatías, arritmia.
- Parto pretérmino.
- Embarazo múltiple.
- Enfermedades neuromusculares.
- Obesidad mórbida IMC >40.
- Enfermedades hematológicas.
- Síndrome febril > 38 ° C.
- Eclampsia.
- Infección en zona de punción y/o generalizada.





GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

VII. FLUXOGRAMA





## IX. BIBLIOGRAFÍA

- 1) 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;5(5):CD000331.
- 2) Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. *J Visc Surg.* 2015;152(6 Suppl):S105-115.
- 3) 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;124(2):560-9.
- 4) Cohen WR, Friedman EA. Clinical evaluation of labor: an evidence- and experience-based approach. *J Perinat Med.* 2021;49(3):241-53.
- 5) Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Revista Chilena de Anestesia.* 2020;49(5):614-24.
- 6) 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;281:342-50.
- 7) Deshmukh VL, Ghosh SS, Yelikar KA, Gadappa SN. Effects of Epidural Labour Analgesia in Mother and Foetus. *J Obstet Gynaecol India.* 2018;68(2):111-6.
- 8) 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.* 2015;35(7):672-5.
- 9) Gonzalez MN, Trehan G, Kamel I. Pain Management During Labor: Part 1— Pathophysiology of Labor Pain and Maternal Evaluation for Labor Analgesia. *Topics in Pain Management [Internet].* 2021;37(1). Disponible en: [https://journals.lww.com/topicsinpainmanagement/Fulltext/2021/08000/Pain\\_Management\\_During\\_Labor\\_\\_Part.1.aspx](https://journals.lww.com/topicsinpainmanagement/Fulltext/2021/08000/Pain_Management_During_Labor__Part.1.aspx)
- 10) Gupta D, Srirajakalidindi A, Soskin V. Dural puncture epidural analgesia is not superior to continuous labor epidural analgesia. *Middle East J Anaesthesiol.* 2013;22(3):309-16.
- 11) Gupta S, Partani S. Neuraxial techniques of labour analgesia. *Indian J Anaesth.* 2018;62(9):658-66.
- 12) 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;125(4):560-79.
- 13) 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. *Anesth Pain Med.* 2021;11(1):e108335.
- 14) 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 [Internet]. Serie Guía Práctica Clínica No. 03-2022; 2022. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3296781/GPC\\_03\\_22\\_analgesia\\_INMP.pdf.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3296781/GPC_03_22_analgesia_INMP.pdf.pdf)
- 15) 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;36(10):745-54.





GUÍA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO USANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL

- 16) 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;36(10):745-54.
- 17) National Institute of Child Health and Human Development. ¿Cuáles son los factores de riesgo del trabajo de parto y el parto prematuros? Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion/factores>
- 18) Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10(10):CD003401.
- 19) 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.* 2014;(10):CD007238.
- 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) 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;126(2):545-51.
- 22) 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. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care.* 2018;8(1):24.
- 23) Valoración y manejo del dolor en el parto y puerperio [Internet]. Gerencia de atención integrada de Albacete; 2017. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/5098f7032b67219d0ca9da2f69d86815.pdf>

