

# CONOCIMIENTOS DE ANALGESIA EPIDURAL DE PARTO ENTRE MÉDICOS Y OBSTETRAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2022

## KNOWLEDGE OF EPIDURAL LABOR ANALGESIA BETWEEN PHYSICIANS AND OBSTETRICIANS OF THE NATIONAL MATERNAL PERINATAL INSTITUTE OF LIMA 2022

Eddisson Reynaldo Quispe Pilco<sup>1</sup>, Zoila Moreno Garrido<sup>2</sup>, Marjorie Calderón Lozano<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** El objetivo principal de este estudio fue describir las principales características y los conocimientos de analgesia epidural durante el trabajo de parto entre médicos y obstetras que laboran en centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se aplicó un cuestionario de conocimientos en analgesia epidural validado con juicio de expertos y prueba piloto con determinación de confiabilidad a 73 profesionales de la salud. **Resultados.** En la muestra de 13 ginecobstetras, 27 residentes de ginecobstetricia y 33 obstetras, predominó el sexo femenino, con una edad media de 44 años; 69% de ginecobstetras, 85% de residentes y 45% de obstetras no tenían capacitaciones en analgesia epidural de parto en los últimos 5 años; 84% de ginecobstetras, 100% de residentes y 90% de obstetras respondieron que el dolor de parto aumenta con la dilatación y es más intenso en el expulsivo; 92% de ginecobstetras, 96% de residentes y 97% de obstetras respondieron que la gestante debe solicitar y aceptar la analgesia epidural; 61% de ginecobstetras, 48% de residentes y 72% de obstetras respondieron que la analgesia epidural se relaciona con el aumento de bradicardia fetal; 84% de ginecobstetras, 74% de residentes y 93% de obstetras respondieron correctamente que la analgesia epidural no aumenta el riesgo de cesárea; se encontró falta de conocimientos respecto a indicaciones de analgesia epidural en gestantes con patologías y contraindicaciones en presencia de desaceleraciones patológicas de latidos fetales y alteraciones de la coagulación; aún persisten conocimientos incorrectos respecto a la indicación en la fase latente, periodo expulsivo y el impacto sobre los tiempos del parto. **Conclusiones.** La mayoría de encuestados presentó déficit en capacitaciones sobre analgesia epidural, conocimientos incorrectos de su impacto en la gestante, el feto y los tiempos del parto; es necesario reforzar conceptos de indicaciones y contraindicaciones de la analgesia, principalmente en patologías específicas y el impacto sobre los tiempos de la fase latente y el periodo expulsivo.

**Palabras Clave:** Conocimientos; Analgesia epidural; Trabajo de parto (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Objective.** The main objective of this study was to describe the main characteristics and knowledge of epidural analgesia during labor between physicians and obstetricians who works at the obstetric center of the National Maternal Perinatal Institute of Lima, Peru. **Materials and methods.** Observational, prospective, descriptive, cross-sectional study. A knowledge questionnaire about epidural analgesia was applied with expert judgment and a pilot test with determination of reliability to 73 health professionals. **Results.** In the sample of 13 obstetrician-gynecologists, 27 obstetrics-gynecologist residents and 33 obstetricians, the female sex predominated, with a mean age of 44 years; 69% of gynecologists, 85% of residents and 45% of obstetricians did not have training in epidural analgesia during labor in the last 5 years; 84% of obstetrician-gynecologists, 100% of residents and 90% of obstetricians responded that labor pain increases with dilation and is more intense during expulsion; 92% of gynecologists, 96% of residents and 97% of obstetricians responded that the pregnant woman should request and accept epidural analgesia; 61% of obstetrician-gynecologists, 48% of residents, and 72% of obstetricians responded that epidural analgesia is associated with increased fetal bradycardia; 84% of obstetrician-gynecologists, 74% of residents, and 93% of obstetricians answered correctly that epidural analgesia does not increase the risk of cesarean section; lack of knowledge was found regarding the indications for epidural analgesia in pregnant women with pathologies and contraindications in the presence of pathological decelerations of fetal heartbeats and coagulation disorders; incorrect knowledge still persists regarding the indication in the latent phase, expulsive period and the impact on delivery times. **Conclusions.** Most respondents have a deficit in training about epidural analgesia, there is incorrect knowledge of its impact on the pregnant woman, the fetus and the times of labor and delivery; it is necessary to reinforce the concepts of indications and contraindications about epidural analgesia, mainly in specific pathologies, the impact on the times of the latent phase and the expulsive period.

**Keywords:** Knowledge; Epidural analgesia; Labor (Source: MeSH NLM).

<sup>1</sup> Maestrando en Docencia e investigación en salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Especialista en Anestesiología, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias de la salud, Docente de Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Especialista en Anestesiología, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2854-7329>, Eddisson Quispe Pilco

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6071-5241>, Zoila Moreno Garrido

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6992-8777>, Marjorie Calderón Lozano

**Citar como:** Quispe Pilco ER, Moreno Garrido Z, Calderón Lozano M. Conocimientos de analgesia epidural de parto entre médicos y obstetras del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2022. Rev Peru Investig Matern Perinat 2022; 11(2): 27-33

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2022280>

## INTRODUCCIÓN

La analgesia epidural para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es la técnica más efectiva y segura con la que se cuenta actualmente<sup>1</sup>, está ampliamente difundida en todo el mundo y diversos países la utilizan en sus sistemas de salud desde hace varias décadas<sup>2</sup>. En países en vías de desarrollo la analgesia de parto es un tema muchas veces desconocido entre el personal de salud y la población en general, para la difusión y aplicación de la analgesia epidural en las gestantes es fundamental tener adecuados conocimientos de este procedimiento por parte del personal de salud de atención obstétrica<sup>3</sup>; la gestante es la que solicita la analgesia de parto y es el médico anestesiólogo quien decide cuál será la técnica analgésica más adecuada previa evaluación pre-analgésica<sup>4</sup>.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es la institución más grande del Perú en atención obstétrica, desde el año 2008 cuenta con una unidad de analgesia de parto con anestesiólogos programados exclusivamente en centro obstétrico las 24 horas de todos los días de la semana. En el año 2021 se registraron 7,361 partos vaginales de los cuales 1,710 recibieron analgesia de parto neuroaxial dando un porcentaje de cobertura del 23,2%<sup>5</sup>, en Estados Unidos de Norteamérica el porcentaje de cobertura de analgesia neuroaxial está entre 66% y 82%<sup>6</sup>. En el INMP la indicación de la analgesia de parto corresponde al médico ginecobstetra y son los médicos residentes de ginecobstetricia y los obstetras los que se encargan del monitoreo continuo materno fetal durante todo el parto. La técnica epidural continua es la técnica neuroaxial más usada en el INMP<sup>5</sup>, se utiliza el catéter epidural para el mantenimiento de la analgesia mediante la técnica de bolos manuales o programados intermitentes.

A pesar de los años de experiencia, el INMP continúa con bajos porcentajes de analgesia de parto, aún se observa entre el personal de salud déficit de conocimientos en ciertos aspectos fundamentales de la analgesia epidural, esta situación puede tener varias causas como falta de capacitación, poca experiencia y actitudes negativas hacia su aplicación. Tener conocimientos actualizados de analgesia epidural es muy importante para realizar una correcta indicación en las gestantes<sup>3</sup>, ya que éstas pueden presentar múltiples factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales; también es fundamental para lograr rebatir los mitos de la analgesia epidural de parto que generan temor entre el personal de salud.

El objetivo principal del estudio fue describir las características y los conocimientos de la analgesia epidural de parto entre médicos ginecobstetras, médicos residentes de ginecobstetricia y obstetras del centro obstétrico del INMP. Como objetivos secundarios se buscó determinar las principales diferencias entre los conocimientos de los tres grupos de profesionales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Una vez aprobada la investigación en posgrado de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), se solicitó la aprobación del comité de ética del INMP y de acuerdo con la declaración de Helsinki se realizó este estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal, mediante un muestreo censal de médicos ginecobstetras, médicos residentes de ginecobstetricia y obstetras de centro obstétrico del INMP entre febrero y marzo del 2022.

Como instrumento se utilizó un cuestionario de conocimientos de analgesia epidural de parto conformado por 17 preguntas. Este cuestionario fue validado por juicio de expertos, mediante hoja de puntuación para evaluación de concordancia y reproducibilidad obteniéndose un índice de Kappa de Fleiss de 0.8. Se realizó una prueba piloto en noviembre del 2021 para evaluar la confiabilidad del instrumento, se obtuvo 0.70 de coeficiente de Kuder-Richardson. Los criterios de inclusión fueron que el encuestado este realizando labor asistencial presencial en centro obstétrico del INMP, que haya firmado el consentimiento informado de participación y tuviera disposición para el llenado del cuestionario, el criterio de exclusión principal fue ser personal de salud no perteneciente al INMP.

**Análisis estadístico.** Se introdujeron los datos en el software estadístico SPSS versión 28 (IBM® SPSS® Statistics), se realizó el análisis estadístico descriptivo mediante la representación de tablas, las variables categóricas se presentaron con distribución absoluta y relativa por medio de porcentajes, y las variables cuantitativas, fueron presentadas mediante las medidas de tendencia central.

## RESULTADOS

Se analizaron las respuestas de 73 encuestados: 13 médicos ginecobstetras, 27 médicos residentes de ginecobstetricia y 33 obstetras, se registraron las principales características de estos 3 grupos relacionadas con la analgesia epidural de parto en la tabla 1.

**Tabla 1.** Principales características de los participantes de la encuesta de conocimientos de analgesia epidural en centro obstétrico del INMP – 2022.

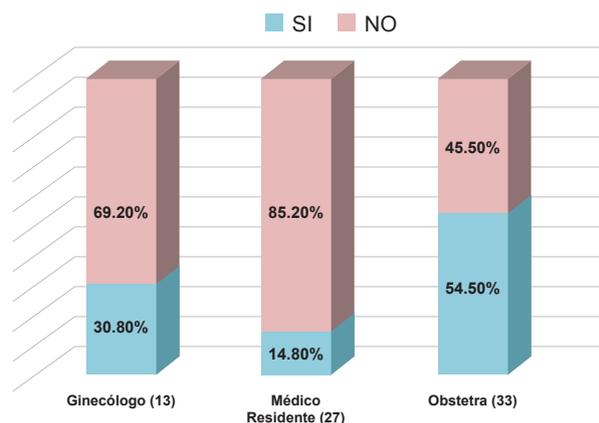
Características	Médico Ginecobstetra	Residente Ginecobstetra	Obstetra
<b>Sexo</b>			
Hombre	6 (46,2%)	12 (44,4%)	1 (3%)
Mujer	7 (53,8%)	15 (55,6%)	32 (97%)
<b>Edad (años)</b>			
Media (DE)	36,4 +/- 8,67	32,3 +/- 6,28	44,3 +/-12,56
<b>Tiempo de labor en el INMP</b>			
<1 año	3 (23,1%)	14 (51,9%)	1 (3%)

1-5 años	6 (46,2%)	13 (48,1%)	13 (39,4%)
>5 años	4 (30,8%)	0 <sup>a</sup>	19 (57,6%)

<sup>a</sup> La duración del residency médico de ginecología-obstetricia en Perú es 3 años, por tanto, nadie sobrepasará los 5 años.  
Fuente: Datos elaborados por el autor

En edad el grupo más joven fue el de los médicos residentes con una media de 32,3 años y el de mayor edad fue de los obstetras con una media de 44,3 años. El tipo de sexo estuvo equilibrado entre los médicos, pero entre los obstetras predominó el sexo femenino con un 97% (tabla 1).

En cuanto a los años de experiencia laboral en el INMP se observó que entre los médicos ginecólogos la mayoría tenía entre 1 a 5 años de experiencia, la mitad de los médicos residentes tenían menos de un año de experiencia, en cambio más de la mitad de los obstetras respondieron tener más de 5 años de experiencia laboral siendo el grupo con más experiencia laboral; la mayoría de encuestados refirieron falta de capacitación sobre analgesia de parto epidural en los últimos 5 años (figura 1).



**Figura 01.** Capacitaciones en analgesia de parto en los últimos 5 años, entre el personal de salud que participó en la encuesta de conocimientos de analgesia epidural en centro obstétrico del INMP - 2022

**Resultados del cuestionario de conocimientos.** Cada pregunta tuvo tres opciones de respuesta las cuales en la calificación fueron convertidas a correctas e incorrectas, se estableció una clave de respuestas para ingresar las puntuaciones en el programa estadístico y poder realizar la calificación. Los resultados se dividieron en tres áreas del conocimiento relacionadas a la analgesia epidural de parto.

La mayoría de encuestados de los tres grupos profesionales estuvo de acuerdo de que el dolor de parto aumentaba en intensidad conforme avanza la dilatación y que es la gestante la que debe solicitar y decidir si acepta la analgesia epidural, respecto al aumento de la incidencia de la bradicardia fetal en analgesia epidural el grupo que tuvo mayor

porcentaje de respuestas incorrectas fue el de los médicos residentes con 51,9% y el menor fue de los obstetras con 27,3%; respecto al aumento del riesgo de cesáreas al usar analgesia epidural, respondieron incorrectamente los médicos residentes con 25,9%, los ginecólogas con 15,9% y los obstetras con 6%; la pregunta si la analgesia epidural puede alterar el pujo de la paciente en el expulsivo, tuvo respuesta correcta en más de la mitad de los tres grupos (tabla 2).

**Tabla 2.** Respuestas del cuestionario de conocimientos de dolor de parto y efectos adversos de la analgesia epidural entre el personal de salud de centro obstétrico del INMP-2022.

Pregunta	Respuesta incorrecta	Respuesta correcta
<b>El dolor de parto aumenta conforme progresa la dilatación y llega a su máxima intensidad en su fase final en el periodo expulsivo.</b>		
Ginecobstetra	15,4% (2)	84,6% (11)
Residente Ginecobstetra	0% (0)	100% (27)
Obstetra	9,1% (3)	90,9% (30)
<b>La gestante solicita y decide si acepta la analgesia epidural.</b>		
Ginecobstetra	7,7% (1)	92,3% (12)
Residente Ginecobstetra	3,7% (1)	96,3% (26)
Obstetra	3% (1)	97% (32)
<b>La analgesia epidural aumenta la incidencia de bradicardia fetal.</b>		
Ginecobstetra	38,5% (5)	61,5% (8)
Residente Ginecobstetra	51,9% (14)	48,1% (13)
Obstetra	27,3% (9)	72,7% (24)
<b>La analgesia epidural de parto aumenta el riesgo de cesárea.</b>		
Ginecobstetra	15,4% (2)	84,6% (11)
Residente Ginecobstetra	25,9% (7)	74,1% (20)
Obstetra	6,1% (2)	93,9% (31)
<b>La analgesia epidural puede alterar el pujo de la paciente en el expulsivo.</b>		
Ginecobstetra	46,2% (6)	53,8% (7)
Residente Ginecobstetra	25,9% (7)	74,1% (20)
Obstetra	33,3% (11)	66,7% (22)

Fuente: Datos elaborados por el autor.

En cuanto a las indicaciones de la analgesia epidural en gestantes con patologías como asma, cardiopatías/ arritmias y epilepsia se evidenció la tendencia de que los ginecólogos tenían el mayor porcentaje de respuestas correctas siendo los obstetras el grupo de menos respuestas correctas, la excepción fue la indicación en enfermedades hipertensivas del embarazo donde los tres grupos en mayoría respondieron correctamente; en relación a la pregunta de latidos fetales con desaceleraciones patológicas como contraindicación para administrar analgesia epidural, se observó que el grupo de los médicos

residentes tuvo el mayor porcentaje de respuestas incorrectas con un 44,4%, los ginecobstetras fueron los de menor porcentaje de incorrectas con 23,1%; a la pregunta de si cualquier trastorno de coagulación es contraindicación para administrar analgesia epidural se encontró que los residentes tenían el mayor porcentaje de respuestas incorrectas con 51,9%, los ginecobstetras fueron los de menor porcentaje de incorrectas con un 23,1% (tabla 3).

**Tabla 3.** Respuestas del cuestionario de conocimientos de indicaciones y contraindicaciones de la analgesia epidural entre el personal de salud de centro obstétrico del INMP-2022

Pregunta	Respuesta incorrecta	Respuesta correcta
La analgesia epidural se indica en gestantes asmáticas en trabajo de parto.		
Médico Ginecobstetra	23,1% (3)	76,9% (10)
Residente Ginecobstetra	37% (10)	63% (17)
Obstetra	42,4% (14)	57,6% (19)
La analgesia epidural se indica en pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo.		
Médico Ginecobstetra	7,7% (1)	92,3% (12)
Residente Ginecobstetra	11,1% (3)	88,9% (24)
Obstetra	18,2% (6)	81,8% (27)
La analgesia epidural se indica en gestantes con antecedentes de cardiopatías y/o arritmias cardíacas.		
Médico Ginecobstetra	30,8% (4)	69,2% (9)
Residente Ginecobstetra	48,1% (13)	51,9% (14)
Obstetra	60,6% (20)	39,4% (13)
La analgesia epidural se indica en pacientes con antecedente de epilepsia.		
Médico Ginecobstetra	30,8% (4)	69,2% (9)
Residente Ginecobstetra	48,1% (13)	51,9% (14)
Obstetra	54,5% (18)	45,5% (15)
La presencia de desaceleraciones patológicas de latidos fetales (DIPS 2), es contraindicación para administrar analgesia epidural.		
Médico Ginecobstetra	23,1% (3)	76,9% (10)
Residente Ginecobstetra	44,4% (12)	55,6% (15)
Obstetra	27,3% (9)	72,7% (24)
Cualquier trastorno de coagulación es una contraindicación para administrar analgesia epidural.		
Médico Ginecobstetra	23,1% (3)	76,9% (10)
Residente Ginecobstetra	51,9% (14)	48,1% (13)
Obstetra	30,3% (10)	69,7% (23)

Fuente: Datos elaborados por el autor.

Respecto, a si la analgesia epidural se administra en la fase latente de dilatación los ginecobstetras tuvieron

el mayor porcentaje de respuestas correctas con un 69,2%, los residentes y los obstetras obtuvieron porcentajes similares de respuestas correctas; prácticamente la totalidad de los grupos respondió correctamente que la analgesia epidural se debe administrar en la fase activa de dilatación; en cuanto a la administración de analgesia epidural en el periodo expulsivo predominaron las respuestas incorrectas en los tres grupos siendo los residentes los de mayor porcentaje de incorrectas con 81,5%, los obstetras con 75,8% y los ginecobstetras con 69,2%. En relación, a si la analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase latente de dilatación el grupo con más respuestas incorrectas fue el de los residentes con 55,6% y el de menos incorrectas fueron los obstetras con 27,3%; acerca de si la analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase activa de dilatación los residentes obtuvieron mayor porcentaje de incorrectas con 48,1% y los obstetras tuvieron menos incorrectas con 6,1%; respecto a que la analgesia epidural prolonga el tiempo del periodo expulsivo se obtuvieron respuestas incorrectas en 63% de los residentes, 61,6% de los ginecobstetras y 48,5% de los obstetras (tabla 4).

**Tabla 4.** Respuestas del cuestionario de conocimientos de analgesia epidural y periodos del trabajo de parto entre el personal de salud de centro obstétrico del INMP-2022

Pregunta	Respuesta incorrecta	Respuesta correcta
La analgesia epidural se administra en la fase latente de dilatación.		
Médico Ginecobstetra	30,8% (4)	69,2% (9)
Residente Ginecobstetra	44,4% (12)	55,6% (15)
Obstetra	45,5% (15)	54,5% (18)
La analgesia epidural se administra en la fase activa de dilatación.		
Médico Ginecobstetra	0% (0)	100% (13)
Residente Ginecobstetra	7,4% (2)	92,6% (25)
Obstetra	3% (1)	97% (32)
La analgesia epidural se administra en el periodo expulsivo del trabajo de parto.		
Médico Ginecobstetra	69,2% (9)	30,8% (4)
Residente Ginecobstetra	81,5% (22)	18,5% (5)
Obstetra	75,8% (25)	24,2% (8)
La analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase latente de dilatación.		
Médico Ginecobstetra	30,8% (4)	69,2% (9)
Residente Ginecobstetra	55,6% (15)	44,4% (12)
Obstetra	27,3% (9)	72,7% (24)
La analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase activa de dilatación.		
Médico Ginecobstetra	23,1% (3)	76,9% (10)
Residente Ginecobstetra	48,1% (13)	51,9% (14)
Obstetra	6,1% (2)	93,9% (31)

La analgesia epidural prolonga el tiempo del periodo expulsivo.		
Médico Ginecobstetra	61,6% (8)	38,5% (5)
Residente Ginecobstetra	63% (17)	37% (10)
Obstetra	48,5% (16)	51,5% (17)

Fuente: Datos elaborados por el autor.

## DISCUSIÓN

El grupo de encuestados en general fue un grupo joven, los de mayor experiencia en años de labor en el INMP fueron los obstetras, seguidos de los ginecobstetras y los residentes que son médicos en entrenamiento por tres años, los tres grupos interaccionan para la atención de la gestante en trabajo de parto; en las características de estos grupos probablemente ha influenciado la pandemia de Sars-Cov-2 declarada a inicios del 2020, la cual propició una licencia de trabajo en un importante porcentaje de trabajadores de salud con factores de riesgo como la edad y comorbilidades, siendo reemplazados por personal joven y con menos experiencia, otro factor fue que todas las actividades de capacitación teórico prácticas fueron suspendidas o restringidas, esta situación podría explicar los altos porcentajes de falta de capacitación en analgesia de parto entre los encuestados.

La mayoría respondió correctamente que el dolor de parto aumenta de intensidad con la dilatación y que la gestante solicite y decida recibir analgesia epidural de parto; por tanto, existe gran predisposición de que se aplique analgesia epidural en el INMP, Ali et al<sup>7</sup> en una encuesta en 71 trabajadores de salud obstétrica encontró 87,3% de opiniones favorables al alivio del dolor de parto si la gestante lo solicita.

Diversos estudios demostraron que la analgesia epidural no aumenta la incidencia de bradicardia fetal en el parto<sup>8,9,10</sup>; sin embargo, se observó que 51% de residentes, 38% de ginecobstetras y 27% de obstetras respondieron incorrectamente al responder que la analgesia epidural si aumentaba la incidencia de la bradicardia fetal, estos resultados contrastan con los encontrados por Hussain et al.<sup>11</sup> en una encuesta entre 71 trabajadores de salud del área obstétrica donde encontró que 90% estaban en desacuerdo que la analgesia de parto tenga efectos adversos en el feto.

Se ha comprobado que la analgesia epidural no incrementa el riesgo de cesárea<sup>8,9,11</sup>, en la encuesta se encontró que los tres grupos de profesionales respondieron en su mayoría correctamente respecto a este tema. Anim-Somuah et al.<sup>9</sup> encontró en una revisión sistémica que no había riesgo de aumento de cesáreas al usar analgesia epidural y Ali et al.<sup>7</sup> encontró en una encuesta de conocimientos entre personal de salud solo un 11% de asociación de riesgo de cesárea al usar

analgesia de parto; por tanto, se ve la tendencia a la desaparición de este viejo mito.

El efecto que limita la capacidad de pujar adecuadamente en el expulsivo en las gestantes que reciben analgesia epidural es un evento adverso que aún se reporta a pesar del uso de concentraciones cada vez más bajas de anestésicos locales<sup>12</sup>, un pujo de calidad se relaciona a una buena coordinación sensitivo motora entre las contracciones uterinas y los músculos abdominales, pero también pueden ser alterada por varios factores aparte de la analgesia epidural como por ejemplo la falta de psicoprofilaxis, cansancio, deshidratación, cama de parto no proporcional al tamaño de la paciente y posiciones maternas inadecuadas en el expulsivo, probablemente hay un sinergismo entre varias de estas variables. En la analgesia epidural la alteración del pujo se relaciona directamente con el uso del parto instrumentado<sup>8,13,14</sup>.

Las enfermedades respiratorias son generalmente descompensadas por el dolor del trabajo de parto ya que provoca que la gestante aumente su consumo de oxígeno con aumento de los volúmenes y capacidades respiratorias para cumplir con esta necesidad<sup>15</sup>, el asma es una enfermedad crónica que puede reagudizarse por el dolor del parto con cuadros severos de broncoespasmos e hipoxemia generando gran morbimortalidad; por tanto, es de elección indicar analgesia epidural en gestantes asmáticas<sup>14</sup>, entre los encuestados encontramos que la tercera parte de todos los encuestados desconocían que la analgesia se puede aplicar en gestantes asmáticas.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son frecuentes en el último trimestre del embarazo y el dolor del parto exagera la liberación de catecolaminas, la hipertensión arterial propia de estas patologías; en consecuencia, la analgesia es de elección<sup>11,14</sup>, la gran mayoría de los encuestados estuvo de acuerdo con esta indicación ya que es muy evidente el control de la hipertensión en pacientes que reciben analgesia epidural.

Las gestantes con enfermedades cardíacas de cualquier tipo pueden empeorar por el dolor de parto ya que se genera taquicardia, hipertensión y aumento del gasto cardíaco<sup>8,15</sup>, es de elección indicar analgesia lo más pronto posible para evitar una descompensación hemodinámica<sup>14</sup>, la mitad de todos los grupos respondió desconocer la indicación de la analgesia epidural en gestantes con cardiopatías y arritmias en trabajo de parto.

La epilepsia es una enfermedad neurológica caracterizada por convulsiones de diversos tipos, el estrés materno por el dolor del parto puede desencadenar una crisis convulsiva por este motivo es de elección indicar analgesia de parto<sup>16</sup>, un 30,8% de ginecólogos y la mitad de los residentes y obstetras mostraron

desconocimiento del uso de la analgesia epidural en gestantes con epilepsia en trabajo de parto.

El monitoreo por cardiotocografía al detectar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, su variabilidad y presencia de desaceleraciones de latidos ayuda a determinar estados fetales no satisfactorios<sup>17</sup>; las desaceleraciones tardías se asocian a insuficiencia útero placentaria aumentando la probabilidad de acidosis fetal por un desequilibrio de la oxigenación<sup>16</sup>. La acidosis fetal es una contraindicación de la analgesia epidural por riesgo de toxicidad fetal cardíaca y neurológica ya que provoca un mecanismo de trampa iónica el cual ocasiona acumulación de anestésicos locales en el feto por ionización de los anestésicos locales<sup>16</sup>, la acidosis fetal también se puede medir por pH del cuero cabelludo fetal; en la encuesta realizada se evidenció que la mayoría de ginecobstetras y obstetras respondieron en forma correcta que la presencia de desaceleraciones tardías es contraindicación de la analgesia epidural, siendo los residentes el grupo donde solo la mitad respondió correctamente, esto probablemente por ser el grupo con menor capacitación y experiencia en analgesia de parto.

Una contraindicación importante de la analgesia epidural es la presencia de cualquier trastorno de la coagulación<sup>11,14,15</sup>, en las gestantes la vascularización del espacio epidural aumenta la probabilidad de un hematoma epidural por trauma de la aguja epidural, si hay una coagulopatía el hematoma puede causar severas complicaciones neurológicas por compresión de nervios, pudiendo llegar a la paraplejia irreversible, no debe administrarse la analgesia epidural si no contamos con un perfil de coagulación lo más actualizado posible<sup>11</sup>, en la encuesta se observó que 51,9% de los residentes, 30 % de obstetras y 23,1% de los ginecobstetras respondieron incorrectamente respecto a la pregunta de si cualquier coagulopatía era contraindicación de la analgesia epidural.

El impacto de la analgesia epidural en los tiempos del parto siempre ha sido motivo de discusión, gracias al uso de menores concentraciones de anestésicos locales ya no se la asocia a prolongación de duración del parto sino que incluso se ha reportado acortamiento de los tiempos gracias a los efectos beneficiosos del alivio del dolor<sup>8,12</sup>. Narayanappa et al.<sup>18</sup> en una encuesta en 1351 anesthesiólogos encontró que 28% respondieron que la analgesia prolongaba la dilatación y el expulsivo, por tanto aun es común ver la persistencia de estos conceptos entre el personal de salud.

La fase latente de dilatación ha sido restringida de recibir analgesia epidural por el temor a prolongar su tiempo, hoy se sabe que eso no es cierto<sup>11,12,13</sup>, el dolor de esta fase puede llegar a ser de gran intensidad, gracias al uso de opioides y bajas concentraciones de anestésicos locales se logra buen manejo del dolor visceral

uterino, en la encuesta se encontró que un tercio de los ginecobstetras y la mitad de residentes y obstetras respondieron que no se debe indicar analgesia epidural en la fase latente, estos resultados se relacionaron a las respuestas de la pregunta de si la analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase latente donde se obtuvo que el 55,6% de residentes, 30,8% de ginecobstetras y 27,3% de obstetras respondieron incorrectamente.

La fase activa de dilatación es la indicación clásica de la analgesia epidural, se ha demostrado que no prolonga su tiempo<sup>4,11</sup>, es frecuente indicarla a partir de 4 cm de dilatación, pero el problema se presenta conforme la dilatación se acerca al expulsivo, donde muchos prefieren ya no indicar la analgesia o no colocar dosis de refuerzo por el catéter epidural por temor a prolongar los tiempos y alterar el pujo en el expulsivo, respecto al tema de administrar analgesia epidural en la fase activa, el 100% de ginecobstetras respondió correctamente, igualmente 92,6% de residentes y 97% de los obstetras; en la pregunta de si la analgesia epidural prolonga el tiempo de la fase activa un 48,1% de residentes, 23,1% de ginecólogos y 6,1% de obstetras respondieron incorrectamente dándonos a entender que aún persisten ideas de prolongación de la fase activa al usar analgesia epidural sobre todo en los médicos.

Aplicar analgesia en el periodo expulsivo es la indicación que genera más resistencia en el personal de atención de parto, es común que no se indique analgesia en el expulsivo debido al temor de alterar el pujo y prolongar el tiempo del expulsivo. La evidencia actual indica que si se puede colocar analgesia epidural en el expulsivo sin prolongar su tiempo cuando se usan bajas concentraciones de anestésicos locales<sup>4,8,10,19</sup>, el expulsivo representa el periodo de mayor intensidad del dolor del parto y puede durar hasta 2 horas en nulíparas y 1 hora en múltiparas<sup>17</sup>; en relación a indicar analgesia epidural en el expulsivo se encontró que solo el 30,8% de los ginecobstetras, 18,5% de los residentes y 24,2% de los obstetras respondieron en forma correcta; la mitad de cada grupo respondió que la analgesia epidural prolongaba el tiempo del expulsivo. Estos resultados contrastan con los obtenidos con Lipps et al.<sup>6</sup> que en una encuesta entre 88 profesionales de la salud del área obstétrica, el 73% de los médicos ginecobstetras estaban favor de la aplicación de la analgesia neuroaxial en el periodo expulsivo, debido a que eran conscientes que las gestantes tendrían un tiempo adicional de parto doloroso y podrían beneficiarse de la analgesia, este estudio fue realizado en un hospital de Estados Unidos de Norteamérica mostrándonos la gran diferencia respecto al manejo del dolor de parto en el expulsivo.

## CONCLUSIONES

El déficit de capacitaciones en analgesia de parto probablemente contribuyó a que persista la falta de

conocimientos respecto a varios temas de la analgesia epidural, existen conocimientos en la mayoría de los profesionales de que la gestante puede solicitar y aceptar la analgesia epidural para el alivio del dolor de parto, que no hay aumento del riesgo de cesárea y de que existe la posibilidad de alteraciones del pujo, pero aún persisten falta de conocimientos respecto a indicaciones, contraindicaciones, aplicación en determinadas patologías, repercusión fetal y el impacto sobre tiempos del parto sobre todo en el periodo expulsivo.

**Agradecimientos:** Se agradece a todos los profesionales de salud de centro obstétrico del INMP que aceptaron participar en el presente estudio mediante el llenado del cuestionario de conocimientos.

**Declaración de conflicto de interés:** El autor declara no tener algún conflicto de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Au-Yong PS, Tan CW, Tan WH, Tan KH, Goh Z, Sultana R, Sng BL. Factors associated with an increased risk of instrumental vaginal delivery in women with epidural analgesia for labour: A retrospective cohort study. *Eur J Anaesthesiol*. 2021; 38(10):1059-1066. doi: 10.1097/EJA.0000000000001439.
- Ruschel B, Nunes AM. Knowledge, attitude, and practice regarding pharmacological methods of labor analgesia. *BrJP. São Paulo*, 2019; 2(1):14-9. doi:10.5935/2595-0118.20190004.
- Montes C, Dávila R. Conocimiento y aceptabilidad de analgesia epidural para el trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal -2011; *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2013;2(1):29-33.
- Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Guías de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial; Lima, Perú; 2022.
- Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Anuario estadístico 2021. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Lipps J, Lawrence A, Palettas M, Small R, Soma L, Coffman J. Interprofessional provider attitudes toward the initiation of epidural analgesia in the laboring patient: are we all on the same page? *International Journal of Obstetric Anesthesia* (2019) 37, 57–67. doi: 10.1016/j.ijoa.2018.08.007.
- Ali M, Sultan SF, Kumar A, Ghouri N. Knowledge, Attitude and Practices of Labor Analgesia amongst healthcare workers and patients: a single center cross sectional study. *Pak J Med Sci. Special Supplement ICON*. 2020;36(1): S4-S8. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.ICON-Suppl.1715>.
- Ashagrie HE, Fentie DY, Kassahun HG. A review article on epidural analgesia for labor pain management: A systematic review. *Int J Surg Open*. 2020; 24:100-4. doi:10.1016/j.ijso.2020.04.007.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, 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. doi: 10.1002/14651858.CD000331.
- Callahan EC, Lim S, George RB. Neuraxial labor analgesia: Neuraxial labor analgesia: Maintenance techniques. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2022; 36(1): 17-30. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.03.001>
- Im M, Reardon J, MD, Kamel I. Epidural Analgesia for Obstetric Patients: Part I. *Topics in Obstetrics & Gynecology*. 2020; 40(11):1-6.
- Lim G, Facco FL, Nathan N, Waters JH, Wong CA, Eltzschig HK. A Review of the Impact of Obstetric Anesthesia on Maternal and Neonatal Outcomes. *Anesthesiology*. 2018; 129(1):192-215. doi:10.1097/ALN.0000000000002182
- Gomezese OF, y Estupiñan B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *rev colomb anestesiología*. 2017; 45(2):132–135. doi:10.1016/j.rca.2017.01.002.
- Kingsley C, McGlennan A, Brown J, Abir G. Fundamentos de la Analgesia Epidural en el Trabajo de Parto. (31 de Octubre 2017). Disponible en: <http://www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week>
- Bui E, Merchant K, Seligman KM. Alternatives to neuraxial analgesia for labor and delivery. Bui et al. *International Anesthesiology Clinics*. 2021; 59(3):22-27. doi: 10.1097/AIA.0000000000000328.
- Chestnut D. *Obstetric Anesthesia: principles and practice*. 6th ed. ELSEVIER; 2020, Part VI, Labor and Vaginal Delivery, pag 393-474.
- Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetrica y perinatología; Lima, Perú; 2da edicion 2018.
- Narayanappa A, Gurulingaswamy S, Prabhakaraiah U, Kempegowda K, Hanumantharayappa NB. Practice of labor analgesia among anesthesiologists across India: Cross-sectional study. *Anesth Essays Res* 2018; 12:651-6. doi: 10.4103/aer.AER\_74\_18.
- Im M, Reardon J, MD, Kamel I. Epidural Analgesia for Obstetric Patients: Part II. *Topics in Obstetrics & Gynecology*. 2020; 40(12):7-8.
- Nabukenya MT, Kintu A, Wabule A, Musingo MT, Kwizera A. Knowledge, attitudes and use of labour analgesia among women at a low-income country antenatal clinic. *BMC Anesthesiology*. 2015;15:98 doi:10.1186/s12871-015-0078-9.
- Hussain SS, Maheswari P. Barriers for labour analgesia in South India - Knowledge and attitude of relevant stakeholders: A hospital-based cross-sectional study. *Indian J Anaesth*. 2017;61(2):170-173. doi: 10.4103/0019-5049.199848.

---

### Correspondencia:

Eddisson R. Quispe Pilco  
 Dirección: Avenida General Santa Cruz #459 dpto. 1004;  
 Jesús María, Lima-Perú.  
 Correo: eddisson.quispe@unmsm.edu.pe