

Analgesia durante el trabajo de parto en gestantes con embarazo a término

.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MPP SALUD CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"



Analgesia durante el trabajo de parto en gestantes con embarazo a término

AUTORA: *Yicssi Brigette Nuñez Bencomo*
TUTORA CLÍNICA: *Profesora. Marisela Guinand*
TUTOR METODOLÓGICO: *Lcdo Irvin Malavé*

Puerto Cabello, Octubre 2019



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MPP SALUD CIENCIA Y TECNOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"

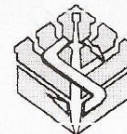


Analgesia durante el trabajo de parto en gestantes con embarazo a término

Trabajo Especial de Grado presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al Título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTORA: *Yicssi Brigette Nuñez Bencomo*
TUTORA CLÍNICA: *Profesora. Marisela Guinand*
TUTOR METODOLÓGICO: *Lcdo Irvin Malavé*

Puerto Cabello, Octubre 2019



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:


ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTE CON EMBARAZO A TÉRMINO

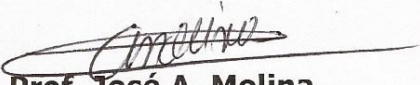
Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:


NUÑEZ B., YICSSI B
C.I. V – 18612231

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a):
Marisela Guinand C.I. 8602154, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **11/12/2019**


Prof. Newton Lameda Márquez (Pdte)
C.I. 3.786.478
Fecha 11-12-2019


Prof. José A. Molina
C.I. 14242261
Fecha 11-12-2019


Prof. Marisela Guinand
C.I. V-8602154
Fecha Dic 11, 2019

TG:

DEDICATORIA

De manera muy especial dedico este proyecto a mi hermana, en representación de las embarazadas, a las cuales brindo mi esfuerzo por desarrollar una herramienta que les permita disfrutar de la maravillosa experiencia del parto.

Este nuevo logro constituye concluir otro éxito en mi carrera, la motivación de mi familia y la presencia de Dios en mi continuo andar hacen de mí una mejor profesional.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar se plasma mi infinito agradecimiento por su apoyo y tiempo dedicado a la Dra. Marisela Guinand como asesora, y al profesor Irvin Malave quien también me orientó durante todo el proceso de realización de la presente investigación.

A mis padres por brindarme la vida y el privilegio de la educación.

Siempre gratitud a Dios por guiar cada uno de mis pasos en el camino recorrido para lograr alcanzar cada una de mis metas propuestas.

Agradezco a mis colegas y compañeros que fueron indispensables para en conjunto poner en práctica este hermoso proyecto.

Finalmente, quiero agradecer a la vida por mi hija, quien es el pilar fundamental en la edificación del futuro que día a día construyo para brindarle lo mejor a ella.

Índice	Pág.
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Materiales y Métodos.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	25
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Referencias.....	29
Anexos.....	31

RESUMEN

ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON EMBARAZO A TÉRMINO.

Autor: Yicssi Nuñez

Tutora clínica: Prof. Marisela Guinand

Fecha: Octubre de 2019

Objetivo: Precisar los efectos de la analgesia peridural durante el trabajo de parto en gestantes con embarazos a término que acuden a sala de partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”.

Metodología: Estudio de tipo analítico, experimental y prospectivo. Población de 86 gestantes multíparas en trabajo de parto, con una muestra de 26 embarazadas entre 37-40 semanas de gestación simple en ausencia de patologías de base o patologías asociadas a la gestación. Se colocó un catéter peridural por el cual se administró combinación de analgésicos; realizando monitorización del trabajo de parto.

Resultados: Se registraron gestantes desde los 19 años hasta los 41 años de edad. El 50% (13) de las gestantes manifestó haber experimentado dolor moderado en las gestaciones previas y en el trabajo de parto 17 (65%) refirieron experimentar dolor severo. El grado de satisfacción materna fue del 100%.

Conclusión: La proporción de madres satisfechas, la ausencia de complicaciones y efectos adversos tanto maternos como fetales, así como el mayor número de partos en relación a las cesáreas, son la evidencia sustentable para otorgar un alto grado de recomendación a la administración de analgesia obstétrica.

Palabras claves: trabajo de parto, dolor de parto, analgesia obstétrica, epidural.

ABSTRACT

ANALGESIA DURING LABOR IN TERM PREGNANCY

Author: Yicssi Nuñez

Clinical tutor: Prof. Marisela Guinand

Date: October 2019

Objective: To specify the effects of epidural analgesia during labor in pregnant women with term pregnancies who go to the delivery room of the hospital “Dr. Adolfo Prince Lara.”

Methodology: Analytical, experimental and prospective study. Population of 86 multiparous pregnant women in labor, with a sample of 26 pregnant women between 37-40 weeks of simple gestation in the absence of baseline pathologies or pathologies associated with pregnancy. A peridural catheter was placed for which a combination of analgesics was administered; performing monitoring of labor.

Results: Pregnant women were registered from 19 years old to 41 years old. 50% (13) of pregnant women reported having experienced moderate pain in previous pregnancies and in labor 17 (65%) reported experiencing severe pain. The degree of maternal satisfaction was 100%.

Conclusions: The proportion of satisfied mothers, the absence of complications and adverse effects both maternal and fetal, as well as the greater number of deliveries in relation to caesarean sections, are the sustainable evidence to grant a high degree of recommendation to the administration of obstetric analgesia.

Keywords: labor, labor pain, obstetric analgesia, epidural.

INTRODUCCIÓN

La mujer es el ser creado para reproducir la descendencia, dado que de su cuerpo nace otro, siendo la gestación el proceso fundamental para la vida humana (1). Durante este periodo transcurre el desarrollo del feto dentro del útero y culmina con el parto. El nacimiento puede ocurrir por vía vaginal, en el cual una vez adelgazado el segmento uterino y tras alcanzar la dilatación completa, la cabeza fetal pasa por la vagina o por vía de cesárea (2).

Es necesario que en cada caso los riesgos y beneficios del parto vaginal y de la cesárea sean valorados, aunque en la mayor parte el primero presenta una menor morbilidad materna, así como una menor morbilidad respiratoria neonatal. Entorno a las contraindicaciones del parto se precisan en absolutas como el antecedente de cesárea no segmentaria (incisión uterina corporal o clásica, ampliación en T invertida), placenta previa o presentación no cefálica; y relativas como cesáreas previas y período intergenesico corto. (3)

Entre otros elementos, el embarazo se vincula con un estado en la vida de la mujer durante el cual ocurren múltiples cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, en los que entran en juego diferentes factores físicos, hormonales y emocionales que serán percibidos y manifestados según cada mujer durante ese proceso fisiológico que culminará con el parto. (4)

Se han manejado diversas definiciones a lo largo del tiempo para este evento, según Greenhill, et al. (5), el parto es el proceso por el cual el producto de la concepción mayor de 22 semanas, es expulsado desde el útero al exterior a través de la vagina. Moore lo define como el proceso de nacimiento durante el cual el feto, las membranas fetales y la placenta, se expulsan del tubo genital materno, y para Usandizaga es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior.

Es un proceso dinámico que se viene preparando desde el inicio de la gestación con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente bioquímicas de las fibras musculares del útero (6). Inicia con la aparición de contracciones uterinas durante todo el embarazo con diferencia en su intensidad dando como resultado la formación del segmento inferior en el istmo uterino (7). Sin embargo, la preparación real para el parto puede comenzar varias horas o días antes de su fase activa, con un proceso inflamatorio mediado por infiltración celular y liberación local de citosinas que inducen un ablandamiento del cuello uterino. (8)

En síntesis, este acontecimiento se divide en tres períodos, primer período o de dilatación, segundo período o expulsivo y tercer período o de alumbramiento (9). Estos se caracterizan por diversas diferencias, la primera es la duración de cada uno de estos, el primero comienza lento y es el más largo, inicia con una fase latente y tras ésta inicia la dilatación activa y posterior una sub-clasificación donde encontramos un periodo de aceleración, un periodo de máxima velocidad de dilatación donde sigue la fase de desaceleración culminando con la dilatación completa para culminar con la expulsión del feto y el alumbramiento. (10)

Se requieren tres elementos para que se produzca el parto: a) El objeto del parto: el feto. b) El canal del parto: la pelvis (canal óseo o canal duro del parto), el cuello del útero, la vagina y el periné. c) El motor del parto: actividad contráctil del útero. Estos tres elementos integrarán el mecanismo del parto dado por el descenso del feto en el canal del parto en un perfecto engranaje de movimientos que permitan un acoplamiento milimétrico de las estructuras fetales con las dimensiones del canal del óseo e incluyen una serie de etapas: acomodación y orientación de la presentación al estrecho superior, encaje y descenso, flexión, rotación interna, rotación externa desprendimiento y expulsión. (11)

Sin duda, el parto se identifica como una etapa dolorosa del embarazo para muchas mujeres, donde los factores socioculturales interfieren en el modo en como la gestante siente e interpretará el proceso del parto. Es por ello, que por ejemplo en la cultura occidental contemporánea se deriva de las convicciones de descartes de la dualidad mente y cuerpo, éste, como una máquina y bajo el dominio de la ciencia. En

ese sentido, la cultura del parto asistido, parece tener sus convenciones construidas en las representaciones sociales del médico, siendo el profesional quien debe solucionar y no justificar los eventos. (12)

La percepción dolorosa es una experiencia común en los seres humanos, según la Asociación mundial para el estudio del dolor (IASP) el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño. Su percepción depende de la activación de una vía nerviosa específica y su transmisión hacia el sistema nervioso central (SNC). En las estructuras encefálicas también se incorpora el componente emocional que añade a la sensación objetiva matices de sufrimiento. El estímulo doloroso en el SNC tiene un componente cognitivo y un componente emocional, donde participan la corteza cerebral y el sistema límbico. La principal respuesta humana es evitar la sensación dolorosa o prevenirla indistintamente de la situación que lo provoque. Teniendo en cuenta lo planteado y considerando el derecho al tratamiento se debe plantear el abordaje terapéutico a toda causa de dolor. (13)

Por su parte, aunque a nivel mundial algunos estudios hablan sobre los efectos negativos de la aplicación de analgesia durante el trabajo de parto, como por ejemplo, el incremento en la incidencia de parto instrumental, las investigaciones comparativas publicadas en la actualidad destacan el impacto positivo que se genera en el vínculo materno fetal al disminuir la experiencia dolorosa, y señalan que la analgesia no influencia la incidencia de cesáreas pese a la complejidad que conlleva su resultado por ser de carácter multifactorial. (14)

Entorno a esto, debemos recordar que el dolor no es solo la respuesta a un proceso biológico, representa también una respuesta interactiva compleja sujeta a múltiples factores, siendo manifestada según la interpretación de cada mujer. Dentro de un estudio observacional realizado por Martínez J, et al.(15) en el año 2013, en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública de Andalucía, encontraron una asociación positiva entre la educación maternal y el nivel de dolor expresado por la madre durante el parto, la cual es un programa de sesiones de preparación física y psicológicas.

En este sentido, la analgesia por vía epidural durante el trabajo de parto proporcionará alivio de forma segura y efectiva, mayor tolerancia del dolor y satisfacción materna en comparación con analgésicos sistémicos, y es la opción analgésica más eficaz para las gestantes en trabajo de parto. La analgesia se coloca mediante la inserción de un catéter usualmente en posición sentada o en la posición de flexión lateral de la gestante. Los regímenes modernos de dosificación epidural para el trabajo de parto (ej. La combinación de Bupivacaína al 0,0625% a 0,1% con 2-4 mcg/mL de Fentanilo o 0,4 mcg/mL de Sufentanilo) reducen la dosis total de analgésico local requerido para producir el bloqueo motor. Existen diferentes regímenes para la administración de analgesia epidural en el trabajo de parto. (16)

Al respecto, diferentes trabajos han sido publicados, por ejemplo, Zafra J, et al. (17) en el año 2008, en España, en su investigación “Analgesia epidural para el trabajo de parto”, realizaron la administración de analgesia epidural en 41 gestantes, donde treinta y seis gestantes (87,8%) tuvieron el parto por vía vaginal y cinco (12,2%), por cesárea. Todos/as los/as recién nacidos/as presentaron adaptación neonatal favorable evaluada por medio de la escala de Apgar (moda de 9 al primer minuto).

Mientras que, Castillo F, et al.(18) en el año 2015, en Perú, en su trabajo de investigación “Resultados maternos y perinatales de la analgesia del parto”, determinaron los resultados maternos y perinatales de la analgesia de parto en 400 gestantes evaluadas dentro de 2 grupos, denominados Control I y Casos II. Luego del inicio de la analgesia epidural, el nivel de dolor en el Grupo I fue aumentando hasta alcanzar el valor de $8,47 \pm 0,51$ ($p < 0,001$ respecto a su valor basal). En el Grupo II, la variación del dolor también fue de importancia significativa, pero en sentido inverso. A los 30 minutos, el nivel de dolor descendió significativamente ($p < 0,01$) en el Grupo de casos, manteniéndose este descenso hasta el final de la dilatación. En la evaluación del/la recién nacido/a se valoró la prueba del Apgar, donde no se encontró diferencia significativa.

En el mismo orden de ideas, Gomezese O, et al. (19) en el año 2017, en Colombia, mostraron en su artículo de publicación científica “Analgésia obstétrica: situación actual y alternativas”, los resultados de una revisión de los últimos 6 años (2009-2015) provenientes de bases de datos como PubMed, Cochrane, revistas de anestesiología y áreas de salud, respecto al tema y alternativas de utilidad para su manejo. Encontrando que una de las técnicas más usadas hoy en día es la analgesia peridural, donde mediante el uso de fármacos infundidos en ese espacio virtual se genera un bloqueo sensitivo.

Como referencia local, Ramírez C, et al. (20), en el año 2015, en su artículo de revisión titulado “Analgésia neuroaxial precoz y facilitación del trabajo de parto”, publicado en Venezuela, revela que en la actualidad, de las técnicas disponibles, la analgesia neuroaxial es la más eficaz para el manejo del dolor en el trabajo de parto, donde se recomienda su aplicación durante la fase latente del proceso, destacando sus diversos beneficios, entre los que se menciona, reducción en el tiempo del primer periodo e incremento de la satisfacción materna.

De manera que, el sufrimiento desencadenado por el dolor puede repercutir sobre el protagonismo de la gestante, porque ella teme por su desempeño, en el sentido de no poder estar a la altura de la función femenina de “ser madre”. Esos temores asumen una gran dimensión, e inhiben la sensibilidad afectivo-emocional apartando a la mujer del verdadero sentido de la maternidad. (21)

Por ello, con la finalidad de evitar mencionada inhibición, el objetivo general de la investigación fue: precisar los efectos de la analgesia peridural durante el trabajo de parto en gestantes con embarazos a término que acuden a sala de partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Desarrollando los objetivos específicos de: precisar la frecuencia con la que las gestantes solicitan la aplicación de analgesia durante el trabajo de parto; describir la respuesta de las gestantes tras la administración de analgesia durante la fase activa del trabajo de parto; calificar el grado de satisfacción materna y detectar los efectos positivos y negativos del uso de la analgesia obstétrica tanto en la gestante como en el feto.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la investigación, enmarcada en la visión positivista, se realizó un estudio de tipo analítico, cuasiexperimental, prospectivo, donde se tomó una muestra no probabilística de 26 embarazadas que cumplieron con todos los criterios de inclusión antecedente de parto vaginal normal, en ausencia de patologías de base o patologías asociadas a la gestación, en trabajo de parto con dilatación cervical mayor o igual 4cm, con feto único en presentación cefálica de vértice; de una población total de 86 gestantes con embarazos a término que fueron ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período comprendido entre el 20 de Junio y el 20 de Septiembre del año 2019.

Se aplicó el procedimiento estadístico sobre la población para obtener información sobre la muestra poblacional a seleccionar, aplicando un error estándar seleccionado del 1% y un nivel de confianza del 99%, sin embargo, para recabar datos con mayor precisión se superó el tamaño de la muestra matemáticamente establecido y así disminuir el margen de error permisible.

Previamente se obtuvo la debida autorización institucional, del comité ético y el consentimiento por escrito de cada participante donde fue explicado cada paso, los riesgos y beneficios del procedimiento médico que fue llevado a cabo.

Cada embarazada fue inicialmente evaluada por la investigadora y el anesthesiólogo, en el área de sala de partos se colocó en decúbito lateral izquierdo o en sedestación, con monitorización básica no invasiva, bajo normas de asepsia y antisepsia, éste procedió a realizar la punción lumbar en espacio L3-L4 con aguja Tuohy número 16G, realizo la prueba de pérdida de la resistencia hasta ubicar el espacio epidural para posteriormente verificar con la prueba de Nesi y luego colocar un catéter peridural número 16 mm, retiró en bloque la aguja peridural, fijó el catéter y procedió a instilar la mezcla de analgésicos: 20 mg de Bupivacaina en combinación con 30 mcg de Fenlano o 56 mg de Lidocaína al 1% en mezcla con 60 mcg de Fentanilo.

Luego la gestante es trasladada al área de pre-partos para monitorización del trabajo de parto cada 30-40 minutos, en los que se fue recolectando los datos del nivel de dolor, vía de culminación del embarazo y grado de satisfacción, mediante una ficha semi-estructurada diseñada para cumplir con los objetivos de la investigación.

A su vez, se mantuvo bajo evaluación periódica por parte del anestesiólogo mediante los parámetros establecidos en la escala visual análoga del dolor (EVA), la intensidad del dolor que describió cada embarazada, la cual consistió una línea horizontal de 10 cm en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el lado izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad del dolor, donde se pidió a la gestante que indicara la intensidad del dolor percibido. Cuya regla lo expresa en centímetros. Donde la valoración fue: dolor leve <3 , dolor moderado entre 3 y 7, dolor severo si la valoración fue ≥ 8 hasta 10. (22)

Finalizada la recolección de la información, se procedió a la transcripción de los datos obtenidos para su posterior procesamiento estadístico.

RESULTADOS

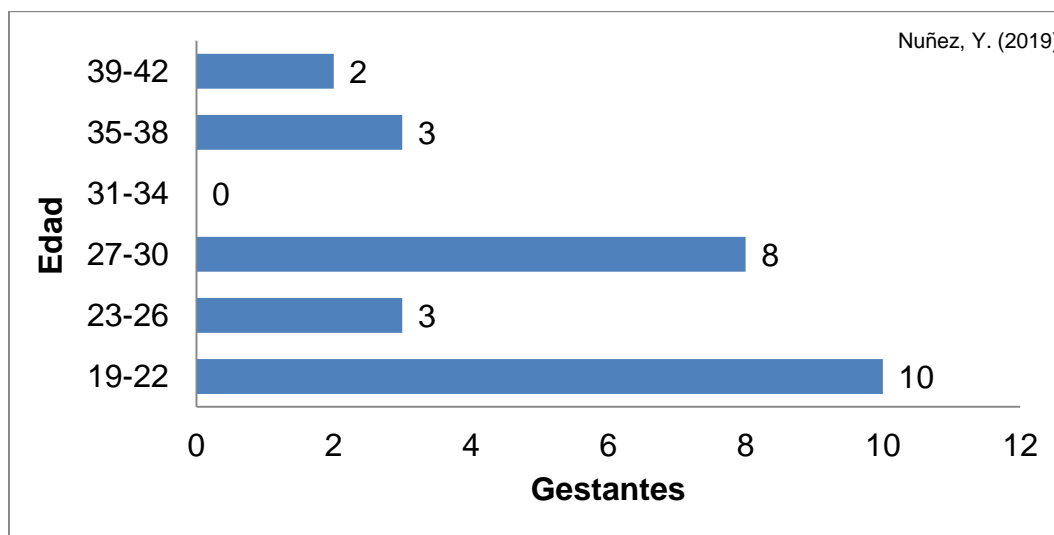
La edad promedio registrada de las 26 embarazadas que conformaron la muestra del estudio fue de 27 años, registrándose gestantes desde los 19 años hasta los 41 años de edad, siendo la diferencia entre la mayor y menor edad de 22 años. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Edad de las embarazadas.

Edad (años)	F	Fa	Xm	F.Xm	%
19 – 22	10	10	20	200	38,5
23 – 26	03	13	24	72	11,5
27 – 30	08	21	28	224	30,8
31 – 34	0	21	32	0	0
35 – 38	03	24	36	80	11,5
39 – 42	02	26	40	108	7,7
Σ	26	-	-	684	100

Fuente: Datos de la investigación Nuñez, Y. (2019).

Gráfico N°1: Edad de las embarazadas.



Fuente: Datos de la investigación Nuñez, Y. (2019).

Los 27 años divide la serie en dos partes iguales, superando por tanto al 50% de los datos y siendo superado a su vez por el 50% restante. Y la edad que más tiende a repetirse es 22 años. Dado que la edad promedio es mayor a la edad modal se evidencia asimetría positiva, es decir, se evidenció mayor concentración de datos por encima de la edad de mayor frecuencia.

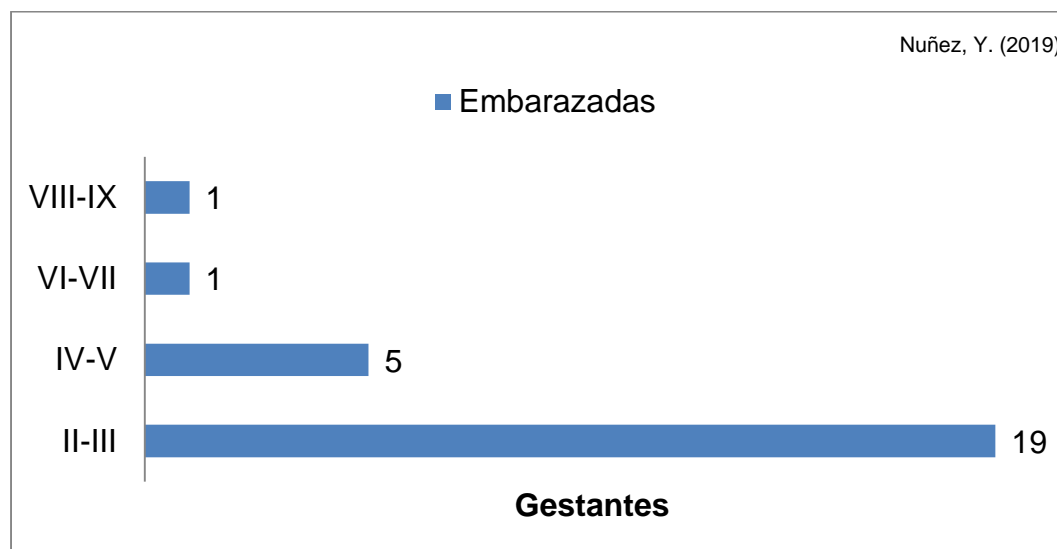
La distribución de los antecedentes obstétricos de las embarazadas sometidas al estudio permitió denotar que el número de gestas promedio es de IV, además fue el número más representativo del grupo, siendo el que lo divide en dos partes iguales y el que tiende más a repetirse. (Tabla N°2)

Tabla N°2: Antecedentes obstétricos de las embarazadas ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período Junio - Septiembre 2019.

N° de gestas	F	Fa	Xm	F.Xm	%
II-III	19	19	2,5	47,5	73
IV-V	5	24	4,5	22,5	19,2
VI-VII	1	25	5,5	5,5	3,9
VIII-IX	1	26	8,5	8,5	3,9
Σ	26	-	-	84	100

Fuente: Datos de la investigación Núñez Y. (2019).

Gráfico N°2: Antecedentes obstétricos de las embarazadas ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período Junio - Septiembre 2019.



Fuente: Datos de la investigación Nuñez, Y. (2019).

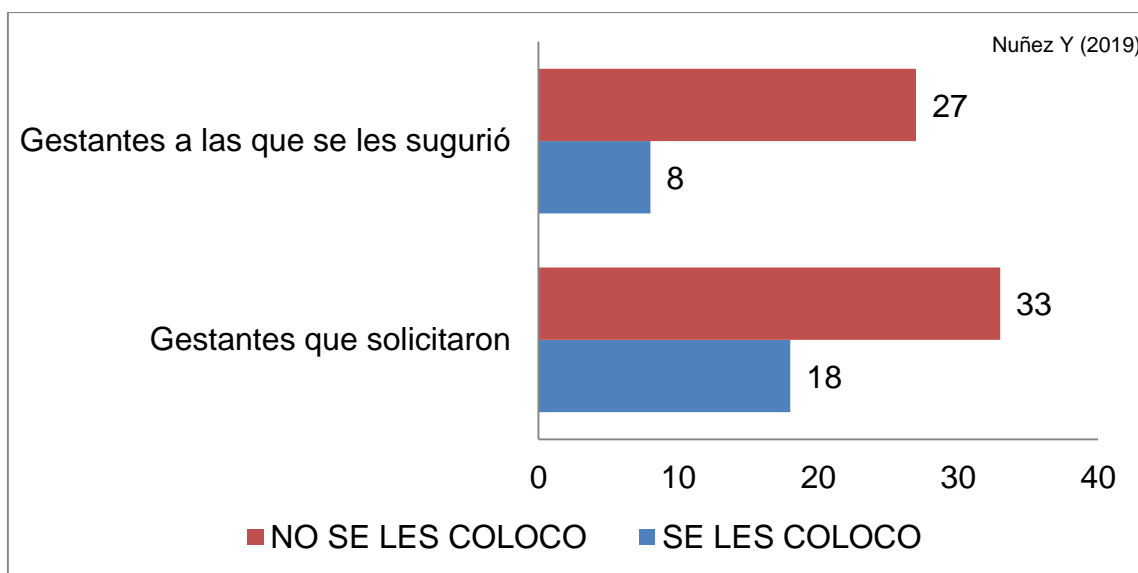
En cuanto a la asimetría fue ligeramente negativa, dado los resultados obtenidos, $\bar{X}=3,23$, $Md=3,37$ y $Mo=3,5$.

Durante la investigación, entre la población en estudio se presentaron dos vertientes, gestantes que solicitaron analgesia y no se les administro porque no cumplían con los criterios de inclusión, y la otra variante, las que si cumplían con los criterios pero no solicitaron la aplicación de la misma pero les fue sugerida por la investigadora. (Tabla N°3)

Tabla N°3: Embarazadas que solicitaron la aplicación de analgesia obstétrica.

	No se les coloco	Se les coloco
Gestantes a las que se le sugirió	27	8
Gestantes que la solicitaron	33	18
Σ	60	26

Fuente: Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Gráfico N°3: Embarazadas que solicitaron la aplicación de analgesia obstétrica.

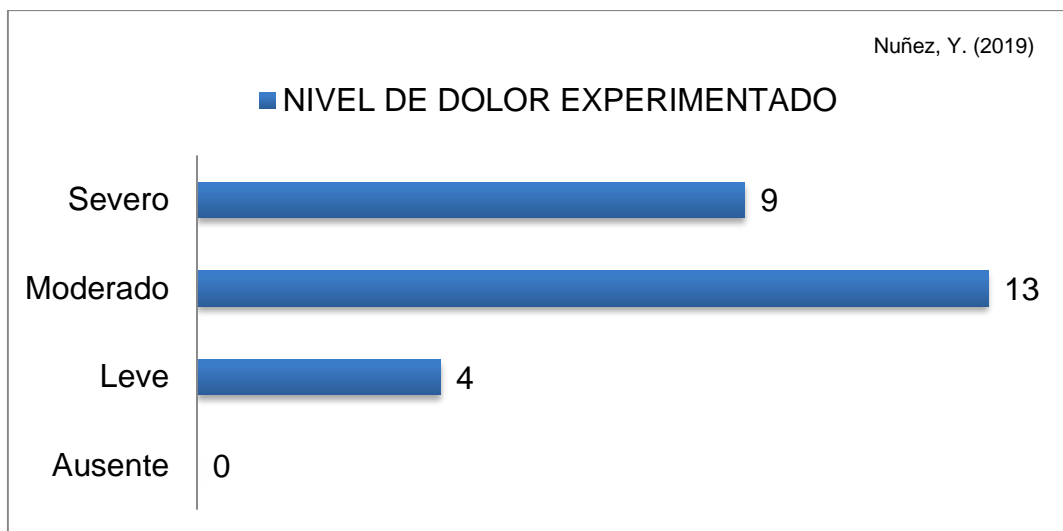
Fuente: Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Se realizó la descripción grafica de la manifestación subjetiva del dolor experimentado por las embarazadas en sus gestaciones previas, interrogado mediante la escala psicométrica de Lickert. (Tabla N°4)

Tabla N°4: Dolor experimentado por las embarazadas en gestaciones previas.

Nivel de dolor	Gestantes	%
Severo	9	34,6
Moderado	13	50
Leve	4	15,4
Ausente	0	0
Σ	26	100

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Gráfico N°4: Dolor experimentado por las embarazadas en gestaciones previas.

Datos de la investigación (Núñez, Y, (2019).

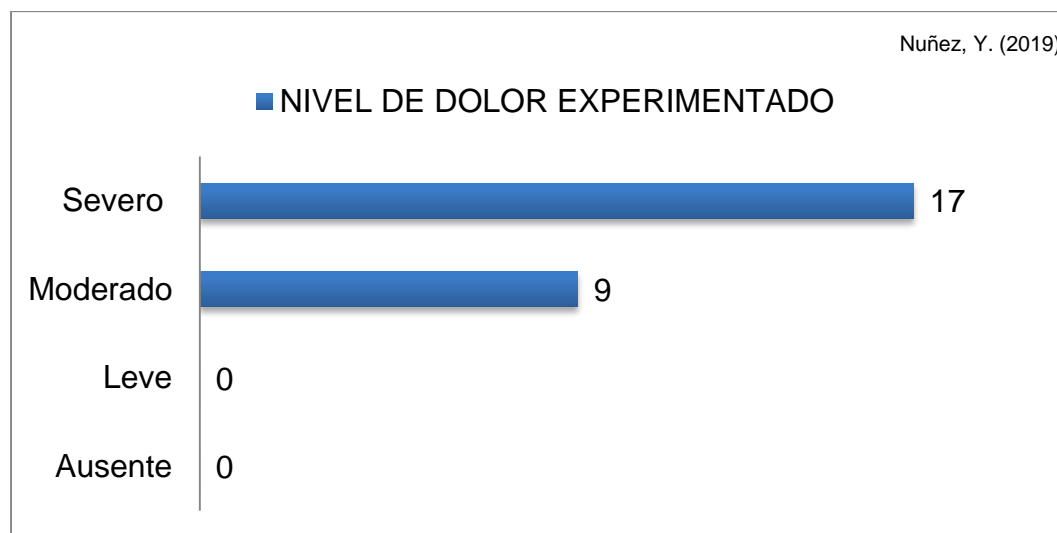
En el gráfico anterior, se puede apreciar claramente que la mayor cantidad de gestantes, el 50% (n=13) manifestó haber experimentado dolor moderado en las gestaciones previas y el 50% (n=13) restante expresó un grado de dolor entre leve y severo. Es notable apreciar que en ningún caso hubo ausencia de dolor, lo que permite concluir que el dolor está asociado al proceso de gestación y en la mayoría de los casos con una intensidad categorizada como moderada por el grupo de estudio.

Durante el trabajo de parto, se observa que ninguna embarazada refirió ausencia de dolor, a su vez ninguna manifestó leve grado de dolor. Variando la intensidad expresada por las gestantes atendidas entre moderado y severo, lo que permite establecer en forma empírica que el trabajo de parto se asocia a una experiencia categorizada como severa. (Tabla N°5)

Tabla N°5: Dolor de las gestantes durante el trabajo de parto.

Nivel de dolor	Gestantes	%
Severo	17	65,4
Moderado	9	34,6
Leve	0	0
Ausente	0	0
Σ	26	100

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Gráfica N°5: Dolor de las gestantes durante el trabajo de parto.

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

El mayor número de embarazadas, 17 (65%) refirieron experimentar dolor severo, mientras que 9 gestantes (35%) describieron su nivel de dolor como moderado.

Durante el estudio no se evidenciaron complicaciones o efectos adversos en la madre o el feto tras la aplicación de los analgésicos por vía peridural en las gestantes a las que les fue colocado el catéter. Dentro de las cuales solo en tres casos ocurrió pérdida del mismo por lo que ambas embarazadas se retiraron del estudio y no se continuó recabando sus aportes.

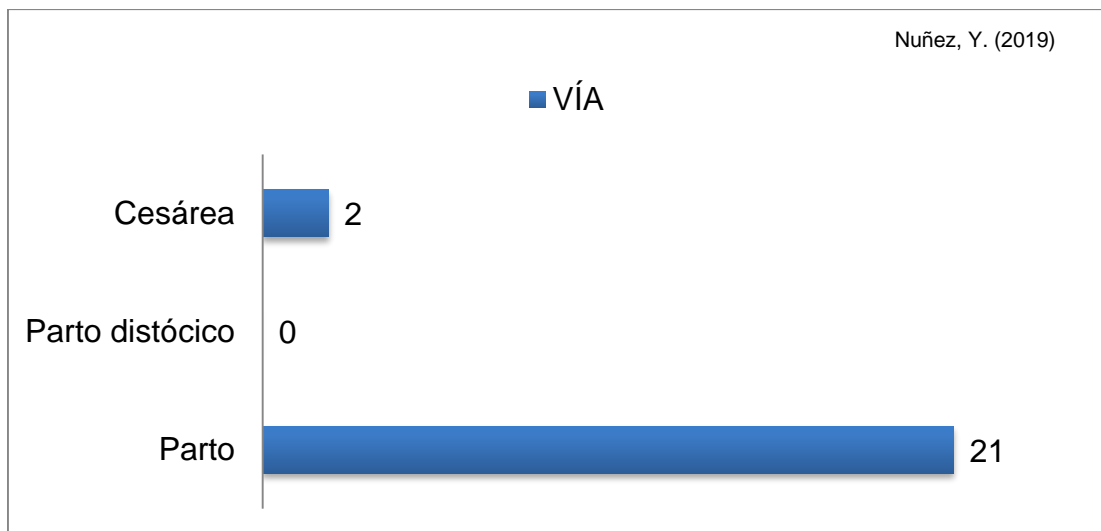
La vía de culminación de la gestación en las embarazadas que conformaron la muestra del estudio fue con éxito el parto vaginal con un alto porcentaje. (Tabla N°6)

Tabla N°6: Vía de culminación de la gestación en las embarazadas ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” período Junio - Septiembre 2019.

Vía	F	%
Parto	21	91,3
Cesárea	2	8,7
Σ	23	100

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Tabla N°6: Vía de culminación de la gestación en las embarazadas ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” período Junio - Septiembre 2019.



Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

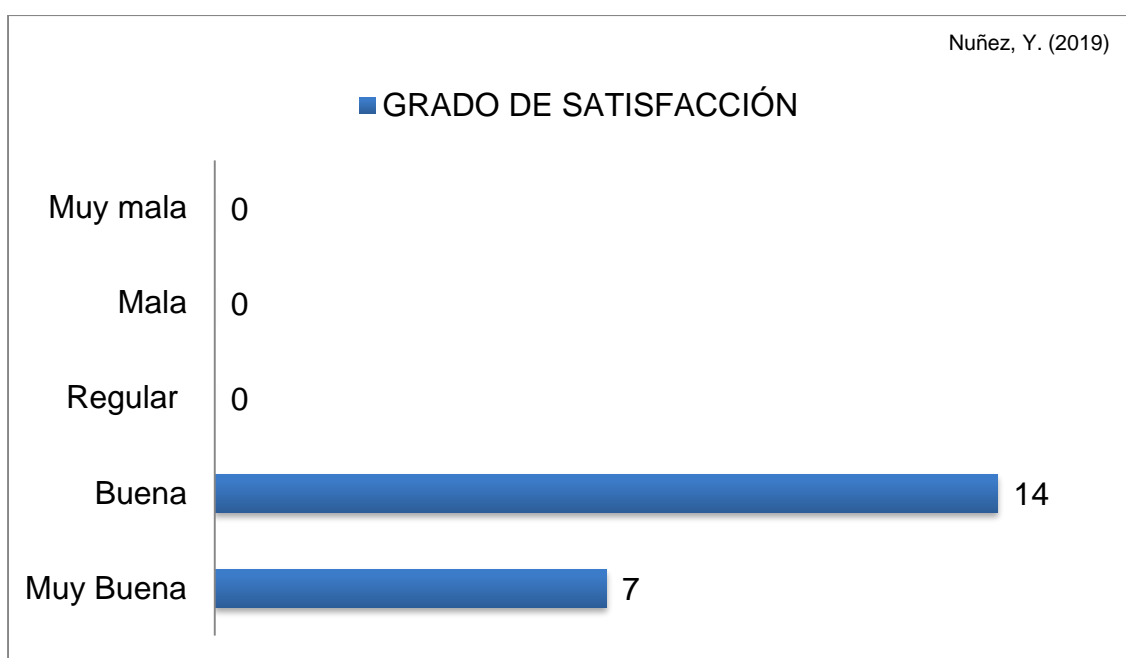
Las dos gestantes que culminaron en cesárea segmentaria durante la investigación fueron llevadas a quirófano bajo el diagnóstico de: Distocia de descenso, encontrándose como hallazgos intraoperatorios en el primer caso brevedad del cordón umbilical y en el segundo doble circular de cordón umbilical no reductible.

Finalmente, el grado de satisfacción materna al experimentar un trabajo de parto sin dolor fue favorable en la totalidad de las embarazadas que representaron la muestra en estudio. (Tabla N°7)

Tabla N°7: Grado de satisfacción materna.

Grado de satisfacción	Gestantes	%
Muy mala	0	0
Mala	0	0
Regular	0	0
Buena	14	66,7
Muy buena	7	33,3
Σ	21	100

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

Gráfico N°7: Grado de satisfacción materna.

Datos de la investigación (Nuñez, Y. (2019).

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que, en el Hospital sede de la investigación se carecía de un estudio práctico referente al tema, los resultados obtenidos sustentan el implementar la analgesia obstétrica para innovar en el tipo de atención brindada. Tomando en consideración que, durante el trabajo de parto la solicitud por parte de la gestante de alivio del dolor, constituye una indicación médica suficiente para brindar dicho paliativo, debidamente consultado con el servicio de anestesia para estructurar en conjunto un plan adecuado de atención, considerando los factores de riesgo, ya que el bloqueo neural no disminuye la frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas. (22).

Al respecto, de los resultados del estudio se obtuvo que el rango de edad de las embarazadas que fueron ingresadas a la Sala de Partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período Junio – Septiembre fue de los 19 a los 41 años, con un número de IV gestas en promedio.

La solicitud de colocación de analgesia por parte de las gestantes fue de un 59,3% del total de la población en estudio, dejando en claro que representa una fracción de las atenciones que las embarazadas esperan sean cubiertas durante la atención obstétrica.

Donde al observar, hacia dónde se encuentran mayormente concentrados los datos en los gráficos del nivel de dolor experimentado por las embarazadas, se cumple que existe relación entre el dolor y el trabajo de parto, siendo necesaria la aplicación de la analgesia pudiendo evitar el sufrimiento físico y psíquico de las gestantes.

En relación a la colocación del catéter fue un procedimiento exitoso en la totalidad de los casos sin evidencias de complicaciones o efectos adversos para la madre o el feto. En tres de los casos minutos después de fijar el catéter por las embarazadas no colaborar con la posición decúbito dorsal perdieron el mismo, por lo cual, se les retiró del estudio.

Sin duda, la vía de culminación más frecuente fue el parto por vía vaginal en el 91,3% de las gestantes a las que les fue proporcionada la analgesia obstétrica. No se presentó ningún caso donde se requiriera la colocación de fórceps, práctica que según el último estudio publicado del Hospital sede de la investigación, ya se encontraba en desuso. (23)

Por su parte, al comparar los resultados obtenidos por Hidalgo M. et al (2011), en su estudio, donde el 92% de las gestantes se mostraron satisfechas con la analgesia epidural (24), en la presente investigación se registró el 100% de satisfacción entre las participantes del estudio.

Cabe destacar, que las embarazadas que se encontraban recibiendo analgesia durante el trabajo de parto mantuvieron mejor comunicación, colaboración y receptividad hacia el personal médico, convirtiéndose el momento del nacimiento en una experiencia gratificante tanto para la investigadora como para la madre, la cual merece consideración especial dado que cada mujer interpreta muy particularmente la experiencia dolorosa y la complejidad de la misma, resultando conveniente poder elegir un método para su alivio. (25)

CONCLUSIONES

Para el y/o la obstetra es relevante tomar en cuenta cada aspecto del proceso fisiológico del parto, sus implicaciones físicas y psicológicas, ya que este se puede llevar a cabo en la mayoría de los casos sin la aparición de complicaciones maternas ni fetales, siendo trascendente lograr brindar una experiencia de parto positiva.

Durante la realización de la investigación se pudo precisar que no se suscitan efectos desfavorables atribuibles a la analgesia peridural administrada durante el trabajo de parto en gestantes con embarazos a término.

A su vez, también se precisó que las embarazadas que solicitan la aplicación de analgesia durante el trabajo de parto son una parte muy representativa de la población atendida diariamente en el servicio, sin embargo, no en todas las gestantes puede ser administrada.

En base a los resultados obtenidos, al asociar los niveles de dolor referidos por las pacientes que fueron percibidos previamente y durante la fase activa del trabajo de parto con el grado de satisfacción se puede considerar que la experiencia dolorosa que acompaña este proceso fisiológico alcanza gran intensidad que repercute en la actuación de la mujer hacia el personal médico que le presta los servicios de atención como hacia su recién nacido/a precozmente.

En conclusión, la proporción de madres satisfechas al incluir en la atención brindada una herramienta que proporciona mejores resultados centrados en la mujer, la ausencia de complicaciones y efectos adversos tanto maternos como fetales, así como el mayor número de partos en relación a las cesáreas, son la evidencia sustentable para otorgar un alto grado de recomendación a la administración de analgésicos por catéter peridural durante el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES

Es importante la realización de más estudios sobre el tema de la analgesia obstétrica, valorando principalmente los beneficios maternos y fetales, y no solo como un elemento que podría formar parte de las practicas que pueden implementarse sino también como un factor que tendrá repercusión en la asistencia sanitaria al disminuir la estancia hospitalaria por una rápida recuperación durante el puerperio inmediato.

Igualmente, se considera que es importante la realización de directrices para su aplicación durante el trabajo de parto en la práctica clínica de rutina, considerando que cada caso debe individualizarse y siempre debe estar acompañado de la valoración tanto obstétrica como por el servicio de anestesiología.

REFERENCIAS

1. L'Osservatore Romano. La procreación [en línea]. Ciudad del Vaticano; 2014. [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.osservatoreromano.va/es/news/la-procreacion>
2. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Manual de atención al parto en el ámbito extra hospitalario [en línea]. Subdirección general de gestión económica y recursos humanos. Servicio de recursos documentales y apoyo institucional. Madrid: INGESA (1.947) [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Parto_extrahospitalario.pdf
3. Barcelona. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior [en línea]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
4. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
5. Medina G. Una vida para nacer, aspectos básicos y clínicos del trabajo de parto. [s.l.] 2004.
6. González J. Lailla J. Fabre E. González E. Obstetricia. 6ta ed. Barcelona: Elsevier masson; 2013.
7. Cabero L. Tratado de ginecología y obstetricia. Medicina materno fetal. Segó. 2da ed. Tomo 2. España: Panamericana; 2012.
8. Guyton A. Hall J. Tratado de fisiología médica. 11va ed. Jackson, Mississippi: Elsevier Saunders; 2003.
9. Usandizaga J. De la Fuente P. obstetricia y ginecología. Madrid: Marbán; 2011.
10. Glenn P. Labor del parto y nacimiento humano. 6ta ed. Madrid: Amolca; 2015.
11. Rigol. Obstetricia y ginecología. El Cairo: Ecomed; 1994.
12. Raquel R. Dolor y protagonismo de la mujer en el parto. Rev Scielo [en línea]. 2011 [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf.
13. Goya P. Martín M. ¿Qué sabemos de? El dolor [en línea]. Madrid: Catarata; 2010 [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: https://books.google.co.ve/books?id=kcGVBYG-WaEC&pg=PA27&dq=el+dolor&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj7yJfVqfvkAhUuw1kKHZkWD_kQ6AEITjAG#v=onepage&q=vias&f=false
14. Canessa E, Añazco R, Gigoux J, Aguilera J. Anestesia para el trabajo de parto. Rev. Med. Clin. Condes [en línea]. 2014 [citado 6 Dic 2018]; 25 (6): 979-986. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70647-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70647-9)
15. Martínez J, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]. 2013 [citado 6 Dic 2018]; 78(4): 293 – 297. Disponible en: <https://www.revistasochog.cl/articulos/ver/651>

16. Hawkins, J. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. *The New England Journal of Medicine* [en línea]. 2010 [citado 6 Dic 2018] 326:16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410515>
17. Zafra J, Calvache J. Analgesia epidural para el trabajo de parto. *IATREIA* [en línea]. 2008 Dic [citado 6 Dic 2018] 21 (4): 355-363. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000400001
18. Castillo F, Martínez F, Danz J. Resultados maternos y perinatales de la analgesia del parto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [en línea]. 2015 [citado 6 Dic 2018] 363-368. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000400003&script=sci_arttext&lng=pt
19. Gomezese O, Estupinan B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *Revista Colombiana de Anestesiología* [en línea]. 2017 [citado 6 Dic 2018] 45, (2): 132-135. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300060>
20. Ramírez C, Tovar L, Rivera R. Analgesia neuroaxial precoz y facilitación del trabajo de parto. *Revista Mexicana de Anestesiología* [en línea]. 2015 Oct-Dic [citado 6 Dic 2018]; 38 (4): 245-248. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma154f.pdf>
21. Vallana V. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá [tesis Magíster en Estudios Culturales en línea] Colombia: Pontificia Universidad Javeriana: Facultad de Ciencias Sociales; 2016 [citado 6 Dic 2018]. Disponible en: <http://ramwan.net/tesis/97.viviana-vallana.pdf>
22. Gomezese OF, Ribero BE. Obstetric analgesia: Current situation and alternatives. *Rev Colomb Anestesiol* [en línea]. 2017 [citado 6 Dic 2018]; 45 (2): 132–135. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120334717300060/1-s2.0-S0120334717300060-main.pdf?_tid=cb5c94e2-359e-486a-b008-cde4873a67ed&acdnat=1544313527_f9010003c18836e5ab31f0a6afe59282
23. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Nacimientos según tipo de asistencia obstétrica. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, 1969-2004. *Gac Méd Caracas* [en línea]. 2017 [citado 10 Oct 2019]; 115 (3): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622007000300005
24. Hidalgo M, Pulido M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo del parto. *Revista de Calidad Asistencial* [en línea]. 2011 [citado 10 Oct 2019] 26 (4): 251-255. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.03.003>
25. Fernández I. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enferm. glob.* [en línea]. 2014 [citado 10 Oct 2019] 13 (33): 400-406. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100020

ANEXO A

Consentimiento Informado

El presente estudio de investigación titulado: **“ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON EMBARAZO A TÉRMINO”**, será realizado como Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia por la autora **Yicssi Brigette Nuñez Bencomo**. Los objetivos que se persiguen son: precisar la frecuencia con la que las gestantes solicitan la aplicación de analgesia durante el trabajo de parto, comparar las distintas respuestas de las gestantes tras la administración de analgesia durante la fase activa del trabajo de parto, precisar el grado de satisfacción materna y detectar los efectos positivos y negativos del uso de la analgesia obstétrica tanto en la gestante como en el feto. Si usted, accede a participar en este estudio, será evaluada por el médico anesthesiólogo y este le suministrará analgésicos por vía epidural con la finalidad de aliviarle el dolor que acompaña el trabajo de parto. Su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria y la información recabada será utilizada solo con fines de la presentación del Trabajo Especial de Grado. Todas las dudas y preguntas que desee aclarar considérese en la libertad de hacerlas. Igualmente usted podrá retirarse del estudio en el momento que usted así lo decida, sin que esto afecte la debida atención que usted se merece. Al firmar el documento usted afirma que le han sido explicadas todas las condiciones de su participación, riesgos y procedimientos a realizarse.

Nombre de la gestante

Firma

Fecha

ANEXO B

Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de La Salud.
 Dirección de Postgrado. Postgrado de Ginecología y Obstetricia
 Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"
 Puerto Cabello – Estado Carabobo

Instrumento para la recolección de datos

Participante # ____. Fecha realización: ___/___/____. Historia Clínica N: _____.

Nombre y Apellido: _____. C.I.: _____. Edad: _____.

Embarazos _____. Partos: _____. Cesáreas: _____. Abortos: _____. Ectópico _____.

Fecha de ingreso: ___/___/____.

Diagnósticos de ingreso:_____.

Antecedentes:_____.

¿Ha recibido anestesia por vía peridural? Si () No ()

Nivel de dolor experimentado en parto previo:

Ausencia () Leve () Moderado () Severo ()

Nivel de dolor en el trabajo de parto actual:

Ausencia () Leve () Moderado () Severo ()

Solicita analgesia: Si ()

Cumple con criterios para la aplicación de analgesia obstétrica: Si () No ()

¿Puede recibir la anestesia? Si () No ()

Efectos:_____.

Parto eutócico () Parto distócico () Cesárea () Otro _____.

Grado de satisfacción materna:

Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()

Médico/a responsable:

Anestesiólogo/a responsable: