

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA**



**Informe final de investigación para optar al título de:
Especialista en Anestesiología**

“Parirás tus hijos con dolor”

**Percepción del dolor de parto y aceptación de
las técnicas de mitigación del dolor.**

HEODRA, 1º. de Agosto de 2009 al 31 de Enero de 2010

Autora:

Dra Walkiria Martínez Ríos. MD. Residente Iller. año Anestesiología¹

Tutor:

Dr. Orlando Morales Navarrete. MD. MSc. Especialista en Anestesiología¹

Asesora:

Dra. Eliette Valladares. MD. PhD. Especialista en Ginecología²

1. Servicio de Anestesiología, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, UNAN –LEÓN

2. Departamento de Ginecología, HEODRA, UNAN-LEÓN.

León, Marzo del 2010

ÍNDICE

	<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
I	INTRODUCCIÓN	1
II	ANTECEDENTES	3
III	JUSTIFICACIÓN	8
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V	OBJETIVOS	10
VI	MARCO TEORICO	11
VII	MATERIAL Y MÉTODO	19
VIII	RESULTADOS	23
IX	DISCUSIÓN	28
X	CONCLUSIONES	31
XI	RECOMENDACIONES	32
XII	REFERENCIAS	33
XIII	ANEXOS	36
	GUIAS DE ENTREVISTAS	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	TABLAS	

DEDICATORIA

A mi madre por su apoyo espiritual, emocional y humano en mi preparación profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen por darme serenidad y acompañarme día a día en mi camino del aprendizaje.

Al Doctor Orlando Morales Navarrete por guiarme en la elaboración de este estudio.

A las pacientes que cooperaron con la realización de este estudio.

A los médicos y enfermeras de labor y parto, médicos pediatras por sus aportes brindados.

A la Lic. Claudia Obando (CIDS) por brindarme sus conocimientos y experiencias en la metodología cualitativa.

I. INTRODUCCIÓN

El Comité de Taxonomía, de la International for the Study of Pain (IASP), desde 1986, le dio a la palabra dolor el concepto de “ser una experiencia sensorial, emocional de forma desagradable, asociándola a las lesiones de tejidos, reales o potenciales; ella está envuelta por sensaciones desprovistas de placer, subjetiva, y cada individuo utiliza la palabra dolor de acuerdo con sus experiencias previas, constituyendo, de cierta forma, una vivencia emocional” ¹.

La palabra dolor también puede ser descrita como un fenómeno complejo, individual y multifactorial, influenciado por varios factores; destacamos los: psicológicos, biológicos, socio culturales y económicos. De cierta forma, el dolor se encuentra descrito en los relatos de aquellos que lo sienten, durante transformaciones normales; teniéndose como ejemplos, la menstruación y el parto ².

El dolor existió desde el comienzo de la vida o desde la aparición del hombre sobre la tierra. Según la doctrina judeo-cristiana, después de la creación de Eva, que tuvo lugar a través de un acto necesariamente doloroso para el cual Adán fue sometido a un plácido sueño, ella misma y toda su descendencia fueron castigadas con el dolor del parto.³

Para la mayoría de las mujeres el dolor de parto es tenido como la peor experiencia de sus vidas. El dolor de las contracciones uterinas es un proceso complejo que envuelve interacciones de mecanismos neurológicos centrales, periféricos e intercambio continuo de informaciones por vías nerviosas ascendentes y descendentes de nociceptores. En estos términos, entendemos que el dolor de parto envuelve factores emocionales, sensoriales, ambientales y existenciales ⁴.

Los esfuerzos para aliviar el dolor de la parturienta puede ser tan antiguos como la misma existencia del ser humano al escuchar ritos, creencias y hasta hechicerías en lugares y épocas primitivas. Estos esfuerzos han evolucionado hasta época moderna con técnicas analgésicas usando la última tecnología de la ciencia y parecen marcar una tendencia en el futuro de ser parte de la historia tal sufrimiento innecesario. Mientras la misma Biblia menciona el origen de dicha angustia para la humanidad en Génesis 3,16: "Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos"²³

En 1993 la American Collage of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) publicó que "no hay circunstancias donde se considere aceptable que una persona experimente dolor intenso, posible de ser tratado en forma segura por un profesional entrenado" La solicitud materna es suficiente justificación para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.⁵

A nivel internacional se han realizado estudios sobre experiencias de las parturientas acerca del dolor y alivio del dolor durante el parto, del conocimiento y de la aceptación de la analgesia epidural, y de las experiencias de la intensidad del dolor durante el parto.^{6,8,9,10,11,12} En Nicaragua, dentro de las revisiones realizadas hay estudios sobre analgesia del parto con diferentes técnicas y medicamentos,⁷ pero no se encontró ningún estudio acerca de cómo sienten o perciben el dolor del parto las mujeres, y si aceptan la mitigación del dolor.

Este estudio utilizó el abordaje cualitativo debido a las ventajas que presenta esta metodología ante lo sensible del tema en estudio. Según Dahlgren, el Método Cualitativo, "es un proceso de investigación y entendimiento que explora un problema social y humano, que permite construir una imagen holística y detallada del problema en estudio en su ambiente natural."¹⁷

II. ANTECEDENTES

Históricamente, las embarazadas han sido asistidas y apoyadas por otras mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, actualmente en muchos países, dado que más mujeres dan a luz en hospitales en lugar de hacerlo en casa, el apoyo continuo durante el trabajo de parto se ha convertido en la excepción en lugar de la norma. Este hecho ha planteado inquietudes acerca de la deshumanización consiguiente de las experiencias de parto de las embarazadas.

La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y defensa. Esta atención puede mejorar el proceso normal del trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica.

Una revisión de la Cochrane “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”. La revisión de estudio incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13,000 mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias. Las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera "espontánea", es decir, dar a luz sin cesárea, instrumental ni fórceps. Además, las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto. En general, el apoyo en el trabajo de parto pareció ser más eficaz cuando era suministrado por mujeres que no eran parte del personal del hospital. También pareció ser más eficaz cuando se comenzaba al inicio del trabajo de parto. No se identificaron efectos adversos. Los elementos comunes de esta atención incluyen: apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y elogio), información acerca del progreso del trabajo de parto y asesoramiento relacionado con técnicas de tratamiento, medidas de

alivio (tacto reconfortante, masajes, baños/duchas calientes, promoción de la ingesta y eliminación adecuada de líquido) y defensa (ayudar a la mujer a comunicar sus deseos a otros).⁸

En Norteamérica, han estado disponibles los servicios de mujeres con capacitación especial en apoyo durante el trabajo de parto. Comúnmente conocidos como "*doula*" (una palabra griega para "*sierva*"), este nuevo miembro del equipo de cuidadores también puede llamarse compañero de trabajo de parto, compañero durante el parto, especialista en apoyo durante el trabajo de parto, asistente durante el trabajo de parto o asistente durante el parto. Varias organizaciones norteamericanas ofrecen capacitación para "*doula*", certificación y apoyo profesional; y se estima que unas 35,000 personas han recibido esta capacitación hasta la fecha. Algunos hospitales norteamericanos han comenzado a patrocinar los servicios de "*doula*". En recientes encuestas nacionales de mujeres en edad fértil de los Estados Unidos, 3% a 5% de las entrevistadas indicaron que habían usado los servicios de "*doula*" durante el parto más reciente. Recientemente, se ha establecido una asociación de "*doulas*" en el Reino Unido. Además, se están realizando esfuerzos para poner en disponibilidad los servicios de "*doula*" en países como Australia, Bermuda, Brasil, China, República Checa, Israel y Sudáfrica.⁸

Un estudio canadiense comparando los diferentes síndromes de dolor encontró que el puntaje promedio del dolor en mujeres nulíparas y multíparas en ambas era superior que el puntaje previamente recordado por pacientes ambulatorias con dolor ciático, dolor de muelas y dolor por fractura. Sin embargo, considerando que el puntaje promedio es más alto, su valor exacto difiere grandemente de una mujer a otra. Bonica encontró ese dolor del parto era apacible en 15 % de casos, moderado en 35 %, severo en 30 % y extremo en 20%⁶

Un estudio multicéntrico "Las expectativas maternas y experiencias del dolor y analgesia del parto" en seis hospitales con grandes unidades de maternidad en cinco países europeos diferentes (Italia, Finlandia, Bélgica, Portugal, Reino

Unido). Por lo menos se examinaron 100 primíparas por cada país. Todas las madres recibieron dos entrevistas regularizadas, una durante el último mes del embarazo, y una 24 horas después del parto. Las expectativas maternas y experiencias de dolor, alivio del dolor, y satisfacción con analgesia del parto fueron evaluadas por una Escala Visual Análoga EVA de 100 mm. Casi todas las madres fueron vistas regularmente por un obstetra o una partera durante el embarazo, fueron preparadas para el parto con clases e información prenatal sobre las técnicas de analgesia del parto. Las diferencias nombradas entre los cinco grupos eran en el nivel de educación y el estado socio-económico. Las expectativas maternas del dolor de parto y las respuestas a la entrevista del pre-parto variaron significativamente entre los centros, tal como el conocimiento materno, expectativa y técnica de última opción analgésica. Generalmente hablando, el nivel de satisfacción materna con experiencia de analgesia del parto fue alto; sin embargo, la analgesia epidural era más eficaz que otros métodos de alivio de dolor ($P < 0.0001$). Las madres más satisfechas eran aquéllas que esperaron más dolor, estaban satisfechas con la analgesia recibida y tenían buen alivio del dolor después de la analgesia ($P < 0.001$)⁹

Un estudio descriptivo en la Universidad de Ciencia y Tecnología Departamento Materno Infantil en Jordania, se reclutaron de un hospital grande de la ciudad de Amán a cien participantes de bajo riesgo de la unidad de puerperio que parieron por vía vaginal. Se usaron tres instrumentos, la Escala Numérica de Intensidad de Dolor (NPIS), una encuesta de valoración de dolor y una encuesta demográfica para evaluar los niveles de intensidad de dolor durante la labor y parto. La mayoría de las parturientas jordanas no recibió alivio del dolor. Ochenta y una mujeres reportan niveles de intensidad de dolor de ≥ 8 en la NPIS (rango de 0-10). El nivel de intensidad de dolor durante la segunda fase de labor era 8.83. Se encontró una diferencia significativa entre la edad de las primíparas y multíparas. Las parturientas jordanas reportaron experiencias dolorosas en el parto; por consiguiente, una re-evaluación actual de las prácticas de cuidados materno y parturientas garantizaron el manejo del dolor

del parto. En Jordania los papeles de ayuda y educación sobre cuidados maternos y parteras también necesitan mejorar considerablemente.¹⁰

Una revisión del Hospital Universitario de Oulu Finlandia. Se estudiaron las experiencias de 890 parturientas de Finlandia durante una semana para determinar cómo ellas experimentaron el dolor en labor y cómo ellas consideraron eficaz los medios para aliviarlo. La mayoría de mujeres (72%) había tenido miedo del parto y 88% había pensado pedir algún alivio farmacológico del dolor, 84% de las primíparas y 72% de las multíparas valoraron su dolor severo o insoportable. Se encontró que la analgesia epidural es el método más eficaz en la primera fase del parto, pero para el segundo periodo esta superioridad no era claro por mucho tiempo. Desgraciadamente, parece sólo estar prontamente disponible durante horas de oficina a pesar del hecho que la mayoría de los partos suceden fuera de este tiempo.¹¹

Un estudio para evaluar el conocimiento y aceptación de la analgesia peridural obstétrica entre las mujeres embarazadas en Togo. Un estudio prospectivo, descriptivo se llevó a cabo alrededor de un periodo de un mes. Un formulario estandarizado de encuestas fue usado para coleccionar los datos. Se entrevistaron un total de 303 mujeres embarazadas con una edad entre 27 más o menos 6 años. Una proporción de primíparas y multíparas fue la misma, es decir, 50%. Entre las mujeres multíparas el 83.5% describieron el dolor de la labor en los partos previos al parto como severo. 12 % de las mujeres embarazadas entrevistadas afirmó conocimiento de técnicas para controlar el dolor del parto. Tres mujeres embarazadas informaron de una comprensión detallada de la analgesia peridural obtenido del internet. Un total de 253 mujeres (83.5%) contestó afirmativamente cuando se les preguntó si ellas optarían por la analgesia peridural si se ofreciera de forma gratuita para finalizar el parto del embarazo actual.¹²

La aceptación se motivó por las buenas condiciones del parto para el recién nacido (112 mujeres) y el confort logrado por el alivio del dolor (130 mujeres). El

rechazo fue motivado por una creencia religiosa que el parto doloroso era una orden natural (31 mujeres). Entre las seis mujeres musulmanas que se negaron al parto sin dolor, dos del grupo étnico Djerma declaró que el dolor era la mejor expresión de su feminidad. El rango de aceptación se disminuyó de 83.5% a 70% si la analgesia peridural se ofreciera por cargos pagados. La mayoría de las mujeres embarazadas en Togo expresó interés en la prueba de analgesia peridural.¹²

III. JUSTIFICACIÓN

Con este estudio pretendemos conocer la percepción que tienen las pacientes que asisten al HEODRA, de obstetras y enfermeras del Departamento de Obstetricia, sobre el dolor durante el parto y la aceptación de las técnicas de mitigación del dolor. Además conocer si estas técnicas son consideradas una necesidad para ser integradas en protocolos y ofertadas en los programas del Ministerio de Salud - MINSA. Esta información servirá como línea de base para futuros estudios a nivel nacional y para justificar la necesidad de implementar una unidad de analgesia del parto dotada de personal y recursos debidamente establecida y capacitada, la cual no existe en los hospitales del país.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del dolor de parto y de las técnicas de mitigación de este dolor en embarazadas atendidas en el HEODRA?

¿Cuál es la aceptación que tiene el personal de salud de las técnicas de mitigación del dolor en el HEODRA?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la percepción que tienen las pacientes atendidas, obstetras y enfermeras del servicio de Obstetricia del HEODRA, acerca del dolor de parto y la aceptación de las técnicas de mitigación del dolor de parto.

Objetivos específicos

1. Determinar la percepción del dolor de parto que tienen las pacientes atendidas en el HEODRA.
2. Identificar la información que conocen las pacientes atendidas en el HEODRA acerca de las técnicas de mitigación del dolor de parto y la aceptación de estas.
3. Determinar la aceptación de las técnicas de mitigación del dolor de parto, por parte de obstetras y enfermeras del Departamento de Ginecología del HEODRA.
4. Determinar la percepción, información y actitudes de los prestadores de servicios de atención a la mujer y al niño en el HEODRA sobre la mitigación del dolor de parto.

VI. MARCO TEÓRICO

El dolor existió desde el comienzo de la vida o desde la aparición del hombre sobre la tierra. Según las doctrinas cristianas, después de la creación de Eva, que tuvo lugar a través de un acto necesariamente doloroso para el cual Adán fue sometido a un plácido sueño, ella misma y toda su descendencia fueron castigadas con el dolor del parto.³

Se puede rastrear hasta los mismísimos orígenes, que es el Mito de la caída. Los benevolentes dioses colocaron al hombre en un estado de pureza prístina, sin necesidades ni anhelos. Contento con su destino original, tomaba de la naturaleza lo que ésta le daba. Pero en un momento dado, el hombre pecó; quiso ser como los dioses, conocer como los dioses, e influir en la naturaleza como hacen los dioses, lo que condujo a su caída y la aparición del dolor. Una vez tomado el camino de la caída, ya no hubo vuelta atrás. Sólo le quedaba la huída hacia delante: sufrir el dolor.³

La interpretación del dolor por el hombre medieval en el occidente europeo, estuvo notablemente influido por el pensamiento místico y religioso, y a la luz de las doctrinas cristianas, el dolor era un medio de purificación y de redención, lo que la iglesia católica consintió y apoyó. El misticismo medieval continuó influyendo, de una u otra manera, sobre los científicos de los siglos XVIII y XIX. En el siglo XX se empieza a insinuar el concepto de dolor como enfermedad cuando el anestesiólogo Jonh Bonica creó la primera clínica del dolor en el Tacoma General Hospital junto a un psiquiatra, un neurocirujano y un cirujano ortopédico, la creación de estas clínicas llevó al concepto del dolor crónico.³

Merskey en 1964 introdujo la definición moderna del dolor al referirse a una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión, aceptada por el comité de Taxonomía de la Internacional for the Study of Pain IASP.³

La percepción del dolor que tiene una embarazada constituye un proceso dinámico que comprende tanto mecanismos neurológicos periféricos como centrales. Muchos factores influyen en el grado de dolor que experimenta una parturienta durante el trabajo de parto, incluidos la preparación psicológica, el soporte emocional durante el parto, experiencias anteriores, las expectativas de la paciente ante el nacimiento y la inducción del parto con oxitocina. A pesar de todo no existe la menor duda de que, para la mayoría de las mujeres, dar a luz a un hijo está asociado con un dolor muy intenso, y que por lo general supera todas las expectativas. De hecho, como demostró Mc Gill sobre el dolor, el dolor del parto es uno de los dolores más intensos que una mujer puede experimentar, normalmente peor que un dolor dental, una lumbalgia o un dolor asociado con una laceración profunda¹³.

Durante el primer estadio del parto, los impulsos dolorosos provienen sobre todo del útero. Las contracciones uterinas pueden inducir isquemia miometral, que eventualmente produce la liberación de bradicininas, histaminas y serotonina. Además el estiramiento y la distensión del segmento uterino inferior y del cuello pueden estimular los mecanorreceptores. Estos impulsos dolorosos se transmiten por las fibras nerviosas simpáticas; progresan a través de la región paracervical y el plexo nervioso hipogástrico hasta que entran en la porción lumbar de la cadena simpática. Estos estímulos entran en los segmentos T10, T11, T12 y L1 de la médula espinal. Las embarazadas describen este dolor como sordo y mal localizado. Cuando se establece el segundo estadio del parto y el estiramiento del periné, fibras nerviosas somáticas aferentes transmiten los impulsos dolorosos a través del nervio pudendo hacia la médula espinal en los segmentos S2, S3 y S4.¹³

Aunque el parto es un fenómeno natural, se ha demostrado que el dolor que acompaña es considerado severo o extremo en más de la mitad de los casos. Además de los procedimientos convencionales, como la analgesia epidural, se

han informado muchos métodos complementarios o alternativos para reducir el dolor durante la labor y parto. La Medicina Complementaria o Alternativa (CAM) puede definirse como teorías o prácticas que no son parte del sistema médico dominante o convencional. Algunos de ellos se han reclasificado como parte de medicina convencional cuando la experiencia clínica es apoyada por datos científicos⁶.

Estos métodos son populares porque ellos dan énfasis a la personalidad individual, y la interacción entre la mente, cuerpo y ambiente. Ellos son atractivos a las personas que quieren ser involucrado más en su propio cuidado y sentir que tales terapias están más en armonía con sus filosofías personales. Las bases teóricas para muchos métodos alternativos derivan de la tradición o filosofía oriental.⁶

Debemos considerar que este dolor que ahora puede ser cuantificado es sólo un componente de la experiencia global de una mujer en labor y parto. No siempre se pone en correlación la satisfacción personal con el nivel de dolor y aunque difícil de cuantificar debe ser incluido en las evaluaciones. La nota del término analgesia significa el alivio de dolor sin la pérdida total de sensación, mientras la anestesia se define como el alivio de dolor con la pérdida total de sensación⁶.

Justificación para el control del dolor del trabajo de parto

La intensidad que tiene el dolor del trabajo de parto fue cuantificada por Melzack, quien demostró que éste es muy severo y puede compararse al que se produce con la amputación traumática de un dedo, esta situación por lo tanto obliga a que la embarazada en trabajo de parto, reciba siempre un procedimiento analgésico que controle el dolor en forma efectiva y segura. El no proporcionar este beneficio a la paciente, puede ocasionar en ella vivencias que conviertan una situación placentera y de alegría en un momento desagradable, que a la larga pudiera ocasionar repercusiones de carácter negativo en la relación afectiva madre e hijo.¹⁶

El dolor del trabajo de parto produce en la embarazada una serie de alteraciones fisiológicas que pueden repercutir en forma indeseable en ella y en el feto, éstas han sido ampliamente estudiadas por varios autores. Entre ellas se han mencionado: hiperventilación con hipocarbina materna, que ocasionan una disminución del flujo uterino, aumento del consumo de oxígeno, y del gasto cardíaco, elevación de las concentraciones plasmáticas de β endorfinas, así como también las de catecolaminas, esto último ocasiona disminución de la perfusión placentaria, los niveles de renina se incrementan lo que estimula la producción de angiotensina I y II, se ha observado además una mayor incidencia de acidosis metabólica materna y fetal, de distocias obstétricas y trabajo de parto prolongado.¹⁶

TÉCNICAS DE MITIGACIÓN DEL DOLOR

TÉCNICAS ALTERNATIVAS

Los métodos complementarios y alternativos aplicables al dolor de parto pueden ser divididos en las intervenciones de la mente- cuerpo "mind-body", se basa en la interconexión de la mente y el cuerpo y en el poder de cada una para afectar a la otra. Muchas de las intervenciones de mind-body se aplican a enfermedades crónicas, pero esta técnica parece ser también aplicable a la situación del parto. Los otros métodos complementarios son los sistemas alternativos de práctica médica, curación manual, los bioelectromagnéticos y métodos físicos, y la medicación alternativa.⁶

Psicoprofilaxis

El "parto natural" es un término que se atribuye a Grantley Dick- Read en 1933; este autor pensaba que el parto era un proceso indoloro que no requería de intervención médica si la madre estaba adecuadamente preparada. Los métodos de Pavlov utilizados en Rusia para el parto fueron adaptados por el obstetra francés Fernand Lamaze a finales de la década de 1950, y fue entonces cuando

se popularizó el "parto natural" como una opción para las embarazadas. Este método se basa en enseñar a la madre reflejos condicionados para superar el dolor y el miedo al parto.¹³ La base de la psicoprofilaxis reside en creer que el dolor de dilatación y de expulsión puede ser inhibido por reorganización de la actividad de la corteza cerebral.¹⁵ También utiliza un programa de educación, apoyo humano durante el parto, técnicas respiratorias, técnicas de relajación de la musculatura voluntaria, focalización de la atención, y actividades específicas para concentrarse durante las contracciones y de esta manera bloquear el dolor. De hecho, incluso se ha demostrado que la presencia de otra mujer durante el parto para apoyar a la parturienta tiene un efecto positivo en los resultados, e incluso en la duración del parto.¹³

Acupuntura

La acupuntura ha estado siendo practicada durante más de 1,000 años en China, tanto por sus propiedades terapéuticas como por sus propiedades analgésicas. Es natural que la acupuntura recibiera atención como posible anestesia obstétrica, sobre todo porque parece ser totalmente segura tanto para la madre como para el hijo. Se dice que la anestesia por acupuntura para la cirugía es en China muy aceptable en un 70% de pacientes. Este éxito depende, sin embargo, de la selección cuidadosa de las pacientes, acompañada de una indoctrinación sociológica y de una motivación de la paciente.¹⁵

Neuroestimulación eléctrica trascutánea TENS

La reducción del dolor que produce la TENS se logra gracias a la inhibición del estímulo nociceptivo a nivel presináptico en el asta dorsal que limita la transmisión central del estímulo. La estimulación eléctrica fundamentalmente activa los nervios mielinizados de bajo umbral. Un efecto inhibitorio aferente evita la propagación de la nocicepción a través de las delgadas fibras C amielínicas, ya que bloquean los impulsos a las células diana en la sustancia gelatinosa del asta posterior. Parece ser que la TENS también favorece la liberación de endorfinas y dinorfinas a nivel central. Los electrodos localizados

en la espalda, distribuidos entre T10 y L1, proporcionan analgesia en algunas pacientes al comienzo del parto.¹³

Medicación sistémica

La analgesia obstétrica sistémica consiste en la aplicación de uno o varios medicamentos por alguna vía de acceso rápido a la circulación sistémica, con la finalidad de suprimir el dolor durante el trabajo de parto.¹⁶

Existe la idea de que el uso de analgésicos, sedantes y anestésicos durante el trabajo de parto en sus diferentes etapas, entraña riesgos para la madre y el feto por su efecto depresor sobre el sistema nervioso central, deprimen la función nerviosa del producto. Esta consideración refuerza la idea de que estos fármacos contribuyen a elevar la mortalidad y morbilidad neonatal. Durante los decenios de 1930 y 1940 los obstetras conservadores se negaron al empleo de tales fármacos, el criterio era que no debían usarse durante el parto, ya que prevalecía el concepto (incluso hasta nuestros días), de que los anestésicos y los analgésicos ocasionaban asfixia intrauterina que perdura durante el nacimiento, debido a depresión respiratoria y sólo se recomendaba su empleo en situaciones de alto riesgo tanto de la madre como el feto, en estas circunstancias es inevitable y resulta en muchas ocasiones benéfico.¹⁶

La clase de fármacos más frecuentemente utilizada como medicación sistémica durante el parto son los opioides. Todos los opioides tienen efectos colaterales de diversa intensidad, como depresión respiratoria, náuseas y vómitos, y cambios en la situación mental que van desde la euforia hasta la sedación excesiva. Todos los opioides atraviesan la barrera placentaria libremente debido a sus características fisicoquímicas y pueden desencadenar una depresión respiratoria en el recién nacido. De todas formas, cuando se utilizan adecuadamente, los narcóticos sistémicos pueden ser efectivos para aliviar el dolor del trabajo de parto durante cortos períodos de tiempo.¹³

PRINCIPIOS DE LA ANALGESIA

Las tres piedras fundamentales del alivio del dolor obstétrico consisten en simplicidad, inocuidad y preservación de la homeostasis fetal. La mujer que recibe cualquier tipo de analgesia requiere una vigilancia estrecha. Los riesgos asociados con la analgesia varían según el tipo de analgesia empleado.¹⁴

TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Anestesia epidural

Involucra la introducción de un agente anestésico local a los nervios sensibles que dirigen los mensajes de dolor en sus vías a la médula espinal. Un catéter (tubo fino flexible) normalmente se pone en el espacio epidural, permitiendo una infusión intermitente o continua a lo largo de el parto.⁶

La anestesia epidural es la manera más eficaz de reducir el dolor de parto. Un total de 85- 95 % de las mujeres reportaron alivio completo del dolor durante las dos fases del parto: la dilatación cervical y descenso del bebé, el fracaso completo es raro y usualmente es debido a problemas técnicos, como cuando el espacio epidural no puede alcanzarse con el catéter. El alivio del dolor de parto puede ser parcial. La sensación de las contracciones dolorosas persiste, pero son de más baja intensidad. A veces el área de analgesia es incompleta. Por ejemplo, el dolor puede sentirse lateralmente por la mitad del abdomen. Cuando los nervios más bajos no son, o son insuficientemente bloqueados, el dolor puede desarrollarse durante la segunda fase de parto. Una de las ventajas principales de la anestesia epidural es que es eficaz sin tener en cuenta el contexto cultural, con pocos efectos colaterales. Pero no siempre está disponible.⁶

Bloqueo paracervical

El bloqueo paracervical es una técnica anestésica de uso frecuente entre los obstetras, con la finalidad de mitigar el dolor durante la dilatación cervical en la primera etapa del trabajo de parto. Es recomendable que se aplique en las

multigestas cuando haya dilatación cervical mayor de 3 cm y en primigestas mayor de 5 cm.

La técnica consiste en inyectar anestésico local a nivel submucoso en el fondo de la vagina y lateralmente al cérvix (aproximadamente a las 3); se requiere un volumen de anestésico de 10-15 ml para una buena analgesia. Posteriormente se realiza la misma técnica del lado contrario (aproximadamente a las 9). Se debe tener cautela de aspirar previamente para evitar que el anestésico sea depositado en algún vaso sanguíneo y que pase rápidamente a nivel sistémico. Con esta técnica se consigue bloquear el ganglio de Frankenhauser, que contiene las fibras nerviosas del útero.¹⁶

Óxido nitroso

El gas del óxido nitroso se da por inhalación a concentraciones subanestésicas. A pesar de usarse por más de 100 años, no hay ninguna evidencia cuantitativa clara de la eficacia de óxido nitroso aliviando el dolor de parto. Los sentimientos subjetivos de madres que dan a luz sugieren, sin embargo, que el óxido nitroso es beneficioso en muchos casos. Muchas mujeres reportan analgesia significativa con este, y muchas lo escogerían de nuevo para otro parto.⁶

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Área de estudio:

Departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), el cual es un hospital de referencia y está localizado en el municipio de León, departamento de León. En este departamento se estima una tasa de fecundidad global de 3.2/1000; una tasa de parto domiciliar de 17.6% y el resto es institucional. El 50.5% de nacimientos es atendido por médico general, 30.3% por obstetra, 1.2% por enfermera, 15.5% por partera y 1.9% por amigos o familiares.

Diseño:

Estudio de tipo cualitativo, diseño emergente.

Población de estudio:

▪ **Universo**

- Pacientes embarazadas ingresadas en las salas de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y Puerperio fisiológico del Departamento de Ginecología y Obstetricia (n=10).
- Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia del HEODRA (n=4).
- Médicos especialistas en Pediatría del HEODRA (n=10).
- Enfermeras y auxiliares de la sala de labor y parto del HEODRA (n=4).

▪ **Muestra y procedimiento de muestreo:**

- Fue una muestra a conveniencia, se recolectó información hasta alcanzar el punto de saturación de la información que es cuando los datos que surgen de las nuevas entrevistas o grupos focales comienzan a ser repetitivos.
- Las participantes se seleccionaron de las pacientes que ingresaron a la sala de ARO y puerperio fisiológico, del total de médicos de base de ginecología y del total de enfermeras y auxiliares de labor y parto, a conveniencia, tratando de que los seleccionados representen el margen de variación en cuanto a edad, experiencia y conductas terapéuticas.
- Se inició con las entrevistas a profundidad a las pacientes embarazadas para explorar su percepción del dolor de parto y los significados que ellas adscriben a este. Se entrevistaron mujeres jóvenes en edad reproductiva (23 a 49 años) con antecedente de al menos un parto. Aunque las mujeres provenían de una misma área geográfica no se encontraban emparentadas. Las entrevistadas compartían algunas características socioeconómicas pero sus historias familiares eran diferentes.
- Se inició con la primera mujer que cumplía con las características del estudio. Después de realizada la entrevista, esta fue transcrita textualmente y analizada para poder decidir la siguiente informante. Durante el proceso 2 pacientes declinaron participar. El procedimiento fue repetido hasta que después de 8 entrevistas se alcanzó la saturación, se realizó un total de 10.
- Posteriormente, se condujeron 2 grupos focales, uno con médicos de base del Dpto. de Ginecología y Obstetricia en conjunto con enfermeras del servicio de Labor y Parto, y otro con médicos de base de Pediatría para explorar sus percepciones, actitudes y conductas ante el dolor de parto de sus pacientes y la posibilidad de mitigarlo.

Técnicas de recolección

Para la recolección de información se realizaron entrevistas a profundidad a cada una de las pacientes participantes y 2 grupos focales con médicos (Ginecólogos y Pediatras) y con enfermeras.

Se utilizó una grabadora de voz para documentar los datos; estas grabaciones fueron transcritas textualmente. Cada entrevista fue conducida en privado, en el aula de del Servicio de Anestesiología del hospital, sitio neutral para impedir la interrupción de familiares y extraños y para preservar la confidencialidad y la privacidad. Posterior a la entrevista, se utilizó un diario de campo para documentar observaciones sobre el comportamiento de las entrevistadas, los antecedentes y características familiares y cualquier otro aspecto que las informantes mencionaron.

Para el análisis de la información recolectada se utilizó la técnica de Análisis de Contenido. Se identificó primero un número de contenidos de interés en relación al tópico de estudio y se elaboró una guía que contenía preguntas para el abordaje de cada uno de esos contenidos. Sin embargo, se mantuvo la mente abierta y en caso de que surgieran nuevos aspectos que el equipo de investigación considerara relevantes se tomaron en cuenta y se exploraron.

Esta técnica de análisis se trata de un proceso que permite categorizar datos textuales cualitativos en conglomerados de entidades similares, categorías conceptuales para identificar patrones consistentes y la relación entre las variables o temas. Este método analítico es una forma de reducir los datos pero dándoles sentido al derivar su significado. Es un método usado comúnmente para analizar un amplio rango de datos textuales, incluyendo transcripciones de entrevistas, observaciones registradas, narraciones, respuestas a preguntas abiertas, videos, etc.

Una vez transcritas, las entrevistas fueron codificadas a través del Programa Open Code versión 3.4 (Umdac, Umeå Universitet Sweden). El segundo paso fue la selección de los códigos, los cuales fueron agrupados en cada uno de los contenidos pre-definidos.

Contenidos de análisis:

I. Pacientes:

1. Percepción de dolor
2. Significados adscritos al dolor de parto
3. Conocimiento y aceptación de técnicas para alivio del dolor de parto.

II. Médicos y enfermeras:

1. Percepción y significado del dolor de parto.
2. Información y actitudes hacia las técnicas de de alivio del dolor de parto.
3. Experiencias prácticas en relación a la analgesia obstétrica.

Consideraciones éticas:

Se trata de un estudio no invasivo, dado que recopiló información sin interferir de ninguna manera sobre las(os) entrevistadas(os), ni producir daño alguno. Hubo respeto absoluto de las opiniones, creencias y actitudes expresadas por las(os) entrevistadas(os).

A cada participante se le explicaron los objetivos del estudio, las ventajas y/o desventajas de su participación, y la utilización que se le va a dar a los resultados, entre las que se cuenta el servir de semilla para una propuesta de organización y sistematización de una unidad de analgesia del parto en el HEODRA.

Las entrevistas individuales y grupales se condujeron en un ambiente privado para garantizar la confidencialidad de la información. No se incluye en ninguna parte de los resultados información que permita la identificación de los participantes. A cada uno se les explicó su derecho a decidir libremente si participaban o no, o el de retirarse en cualquier momento que lo consideraran. Finalmente se les solicitó su consentimiento informado firmado, tanto para su participación como para grabar las entrevistas.

VII. RESULTADOS

Durante el proceso, se realizaron diez entrevistas y tuvimos dos rechazos. Tres de las entrevistadas estaban embarazadas pero tenían antecedente de parto, y las 7 restantes habían tenido un nacimiento vaginal en las últimas 24 horas. La mitad de las participantes tenían menos de 35 años, 6 eran de procedencia rural, la mayoría con escolaridad primaria y con 3 hijos o más. Por otro lado, la mitad había tenido su primer parto antes de los 20 años, pero la mayoría había atendido sus partos en un ambiente hospitalario (Tabla 1).

Las pacientes entrevistadas en general refirieron percibir el dolor de parto como un dolor terrible, angustiante y que genera miedo.

Dos participantes expresaron:

- *"el parto duele el alma"*.
- *"no quedo convidada"*.

Como confirmación de la intensidad con la que perciben el dolor de parto se les pidió que en una Escala Numérica de intensidad del dolor que iba de 0 a 10, siendo cero no dolor y 10 el máximo dolor, expresaran la intensidad con que ellas lo habían percibido. Seis de las 10 pacientes entrevistadas dieron un puntaje máximo al dolor experimentado por ellas durante el parto de 10, dos dieron un puntaje de 9, una asignó un puntaje de 8 y una más un puntaje de 5. Esta última paciente era multigesta.

Expresaron que el dolor aumenta en la medida que avanza el trabajo de parto, pero que varía de acuerdo a la paridad, siendo mayor en los primeros dos partos y más tolerable después del terceros. También asociaron el dolor al sexo del bebé, manifestando que cuando es varón duele más pero el parto es más rápido que cuando es mujer.

Se pudo identificar tres tipos de significados que las participantes adscribían al dolor de parto. Uno, el más enfatizado por ellas, fue el significado "divino". Todas coincidieron en que el dolor de parto es voluntad de Dios, castigo de Dios para

arrepentirnos pues es producto del pecado de Adán y Eva. La mayor parte hizo mención en algún momento que la Biblia señala que las mujeres parirán sus hijos con dolor, por tanto el dolor es mandato de Dios.

A su vez, las informantes revelaron haber interiorizado muy bien el rol que la sociedad asigna a la mujer/madre. Expresaron que el dolor es signo de valentía y de amor a los hijos, si no los parís los querés menos, porque los hijos que nacen por cesárea no cuestan, el parto abdominal es signo de debilidad, de ser menos mujer.

Sin embargo mientras las pacientes hablaban, tarde o temprano revelaban un sentimiento ambivalente y se enfrentaron a la realidad del dolor. Ellas también consideraron en algún momento que sería feliz no sentir el dolor de parto, pero ni modos había que resignarse a este.

Cuando se investigó sobre si ellas conocían o habían escuchado de la analgesia para aliviar el dolor de parto, la mayoría dijo que no lo conocía, y mostró incredulidad ante una técnica que consideraron nueva. Dos de ellas dijeron haber escuchado de esta pero en atención privada.

Se encontró que en general la primera reacción a la analgesia obstétrica entre las pacientes fue de rechazo, considerando que es anormal no tener dolor, que le temen a la inyección de la columna y que además no cumplen con el mandato divino. Pero finalmente terminaban expresando que sería bueno parir sin dolor, que sería feliz.

Se realizaron dos grupos focales uno con enfermeras y con médicos gineco-obstetras del Servicio de Labor y Parto, el otro con médicos pediatras, todos trabajadores del HEODRA (Tablas 3, 4 y 5).

Las enfermeras consideraron también el dolor de parto como severo pero dijeron que las mujeres estaban preparadas psicológicamente para él, expresando además que tenían que resignarse. Ellas también reflejaron la percepción divina señalando que está descrito en la biblia que el parto es con dolor, y que la religión es la razón por la que muchas mujeres no aceptan la analgesia

obstétrica. En relación a la información que ellas manejan sobre las técnicas de alivio del dolor de parto, refirieron que en la mayoría de los casos las analgesias obstétricas terminan en cesárea y que se arriesga la vida del bebé por entrar en sufrimiento fetal.

En cuanto a las actitudes de las enfermeras hacia la analgesia obstétrica, consideran el procedimiento estresante para ellas y que les demanda mayor cuidado y trabajo. Consideran que no han sido entrenadas al respecto por lo que sería necesario que el personal de enfermería recibiera las orientaciones necesarias para el cuidado de este tipo de paciente. Refirieron tener muy poca experiencia práctica puesto que han sido pocos los casos que han visto. Sin embargo consideran que los pocos casos no han tenido un seguimiento adecuado por parte del anesthesiólogo, que algunas veces fracasa y termina en cesarea, que produce mucho bloqueo motor en miembros inferiores y como la mujer no siente dolor no puja, por lo que retarda el nacimiento.

Los médicos obstetras perciben que el dolor del parto es un trauma grande para la mujer, sobre todo si es adolescente pues no está preparada para este. Uno de ellos incluso dijo considerar el dolor como sinónimo de inequidad. Refirieron que algunas pacientes rechazan el dolor aunque otras prefieren dolor que cesárea. Pero ellos resaltaron que también la mujer a la que se le hace cesárea sufre dolor.

Tampoco los obstetras manejaban información en detalle sobre la técnica, su aplicación y manejo. Ellos señalaron que no hay estadísticas sobre analgesia obstétrica, y que tampoco se sabe como terminan los partos, si por vía vaginal o abdominal. Incluso expresaron que desconocen las causas de las cesáreas en las pacientes bajo analgesia obstétrica. Mencionaron estudios que afirman que retrasa el descenso, pero también reconocieron que tiene beneficios sobre todo en las primigestas.

La actitud de los médicos obstetras en general fue positiva. Ellos consideran que el parto vaginal bajo analgesia obstétrica es más estresante para el médico pues requiere de mayor responsabilidad y cuidado, e implica para ellos más sobrecarga

que beneficios pues las instituciones de salud hacen mucha presión por el bienestar materno-fetal y por esto dan seguimiento estrecho a curvas, partograma, etc., datos que pueden ser alterados por la analgesia obstétrica. Sin embargo también fueron enfáticos en reconocer que el parto vaginal bajo analgesia obstétrica implica menos estrés y mayores beneficios para la paciente, por lo que se debería aspirar a que exista el servicio en el HEODRA, pues sería maravilloso, sobre todo para pacientes adolescentes.

Los ginecólogos reconocieron que la experiencia con analgesia obstétrica en HEODRA no ha sido suficiente. Incluso uno de ellos dijo no haber visto ninguna. Refirieron que la mayoría ha sido aplicada por residentes y en el marco de investigaciones de tesis, en turnos nocturnos, con poca vigilancia por parte del anesthesiólogo, recargando más el trabajo en un turno en el que hay menos personal. Dijeron tener la impresión de que la mayoría termina en cesárea, pero que es probable que también la decisión de la cesárea sea anticipada por la falta de experiencia. Finalmente reconocieron que ha habido poca comunicación entre el anesthesiólogo y el obstetra alrededor de la condición y manejo.

Entre los pediatras que participaron en el grupo focal hubo también una actitud positiva hacia el uso de analgesia obstétrica en la atención del parto vaginal. Ellos reconocieron la percepción divina del dolor de parto en nuestro medio, sin embargo refirieron que todo el mundo le teme al dolor, sobre todo las primigestas, por lo que menos dolor facilita el parto, que hay que evitar el sufrimiento materno.

Reconocieron conocer poco de analgesia obstétrica, y que aunque esta existe desde hace 30 años, no están seguros si afecta al binomio madre-hijo. En países como México se aplica a todas las mujeres pero en Nicaragua no se utiliza, se habla más del parto psico-profiláctico.

En cuanto a experiencias prácticas entre los pediatras, reconocieron que tenían poca experiencia puesto que en nuestro medio esto se practica más en los servicios privados, sin embargo la mayoría refirió que de los pocos casos que habían visto, habían tenido en general buena experiencia con los recién nacidos.

Cabe resaltar que uno de los pediatras refirió mala experiencia ya que en los dos casos en que había estado se produjo prolongación del período expulsivo y depresión respiratoria neonatal. Ellos consideraron en general que el conocimiento sobre la eficacia de dicha técnica es limitado.

Las actitudes de los pediatras fueron más positivas que las del resto de proveedores de salud entrevistados. Ellos dieron incluso recomendaciones importantes para implementar dicha técnica en el HEODRA considerando que el hacerlo mejoraría la calidad de atención del parto en la institución. Por ejemplo, promover los pros y contras, institucionalizar el procedimiento, trabajar para desaparecer los mitos que pueden dificultar la implementación de la analgesia, etc. (Tabla 5).

IX. DISCUSION

La operacionalización del estudio presentó algunas limitaciones que estuvieron relacionadas con el desarrollo de la metodología cualitativa implementada, como por ejemplo, algunas dificultades para reclutar a los participantes para las entrevistas y grupos focales. Una fortaleza de este estudio fue el haber abordado la perspectiva de todos los actores involucrados en la toma de decisión para la implementación de la analgesia durante el parto. En este proceso pudimos identificar el estado de percepciones, actitudes, prácticas, y grado de aceptación de la analgesia obstétrica con sus respectivos pros y contras, ventajas y desventajas, todo lo cual han sido insumos valiosos para discutir posteriormente las necesidades de entrenamiento y de promoción de esta técnica para que pueda ser implementada en el HEODRA.

Aunque la investigación en salud reproductiva ha avanzado mucho, no ha sido así con la exploración e identificación de las percepciones del dolor durante el parto y su alivio. Además en los pocos estudios encontrados se ha utilizado una metodología variada lo que dificulta la comparabilidad. Sin embargo, el nacimiento vaginal es reconocido como un evento que produce intenso dolor, ansiedad y miedo, pero que al mismo tiempo representa una parte central de la experiencia del parto y existe preocupación por el alivio de este dolor.

En relación a las percepciones de las participantes fue llamativo que aun prevalece en Nicaragua la tendencia de dar al dolor de parto un significado divino, y verlo como un designio de Dios, información fácilmente de expresiones tanto de pacientes como enfermeras. Este dato concuerda con lo publicado por Ouro-Bang N. M. Y cols, que refirieron que parte del rechazo a la analgesia obstétrica en su estudio fue motivado por razones religiosas. (12)

Sin embargo también sobresalió entre las percepciones la interiorización que hacen las mujeres entrevistadas del rol mujer/madre que la sociedad les impone. Para ser buena madre hay que sentir el dolor de parto, sino los hijos se quieren

menos. Finalmente lo que quedó claro a través de lo expresado por el personal médico entrevistado es que la mayor parte de mujeres al momento del dolor lo rechaza de manera natural y se enfrentan a sentimiento ambivalentes y a tener que tomar la decisión de tolerar el dolor para ser más mujer y pagar el castigo divino o solicitar ayuda para aliviar este.

El personal de salud entrevistado reflejó de manera general manejar algunos conocimientos sobre analgesia obstétrica pero no en detalle por no usarse en nuestro medio. Reconocieron desconocer el manejo de estas pacientes lo que se reflejó en algunas informaciones erróneas vertidas alrededor de los resultados maternos y perinatales. Esto tiene importancia especial si tomamos en cuenta que el miedo puede generar poco manejo del dolor de parto y que por lo tanto este puede ser influenciado y modificado cuando se brinda información a la paciente y se le prepara sobre el proceso enseñándole estrategias de control del dolor antes del parto. Sin embargo esto no se produce en nuestro medio porque estas no se manejan.

Un hallazgo importante fue el hecho que tanto el personal de salud como las mujeres mencionaron que la analgesia para reducir el dolor durante el parto, estimularía a que algunas mujeres aumenten su paridad, especialmente en las adolescentes, en quienes el dolor asociado al parto representa algo negativo que les provoca miedo y temor. Cabría revisar si el someter a personas a sufrimiento es aceptable como técnica de reducción de natalidad, realmente consideramos más apropiado la educación de la población.

Los médicos participantes, a pesar de considerar que la técnica sobrecarga su trabajo y requiere de mayor esfuerzo por parte de ellos, tuvieron una actitud positiva sobre la implementación de esta en el HEODRA, y apoyan su institucionalización por considerar que beneficia de manera importante a las pacientes además de aliviarles sufrimiento y mejorar la calidad de su atención. El personal de enfermería aunque consideraron menos ventajas para esta

técnica, también fueron abiertas a respetar su aplicación si era la decisión de la paciente y expresaron que en ese caso necesitarían entrenamiento para poder manejar los casos. Esto refleja claramente que hay insuficientes conocimientos y falta de experiencia en el HEODRA con esta técnica pero que el personal reconoce sus bondades y está abierto a apoyar su implementación en pro de las pacientes.

Es importante también tomar en cuenta que el alivio del dolor del parto no solo implica para algunas pacientes la disminución del sufrimiento sino también la prevención de otras patologías que se pueden derivar de la incapacidad de una persona particular de manejar el trauma que provoca el dolor y que puede caer en condiciones como la Psicosis puerperal. Se ha considerado que la mitad de los casos de esta patología, que en América Latina se produce en 3.5 de cada 1000 puerperas, se debe a mal manejo del trauma del dolor de parto.

Finalmente es importante también resaltar que uno de los Obstétricas señaló que el dolor de parto era sinónimo de inequidad. Esto nos llevó a reflexionar en el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su proceso reproductivo con el apoyo del personal de salud. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR; 1996) establece el derecho de “toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”. En ese marco el alivio del dolor debería ser visto como un derecho humano, que implica también el derecho al acceso a técnicas modernas para el alcance de la salud.²⁴

Consideramos que todos los insumos que este estudio hayan generados deben ser incorporados para cambiar las percepciones erradas que obstaculizan los esfuerzos positivos para mejorar la calidad de atención del parto y disminuir el sufrimiento de las mujeres.

X. CONCLUSIONES

1. Sobresalió en las participantes la adscripción de un significado divino al dolor de parto y la interiorización de rol social mujer/madre y las obligaciones que a este se le asignan como símbolo de buena madre y de amor a los hijos, lo que interfirió en su actitud hacia las técnicas de mitigación del dolor.
2. En general se encontró que los obstetras y pediatras participantes tenían conocimientos de la técnica aunque con limitaciones, pero a la vez expresaron poca experiencia por la falta de utilización de esta en nuestro hospital. Las conclusiones negativas e información errónea acerca de los resultados maternos y perinatales de la utilización de la analgesia obstétrica que ellos expresaron, parecen influidas por la última experiencia investigativa conducida en la sala de Labor y Partos hace 3 años, y que no contó ni con el entrenamiento debido del personal, ni con el seguimiento apropiado del procedimiento.
3. Tanto las pacientes como el personal entrevistado reflejaron una influencia cultural fuerte, por ejemplo al considerar que aliviar el dolor de parto incrementaría el número de embarazos, o que la mujer ya viene psicológicamente preparada para el dolor.
4. Las actitudes hacia la analgesia obstétrica fueron en su mayoría positivas por parte del personal quienes a pesar de considerarla como una sobrecarga de trabajo, estuvieron abiertos a apoyar su implementación en pro del alivio del sufrimiento y de los beneficios a las pacientes.
5. A través de lo expresado por el personal médico entrevistado quedó claro que las mujeres al momento del part se enfrentan a sentimientos ambivalentes que van entre la necesidad de esforzarse en tolerar el dolor para ser más mujer y pagar el castigo divino, y el rechazo natural al dolor extremo que las lleva a gritar por ayuda para aliviar este.
6. La falta de oferta para el alivio del dolor de parto debería ser visto como una inequidad, de la misma manera que el alivio del dolor de parto como un derecho humano de las mujeres.

XI. RECOMENDACIONES

Educación tanto a personal de salud como a las mujeres sobre la práctica basada en evidencia de la analgesia durante el parto, para reducir las inseguridades y temores de los profesionales de la salud y de las pacientes en el uso de estas, de manera que ellos posteriormente se encarguen de reproducir los beneficios y potencialidades de esta técnica cuando esta bien indicada y es conducida por personal entrenado.

Organizar una unidad de analgesia obstétrica en el HEODRA para poder asistir a las pacientes que reúnan las indicaciones para esta, así como también para poder brindar asistencia temprana a pacientes que requieran anestesia para cesáreas o para asistir con reanimación precoz en casos de complicaciones obstétricas o neonatales.

XII. REFERENCIAS

1. Helman CG. Pain and culture. Culture, health and illness: introduction for health professionals. 3th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994. p. 179-93.
2. Pimenta CAM. Avaliação da experiência dolorosa. Rev Med 1995 agosto-setembro; 74(2):69-75.
3. Villoria C. M, Avances Reuma Salamanca Articulo de revisión Del dolor como síntoma al dolor como enfermedad 2003 p 15- 22
4. Lowe KN. The nature of labor pain. Am Obst Gynecol 2002; 186:S16-24.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pain relief during labor ACOG Committee Opinion 118. Washington DC: ACOG, 1993
6. Tournaire M, and Theau A - Yonneau Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief during labour. Evid Based Complement Alternat Med 2007 December; 4 (4): 409- 417
7. Blandón M. Analgesia obstétrica peridural continua para el parto vaginal, HEODRA Feb 2007, Tesis para optar al título de Médico Anestesiólogo
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
9. G. Capogna MD, S. Alahuhtat MD, D. Celleno MD, H. De Vlieger MA, J. Moreira MD, B. Morgan FRCA, C. Moore FRCA, P. Pasqualetti PhD, M. Soetenst MD, A. Van Zundertl MD, PhD and J. D. Vertommen MD Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women International Journal of Obstetric Anesthesia, Volume 5, Issue 4, October 1996, Pages 229 – 235.

10. Abushaikha L., Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*. 2005 Feb; 11 (1): 33 – 8.
11. T. Kangas-Saarela and K. Kangas-Kärki Pain and pain relief in labour: parturients' experiences *International Journal of Obstetric Anesthesia*, Volume 3, Issue 2, April 1994, Pages 67 – 74.
12. Ouro-Bang'Na Maman AF, Agbétra N, Djibril A, Egbohoun P, Kangni N, Tomta K, Akpadza K, Ahouangbévi S, Chobli M. Knowledge and acceptance of obstetric peridural analgesia: survey of pregnant women in Togo *Medicine Tropicale (Mars)*, 2007 Apr; 67 (2); 159- 62.
13. Miller D. *Miller Anestesia Elsevier*, Volumen II, Sexta Edición, capítulo 58, Anestesia en el parto vaginal espontáneo pag 2315 – 2317.
14. *Williams Obstetricia*, Editorial Médica Panamericana, 21 edición, cap 15, Analgesia y Anestesia, pag 313.
15. Shnider Sol M, *Anestesia obstétrica*, Salvat Editores, 3ra edición, cap 6, Anestesia psicológica, pag 67-68
16. Canto Sánchez L, *Anestesia obstétrica*, Editorial El Manual Moderno 2001, cap 8 y 9 Técnicas de analgesia regional en el trabajo de parto pag 109-133.
17. Dahlgren, L, M. Emmelin, and A. Winkvist, *Qualitative Methodology for International Public Health*. 2004, Umea, Sweden: Umea University. 219
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de demografía y salud. 2001. Managua: INEC/MINSA. 2002.

19. Given LM. The sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. London: Sage Publications, Inc. 2008
20. Escott D, et al. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery* 2004; 20: 144-156.
21. Gobbons J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001; 17: 302-313.
22. Raynes-Greenow CH, et al. Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery* 2007; 23: 139-145.
23. Cattaneo A. Analgesia para el trabajo de parto Hospital Español de Mendoza, Argentina 2003 Vol. 4.
24. Brennan F, Cousins MJ, Pain relief as human right. *Rev Soc Esp. Dolor* 2005; 12: 17-23

ANEXOS

GUIA DE LA ENTREVISTA

Buenos días (tardes), mi nombre es Walkiria Martínez, soy médico residente de anestesiología y estoy trabajando en un estudio para mi graduación como especialista, si usted acepta ser entrevistada la información que me proporcione será absolutamente confidencial y su nombre no aparecerá escrito ni será mencionado, usted puede decirme en cualquier momento que no quiere seguir respondiendo la entrevista y concluir en cualquier momento, usted esta de acuerdo. El entrevistado responde si acepta conceder la entrevista o no y se pasa ha explicarle el objetivo de la entrevista y del estudio.

En esta entrevista me gustaría que me cuente que sabe usted sobre las técnicas para ayudar a las mujeres a mitigar el dolor de parto y lo que usted piensa sobre ellas....

¿Cuál es su nombre?

¿Qué edad tiene?

¿Hasta que grado llegó?

¿Dónde vive?

¿Cuántos hijos tiene?

¿Cómo los ha tenido?

¿Dónde?

Cuénteme su experiencia

¿Cómo se sintió?

¿Recuerda ese momento?

¿Cuál fue el momento más difícil durante sus partos?

¿Por qué fue el más difícil?

Hábleme del dolor durante el parto...

¿Qué ha oído decir a su mamá y abuela, familiares sobre el dolor del parto?

¿Y usted que piensa?

Hay personas que dicen que para parir las mujeres deben sentir dolor, usted que cree?

¿Qué piensa de las mujeres que son cesareadas, cree que no sufren dolor?

¿Qué piensa de las mujeres que paren vaginal sin tener dolor

- Le hubiera gustado parir sin dolor, ¿por qué?

¿Ha oído o conoce alguna forma que le ayude a parir sin dolor?

¿Qué piensa usted si le dieran la oportunidad de parir sin tener dolor?

¿Si tuviera que calificar el dolor de parto de 0 a 10, siendo 10 el máximo dolor, cuánto le pondría Ud?

CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA EL PACIENTE

Yo:

He recibido información acerca del estudio “Percepción del dolor de parto y aceptación del uso de técnicas de mitigación de dolor” y el objetivo de este estudio.

He podido hacer preguntas acerca de este estudio y he recibido respuestas satisfactorias.

Tengo conocimiento que la participación de esta entrevista es voluntaria, que la información que brinde será confidencial.

Comprendo que puedo retirarme de la entrevista cuando desee sin tener que dar explicaciones.

Estoy conforme de participar de la entrevista

Fecha:

Nombre del paciente:

No Expediente:

Medico investigador:

Firma de paciente

Firma del medico

GUIA DEL GRUPO FOCAL DE LABOR Y PARTO

Buenos días, mi nombre es Walkiria Martínez, soy médico residente de anestesiología y estoy trabajando en un estudio para mi graduación como especialista, la información que me proporcionen será absolutamente confidencial y sus nombres no aparecerán escrito ni serán mencionados

Que conocen ustedes acerca de la analgesia para mitigar el dolor de parto?

Qué comentario tienen acerca de lo que se sabe, se piensa, se dice, acerca de la analgesia del parto?

Que diferencias observan en la paciente que padece con dolor con la que tiene a sus hijos sin dolor?

Cuál ha sido su experiencia con pacientes bajo analgesia durante el parto?

Crean que poner analgesia obstétrica implica mayor trabajo para ustedes, por qué?

Es una situación que estresa al personal médico, paramédico?

Cómo es la aceptación de la analgesia por la paciente?

Altera la evolución del trabajo de parto y expulsivo?

Existe relación en un aumento de cesárea en las pacientes bajo analgesia?

Qué cambios se presentan en la paciente?

Está a favor o en contra de la instauración de una unidad de analgesia del parto?

Qué consideran hay más beneficios que riesgos?

GUIA DEL GRUPO FOCAL DE PEDIATRAS

Buenos días, mi nombre es Walkiria Martínez, soy médico residente de anestesiología y estoy trabajando en un estudio para mi graduación como especialista, la información que me proporcionen será absolutamente confidencial y sus nombres no aparecerán escrito ni serán mencionados

Qué opinión tienen acerca de el parto sin dolor?

Qué es lo que conocen acerca de el parto sin dolor, o qué han escuchado sobre este tema?

Han tenido experiencia de recibir neonatos en mujeres con analgesia del parto?

Cómo fue esa experiencia?

Qué efectos positivos o negativo produjo hacia el bebe?

Que opinan de instaurar una unidad de analgesia en este hospital?