



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Percepción de las Obstetras Parteras sobre el uso de analgesia
farmacológica en el trabajo de parto y parto**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Valentina Chavez

Br. María Noel Diaz

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. María Noel Barceló

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Montevideo, Marzo 2022

1. Índice

1. Índice	1
2. Agradecimientos	3
2.1. Agradecimiento general	3
3. Resumen	4
3.1. Abstract	5
4. Introducción	7
5. Antecedentes	11
5.1. Antecedentes nacionales	11
5.2. Antecedentes internacionales	16
6. Marco teórico	18
6.1. El dolor	18
6.2. Métodos de analgesia no farmacológicos	19
6.3. Anestesia y analgesia	23
6.4. Métodos de analgesia farmacológicos	23
6.5. Analgesia Epidural	24
6.6. Técnicas analgésicas neuroaxiales	26
6.7. Inducción, mantenimiento y momento de inicio de la analgesia neuroaxial obstétrica	30
6.8. Resultados obstétricos de pacientes con analgesia epidural	32
6.9. Ingesta de alimentos y analgesia	33
6.10. Complicaciones: efectos adversos	33
6.11. Efectos del dolor y la analgesia del parto en el feto y el recién nacido	34
6.12. Culminación de la gestación y alivio del dolor	35
6.13. Principios bioéticos y consentimiento informado de la analgesia obstétrica	37
7. Objetivos	39
7.1. Objetivo general	39
7.2. Objetivos específicos	39
8. Metodología	40
8.1. Enfoque y diseño metodológico	41
8.2. Unidad de análisis: población objetivo	42

8.3.	Criterios de inclusión	42
8.4.	Criterios de exclusión	42
8.5.	Técnica de recolección datos	42
8.6.	Procesamiento de datos	43
8.7.	Análisis y discusión de datos	43
9.	Cronograma de ejecución	45
10.	Consideraciones éticas	46
11.	Bibliografía	47
12.	Anexo	50
12.1.	Parte 1	50
12.2.	Parte 2	53
12.3.	Parte 3	54

2. Agradecimientos

2.1. Agradecimiento general

En primer lugar y en nombre de ambas autoras de este trabajo queremos empezar agradeciendo a nuestras familias y amigos que nos apoyaron e incentivaron desde el día uno de la carrera hasta llegar a esta tan esperada etapa final.

Siguiendo con nuestras tutoras, María Noel y Fernanda, quienes nos guiaron y acompañaron en este largo proceso el cual muchas veces pareció imposible, brindando sus mejores enseñanzas y su apreciado tiempo, a ellas nuestro mayor agradecimiento.

También agradecer a todas las personas que desde la Escuela de partera/os estuvieron respondiendo dudas y brindando su apoyo, secretarias, docentes, y más. Como también al Prof. Adj. Dr. Martin Pérez De Palleja quien muy amablemente nos recomendó gran parte de la bibliografía a utilizar cuando en un inicio no teníamos claro cómo iniciar este trabajo.

Hacemos mención especial a nuestra correctora de estilo, María Clara, que sin su toque mágico este trabajo no sería el que es, muchas gracias.

Por último agradecer a Leticia nuestra guía espiritual quien mandó sus mejores vibras y tranquilidad en los momentos que más nos costó avanzar.

A todas las personas que de uno u otro modo colaboraron en la realización de este trabajo, nuestro más sincero agradecimiento.

3. Resumen

Hoy en día en Uruguay la analgesia regional en el trabajo de parto y en el parto es una modalidad muy ofrecida por los profesionales de la salud que integran los equipos de maternidad en los centros de nivel terciario. Ellos utilizan este tipo de procedimiento para aliviar del dolor, es uno de los métodos con menos tiempo en la región, pero con una alta expectativa para quienes lo ofrecen en las salas de maternidad y por parte de quien lo solicita, debido a que estudios científicos afirman que la analgesia regional tiene muchos beneficios materno-fetales.

No obstante no toda/os las/los profesionales que acompañan mujeres en trabajo de parto están de acuerdo con ofrecer la analgesia regional en cualquier etapa del trabajo de parto. Hay quienes consideran que tiene aspectos negativos como por ejemplo: aplazamiento del periodo expulsivo, afectación del deseo de pujo, impedimento de libre posición del parto, mayor trauma perineal, entre otros.

Esta investigación plantea como objetivo general: conocer la relación entre la percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica y la información de los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal.

Para alcanzar el objetivo general se elaboraron los siguientes objetivos específicos: identificar en los registros del Sistema Informático Perinatal los aspectos biológicos y sociales de la población que usó analgesia farmacológica en el trabajo de parto y en el parto; relevar a través de las entrevistas a obstetras partera/os la percepción sobre el uso de la analgesia farmacológica en el trabajo de parto y en el parto; comparar la información obtenida en los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal con lo manifestado por las/los obstetras partera/os en las entrevistas.

Los cuestionarios se realizarán en un periodo de un año en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, a través de un estudio cuali-cuantitativo de tipo retrospectivo

descriptivo que estará centrado en la percepción de la/el obstetra partera/o acerca de la analgesia en el trabajo de parto y en el parto, a través de entrevistas semiestructuradas que se realizarán con las consideraciones éticas pertinentes aprobadas por la institución donde se realizará dicho estudio.

Al finalizar esta investigación se busca reflexionar sobre la importancia de la visión y aporte de la/el obstetra partera/o ante un acto médico que se encuentra enmarcado en un proceso fisiológico como lo es el trabajo de parto y parto.

Palabras claves: parto, trabajo de parto, obstetra partera/o, analgesia, alivio del dolor.

3.1. Abstract

Today in Uruguay, regional analgesia in labor and delivery is a method widely offered by health professionals who make up maternity teams in tertiary-level centers that have this type of pain relief method; It is one of the methods with less time in the region but with a high expectation for those who offer it in the maternity wards and on the part of those who request it, since scientific studies affirm that regional analgesia has many maternal-fetal benefits.

However, not all professionals who accompany women in labor agree to offer regional analgesia at any stage of labor, since there are those who consider that it has negative aspects such as postponement of the second stage, impaired desire of pushing, impediment of free position of childbirth, greater perineal trauma among others.

The general objective of this research is: To know the relationship between the perception of Midwifery Obstetricians on the use of pharmacological analgesia and the information from the data obtained from the Perinatal Information System.

In order to achieve the general objective, the following specific objectives were elaborated: Identify in the records of the Perinatal Computer System the biological and social aspects of the population that used pharmacological analgesia in labor and delivery. To survey the perception of the use of pharmacological analgesia in labor and delivery through interviews with Obstetrician Midwives. And finally, to compare the information obtained in the data obtained from the Perinatal Computer System with that stated by the Midwifery Obstetricians in the interviews.

It will be carried out over a period of one year at the Pereira Rossell Hospital Center, through a qualitative-quantitative retrospective descriptive study that will focus on the perception of the Obstetrician-Midwife about analgesia in labor and delivery. Through semi-structured interviews that will be carried out with the pertinent ethical considerations approved by the institution where said study will be carried out.

At the end of this research, it is sought to reflect on the importance of the vision and contribution of the Obstetrician Midwife before a medical act that is framed in a physiological process such as labor and delivery.

Keywords: Delivery, labor, Obstetrician Midwife, Analgesia, Pain relief.

4. Introducción

A lo largo de la formación, la/el obstetra partera/o, en calidad de estudiante, forma parte de distintos equipos de salud, por lo que entra en contacto con diferentes posturas sobre el manejo del alivio del dolor, esto lleva a que muchas veces despierta interrogantes en cuanto a la controversia que existe frente a la elección del método en una misma situación dependiendo la/el profesional que acompañe. Por ese motivo es que nos despierta el interés de querer profundizar en el tema.

Esta investigación busca determinar la importancia de la mirada de la/el obstetra partera/o sobre el uso de la analgesia, ya que esta puede aportar una visión desde el acompañamiento. Visión que ayude a todas las mujeres a elegir con conciencia cómo prefiere aliviar su dolor en el proceso de parto, trabajando de manera interdisciplinaria con todas las personas que forman el equipo de salud. Lo ideal es que entre todos se pueda estudiar cada caso de manera individual y así elegir recomendar un método de alivio de dolor que sea variable entre lo farmacológico y no farmacológico, según el caso. Pero que sobre todo sea acorde a la etapa del trabajo de parto en la que se encuentra cada mujer y que dicha elección le permita continuar ejerciendo sus derechos y fundamentalmente el de libre movimiento, de ser esto posible.

Con los datos obtenidos se busca encontrar los distintos puntos de vista sobre el uso de la analgesia según las/los obstetras partera/os, pudiendo de esta manera hacer una posterior comparación con los registros existentes que lleve a una conclusión que afirme o no las hipótesis planteadas. Siempre velando por una atención de calidad hacia las mujeres en trabajo de parto, que contribuya con la evolución fisiológica del proceso.

El dolor en el trabajo de parto es una de las situaciones que más preocupa y repercute en las mujeres antes, durante y después del trabajo de parto y en el parto. Es de suma importancia para ellas contar con previa información y conocimiento sobre los variados métodos de alivio del dolor a los que pueden acceder.

De todas formas, existe un gran porcentaje de mujeres que concurren a las instituciones al término de la gestación sin dicho conocimiento, teniendo un primer contacto con algunos de los métodos existentes recién en el momento del trabajo de parto. Es por esto que el acompañamiento y guía de la/el obstetra partera/o es fundamental, al igual que del resto del equipo de salud, conduciendo a la evolución de un proceso de parto con un bajo intervencionismo.

Con la siguiente investigación se propuso responder preguntas como: ¿Las/los obstetras partera/os están de acuerdo con la utilización de la analgesia en el trabajo de parto y parto? ¿Cuál es su percepción sobre los efectos en las distintas fases del trabajo de parto? ¿Cuales son los registros obstétricos sobre madres que hicieron uso de la analgesia? ¿Coinciden estos datos obtenidos con la apreciación de las/los obstetras partera/os? ¿Cuál será la importancia del aporte de la/el obstetra partera/o sobre el alivio del dolor?

Además se plantearon hipótesis que van a servir para posteriormente realizar la discusión y análisis luego de realizado el trabajo de campo:

- El aumento del tiempo del periodo expulsivo a causa del uso de analgesia genera mayor tasa de cesárea.
- Ante el uso de analgesia se ve una extensión del periodo expulsivo, aumento en la tasa de episiotomías o desgarros en comparación con las pacientes que no utilizaron.
- El libre movimiento y la elección de posiciones a la hora de parir pueden verse limitadas por la debilidad que genera la analgesia.

- Información previa que cada mujer trae sobre métodos de alivio del dolor ya sea por tener preparación previa para el parto o por un adecuado control de embarazo, pueden repercutir a la hora de la elección de alivio del dolor.
- Se puede evidenciar que la elección de alivio del dolor farmacológico sobre el no farmacológico está dado más en el grupo etario comprendido en las adolescentes, más que en el resto.

La metodología utilizada será un estudio cuali-cuantitativo, de todas las mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo de un año, de tipo retrospectivo descriptivo, entendiéndose por esto que sus datos se tomarán atrás en el tiempo, describiendo las siguientes variables: edad, nivel educativo, preparación para el parto, control de embarazo, acompañamiento, vía de finalización, tiempo del período expulsivo, posición de la paciente en el parto, realización de episiotomía, existencia de desgarros perineales, utilización de fórceps y Apgar del recién nacido.

La elaboración de dicha investigación se comienza con una reseña de antecedentes nacionales e internacionales que sirven como puntos de partida para la ejecución de dicho trabajo. Luego se realiza una amplia búsqueda bibliográfica para la elaboración del marco teórico, describiendo el tema a trabajar y desarrollando conceptos importantes para su comprensión, el cual contiene una reseña sobre el dolor y su repercusión en el cuerpo humano, el alivio del mismo tanto no farmacológico como farmacológico detallando técnicas y características que lo describen.

También se definen los objetivos y la metodología a utilizar, delimitando el tipo de estudio y la población. Asimismo, se realiza la ejecución del trabajo de campo a través de entrevistas semiestructuradas y la recolección de datos necesarios para luego llevar a cabo un análisis y discusión de estos.

Para finalizar, se realiza una conclusión de los datos obtenidos de la investigación.

5. Antecedentes

Continuando con la búsqueda bibliográfica, se obtuvieron como precedentes algunos trabajos que detallaremos más adelante, estos fueron un punto de partida para la ejecución de esta investigación.

Si bien no se encontraron trabajos nacionales ni internacionales de estudios sobre la percepción de las obstetras parteras con respecto al uso de analgesia farmacológica, a continuación se mencionan trabajos los cuales pueden ser comparados con los resultados que se obtendrán de este estudio a la hora de redactar la conclusión.

5.1. Antecedentes nacionales

En primer lugar, se mencionan los trabajos finales de grado obtenidos desde la Escuela de Partera del Uruguay que se relacionan con la estructura de esta investigación. Es importante señalar trabajos finales realizados por obstetras partera/os donde investigan desde distintos puntos de vista obstétricos el tema del alivio del dolor farmacológico. Esto es en parte un disparador para conocer su percepción sobre el tema, para que nos permita sacar una conclusión que sirva de posible herramienta en los equipos de salud a la hora de acompañar a una mujer en el nacimiento de su hija/o.

Un trabajo titulado *Resultados perinatales en nacimientos ocurridos en la maternidad del Hospital de la Mujer CHPR durante el mes de octubre de 2013 en gestantes que recibieron analgesia durante el trabajo de parto*, que trata de la influencia de la analgesia en el trabajo de parto y en el parto, menciona que:

Se tomaron en cuenta 1081 nacimientos. Se estudiaron todas las primigestas entre 15 y 35 años, en trabajo de parto, con presencia de acompañante y sin

presentar patologías. Se recolectaron los siguientes datos: vía de finalización del parto, duración del trabajo de parto, duración del período expulsivo y Apgar otorgado al recién nacido (Sanchez y Mendez, 2015).

En los resultados obtenidos las autoras plantean haber encontrado un mayor porcentaje de partos instrumentados y operación cesárea, y dentro de estas la mayoría se daba por sufrimiento fetal; a su vez no encontraron relación con un puntaje bajo en el apgar al minuto de los recién nacidos en el estudio (Sanchez y Mendez, 2015).

En una parte de ésta investigación usaremos las mismas variables que en el estudio mencionado anteriormente, lo que permitirá posteriores comparaciones que den una visión de los efectos de la analgesia con el paso del tiempo.

Continuando con trabajos a los que pudimos acceder desde la Escuela de Partera, encontramos el titulado *Analgesia en trabajo de Parto. ¿Beneficios o desventajas para la madre y el feto?* este es una revisión bibliográfica sobre uso de la analgesia epidural como método para el alivio del dolor en el trabajo de parto (Martinez, 2016). Monografía con la que seguimos la línea del trabajo mencionado anteriormente, donde buscamos una comparación de los resultados obtenidos en los distintos estudios, en este caso es una comparación con respecto a información bibliográfica sobre la analgesia.

En este trabajo los autores coinciden en que la analgesia no tiene resultados perinatales y neonatales desfavorables. Sí puede repercutir en la frecuencia cardiaca fetal generando sospechas clínicas que podrían asociarse a mal pronóstico fetal. Por otro lado, no está vinculada al incremento en el número de cesáreas, pero se asocia al aumento del índice de partos instrumentales (Martinez, 2016).

Por último, la autora de este trabajo menciona algo interesante: “Propongo que se elaboren Guías y/o protocolos que especifique el desempeño de la Obstetra

Partera/o frente a la analgesia epidural y epidural combinada”. Propuesta que podría surgir a partir de la percepción de las partera/os sobre la analgesia en el trabajo de parto y parto, variable que se tendrá en cuenta en esta investigación.

En la búsqueda también se encontró un trabajo final que investigó *Efectos de la analgesia del parto en la evolución del Trabajo de Parto*. Monografía donde la autora realiza una revisión bibliográfica de los aspectos generales de la analgesia a nivel nacional e internacional, uno de sus objetivos fue poder delimitar las ventajas y desventajas de la misma en el trabajo de parto y parto (López, 2015).

En la conclusión de este trabajo se menciona cómo alguna de las desventajas de la utilización de analgesia, aumento de la duración del trabajo de parto, necesidad de utilizar oxitocina a modo de conducción del mismo, entre otros datos que al igual que con otros trabajos finales utilizados como antecedentes en esta investigación, nos servirán para la posterior comparación de variables (López, 2015).

En segundo lugar, se accede a estudios realizados por el Departamento y Cátedra de Anestesiología del Centro Hospitalario Pereira Rossell relacionados con el alivio del dolor farmacológico en obstetricia.

Se encontraron dos estudios similares donde en uno se busca saber la eficacia de la analgesia epidural en adolescentes primigestas titulado *Analgesia del parto en adolescentes Resultados de nuestra experiencia desarrollada en el Hospital de la Mujer – Centro Hospitalario Pereira Rossell*; donde se revisaron “186 historias registrando: edad, paridad, escala verbal análoga (EVA) previo a la analgesia y a los 10 minutos, duración, parto o cesárea, complicaciones maternas, test de saturación, Apgar”. Afirman que la mayoría de las pacientes estudiadas estuvieron satisfechas con la analgesia y sugiere la realización de más estudios para evaluar el efecto de la misma en el parto; no menciona si las pacientes conocían previamente el alivio de dolor farmacológico o al momento del trabajo de parto (Núñez et al., 2014).

El otro estudio mencionado se titula *Satisfacción y calidad en analgesia del parto*, donde se encuestaron a 151 mujeres que tuvieron analgesia en el parto se vio que más de un 90 % de ellas quedaron satisfechas y la recomienda; en este estudio solo se habla de la escala de dolor y de aprobación de la analgesia del parto según las gestantes pero no menciona en ningún momento los aspectos fisiológicos del trabajo de parto y si estos se vieron afectados o no por la analgesia; informa que sólo 39 de las pacientes había escuchado hablar de la analgesia previamente y el resto fue instruida en el mismo momento de que se la ofrecieron (Quintana et al., 2013).

Con ambos estudios podemos volver sobre uno de los problemas planteados en esta investigación, la falta de información sobre métodos de alivio del dolor que tiene la paciente al llegar a la institución. Nos obliga a pararnos en la importancia de ver a nuestra paciente no solo como una persona que sufre dolor, sino también como un todo, es decir, intentar indagar sobre la información previa que trae acerca de todos los métodos existentes del alivio del dolor, cuales conoce, si tiene alguno pensado o elegido previamente y no ofrecer solamente lo que está al alcance de la/el técnica/o para intentar dar una solución rápida. El poder ver más allá del momento actual, poder hablar con la paciente, ofrecer una lista de métodos para el alivio del dolor que respete el orden fisiológico, empezando de lo menos invasivo y perjudicial, que no interfiera con la evolución natural del trabajo de parto, evaluar la adaptación de la paciente a los mismos teniendo en cuenta que es lo mejor para ella según su historia clínica, sin perder el foco de nuestro rol como profesional, acompañar y si nos lo permiten guiar en el proceso.

Es importante no olvidar que las mujeres no siempre cuentan con toda la información previa que idealmente se debería tener para enfrentar un trabajo de parto (formas de manejar el dolor, posiciones y posturas para cada etapa que ayuden con el descenso del feto y progresión hacia el parto); esto puede ser un obstáculo en un principio para la adaptación al dolor, que socialmente está pensado como una sensación vivida ante una enfermedad y asociado al sufrimiento.

Las herramientas adquiridas en la formación de las/los Obstetras Partera/os como, el acompañamiento , la guía, entre otros,orientan a la mujer a tener una relación con el dolor que le ayude con el transcurso fisiológico de su trabajo de parto, alejándose del pensamiento hostil del sufrimiento por enfermedad, permitiendo conectar con su cuerpo y su naturaleza.

En tercer lugar siguiendo en territorio nacional tras la búsqueda de antecedentes relacionados con el tema que se trata en este trabajo, nos encontramos con una monografía de grado realizada en la facultad de ciencias sociales titulado *La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo gestante: un análisis de las representaciones y discursos de los profesionales de la salud*, donde plantea: “El siguiente trabajo pretende problematizar sociológicamente los distintos discursos, representaciones y prácticas que emergen de los profesionales de la salud, sobre el cuerpo de la mujer gestante y el proceso de nacimiento en Montevideo”; se realizaron entrevistas a 18 profesionales de la salud entre ellos, ginecóloga/os, partera/os y enfermeras/os (Alvez y Eliane, 2019)

Unos de los temas indagados por la autora fueron métodos de alivio de dolor ofrecidos por las/los profesionales de la salud a las mujeres en trabajo de parto que van a tener su parto en una institución; en los resultados obtenidos se encuentra que de las/los obstetras partera/os entrevistadas la mayoría tiene algún reparo sobre la analgesia farmacológica, relatando que la misma puede ser beneficiosa pero, en muchos casos, puede interferir en el proceso fisiológico del trabajo de parto y parto, haciendo referencia a periodos expulsivos largos y disminución de la sensación de deseo de pujo, como también un aumento en los partos instrumentales y cesárea (Alvez y Eliane, 2019).

La autora luego del análisis de las respuestas obtenidas sobre métodos ofrecidos para el alivio de dolor en trabajo de parto por los profesionales llega a la conclusión de que “El uso desmedido de la tecnología es uno de los principales problemas que trajo la medicalización del nacimiento”; refiriéndose al término “tecnología” cuando

habla en este caso de los métodos de alivio de dolor farmacológicos, dejando al no farmacológico bajo la denominación de métodos tradicionales; mencionando ante las respuestas de todos los profesionales, que se encuentran dos posturas distintas en cuanto al alivio del dolor, la intervencionista (analgesia) y la que no lo es (Alvez y Eliane, 2019).

Al igual que los trabajos finales de obstetras partera/os que muestran la preocupación por las mismas sobre el uso de la analgesia en la obstetricia, el relato de partera/os en la monografía de ciencias sociales reafirma una necesidad de indagar sobre la percepción de éstas sobre el alivio farmacológico del dolor, compararlo con los registros existentes, y de esa forma poder llegar a una conclusión que permita generar una iniciativa (formativa, creación de protocolos o guías, etc) sobre el alivio del dolor en su amplia gama y así poder brindar a las mujeres en el proceso de trabajo de parto y parto una atención personalizada sobre las necesidades de su cuerpo a la hora de aliviar el dolor siempre desde el acompañamiento y la vigilancia sin interferir en la fisiología.

5.2. Antecedentes internacionales

Se realizó una búsqueda de bibliografía internacional donde se obtienen varios estudios relacionados con el tema de esta investigación, los cuales estudiaron en sus respectivos países ya sea a través de investigación o revisión bibliográfica algunas de las variables que se estudiarán en este trabajo.

Comenzando por una investigación llevada a cabo en Hospital de Colombia, que se titula *Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto*, donde se estudiaron resultados maternos y perinatales adversos en pacientes que recibieron analgesia obstétrica durante el trabajo de parto comparándolas con las que no; algunas de las variables que fueron estudiadas similares a las que se van a utilizar en esta investigación son la vía de

finalización, parto instrumentado, resultados neonatales entre otros. (Piedrahíta-Gutiérrez et al., 2015).

Otro estudio con el que se van a comparar datos es el titulado *¿Qué repercusiones tiene el uso de analgesia epidural en el desarrollo y finalización del parto?*, se trata de una revisión bibliográfica sobre las repercusiones del uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto y parto donde se obtuvo como conclusión una relación entre el uso de analgesia epidural y el aumento del número de partos instrumentales, aumento del tiempo de la fase de dilatación, expulsivo del parto, entre otras; en la conclusión afirma que existe una relación entre el uso de analgesia y el aumento del período dilatante y expulsivo, como también un aumento en el número de parto instrumental. (Nogales, 2017).

Por último para aportar a la comparación de datos, en la búsqueda se encontró un estudio publicado en una revista de Matronas en España, en el Hospital «Alto Guadalquivir», titulado: *Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales*; el cual realiza un estudio sobre el total de las gestantes que usaron analgesia epidural en el parto versus las que no y obtiene en la conclusión como dato relevante que en pacientes sin analgesia se halló un mayor número de partos eutócicos, y una menor tasa de intervenciones (Ruiz et al., 2001). Si bien no es un estudio nacional y además está alejado en el tiempo, va a permitir tener una comparación de resultados que permitan evidenciar si hay cambios o no en cuanto a la actualidad.

6. Marco teórico

Para realizar esta investigación fue de suma importancia realizar una búsqueda bibliográfica previa, pudiendo así analizar y definir los distintos puntos que se nombran en este trabajo.

6.1. El dolor

El alivio del dolor tanto no farmacológico como el farmacológico, son métodos que se encuentran enmarcados en el proceso de parto humanizado ya que, el alivio del dolor es una práctica que permite a la mujer en trabajo de parto poder transitar su tiempo biológico y psicológico de una forma más agradable, y generar de esta forma una experiencia positiva. Siempre se debe informar a cada paciente sobre ambos métodos para el alivio del dolor, y de esta manera permitir que ella ejerza sus derechos y pueda elegir libremente, de manera informada como transcurrir su proceso de nacimiento.

El dolor durante el parto es una sensación única en cada mujer, se desarrolla de manera distinta, tanto así que dos partos en una misma mujer suelen ser una experiencia completamente diferente. No responde sólo a razones físicas, sino que también se ve influenciado por razones culturales, religiosas, sociales, familiares y experiencias previas; como también la preparación para el nacimiento, asesoramiento en consultas prenatales y apropiado acompañamiento por parte del equipo de salud.

El dolor experimentado durante el trabajo de parto es generado por las contracciones uterinas del primer periodo de parto o período dilatante, producido por la dilatación del cérvix y de la vagina; dicho dolor es de tipo visceral (Álvarez et al., 2018) que se entiende por un dolor generalizado continuo y profundo que se expande a lugares alejados de donde se originó y puede provocar síntomas

neurovegetativos (Puebla, 2005). Por otro lado el segundo período del trabajo de parto, o período expulsivo, provoca un dolor somático (Álvarez et al., 2018) caracterizado por ser localizado y de tipo punzante que se extiende siguiendo trayectos nerviosos (Puebla, 2005), el mismo es provocado por el estiramiento de los músculos y ligamentos del suelo pélvico.

Es un dolor agudo, con un inicio y un final claramente definido, y de variabilidad individual. Cuando el mismo es mal tolerado genera una alteración del sistema pulmonar y cardiovascular al producirse la activación de la respuesta al estrés, desencadenando hiperventilación lo que ocasiona un descenso del dióxido de carbono y de la presión parcial de oxígeno en sangre, un aumento de la frecuencia, el gasto cardíaco y de la presión arterial que pueden afectar al bienestar fetal. Sistemas que se encuentran previamente afectados por las modificaciones propias del embarazo (Álvarez et al., 2018).

El alivio de este ayuda a conseguir un bienestar físico y emocional de la mujer, permitiendo así la satisfacción en la vivencia del trabajo de parto y nacimiento.

6.2. Métodos de analgesia no farmacológicos

Hoy en día se ve un notorio incremento en el grado de empoderamiento de las mujeres en relación a su cuerpo y un mayor interés por el uso alternativo de otros métodos analgésicos no invasivos y naturales al momento del trabajo de parto, con menor intervención, respetando los procesos y las decisiones de la mujer (Moreno et al., 2020). Por esto, es un tema de suma importancia para las/los profesionales de la salud relacionados con el acompañamiento y la asistencia del parto, los cuales deben desarrollar múltiples habilidades para ayudar a mujeres que optan por un alivio del dolor no farmacológico. (Fernández, 2014).

Desde la edad media se observa cómo el humano ha tratado de mitigar los efectos del dolor en el parto. Civilizaciones antiguas, han registrado en sus documentos históricos variedad de mezclas, con características místicas más que farmacológicas, pero todas con el mismo fin de minimizar este dolor (Bajo et.al., 2007).

En la actualidad, homeopatía, psicoterapia, acupuntura, musicoterapia, aromaterapia, hipnosis, entre otras, forman parte de los métodos alternativos no farmacológicos para el alivio del dolor del parto (Bajo et.al., 2007).

Siguiendo con los métodos alternativos para el alivio del dolor, favorecer el apoyo durante el parto por la persona que la mujer considere necesaria, ofrecer la inmersión en el agua y masaje durante el período dilatante, así como la implementación del uso de pelota y técnicas de respiración y relajación durante el parto, son de suma ayuda para el control y tratamiento del dolor (Álvarez et al., 2018).

El uso de agua templada intraparto favorece al estado de relajación, reduce la ansiedad y mejora el control del dolor, reduciendo las intervenciones. Dicho poder se responde a la baja secreción de adrenalina y aumento de endorfinas, lo que disminuye la inhibición de la secreción de oxitocina endógena, contribuyendo con el acortamiento del tiempo del período dilatante. Por otro lado, la no compresión de la vena cava inferior contribuye al aumento de la circulación sanguínea en el útero, oxigenando más el tejido muscular generando contracciones más eficientes, aumentando la irrigación a la placenta y favoreciendo la oxigenación fetal (Álvarez et al., 2018).

Otra técnica es el uso terapéutico del calor/frío aplicada en ciertas regiones del cuerpo, como por ejemplo zona lumbar o zona perineal con el fin de aliviar o disminuir la percepción del dolor (Chestnut et.al., 2020). La Pelota de Bobath o

pelota de parto es una herramienta que favorece el descenso de la presentación en el canal de parto, masajea la zona perineal preparando para su máxima distensión en el periodo expulsivo, a su vez alivia el dolor durante la contracción debido al libre movimiento pélvico (Álvarez et al., 2018).

La realización de masoterapia aplicando presión en ciertas zonas del cuerpo con objetivos terapéuticos para tratar enfermedades, lesiones y alivio de dolor localizado, brinda múltiples beneficios aumentando la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, libera endorfinas encargadas de dar sensación de bienestar disminuyendo ansiedad y tensión producida por el dolor. Dicha técnica es muy utilizada en el trabajo de parto y parto, acortando su duración.

Una de las formas de aliviar el dolor que se ha utilizado por años es la relajación y respiración. En el trabajo de parto y parto el poder armonizar con todo el cuerpo genera múltiples beneficios, tanto para la mamá como para el feto, dentro de estos tenemos una mejor oxigenación para ambos, disminución de la tensión muscular y la ansiedad, lo que a su vez genera un efecto favorecedor sobre los órganos ya que alivia de este modo su presión y a su vez aminora la sensación de dolor. Una mejor relación cuerpo-dolor genera una experiencia positiva del proceso de parto. (Ruiz, 2020).

El acompañamiento y apoyo de una persona de confianza elegida por la mujer durante el trabajo de parto y parto es fundamental para una experiencia de parto satisfactoria. (Caballero et. al., 2016). Tanto familiares, pareja, amigos como personas entrenadas con las que no están familiarizados tienen un efecto positivo sobre el mismo. En nuestro país en el año 2001 se redacta la ley N° 17.386 que garantiza el derecho al acompañamiento durante el parto.

La mujer debe ser libre de elegir qué posición adoptar durante el trabajo de parto y parto ya que esta decisión influye directamente en la percepción del dolor y la

evolución normal del trabajo de parto. La evidencia disponible describe la posición vertical como menos dolorosa para sobrellevar el primer período del parto, ya sea semi sentada, sentada o en cuclillas (Chestnut et.al., 2020), favoreciendo de este modo la circulación sanguínea a nivel aorta-cava evitando así el efecto poseiro, brindando menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, acortando también el tiempo del período dilatante, haciendo un parto más tolerable y con menos intervención. (Álvarez et al., 2018).

Dentro de la gran variedad de métodos utilizados en el alivio del dolor también existen prácticas poco vistas en nuestro país como son la acupuntura, muy usada en la medicina tradicional china para proporcionar analgesia, esta interpreta la acupuntura como una técnica para equilibrar la energía o flujo vital que fluye por el cuerpo afectando el funcionamiento de todos los órganos. La técnica se realiza insertando agujas en puntos específicos reequilibrando la energía. (Caballero et al., 2016). Dado el poco estudio en el tema, algunos informes existentes describen resultados contradictorios en cuanto a su eficacia en esta situación, mientras otros sugieren que la acupuntura puede ser favorable para el tratamiento del alivio del dolor en el parto, no identificando efectos adversos maternos fetales.

También existe hipnosis como medio de ayuda para enfrentar miedos y ansiedades, incrementando los sentimientos de comodidad y relajación necesarios para enfrentar el momento del parto. Estudios destacan que la persona en estado hipnótico no pierde el control de su cuerpo y pensamientos, sino que es una persona totalmente consciente y capaz de controlar en todo momento lo que sucede a su alrededor. (Caballero et al., 2016).

Por último la Inyección de agua estéril utilizado a finales del siglo XIX como único anestésico local en cirugías menores, no fue hasta medio siglo después que se empezó a implementar en obstetricia para el alivio del dolor de zona sacra y lumbar producido por el trabajo de parto y parto. La técnica consiste en la inyección intra/subdérmica de suero estéril en cuatro puntos estandarizados de la región sacra

coincidentes con el llamado rombo de Michaelis formando pápulas, que tras 30 segundos de dolor agudo, produce sensación de alivio que puede durar hasta 90 minutos. Dichas pápulas estimulan los receptores de presión, que al enviar estímulos hacia el cerebro, este interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos recibidos. Cabe destacar que la analgesia del dolor se produce únicamente para la zona lumbar, pero no para el dolor abdominal y perineal. Por otro lado, y no menos importante, no se han demostrado efectos adversos en madre y feto relacionados con dicho procedimiento. (González et al., 2018).

6.3. Anestesia y analgesia

A continuación se debe realizar una importante distinción entre los términos anestesia y analgesia. Anestesia se refiere a la ausencia temporal de la sensibilidad de una parte del cuerpo o de su totalidad y supresión de la conciencia generada por la administración de una sustancia química o como causa de una patología, mientras que analgesia es la supresión de las sensaciones dolorosas, sin afectar los demás sentidos (Real Academia Española, 2020).

6.4. Métodos de analgesia farmacológicos

En la actualidad dentro de la elección del alivio del dolor, en el trabajo de parto, están los métodos farmacológicos, los cuales se llevan a cabo en Instituciones que cuentan con un equipo de Anestesiología de guardia no solo al momento de realizar la analgesia sino también durante el tiempo que se use.

En nuestro país la analgesia del parto lleva unos cuantos años en plaza y en un primer momento no estaba disponible en todas las Instituciones ni todo el tiempo, además de tener un costo elevado en la mayoría de los centros asistenciales que contaban con esta.

Hoy en día es común que se utilice la analgesia en el trabajo de parto ya que la misma está disponible para una cantidad más amplia de la población y de a poco se ha logrado reducir su costo en la mayoría de las Instituciones tanto pública como privada al punto de ser totalmente gratis en muchas maternidades de nuestra capital. La analgesia sin embargo no tiene un alcance muy amplio en el territorio uruguayo, ya que se centra en el departamento de Montevideo, quedando las maternidades del interior exentas de esta práctica vanguardista.

Dentro del alivio del dolor farmacológico se encuentran varias técnicas que se pueden utilizar en el trabajo de parto. El Departamento de Anestesiología afirma en su libro *Perioperatorio y anestesia regional Obstétrica* que la más eficaz y segura en este caso será la analgesia neuroaxial (epidural estándar o espinal) (Álvarez et al., 2018).

A continuación se mencionan distintos aspectos de la analgesia que serán pertinente desarrollar en el marco teórico de esta investigación.

6.5. Analgesia Epidural

La propia solicitud de la paciente es suficiente motivo de indicación médica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, siempre y cuando no exista presencia de contraindicaciones. Por otra parte existen ciertas consideraciones en caso particulares como por ejemplo, pacientes con patologías psiquiátricas cardiacas y respiratorias, madres adolescentes, entre otras.

Aunque la mayor parte de la población puede hacer uso de la misma, existen algunas contraindicaciones que lo impiden. En primer lugar, la falta de cooperación de la paciente por incapacidad o por presentar mucho dolor que genera un desasosiego haciendo que le impida estar sin moverse o mantener la postura solicitada por el profesional, trastornos de la coagulación por riesgo de hematoma

espinal son algunas de las contraindicaciones para la realización de analgesia epidural (Alvarez et al., 2017). Debe realizarse suspensión de trombopprofilaxis de manera oportuna, como por ejemplo en el tratamiento con heparina de bajo peso molecular; sin embargo el uso de dosis bajas de ácido acetilsalicílico la cual es utilizada en prevención de las complicaciones de preeclampsia, no es una contraindicación para realizar dicha técnica (Alvarez et al., 2017).

A lo anterior le siguen otras patologías a tener en cuenta, trombocitopenia con un recuento plaquetario que no puede ser inferior a 80.000, hipovolemia materna con hipotensión que no se estabilice, aumento de presión intracraneal, infección de piel o tejidos blandos en el lugar de punción (Alvarez et al., 2017).

La falta de equipamiento, material necesario y de personal con la experticia requerida es una contraindicación más para la administración de dicha analgesia.

Por último se debe prestar mayor atención a las mujeres que cuentan con tatuajes en la zona de punción, ya que si bien no se presentaron complicaciones graves, existe evidencia de que puncionar en una zona que previamente se inyectó tinta, puede causar, aracnoiditis química, neuropatía inflamatoria o tumores epidermoides (Alvarez et al., 2017). Es por esto que el profesional debe llevar a cabo una lista de consideraciones en estas mujeres cuando va a realizar la punción.

La analgesia tiene ventajas en el proceso de trabajo de parto y parto, aliviando el dolor, disminuyendo ansiedad e incomodidad de la paciente. En el caso de necesitar una operación cesárea de emergencia por desviación de la evolución normal del trabajo de parto, una analgesia epidural permite transformarse rápidamente en una anestesia mediante la extensión del bloqueo epidural (Alvarez et al., 2017). Esto puede aplicarse también en la finalización de un embarazo gemelar, el cual permitió parto vaginal del primer gemelo, y requirió cesárea del segundo, como también permite un parto en podálica menos traumático.

Por otro lado, el uso de analgesia epidural modera los cambios hemodinámicos provocados por el dolor de las contraindicaciones uterinas, como por ejemplo taquicardia e hiperventilación, entre otras, en pacientes con otras complicaciones médicas como cardíacas y respiratorias (Alvarez et al., 2017).

Para iniciar una analgesia obstétrica y garantizar un resultado obstétrico exitoso se debe tener en cuenta ciertos puntos a respetar. En primer lugar es primordial una comunicación temprana con el equipo obstétrico encargado de la evolución de la paciente, ginecóloga/o, partera/o y enfermería, como también una completa revisión de la historia obstétrica de la paciente. Seguido de esto realizar una evaluación preanestésica materna, antecedentes médicos en general, antecedentes anestésicos, tratamientos de estos y un examen físico acorde a la situación presente como examen de la columna, vías respiratorias, presión arterial y auscultación pleuropulmonar. Junto con la revisión de historia clínica, verificar exámenes paraclínicos. Posteriormente informar a la paciente de manera clara y obtener su consentimiento luego de ser expuesto de manera completa frente a la paciente y acompañante en caso de estar presente. Por último, comprobar el equipo necesario para realizar la técnica, el cual debe estar completo al igual que el equipo de reanimación y asegurar la permanencia de monitorización materna y fetal.

6.6. Técnicas analgésicas neuroaxiales

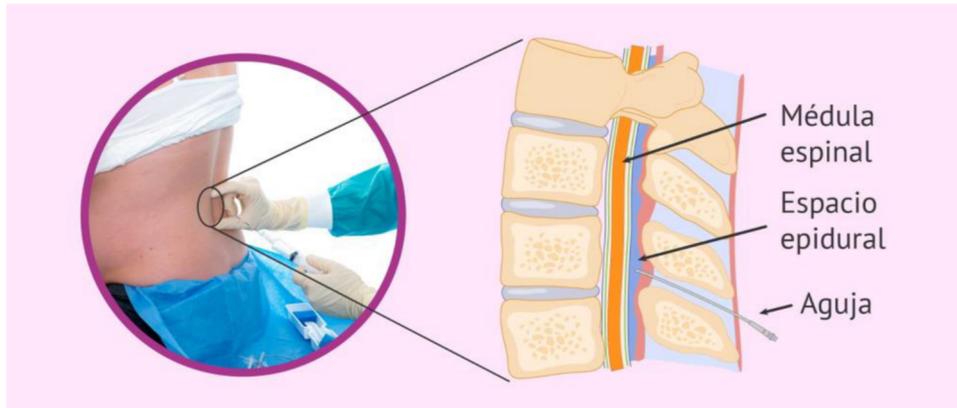
El procedimiento que se va a utilizar en estas pacientes debe garantizar seguridad tanto para el feto como para la madre, no debería afectar el proceso fisiológico de trabajo de parto y parto, debe aliviar el dolor constante y proporcionar una duración que sea lo más exacta al tiempo de trabajo de parto. Además debe reducir al máximo los efectos secundarios (ej: bloqueo motor).

Las técnicas son: analgesia epidural, combinada espinal-epidural, analgesia espinal o raquídea de dosis única y analgesia espinal continua (Alvarez et al., 2017). Estas son las que menos efectos adversos generan en madre y feto. A la hora de realizar

la técnica los cambios del embarazo generados en las mujeres, representan diferentes obstáculos que hacen que sea dificultosa la punción. Estos son en primer lugar el dolor que generan las contracciones, las cuales provocan en la paciente la dificultad de colocarse en posición correcta o mantenerla, por otro lado los espacios entre vértebras se encuentran disminuidos haciendo que sea difícil su identificación; el útero grávido comprime la vena cava haciendo así que se congestionan las venas epidurales generando de este modo su punción no intencional. Además el efecto de las hormonas del embarazo hace que el ligamento amarillo tenga una consistencia mas blanda y menos densa impidiendo su clara identificación. También la marcada lordosis lumbar hace dificultosa la distinción de espacios. La obesidad en estas mujeres también representa un obstáculo conocido ya que dificulta reconocer el sitio de punción.

Para elegir el sitio de punción en un adulto se toma como referencia la llamada línea de Tuffier que se encuentra uniendo ambas crestas iliacas hasta la columna, correspondiente al interespacio de L3 y L4; se debe introducir la aguja no más de 4 centímetros cuando se busca la pérdida de resistencia; el éxito se obtendrá una vez ubicado el espacio peridural donde se llegará con el catéter para así garantizar la seguridad de la analgesia (Alvarez et al., 2017).

Una vez resuelta la pérdida de resistencia, y que se tiene garantía de que se identificó el espacio peridural, la/el profesional debe registrar la profundidad desde la aguja hasta la piel, el cual debe ser de 4 a 5 centímetros; si midiera menos de 4 centímetros puede existir la expulsión accidental del catéter y analgesia inadecuada, más de 5 centímetros puede generar un aumento del bloqueo unilateral o complicaciones con el catéter (Alvarez et al., 2017).



(Barranquero et al., 2020)

La primera dosis que se administra se considera dosis test o dosis de prueba ya que su función es identificar el catéter mal colocado (Alvarez et al., 2017). En obstetricia se considera una práctica segura la aspiración previa a la administración de fármacos y que cada dosis sea considerada como dosis de prueba o test, administrando cada dosis de manera lenta y siempre evaluando su efecto (Alvarez et al., 2017).

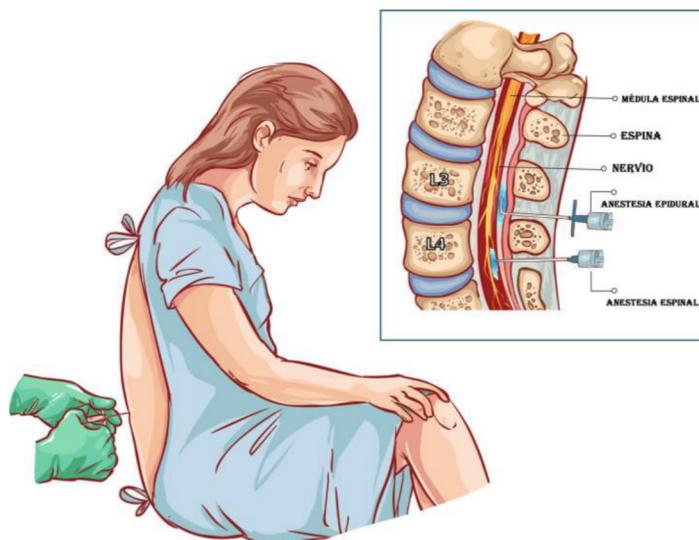
La analgesia epidural es la más utilizada desde el inicio del uso de la analgesia obstétrica por sus múltiples ventajas. Dicha técnica genera una analgesia de manera continua en todo el proceso, desde la colocación de la misma hasta el momento del nacimiento. En cuanto a punción, no requiere acceso a la duramadre, y ante situación obstétrica de emergencia permite la extensión del bloqueo en caso de necesidad de realización de operación cesárea (Alvarez et al., 2017). Si bien genera un efecto de manera continua, su inicio es de manera lenta entre 15-20 minutos y posee menor calidad de bloqueo perineal y sacro lo que lleva a una necesidad de mayores volúmenes de anestésicos locales y fármacos opiáceos (Alvarez et al., 2017).

Técnica combinada espinal-epidural consta de administración de una dosis baja de anestésico local y opiáceos en el espacio subaracnoideo brindando una rápida analgesia tanto perineal como sacra; dicha técnica ofrece la libre deambulación de la paciente durante el trabajo de parto debido a la no existencia de bloqueo motor; en

comparación a la analgesia epidural, facilita la dilatación cervical de manera más rápida en la primer etapa del trabajo de parto en pacientes nulíparas, y permite la inyección de un opiáceo (Fentanil o Sufentanil) en casos de partos en pacientes con intenso dolor y dinámica instaurada pero sin dilatación cervical aún (Alvarez et al., 2017). Por otro lado, esta técnica aumenta el riesgo de bradicardia fetal debido a la hipertonia uterina y a la disminución del flujo sanguíneo útero placentario, producidos por la disminución brusca de niveles circulantes maternos de adrenalina y noradrenalina dados por el alivio del dolor; como otra desventaja de esta técnica se encuentra la posibilidad de cefalea luego de la punción, y de manera extremadamente rara la aparición de complicaciones infecciosas como meningitis (Alvarez et al., 2017).

La analgesia espinal o raquídea es la administración de un anestésico local en el espacio subaracnoideo, con el objetivo de bloquear el estímulo nervioso consiguiendo un bloqueo secuencial mediante una punción única sin permanencia de catéter en la zona, técnica a realizar ante necesidad de analgesia para un parto inminente en paciente no primigesta, o en un período expulsivo instrumentado debido a rápida acción de los fármacos pero corto efecto en el tiempo (Alvarez et al., 2017).

Por último, analgesia espinal continua en la cual se utilizan pequeñas dosis de anestésico local, administradas de manera intermitente en el espacio intrarraquídeo, permitiendo graduar la profundidad del bloqueo gracias a la permanencia del catéter en el espacio epidural (Alvarez et al., 2017). Puede ser utilizada también en una operación cesárea.



(Andrade, 2018)

6.7. Inducción, mantenimiento y momento de inicio de la analgesia neuroaxial obstétrica

Para la inducción de analgesia por un catéter epidural, se pueden utilizar los siguientes fármacos, Bupivacaina al 0.125 % 10 mg (8ml) más Fentanil 50mcg. o Ropivacaína al 0.2 % 16 mg (8ml) mas Fentanil 10 mcg. (Alvarez et al., 2017). Para su mantenimiento se pueden utilizar bolos intermitentes, infusión continua, o ser controlada por la paciente (Alvarez et al., 2017).

La infusión controlada por paciente o la intermitente manual tiene una mejor estabilidad de la analgesia ya que no se observan tantos picos y valles del dolor.

En la infusión continua puede pasar que el catéter se desplace hacia el espacio subdural o hacia el plexo venoso causando diferentes reacciones indeseadas. Se ha visto que la infusión continua se asocia a un aumento en la administración de bolos de rescate los cuales a su vez pueden contribuir en el bloqueo motor, generando de esta manera un aumento en la tasa de partos instrumentados.

La analgesia epidural controlada por la paciente, administra las dosis a medida que siente dolor; en esta técnica el anestesista puede programar el volumen del bolo

previamente, el intervalo de bloqueo, la tasa de infusión basal, y la dosis máxima por hora que se puede administrar a la paciente, el cual será adaptado a cada caso clínico; se puede utilizar también en combinación con los controlados por pacientes ya que estos en conjunto proporcionan una mejor calidad con una cantidad de fármaco menor, además tienen menos posibilidad de bloqueo motor y por ende de partos instrumentados (Alvarez et al., 2017).

En general el motivo fundamental de no generar el bloqueo motor es que este puede producir disminución del tono muscular pélvico, dificultando la rotación interna de la presentación y por lo tanto un aumento en la tasa de partos instrumentados.

Las anestésicas locales más utilizadas en obstetricia son Bupivacaina, Ropivacaina y Levobupivacaina. La Ropivacaina tiene una potencia ligeramente menor, menos efecto tóxico a nivel cardiovascular, menor bloqueo motor que la Bupivacaina. Ambos fármacos han demostrado ser seguros, tener calidad analgésica, generar satisfacción materna ante el dolor y resultados maternos similares, también son de utilidad para la analgesia obstétrica, pero es importante mencionar que la Bupivacaina es la que tiene un menor costo (Alvarez et al., 2017).

Cuando empezar a administrar analgesia en el trabajo del parto es un punto muy discutido, debido al planteamiento de que la analgesia epidural de uso obstétrico incide en el uso de fórceps y realización de operación cesárea. Recomendaciones anteriores indican que el inicio de la analgesia del parto debe realizarse luego de que la dilatación cervical alcanza como mínimo 4 o 5 cm. (Alvarez et al., 2017). Luego, en el año 2006 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó la analgesia epidural temprana, dado que mediante múltiples revisiones del tema y ensayos, concluyó que el uso de analgesia epidural en cualquier momento del trabajo de parto no induce al riesgo de cesárea ni de parto instrumentado, conclusión que fue ratificada en el año 2017. Mismas recomendaciones fueron dadas por American Heart Association (ASA).

Una manera de controlar la satisfacción analgésica es mediante la escala visual análoga, valorando niveles de dolor desde un estado sin dolor a la presencia de un dolor severo (Alvarez et al., 2017).

Valorar el bloqueo motor a través de la escala de Bromage la cual evalúa el nivel de movilidad y sensibilidad de miembros inferiores afectados por el bloqueo epidural, desde afectación nula a completa cuando la paciente es incapaz de movilizar pies y rodillas; Por otro lado valorar la hemodinamia materna mediante el control de presión arterial, ECG y SpO2 en situaciones específicas, como también el estado salud fetal a través de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal por parte del equipo obstétrico (Alvarez et al., 2017).

En cuanto al procedimiento, el anestesiólogo debe corroborar que el catéter funcione adecuadamente, que no ocurra migración intrarraquídea ni intravascular del mismo; Por último debe existir contacto frecuente con equipo obstétrico para evaluar el progreso del trabajo de parto (Alvarez et al., 2017).

6.8. Resultados obstétricos de pacientes con analgesia epidural

Existe una fuerte discusión sobre el uso de la analgesia epidural y el tiempo total del trabajo de parto, como también el final instrumentado del mismo. En el libro del Departamento de Anestesiología, *Perioperatorio y anestesia regional Obstétrica* reafirma que está estudiado que si bien el tiempo de duración de la primera etapa del parto no se modificó en comparación a un parto sin analgesia, si lo hizo la segunda etapa la cual se extendió 16 minutos en el tiempo (Alvarez et al., 2017). Mientras que la ACOG considera un aumento en el tiempo del segundo periodo del parto de 1 hora, tanto para nulíparas como pacientes multíparas, tiempo adecuado donde no existe un incremento de riesgo neonatal.

6.9. Ingesta de alimentos y analgesia

La ingesta en el trabajo de parto va a depender de cómo se sienta cada mujer en ese momento y las horas que pasaron desde su última ingesta. Los profesionales recomiendan en los trabajos de parto fisiológicos, consumir alimentos livianos y tener una buena hidratación, ya que los alimentos van a aportar energía a la mujer y al feto.

La OMS recomienda en las mujeres usuarias de analgesia epidural, al igual que en las que no la usan, que se ejerza su derecho de ingerir alimentos si así lo elige, siempre y cuando no tenga contraindicaciones médicas.

Las recomendaciones sobre la ingesta en pacientes usuarias de analgesia epidural en trabajo de parto y que no presentan complicaciones son: ingerir líquidos claros como son el agua, jugos de frutas sin pulpa, té o café sin leche, entre otros; el volumen de lo que ingiere no es tan importante como el contenido del líquido (Alvarez et al., 2017).

En las pacientes que presentan mayor probabilidad de finalizar en CST o algún factor de riesgo que pueda provocar aspiración, tienen una restricción de la ingesta oral adicional (Alvarez et al., 2017).

Los alimentos sólidos en pacientes usuarias de analgesia epidural se encuentran contraindicados (Alvarez et al., 2017).

6.10. Complicaciones: efectos adversos

Las complicaciones de la analgesia epidural que se denominan benignas o no graves y que son las más frecuentes son: hipotensión arterial, bloqueo fallido o

incompleto, prurito, náuseas, vómitos, cefalea post punción dural, temblor, escalofríos, dolor lumbar, retención urinaria; las complicaciones graves son poco frecuentes y son: meningitis, absceso epidural, hematoma epidural, lesiones nerviosas, intoxicación por anestésicos locales; muchos estudios demostraron que existe un porcentaje de mujeres que puede presentar fiebre en el trabajo de parto, ésta se da más en nulíparas y va en aumento con relación del tiempo que la paciente hace uso de la analgesia; otros estudios demostraron que esa fiebre no era por causa infecciosa (Alvarez et al., 2017). La fiebre en obstetricia puede cambiar la conducta y el manejo a seguir y esto genera que las pacientes tengan que tomar antibióticos o muchas veces termine en cesárea. No existen evidencias claras de que la analgesia epidural influya en la lactancia materna (Alvarez et al., 2017).

6.11. Efectos del dolor y la analgesia del parto en el feto y el recién nacido

Desde los principios de la medicina el alivio del dolor ha sido de los principales objetivos, pero cuando se trata del feto siempre se deben tener distintos reparos. A lo largo de los años se ha ido estudiando el efecto de los distintos fármacos en los recién nacidos. Uno de los métodos para la vigilancia del efecto de los fármacos en los fetos es la monitorización cardiaca fetal, otra forma es el estudio de gases sanguíneos de sangre de cordón umbilical que permite saber el estado ácido base fetal y como se encontraba la perfusión útero placentaria al momento del nacimiento (Alvarez et al., 2017).

Existen distintos estudios con conclusiones enfrentadas sobre los efectos que tienen la analgesia en el parto, el feto y recién nacido. Por un lado se dice que la analgesia puede llegar a generar alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal al inicio de la analgesia, y además que puede ser la causa de una puntuación baja en el Apgar de los recién nacidos; todas estos efectos negativos son revocados en estudios realizados posteriormente, por lo cual deja una imagen poco clara de si la analgesia tiene o no efectos negativos en el feto o recién nacido (Alvarez et al., 2017).

La analgesia ideal debe aliviar el dolor de manera rápida y efectiva, permitiendo a la mujer el libre movimiento y la progresión fisiológica del trabajo de parto, además de permitirle a partir de la forma que ella más desee poder pujar sin obstáculo. Además de no tener ningún tipo de repercusión en el feto o el recién nacido, ni en el primer contacto madre- bebé.

La analgesia neuroaxial según criterios científicos más recientes puede aumentar el periodo expulsivo y muchas veces provocar el parto instrumental, pero no tendría efectos negativos neonatales (Alvarez et al., 2017).

6.12. Culminación de la gestación y alivio del dolor

En Uruguay el Ministerio de salud pública (MSP) recomienda como primera elección el parto vaginal siempre y cuando la condición materna y/o fetal lo permita. En 2018, presentó una guía titulada *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* que tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial en el embarazo y nacimiento a través de promover el ejercicio de derechos, la asistencia respetuosa del embarazo, parto y puerperio, que se encuentra contemplado en el artículo 3° de la ley 18.426 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Es importante el derecho anteriormente mencionado ya que también encontramos contemplado allí la elección del alivio del dolor que cada mujer prefiera en su trabajo de parto. Cada una de ellas idealmente debería estar informada previamente de los métodos no farmacológicos y farmacológicos que existen para el alivio del dolor además de un asesoramiento de la/el profesional o el equipo de salud que la acompaña en dicho proceso sobre qué es lo mejor para ella según la etapa que está transitando.

Es necesario aclarar que la mujer va a adoptar su posición de parto deseada, siempre y cuando no existan limitaciones físicas o médicas que lo impidan, como puede ser la rotura prematura de membranas, o la debilidad muscular, temblores o malestar general; estas últimas pueden verse a menudo cuando las embarazadas

hacen uso de la analgesia epidural en el trabajo de parto, como también en pacientes que no logran los efectos esperados ante el alivio del dolor no farmacológicos, llegando al periodo expulsivo fatigada, lo que puede generar dificultad a la hora de pujar, siendo ambas una limitación para elegir la posición de parir, decantando en la posición de litotomía, alargando el tiempo del periodo expulsivo estipulado.

Con el uso de la analgesia epidural el periodo expulsivo se va a encontrar extendido esperándose que en primigestas pueda llegar a demorar hasta una hora más del tiempo fisiológico según *Protocolos clínicos de la Maternidad del CHPR* (Briozzo et al., 2018). Esto último afecta el proceso normal de la segunda etapa del parto ya que por ese motivo la paciente puede no percibir deseo de pujo impidiendo que el mismo sea espontáneo y guiado por el sentir propio del cuerpo.

Por otro lado, genera mayor intervencionismo, ya que será necesario dirigir el pujo, aumentando la tasa de trauma perineal por la posición de litotomía que incrementa la posibilidad de desgarros perineales de mayor compromiso, y por la realización de una episiotomía, como por ejemplo en la colocación de fórceps ante la necesidad de ayudar al nacimiento frente a la pérdida de bienestar fetal. El trauma perineal trae también efectos negativos sobre la madre como son el riesgo elevado a infecciones, presentar mayor pérdida sanguínea, aumento del malestar, mayor tiempo de recuperación postparto, influencia sobre la lactancia, repercusiones en la sexualidad a futuro, entre otros.

6.13. Principios bioéticos y consentimiento informado de la analgesia obstétrica

El uso de la analgesia obstétrica tiene aspectos médico-legales importantes en cuanto a la seguridad de la paciente, control de riesgos, prevención de error, consentimiento informado, ejecución del procedimiento en pacientes menores de edad, entre otros. (Alvarez et al., 2017).

El momento del parto es una situación donde la paciente al igual que su acompañante y /o familia se encuentran con una alta expectativa y ansiedad por lo que ocurrirá, es por eso que el profesional actuante se encuentra muchas veces expuesto a reclamos ya sean justificados o no ante resultados negativos tanto en la madre como en el recién nacido. (Alvarez et al., 2017).

Bajo el principio de beneficencia, evitar el dolor en el trabajo de parto a través de la analgesia es una acción totalmente justificada. El dolor produce insatisfacción repercutiendo de manera negativa sobre la madre y el feto afectando muchas veces a la evolución normal del parto.

El principio de autonomía de la paciente debe ser aplicado y respetado como en todo procedimiento a realizar, es ella quien decidirá luego de recibir toda la información de manera clara y completa optar por el alivio del dolor de manera farmacológica, o por su contrario negarse a él.

La analgesia obstétrica debe proporcionarse a todas las pacientes, independientemente raza, edad, nivel socioeconómico, etc. aplicando el principio de justicia. (Alvarez et al., 2017).

Nuestro marco normativo establece que todo procedimiento debe acordarse entre la paciente y la/el profesional a cargo (art. 17 Dec. 274/010; art 13, Ley N° 19.286), y que es la paciente quien dispone de su cuerpo, de los procedimientos que se llevarán a cabo, como también de la decisión de negarse a que su caso sea utilizado con objetivos docentes y el derecho de revocar su consentimiento luego de otorgarlo, sin ningún tipo de formalidades únicamente expresándose.

7. Objetivos

7.1. Objetivo general

- Conocer la relación entre la percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica y la información de los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal.

7.2. Objetivos específicos

- Identificar en los registros del Sistema Informático Perinatal los aspectos biológicos y sociales de la población que usó analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto.
- Relevar a través de las entrevistas a obstetras partera/os la percepción sobre el uso de la analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto.
- Recabar datos de variables seleccionadas del Sistema Informático Perinatal de todos los nacimientos ocurridos en el periodo a estudiar.
- Obtener datos de variables del Sistema Informático Perinatal de mujeres que tuvieron analgesia en el período a estudiar y posteriormente relacionarlos con los datos anteriormente mencionados.
- Comparar la información obtenida de la relación entre los datos del Sistema Informático Perinatal con lo manifestado por las/los obstetras partera/os en las entrevistas.

8. Metodología

Una vez iniciado el estudio, y con la obtención de avales correspondientes para la ejecución de este trabajo, se comenzará por las entrevistas a Obstetras Parteras/os las cuales deberán cumplir ciertos criterios de inclusión detallados posteriormente.

Luego de realizadas las entrevistas se procederá a la recolección de datos del Sistema Informático Perinatal del período seleccionado para el estudio, donde se obtendrán registros generales de todos los nacimientos efectuados en la institución y de los mismos se desglosarán datos de los nacimientos de mujeres que hicieron uso de la analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto en relación a las variables seleccionadas, las cuales se especifican más adelante.

Es importante aclarar que si bien los datos obtenidos del Sistema informático perinatal son confiables, a la hora de procesar los datos sobre cada variable, el aumento o descenso de alguna de ellas será multifactorial ya que se encontrará influenciada por distintos fenómenos y no únicamente por el uso de la analgesia farmacológica.

Recolectado los datos se procederá a procesar los mismos mediante programas informáticos que permitan realizar cálculos estadísticos y gráficas donde se cargaran los distintos valores que se buscan comparar para, de esta manera, obtener los resultados finales.

Tras el procesamiento de datos se buscará relación entre datos generales y específicos de las variables mencionadas obteniendo así resultados finales, los cuales serán comparados con la información arrojada de las entrevistas con Obstetras Parteras/os.

Para finalizar, una vez realizado el análisis con la información obtenida del estudio, se procederá a redactar la conclusión donde se tendrán en cuenta las hipótesis planteadas en este protocolo y los antecedentes obtenidos en la revisión bibliográfica.

8.1. Enfoque y diseño metodológico

Esta investigación se llevará a cabo mediante un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, y retrospectivo.

El enfoque cuali-cuantitativo, también llamado mixto “representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (Fernández y Baptista, 2008).

Por otra parte es un estudio de carácter descriptivo entendiéndose por éste la búsqueda específica de características y propiedades de personas, grupos, comunidad, procesos, objetos, entre otros fenómenos que se pretendan analizar (Fernández y Baptista, 2008).

Por último retrospectivo dado que la investigación se realizará en el presente analizando un suceso que tuvo lugar en el pasado. Las entrevistas realizadas a las/los obstetras partera/os estarán centradas en buscar la percepción que tienen esta/os sobre la analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto; se define percepción como el resultado o imagen mental que un individuo tiene sobre un fenómeno o situación formado a través de su experiencia y necesidad.

8.2. Unidad de análisis: población objetivo

Obstetras partera/os que tengan, al menos, un año de antigüedad dentro del servicio del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

8.3. Criterios de inclusión

Para esta investigación se deben cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser obstetras partera/os con título habilitado.
- Haber trabajado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo seleccionado para el mismo una vez aprobado el protocolo (un año).
- Aceptar participar en la investigación.
- Trabajar en el sector donde se asisten nacimientos con utilización de analgesia farmacológica.

8.4. Criterios de exclusión

- No ser obstetra partera/o.
- Tener menos de un año de trabajo en la institución.
- Haber trabajado en la institución en un periodo fuera del seleccionado.
- No aceptar participar
- Trabajar en la institución en un sector donde no se asistan nacimientos con utilización de analgesia farmacológica.

8.5. Técnica de recolección datos

La base primaria de datos estará referida a la percepción de las/los obstetras partera/os sobre la influencia del uso de analgesia en el trabajo de parto y parto, obtenido a través de entrevistas semiestructuradas.(Anexo 1).

Como base secundaria de datos se recolectarán los registros del sistema informático perinatal de todas las mujeres que usaron analgesia farmacológica en su trabajo de parto y parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo elegido para el trabajo.

Las categorías a relevar en los registros son: edad, nivel educativo, preparación para el parto, control de embarazo, acompañamiento, vía de finalización, tiempo del período expulsivo, posición de la paciente en el parto, realización de episiotomía, existencia de desgarros perineales, utilización de fórceps y Apgar del recién nacido.

8.6. Procesamiento de datos

Luego de recolectados los datos, estos son agrupados en distintas dimensiones, obteniendo así información cuantificable de cada variable. Se utilizarán programas informáticos que permitan realizar cálculos estadísticos y gráficas donde se cargaran los distintos valores que se buscan comparar para, de esta manera, obtener los resultados finales; lo que dará lugar al análisis y finalmente a la conclusión. El procesamiento de los datos cuantitativos se realizará a través de un programa estadístico - SPSS. Mientras que los datos cualitativos se procesarán a través del programa estadístico llamado Atlas.ti.

8.7. Análisis y discusión de datos

Con los datos cuantificables de la percepción de las/los obstetras partera/os y los obtenidos del Sistema Informático Perinatal se podrá tener valores numéricos que permitan verificar qué tan lejos o cerca puede estar la percepción de las mismas con respecto a lo que se registra sobre los nacimientos de las mujeres que hicieron uso de la analgesia en el trabajo de parto y parto. Por otro lado, se tendrán en cuenta las hipótesis planteadas en este protocolo pudiendo reafirmarlas o anularlas según los resultados obtenidos. Una vez procesados los datos, se procederá a una discusión y elaboración de informe final. También se utilizarán como insumos para este informe

el análisis de la búsqueda bibliográfica y antecedentes encontrados para quienes impulsaron esta investigación.

9. Cronograma de ejecución

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Bibliográfica y revisión del protocolo.												
Evaluación por parte de comité de ética de la investigación.												
Contacto con OP/ Selección para entrevistas y aval institucional.												
Realización de trabajo de campo.												
Desgrabar entrevistas.												
Recolección de datos SIP.												
Tabulación de datos e informe.												
Análisis, conclusión y divulgación del informe final.												

10. Consideraciones éticas

Previo a el contacto con las/los obstetras partera/os se tomarán las consideraciones éticas pertinentes necesarias para realizar una investigación en seres humanos, encontrándose enmarcado en el decreto 158/19 del Ministerio de Salud Pública. Se solicitará aval al comité de ética del Centro Hospitalario Pereira Rosell (anexo 2) para la realización de las entrevistas a las/los mismas sobre su trabajo en el centro y el posterior acceso a los datos del sistema informático perinatal. Por consiguiente, consta por escrito el fin de la investigación, metodología y cuestionario a utilizar.

También se obtendrá consentimiento individual a través de un formulario informativo previo a la entrevista (anexo 3). El mismo solicita el permiso de grabar y hacer uso de su contenido, autorizado mediante firma de cada una/o de las/los participantes, al igual que se dejará constancia de que no es de carácter obligatorio y el mismo será revocado en cualquier momento si así lo desean.

A los efectos de resguardar la identidad de las/los obstetras partera/os en el consentimiento informado y la entrevista, se utilizará un número o referencia, a modo de llevar un control que permite no repetir las/los misma/os y mantener el anonimato. También se hace hincapié en que no existirá remuneración económica ni de ningún tipo hacia los participantes. Pudiendo aceptar o negarse a participar en la investigación en cualquier momento del mismo.

11. Bibliografía

- Álvarez, C., Núñez, M. y Illescas, L. (2018). *Perioperatorio y analgesia regional en obstetricia*. Bibliomedica.
- Alvez, B. y Eliane, P. (2019). *La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo gestante: un análisis de las representaciones y discursos de los profesionales de la salud* (monografía). Facultad de Ciencias Sociales UDELAR, Uruguay.
- Andrade, M. (2018). Anestesia Epidural y Raquídea - Definición, Concepto y Qué es. *Definición ABC*. <https://www.definicionabc.com/ciencia/anestesia-epidural-raquidea.php>
- Bajo, J., Melchor, J. y Mercé, L. (2007). *Fundamentos de la obstetricia (SEGO)*. Gráficas Marte S. L.
- Barranquero, M., Baltá, A. y Salvador, Z. (2020). La anestesia epidural en el parto: ventajas y desventajas. *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/la-anestesia-epidural/>
- Briozzo, L., Álvarez, C., Borbonet, D., Borda, K., Boggia, B., Bottaro, S., Chiribao, F., Coppola, F., De María, M., Fiol, V., Firpo, M., Gesuele, J., Greif, D., Labandera, A., Lemos, F., Martino, N., Miranda, L., Moraes, M., Nozar, F., Putti, F., Silvera, F., Sobrero, H., Sosa, C. y Villalba, V. (2018). *Protocolos clínicos de la Maternidad del CHPR*. Facultad de Medicina UDELAR.
- Caballero, V., Santos, P. y Polonio, M. (2016). Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *NURE Investigación*, 13(85), 1-7.
- Chestnut, D., Wong, C., Tsen, L., Ngan, W., Beilin, Y., Mhyre, J. y Bateman, B. (2020). *Chestnut. Anestesia Obstétrica. Principios y práctica*. Elsevier.
- Fernández, I. (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*, 13(33), 400-406.

- González, R., Márquez, A. y Mera, S. (2018). Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. *Enfermería Docente*, (110), 80-84.
- Fernández, C. y Baptista, M. (2008). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL.
- López, K. (2015). *Efectos de la analgesia del parto en la evolución del Trabajo de Parto* (monografía). Facultad de Medicina UDELAR, Uruguay.
- Martinez, I. (2016). *Analgesia en trabajo de Parto. ¿Beneficios o desventajas para la madre y el feto?* (monografía). Facultad de Medicina UDELAR, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Ministerio de Salud/UNFPA.
- Moreno, V., González, M. y Serna, C. (2020). Revisión sobre métodos de analgesia no farmacológica durante el parto. *Revista Médica*.
<https://revistamedica.com/metodos-analgesia-no-farmacologica-parto/>
- Nogales, A. (2017). *¿Qué repercusiones tiene el uso de analgesia epidural en el desarrollo y finalización del parto?* (trabajo final de grado). Universidad de Jaén, España.
- Núñez, M., Quintana, V., Micol, M., Torrado, M., Bouchaucourt, J. y Álvarez, C. (2014). Analgesia del parto en adolescentes: resultados de nuestra experiencia desarrollada en el Hospital de la Mujer – Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Médica del Uruguay*, 30(3), 164-167.
- Piedrahíta-Gutiérrez, D., España-Chamorro, J., Piedrahíta-Gutiérrez, W., López-Clavijo, C. y Henao-Flórez, R. (2015). Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. *Revista Iatreia*, 29(3), 263-269.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 139-143. <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

- Quintana, M., Torrado, M., Núñez, M., Bouchacourt, J. y Álvarez, E. (2013). Satisfacción y calidad en analgesia del parto. *Anest Analg Reanim*, 26(2), 6-6.
- Real Academia Española. (2020). Analgesia. *Real Academia Española*.
<https://dle.rae.es/analgesia>
- Real Academia Española. (2020). Anestesia. *Real Academia Española*.
<https://dle.rae.es/anestesia>
- Ruiz, D. (2020). *Reflexología método no farmacológico para el alivio del dolor en el trabajo de parto*. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Ruiz, F., Lacal, J., De Prado, M., Gomáriz, M., Rodríguez, M. y Castellano, F. (2001). *Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales* (investigación). E.P. Hospital Alto Guadalquivir.
- Sanchez, E. y Mendez, L. (2015). *Resultados perinatales en nacimientos ocurridos en la maternidad del Hospital de la Mujer CHPR durante el mes de octubre de 2013 en gestantes que recibieron analgesia durante el trabajo de parto* (investigación). Facultad de Medicina UDELAR, Uruguay.

12. Anexo

12.1. Parte 1



Entrevista en el marco de la investigación *Percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica en el trabajo de parto y en el parto*. Estudio comparativo entre percepción y realidad.

Edad:

Profesión:

Tiempo de egresada:

Tiempo de ejercicio de la profesión en el CHPR:

La siguiente entrevista está dirigida a Obstetras Partera/os que trabajan en el Centro Hospitalario Pereira Rossel en el periodo comprendido entre y del año

Lo que se busca con su participación es conocer qué percepción tienen sobre el uso de la analgesia del parto en mujeres que se atendieron en dicho centro en el periodo estudiado y así poder hacer una comparación posterior con datos relevados.



<i>Marque la opción que crea correcta</i>	Madre adolescente: 10 a 19 años	Madre añosa: mayor de 35 años de edad	En edad reproductiva ideal: comprendida entre los dos periodos anteriormente mencionados
¿Qué grupo etario cree que hace mayor uso de la analgesia del parto? (según criterios de la OMS)			

Ante el uso de analgesia farmacológica, clasifique las siguientes declaraciones entre las que está más de acuerdo (5) y las que está menos de acuerdo (1).

	1	2	3	4	5
La vía de finalización del nacimiento se ve afectada					
Se ofrece a todas las mujeres en situación de trabajo de parto					
Existe un mayor grado de comprensión, al momento de su elección, en mujeres con un mayor nivel educativo					
Primigestas hacen mayor uso de esta					
Existe también un incremento de casos que finalizan en operación cesárea					
A la hora de la elección del uso de analgesia farmacológica o no farmacológica, influye de manera positiva la participación previa a talleres de preparación para el nacimiento					
De igual manera influye de manera					

favorable un adecuado control de embarazo					
Pacientes acompañadas por una persona de su confianza hacen menor uso de la analgesia farmacológica					
Se ve un aumento en					
Número de partos instrumentales					
Presencia de desgarro perineal					
Realización de episiotomía					

¿Considera que alguno de estos aspectos se ve afectado por el uso de la analgesia del parto? **Clasifique su respuesta con el puntaje del 1 al 5 según considere siempre (5) o nunca (1).**

	1	2	3	4	5
Libre movimiento					
Posición del parto					
Tiempo del período expulsivo					
Vía de finalización					
Apgar del recién nacido					

12.2. Parte 2



Montevideo, (día) de (mes) de (año).

Señoras/es

Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell

Asunto: Solicitud de revisión del protocolo de investigación titulado *Percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto.*

Maria Noel Diaz y Valentina Chavez, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, solicitamos la revisión de los requisitos éticos del protocolo de investigación denominado: *Percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto.*

Se anexa el protocolo de investigación para que puedan evaluarlo y nos brinden su respuesta.

Saludan atentamente:

(Firma del investigador)

(Firma del tutor)

Aclaración del nombre del investigador

Aclaración nombre del Tutor

Número telefónico de contacto

Correo electrónico

12.3. Parte 3



Formulario de consentimiento informado para la entrevista con profesionales Obstetras Partera/os

En la presente investigación titulada *Percepción de las obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto* se enmarca en un trabajo final de grado para obtención del título de Obstetras Partera/os de la Escuela de Parteras.

El valor social de esta investigación se centra en conocer la relación entre la percepción de las/los obstetras partera/os sobre el uso de analgesia farmacológica y la información de los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal.

Dentro de sus objetivos específicos se mencionan:

- Identificar en los registros del Sistema Informático Perinatal los aspectos biológicos y sociales de la población que usó analgesia farmacológica en el trabajo de parto y parto.
- Releva a través de las entrevistas a obstetras partera/os la percepción sobre el uso de la analgesia farmacológica en el trabajo de parto y en el parto.
- Comparar la información obtenida en los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal con lo manifestado por las obstetras partera/os en las entrevistas.



Para la ejecución de dicho trabajo se realizarán entrevistas semiestructuradas, a obstetras partera/os que ejercen su profesión en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La/lo invitamos a participar de una entrevista individual la cual si usted consiente será grabada y analizada según la metodología de análisis de contenido y durará aproximadamente 20 minutos.

Se garantiza la anonimización de los datos durante todo el proceso de recolección y análisis de los mismos, con el objetivo de minimizar los riesgos vinculados a la confidencialidad de la información que usted aporte. Los beneficios de la investigación serán sociales.

Usted tiene derecho a retirarse en cualquier momento de la misma, así como de no participar sin ningún tipo de consecuencias. El informe final estará a disposición para su lectura.

Las responsables de la misma serán Br. Maria Noel Díaz Díaz y Br. Valentina Chávez Gordano, con la tutoría de la Prof. Adj. Obst. Part. Maria Noel Barceló y la co-tutoría de la Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues.



Yo _____ acepto participar de esta investigación. He sido informada/o de los objetivos y diseño de la misma, así como he podido preguntar lo que considere pertinente.

Se me ha entregado una copia de este documento.

Montevideo, fecha:

Entrevistada n.º:

Firma:

Aclaración:

Investigadora responsable:

Nombre:

Firma:

Email:

Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con las investigadoras responsables:

Br. Maria Noel Díaz Díaz, Cel. 095 320 785.

Br. Valentina Chávez Gordano Cel. 091 037 077.

Correo electrónico: vcymnd@gmail.com