



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y OPERADORES QUE LOS REALIZAN ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA COMBINADA, A LA MADRE DURANTE EL PRE-INTRA Y POSTPARTO VAGINAL INMEDIATO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DURANTE EL PERÍODO JULIO-SETIEMBRE 2000

AUTORES:

Br. Caruso, Teresa
Br. De la Puente, Carla
Br. Etcheverrigaray, María Elena
Br. Fernández Sagasta, Laura
Br. Gutiérrez, Adriana
Br. Pan, Silvana
Br. Sosa, María Elena

TUTOR:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2001

AGRADECIMIENTOS

Estamos profundamente agradecidas con quienes colaboraron en este trabajo de investigación, cada uno de los cuales ampliamente reconocidos por sus contribuciones originales en su especialidad.

INDICE

	Pág.
- MARCO CONCEPTUAL	1 - 2
- METODOLOGÍA UTILIZADA :	
1 - <i>Especificación de variables</i>	3 - 4
2.1- <i>Diseño utilizado</i>	4
2.2- <i>Procedimiento de selección de la muestra</i>	4
2.3- <i>Instrumento de recolección de datos</i>	4
3 - <i>Diagrama de Gantt</i>	5
- ANALISIS	6 - 13
- CONCLUSIONES	14-15
- SUGERENCIAS	16
- BIBLIOGRAFÍA	17
- ANEXOS	18

INTRODUCCION

El presente es un reporte de investigación de contexto académico, el cuál es requisito curricular del cuarto ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería. La misma se lleva a cabo por siete estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería de generaciones 94 - 95.

Es un estudio prospectivo, de tipo descriptivo de corte transversal; que se lleva a cabo en el Block de Partos de la Clínica Ginecotológica (piso 16) del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela ubicado en Av. Italia s/n esquina Las Heras.

La investigación es realizada en el período comprendido entre los meses de Abril - Diciembre del año 2000.

El problema planteado es el siguiente: ¿ Los cuidados de enfermería que requieren las usuarias a las que se les administra Analgesia Combinada en parto vaginal son realizados y que operador lo lleva a cabo?

A partir del mismo se establecen los siguientes objetivos:

- Determinar en que porcentaje se realizan los cuidados de enfermería considerados necesarios ante la administración de analgesia combinada en parto vaginal.
- Describir que operadores realizan los cuidados de enfermería ante la administración de analgesia combinada en parto vaginal.

Motiva la elección del tema, incursionar en éste aspecto novedoso y actualmente de mayor difusión, como lo es la analgesia combinada para el alivio del dolor durante el parto.

Por otra parte, en nuestro país en el campo de enfermería no se ha profundizado en el mismo, por lo que es otro factor que incide en dicha elección.

Para llevar a cabo dicha investigación la forma en que se procede es a través de la observación de los cuidados de enfermería y los operadores que los realizan ante la administración de analgesia combinada .

Se utiliza como instrumento para la recolección de datos una guía de observación de los cuidados de enfermería y del operador que realiza los mismos.

Este instrumento se aplicó a una población de 14 usuarias, en el período comprendido entre los meses Julio y Setiembre de 2000.

Como resultados de la investigación se observa que los cuidados de enfermería considerados necesarios fueron realizados mayormente en el parto, no viéndose reflejado de igual forma las etapas posteriores.

Otro resultado a destacar, es que si bien enfermería brinda los cuidados considerados necesarios, se ve la presencia de otros profesionales realizando dichos procedimientos.

Por otra parte, se observa que en dicho servicio es fundamental la presencia de la enfermera profesional, ya que ésta desarrolla el proceso administrativo favoreciendo la planificación de los cuidados de enfermería a implementar, mejorando por consiguiente la calidad del servicio brindado.

MARCO CONCEPTUAL

En éste definiremos términos relevantes para el reporte de investigación, dándoles un orden según su aparición en el tiempo.

El *embarazo* es el proceso de gestación que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, clínicamente dura 280 días (40 semanas) desde el primer día del último período menstrual hasta el nacimiento; el mismo se da en el *parto*, éste es un proceso mediante el cuál el útero expulsa el feto, la placenta y el saco amniótico. Se lleva a cabo mediante contracciones rítmicas del útero.

La presión contra el cuello uterino originada por el feto y el saco amniótico produce el borramiento y la dilatación del cuello lo que facilita el paso del feto desde el útero a través del cuello y del canal del parto hasta el medio extrauterino.

Para llevar a cabo este proceso debe existir una coordinación entre "las fuerzas ", y la "travesía" y los " pasajeros ". Las fuerzas son las contracciones uterinas, la travesía es la pelvis ósea, el cuello y el introito vaginal. Los pasajeros son el feto, el saco amniótico, el cordón umbilical y la placenta.

El parto normal exige que las fuerzas sean suficientes para expulsar el feto, que la travesía sea de dimensiones suficientes para permitir el descenso y la expulsión del feto y que los pasajeros tengan un tamaño medio y estén en posición que permitan el trámite del paso durante el parto. Este se divide en *tres etapas* , la *primera* va desde el comienzo hasta el borramiento y dilatación total del cuello uterino, en esta encontramos además *tres fases*:

Latente va desde el comienzo del parto eficaz (borramiento y dilatación progresiva) hasta que alcanza la dilatación de tres centímetros. Las contracciones se hacen cada vez más intensas, regulares y frecuentes empezando en intervalos de 15 a 20 minutos y evolucionando en una separación de 4 a 5 minutos , la duración es de 30 a 40 segundos y la intensidad es de débil a moderada. La fase *Activa* abarca la dilatación de 3 a 8 centímetros, las contracciones son más regulares, más intensas, más fuertes. Estas están separadas de 3 a 5 minutos, duran de 50 a 75 segundos y son de intensidad moderada a fuertes.

En la fase de *Transición* la dilatación es de 8 a 10 centímetros, las contracciones son dolorosas, intensas e irregulares cada 2 o 3 minutos con una intensidad que la mujer encuentra muy conflictiva. Su duración es de 75 a 95 segundos.

La *segunda etapa* se extiende hasta el descenso y nacimiento completo del bebé. Y la *tercera* abarca desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión total de la placenta.

En éste proceso vital los *cuidados de enfermería* llevan consigo una respuesta personal incluyendo valores, así como conocimientos, acciones de atención. El cuidado humano está relacionado con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones de salud-enfermedad; interaccionando la persona, el entorno, los conocimientos del proceso de atención de la enfermera, el autoconocimiento de sus propios logros y limitaciones. A dichos cuidados podemos clasificarlos en *cuidados independientes* que son aquellos cuidados de enfermería realizados por el personal de enfermería sin la supervisión o dirección de otro profesional, y en *cuidados interdependientes* que son aquellos cuidados de enfermería los cuales requieren la dirección o accesoramiento de otros profesionales de la salud.

En dichos cuidados es de esperar la presencia de la *Licenciada en Enfermería* ya que ésta es la responsable, que como integrante de un equipo interdisciplinario, trabaja en coordinación con otros sectores, a través de su función de docencia, asistencia

e investigación, fortaleciendo la participación de los usuarios, así como la prevención de las enfermedades y la promoción y rehabilitación de su salud.

Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad racional del "ser humano" en sus tres dimensiones BIOPSIICOSOCIAL. La capacidad racional del "hombre", está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio, es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones biopsicosocial, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

La *analgesia* es cualquier técnica o medicamento que hace que el dolor desaparezca de forma total o parcial. Entendemos por *analgesia combinada* al proceso por el que se consigue la combinación de la analgesia epidural y la raquídea obteniendo como resultado una analgesia regional (pelviana, abdominal, genital, o cualquier otra) mediante la inyección de un anestésico regional en el espacio intrarraquídeo de la columna vertebral entre L3 y L4.

METODOLOGIA UTILIZADA

1. -ESPECIFICACION DE VARIABLES:

Uno de los elementos a investigar son los cuidados de enfermería. Estos se estudiarán a través de tres instancias:

- A) Cuidados de Enfermería en el Preparto vaginal inmediato con analgesia combinada.
- B) Cuidados de Enfermería en el Intraparto vaginal con analgesia combinada.
- C) Cuidados de Enfermería en el Post parto vaginal inmediato con analgesia combinada.

Cabe destacar que las tres instancias se presentan a través de dos variables complejas (cuidados independientes y cuidados interdependientes), con sus respectivas variables simples.

Otro elemento a investigar es el operador que realiza los cuidados de enfermería. A continuación se definen los cuidados de enfermería en sus tres instancias y el operador, siendo éstos los dos elementos a investigar:

A) Cuidados de Enfermería en el Preparto vaginal inmediato con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

- *Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso; Temp.)
 - Antisepsia Perineal
 - Control de sensibilidad y movilidad.

- *Cuidados Interdependientes: - Cateterismo vesical
 - Colocación de vía venosa periférica
 - Administración de fármaco.

Se considerará Preparto vaginal inmediato al periodo comprendido desde el momento de la administración de analgesia combinada en Sala de Preparto hasta que la usuaria presente dilatación completa, siendo trasladada a Block de Partos.

Es una variable cualitativa nominal.

B) Cuidados de Enfermería en el Intraparto vaginal con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

- *Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso, Temp.)
 - Antisepsia Perineal
 - Control de sensibilidad y movilidad.
 - Apoyo psico emocional.
 - Guía en dinámica de parto.

- *Cuidados Interdependientes: - Administración de fármaco.
 - Posicionamiento.

Se considerará Intraparto vaginal el periodo mediante el cuál se lleva a cabo el proceso en el que el útero expulsa el feto, la placenta y el saco amniótico.

Es una variable cualitativa nominal.

C) Cuidados de Enfermería en el Post parto vaginal inmediato con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

- *Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso, Temp.)
- Control de sensibilidad y movilidad.

- *Cuidados Interdependientes: - Administración de fármacos.

Se considerará Post parto vaginal inmediato luego del alumbramiento hasta que la usuaria se retira del Block de Partos.

Es una variable cualitativa nominal.

D) Operador se considerará operador a aquella persona que realiza los cuidados de enfermería considerados necesarios ante la administración de analgesia combinada en el pre-intra y post parto vaginal.

Presenta las siguiente categorías : -Licenciada en Enfermería.

-Auxiliar de Enfermería.

-Ginecólogo.

-Anestesista.

Es una variable cualitativa nominal.

2.1-DISEÑO UTILIZADO:

El diseño llevado a cabo es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

2.2-PROCEDIMIENTO DE SELECCION DE LA MUESTRA:

La muestra se iguala con el universo tomado.

Es así como delimitando la población sobre la base a los objetivos de estudio nuestra unidad de análisis estará constituida por todas las madres a las cuales se les administra analgesia combinada los días martes y viernes de 8 a 20 horas, en el periodo comprendido entre los meses Julio y Setiembre de 2000.

Cabe destacar que el universo es seleccionado a través de una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con ciertas características específicas previamente establecidas en el planteamiento del problema.

2.3- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

El instrumento utilizado para la recolección de datos es una guía de observación de los cuidados de enfermería y el operador que los realiza (Ver anexo 3 del Protocolo). En la misma encontramos los cuidados de enfermería necesarios agrupados según la etapa del parto en que la madre se encuentra, así como también las complicaciones presentadas en el eje de las abscisas; mientras que en el de ordenadas encontramos el puntaje, el cual expresa la ejecución de los cuidados con su correspondiente operador. El mismo se completa por las estudiantes del INDE en forma anónima en su totalidad.

DIAGRAMA DE GANTT									
SEMANAS	ABRIL 3/7 10/4 17/4 24/28	MAYO 1/5 8/12 15/19 22/26 29/	JUNIO 2 5/8 12/16 20/23 28/30	JULIO 3/7 10/14 17/21 24/28 31/	AGOSTO 4 7/11 14/18 21/25 28/	SEPTIEMBRE 1 4/8 11/15 18/22 25/29	OCTUBRE 2/6 8/13 16/20 23/27 30/	NOVIEMBRE 3 6/10 13/17 20/24 27/	DICIEMBRE 1 4/8 11/15 18/22 25/29
ACTIVIDADES									
Selección del problema Búsqueda de información	*	*							
Elaboración del protocolo		*							
Presentación del protocolo			*						
Construcción del protocolo			*	*					
Ejecución				*	*				
Estudio piloto				*	*				
Análisis e Interpretación de los datos							*	*	*
Elaboración de reporte de investigación									*
Entrega del reporte de investigación									*

SEMANAS	ENERO 1/4 8/12 15/18 22/26 29/	FEBRERO 2 5/9 12/16 19/23	MARZO 2 5/9
Entrega del reporte de investigación			*

(*) OBSERVACION : Lo planificado se postergó por conflicto Universitario.

ANÁLISIS.

Se analizaron los cuidados de enfermería considerados necesarios y el operador que los realiza, en las tres instancias a investigar (pre, intra y postparto) a través de tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa y frecuencia relativa porcentual, univariadas, con sus respectivos gráficos (ver anexo 6).

A continuación se tabularán y se representarán gráficamente, así como también se describirán los datos obtenidos de relevancia para la administración de analgesia combinada, como son: el control de signos vitales ya que la hipotensión es uno de los efectos adversos que ocasiona la administración de analgesia combinada. El cateterismo vesical, el cual favorece el descenso del bebé y le brinda mayor comodidad a la madre.

Así como también el apoyo psicoemocional considerándolo importante ya que la madre transcurre por una instancia donde se acrecienta su sensibilidad, teniendo importancia también junto con dicho procedimiento, la guía en dinámica de parto.

Otro dato a describir como relevante, es el posicionamiento de la usuaria para favorecer la comodidad de la misma y facilitar el descenso del bebé.

Describiendo también los datos obtenidos en el postparto en cuanto al control de los signos vitales, considerando que la presión arterial y el pulso son parámetros junto a otros de vital importancia, para controlar la hemodinamia de la puerpera, etc.

PREPARTO

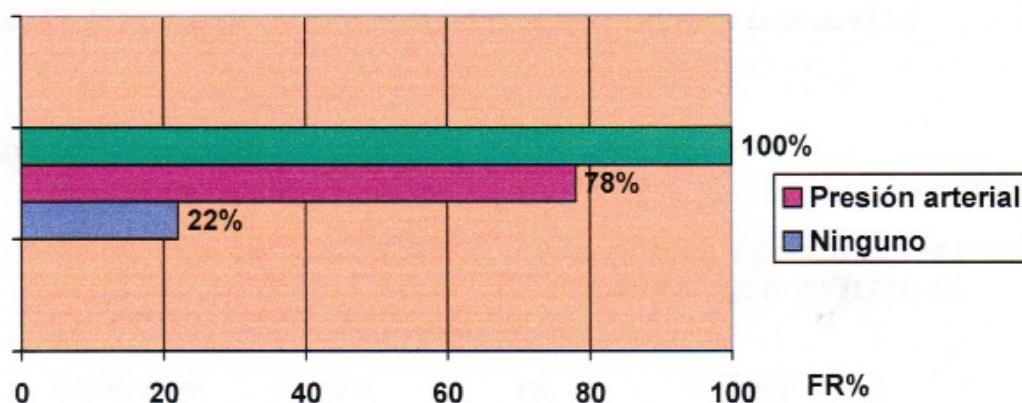
- CUIDADOS INDEPENDIENTES.

1.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LOS SIGNOS VITALES CONTROLADOS EN EL PREPARTO.

SIGNOS VITALES	FA	FR	FR%
Presión arterial	11	0,78	78
Ninguno	3	0,22	22

N = 14

1.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LOS SIGNOS VITALES CONTROLADOS EN EL PREPARTO.

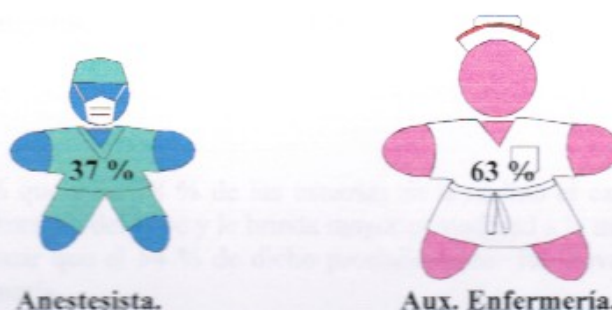


2.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN EL OPERADOR QUE CONTROLA LOS SIGNOS VITALES.

OPERADOR	FA	FR	FR%
Anestesista	4	0,37	37
Aux. de enfermería	7	0,63	63

N = 11

2.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL OPERADOR SEGÚN LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SIGNOS VITALES.



En cuanto al control de los signos vitales, se destaca la presión arterial como de relevancia para la administración de analgesia combinada, ya que la hipotensión es uno de los efectos adversos, hubo un 22 % que no se le realizó dicho control. De los controles de presión arterial que se realizaron participaron los anestesistas en un 37 % . Tanto la antisepsia perineal como el control de la sensibilidad y la movilidad fue realizado en un 100 % por el Aux. de enfermería y por el Anestesista en un 100 % respectivamente.

El promedio de los cuidados de enfermería independientes realizados es de un 93 %.

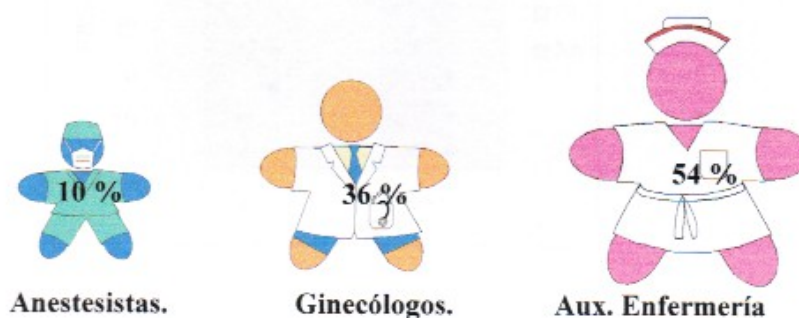
- CUIDADOS INTERDEPENDIENTES.

3.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN EL OPERADOR QUE REALIZA EL CATETERISMO VESICAL EN EL PREPARTO.

OPERADOR	FA	FR	FR%
Aux. Enfermería	6	0,54	54
Ginecólogo	4	0,36	36
Anestesista	1	0,10	10

N = 11

3.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL OPERADOR SEGÚN LA REALIZACIÓN DEL CATETERISMO VESICAL EN EL PREPARTO.



Se observó que a un 78 % de las usuarias se le realizó el cateterismo vesical; esto favorece el descenso del bebé y le brinda mayor comodidad a la madre.

Cabe destacar que el 54 % de dicho procedimiento fue llevado a cabo por el personal de enfermería.

Tanto la colocación de vía venosa periférica como la administración de fármacos se realizó al 100 % de la población; siendo llevado a cabo dichos cuidados en un 100 % por el Auxiliar de enfermería.

El promedio de los cuidados interdependientes es de un 93 %.

INTRAPARTO

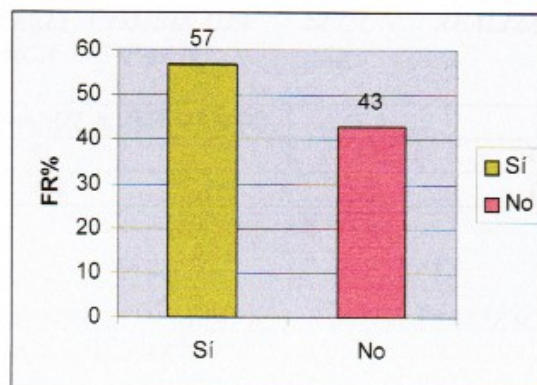
-CUIDADOS INDEPENDIENTES.

4.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LA REALIZACIÓN DEL APOYO PSICOEMOCIONAL EN DINÁMICA DE PARTO.

APOYO PSICOEMOCIONAL	FA	FR	FR%
Sí	8	0,57	57
No	6	0,43	43

N = 14

4.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LA REALIZACIÓN DEL APOYO PSICOEMOCIONAL EN DINÁMICA DE PARTO.

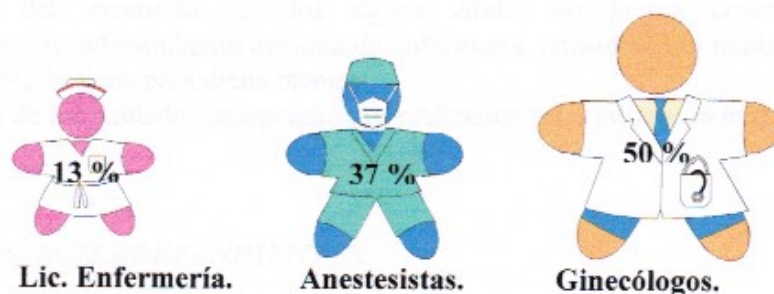


5.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN EL OPERADOR QUE REALIZA DICHO APOYO.

OPERADOR	FA	FR	FR %
Ginecólogos.	4	0,50	50
Anestesiastas.	3	0,37	37
Lic. en Enfermería.	1	0,13	13

N = 8

5.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA SEGÚN EL OPERADOR QUE REALIZA EL APOYO PSICOEMOCIONAL.



Por otra parte, el apoyo psicoemocional en dinámica de parto es realizado en un 57,2 %, de éste porcentaje un 13 % fue llevado a cabo por personal de enfermería.

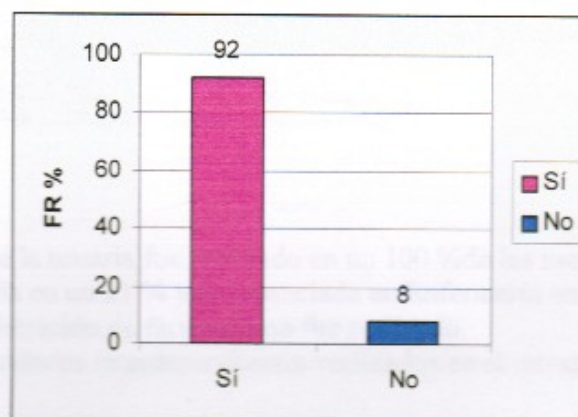
La participación del mismo en dicho procedimiento, es importante ya que, la usuaria transcurre por una instancia donde se acrecienta su sensibilidad, por lo cual consideramos fundamental dicho apoyo.

6.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN REALIZACIÓN DE GUÍA EN DINÁMICA DE PARTO.

GUÍA EN DINÁMICA DE PARTO.	FA	FR	FR %
Sí	13	0,92	92
No	1	0,08	8

N = 14

6.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA SEGÚN REALIZACIÓN DE GUÍA EN DINÁMICA DE PARTO.



La guía en dinámica de parto fue realizada en un 92 %, podemos observar que siendo un cuidado independiente de enfermería, ésta fue realizada por otros operadores.

Tanto la antisepsia perineal como el control de la sensibilidad y movilidad fue realizado en un 100 % de la población, por el Auxiliar de enfermería y el Anestesista en un 100 % respectivamente.

Se destaca del intraparto que los signos vitales no fueron controlados, éste procedimiento es independiente del área de enfermería, considerando también que éstos parámetros son básicos para dicha técnica.

El promedio de los cuidados independientes realizados en el intraparto es de un 69,8 %.

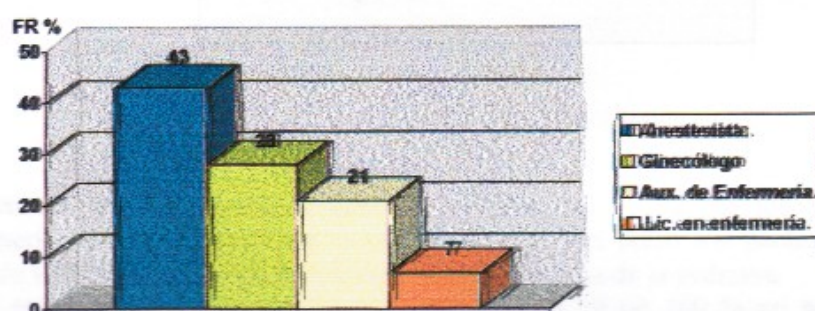
-CUIDADOS INTERDEPENDIENTES.

7.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN EL OPERADOR QUE REALIZA EL POSICIONAMIENTO DE LA USUARIA.

OPERADOR	FA	FR -	FR %
Anestesista.	6	0,43	43
Ginecólogo	4	0,28	28
Aux. de Enfermería	3	0,21	21
Lic. en enfermería.	1	0,7	7

N = 14

7.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA SEGÚN EL OPERADOR QUE REALIZA EL POSICIONAMIENTO DE LA USUARIA.



El posicionamiento de la usuaria fue realizado en un 100 % de las madres, participando el Auxiliar de Enfermería en un 21 % y la Licenciada en Enfermería en un 7 %.

En cuanto a la administración de fármacos no fue realizado.

El promedio de los cuidados interdependientes realizados en el intraparto es de un 50 %.

POSTPARTO.

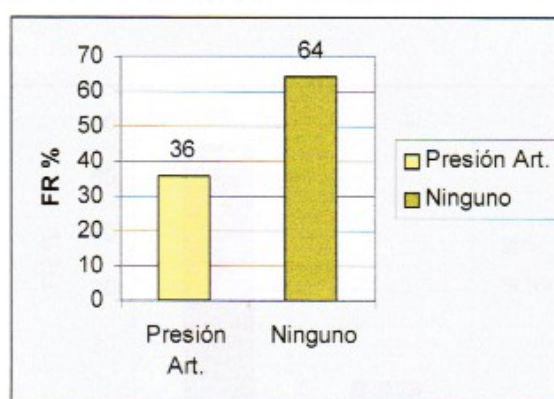
-CUIDADOS INDEPENDIENTES.

8.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LOS SIGNOS VITALES CONTROLADOS EN EL POSTPARTO.

SIGNOS VITALES	FA	FR	FR%
Presión arterial	5	0,36	36
Ninguno	9	0,64	64

N = 14

8.1- REPRESENTACION GRAFICA DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN LOS SIGNOS VITALES CONTROLADOS EN EL POSTPARTO.



Referente a los signos vitales, sólo se controló un 36 % por los Auxiliares de enfermería, si consideramos que la presión arterial y el pulso son parámetros junto a otros de vital importancia, para controlar la hemodinamia de la puerpera.

De la etapa de postparto nos interesa destacar que en un 100 % no se controló la sensibilidad y la movilidad, por lo cual no se valora el estado de las usuarias que son trasladadas a otro sector.

El promedio de los cuidados de enfermería independientes realizados en el postparto es de un 18 %.

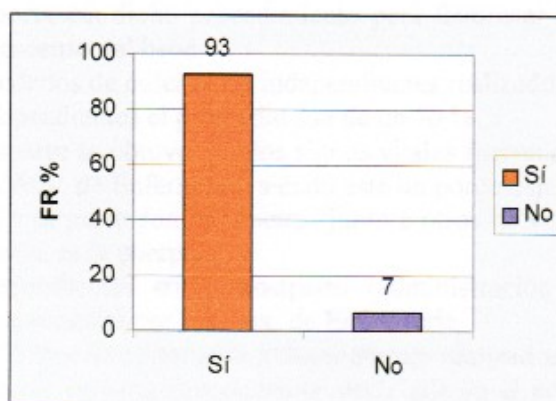
-CUIDADOS INTERDEPENDIENTES.

9.1- DISTRIBUCIÓN DE LAS USUARIAS A LAS QUE SE LES ADMINISTRA ANALGESIA COMBINADA SEGÚN FÁRMACOS ADMINISTRADOS POR INDICACIÓN MÉDICA EN EL POSTPARTO.

ADM. DE FÁRMACOS	FA	FR	FR %
Sí	13	0,93	93
No	1	0,07	7

N = 14

9.1- REPRESENTACIÓN GRÁFICA SEGÚN ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS A LAS USUARIAS POR INDICACIÓN MÉDICA.



La administración de fármacos fue realizada en un 93 % de la población, por el Auxiliar de enfermería.

CONCLUSIÓN.

Concluimos que logramos determinar en qué porcentaje se realizaron los cuidados de enfermería, describiendo también qué operadores realizaron los mismos, cumpliendo con los objetivos propuestos de antemano.

En lo referente a los datos obtenidos en el preparto los signos vitales (presión arterial) fue controlada en un 78 % de las usuarias, participando el personal de enfermería en un 63 %, siendo éstos datos positivos ya que la hipotensión es uno de los efectos adversos que ocasiona la administración de la analgesia combinada.

En cuanto al cateterismo vesical, éste fue realizado a un 78 % de las usuarias, participando el personal de enfermería en un 54 %, lo que favorece el descenso del bebé y le brinda mayor comodidad a la madre.

El promedio de los cuidados de enfermería independientes realizados fue de un 93 %, con el mismo porcentaje los cuidados interdependientes.

De los datos obtenidos en el intraparto se destaca el apoyo psicoemocional, siendo éste realizado al 57 % de las usuarias, participando la Lic. en Enfermería en un 13 %; consideramos importante el apoyo ya que la madre transcurre por una instancia donde se acrecienta su sensibilidad. Siendo importante también junto con dicho procedimiento la guía en dinámica de parto, realizada en un 92 % por otros operadores, no participando enfermería, a pesar de ser un cuidado independiente de la misma.

Otro dato a destacar es el posicionamiento de la usuaria, el cual se realizó al 100 % de las mismas, participando en un 7 % la Lic. en Enfermería, y en un 21 % los Aux. de Enfermería.

Consideramos de importancia dicho procedimiento para favorecer la comodidad de la usuaria y facilitar el descenso del bebé.

El promedio de los cuidados de enfermería independientes realizados fue de un 70 %, y de los cuidados interdependientes el promedio fue de un 50 %.

En lo referente al postparto se obtuvo que los signos vitales fueron controlados al 36 % de las usuarias por los Aux. de Enfermería, siendo éste un porcentaje bajo, considerando que la presión arterial y el pulso son parámetros junto a otros de vital importancia para controlar la hemodinamia de la puerpera.

Los cuidados interdependientes en el postparto (administración de fármacos) fue realizado al 93 % de las usuarias por los Aux. de Enfermería.

El promedio de los cuidados de enfermería independientes realizados fue de un 18 %.

En cuanto a las instancias investigadas podemos decir que en el preparto los cuidados de enfermería y los operadores que los realizan reflejan la bibliografía que consultamos.

Por otra parte, se ha observado que la información sobre el procedimiento de la administración de la analgesia combinada se realizó en dicha etapa, siendo ésta breve.

La usuaria acepta la administración de la misma en un momento inoportuno, ya que se encuentra ansiosa y dolorida.

En lo que respecta al intraparto los datos obtenidos fueron los esperados.

Y en el postparto se detectó la necesidad de profundizar en una valoración más específica para éstas usuarias, con la consiguiente planificación de los cuidados de enfermería realizados por la Licenciada en Enfermería, para la transferencia de la usuaria hacia el sector de alojamiento conjunto madre – hijo.

Por otra parte, se observa que en dicho servicio es fundamental la presencia de la enfermera profesional, ya que ésta desarrolla el proceso administrativo favoreciendo la planificación de los cuidados de enfermería a implementar, mejorando por consiguiente la calidad del servicio brindado.

Otro resultado a destacar es que si bien enfermería brinda los cuidados considerados necesarios, se ve la presencia de otros profesionales realizando éstos procedimientos.

Los resultados a los que se arribó en dicha investigación pueden ser punto de partida para otras, que conlleven una elaboración intelectual profunda la cual permite visualizar, o dar un indicio de la importancia de la elaboración teórica para la profesión de enfermería. Esto nos permitirá profundizar en la creación del cuerpo de conocimientos propios de la profesión, permitiendo enriquecerlo.

La investigación llevada a cabo permite que se vea fortalecida el área independiente de la profesión, sustentando su labor en la metodología científica.

Cabe destacar también la importancia de la elaboración teórica que fue necesaria para la creación y puesta en práctica de ésta investigación.

El llevar a cabo el ejercicio de realizar una investigación de estas características, nos enriqueció y nos permitió crecer profesionalmente, visualizando el entorno en que se encuentra el personal de enfermería, denotando su responsabilidad con la usuaria, con el resto del personal y la Institución.

SUGERENCIAS

A partir de lo concluido se sugiere que la presencia de la Licenciada en Enfermería sea en forma permanente, ya que su función es fundamental en el equipo de salud; para cumplir con su rol de asistencia, docencia e investigación. Así como también, llevar a cabo el Proceso Administrativo, logrando la efectividad de los cuidados.

Además, se sugiere que los roles de todos los operadores que participen en el procedimiento estén definidos, para mejorar de este modo la calidad de atención de las usuarias y mejorando también la organización del servicio. Sugerimos también, la estandarización de los cuidados de enfermería, y la estructuración de una valoración para las usuarias cuando se retiran del sector, esto nos permitirá elevar la calidad de atención a las usuarias.

A partir de lo concluido en el área psicoemocional, se sugiere que enfermería intervenga en ésta.

Otro aspecto a sugerir es que sería conveniente que en uno de los controles del embarazo se le brinde a la madre información la cual la oriente sobre los beneficios y los riesgos de ésta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro, R. "Aplicación del proceso de enfermería guía práctica", ediciones Doyma, Barcelona, Año 1988, página 56.
2. "Diccionario de Medicina" 4ta Edición, Barcelona, Océano Mosby, Año 1998.
3. Dickasón Elisabeth. "Enfermería Materno Infantil " 2da Edición , Barcelona, Año 1995 ,páginas 331 - 338.
4. Kozier "Enfermería Fundamental - Conceptos, Procesos y Prácticas " 4ta Edición Tomo I ,Editorial Interamericana ,Año 1993,Página 77.
5. Material extraído por Internet:
 - <http://www.hotx.com/vizcarra/canulas.htm>. 7/3/00
 - http://www.anestesiologia.com.ar/g_061.htm, 6/3/00
 - http://www.riojainternet.com/ascxorate/numero_30.htm. 7/3/00
6. Plan de estudio 1993 del Instituto Nacional de Enfermería.

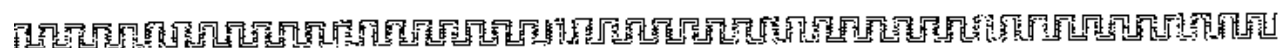
.....

ANEXOS

.....

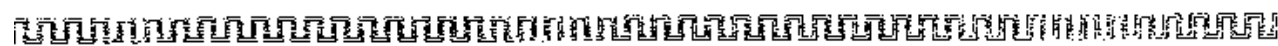
INDICE DE ANEXOS:

- I. - Carta de autorización
- II. - Entrevistas
- III. - Protocolo
- IV. - Instrumento utilizado.
- V. - Descripción de estudio piloto.
- VI. - Descripción de Resultados.
- Tabulación de Resultados.
- Representación Gráfica de Resultados.
- VII. - Condiciones Éticas.
- VIII. - Protocolo de Analgesia Combinada.
(Departamento de Anestesiología)
- IX. - Figuras y esquemas de la técnica de analgesia combinada.



ANEXO I

CARTA DE AUTORIZACION



Montevideo, 21 de Marzo del 2000

Sres. Jefes de la Clínica Ginecotocológica.-

Dr. Raúl Medina.-

Por intermedio de ésta, solicito autorización para ingresar al Block de Partos a los estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, para observar la aplicación de la técnica de Analgesia combinada por parte de los Anestesiistas, a fin de poder realizar su trabajo de investigación final de la carrera de Licenciatura en Enfermería.-

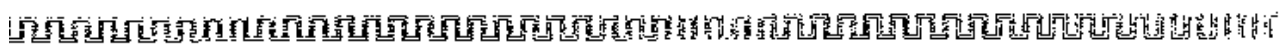
Sin otro particular, saluda Atte.

Lic. Mercedes Pérez
Directora del Dpto. Materno-Infantil



ANEXO II

ENTREVISTAS



ENTREVISTA

FECIA: 04/05/00

ENTREVISTADO: Anestesiólogo Grado 2, Dr. Carlos Alvarez.

¿ Qué personal participa en el procedimiento?

- Particularmente participa el obstetra, que es el que depende el parto; el anestesiólogo que es el que va hacer la técnica para analgesiar el parto y enfermería. Enfermería una Licenciada y Auxiliares de Enfermería.

¿ Siempre hay una Licenciada ?

- Habitualmente hay una Licenciada que no está en estrecho contacto con nosotros; a veces hemos hecho trabajos y charlas juntos.

¿ Las charlas son hacia el personal o hacia las madres?

- Hacia el personal.

¿ Cuánto personal de Auxiliar de Enfermería hay?

- Una sola.

Si bien, acá hay pocos partos, cuando hay más de un parto tiene que estar cuidando todos los trabajos de parto.

En general hacemos un parto con analgesia.

¿ En qué situaciones se administra analgesia?

- No todas las madres necesitan analgesia en el parto, de hecho mi madre y vuestras madres no tuvieron analgesia en el parto, pero sí está comprobado que el dolor del parto por sí solo es una indicación formal para hacer analgesia en el parto independientemente de cualquier otra situación. Sólo el hecho de tener dolor durante el parto es una indicación para hacer analgesia epidural; no quiere decir que tenga que haber alguna situación especial o específica.

Antes que nada esto que yo les dije no es un invento de los anestesiólogos que quisieran hacer la técnica y fomentarla; es una cosa que estableció el Colegio Americano de Obstetricia en el año 1993; o sea los mismos Ginecólogos consideraron que el dolor en el parto es una indicación para hacer analgesia epidural.

Nosotros decimos que no todas las mujeres necesitan analgesia, porque el dolor en el parto puede ser insoportable, severo o leve - moderado; si bien la mayoría de las mujeres entran dentro del grupo de intolerables y severos, hay algunas mujeres que relatan que su parto fue de leve - moderado.

Entonces acá tenemos dos grandes tipos de gestantes, las primigestas y las multigestas; las primigestas en general entran la mayoría dentro del porcentaje del dolor intolerable o muy severo, entonces requieren algún tipo de analgesia para el parto.

Las multigestas sobre todo cuando son de tercer o cuarto nacimiento el trabajo de parto es muy corto, el período explosivo es muy corto en general, entonces no requieren analgesia.

¿Cómo se sabe hasta dónde va el umbral del dolor?

- Eso realmente es difícil de saber, porque el dolor es una sensación subjetiva, difícil de valorar y difícil de medir.

El labor del obstetra es interrogar a la madre, identificando que umbral del dolor tiene, si es una madre muy ansiosa se verá como puede comportarse durante el trabajo de parto, incluso descompensar, lo que puede ser difícil de controlar, de manejar en cuanto a que haga caso a las indicaciones del obstetra.

¿Se administra analgesia en el caso de algún antecedente de la madre?

- Hay indicaciones de analgesia formal que pueden ser ese capítulo. Madres cardiopatas en el cual el trabajo de parto puede descompensar algún mecanismo de insuficiencia cardíaca, alguna valvulopatía.

Eso sería ya un capítulo de indicaciones formales y formalmente estaría indicada la analgesia pero globalmente nosotros ofrecemos analgesia a todas las madres.

¿Cuándo se le dice a la madre que se le va a administrar analgesia epidural, en el momento del parto o en la consulta previa que supuestamente se hace de control?

- Nosotros en este momento trabajamos hablando con la madre en el preparto, porque la infraestructura nuestra no está establecida como para tomar contacto con las madres antes y puede ser cierto que en ese momento tengamos un bajísimo índice de negación.

La negativa de la madre de hacerse la técnica es una contraindicación absoluta, nosotros no forzamos a nadie a hacer la técnica, a pesar de que este hospital es un hospital universitario y de docencia nosotros enseñamos hacer la técnica de administración de analgesia epidural en el parto pero no forzamos a ninguna madre a que se la haga.

Hablamos con la madre e incluso a veces hasta con el esposo, o sea a futuros padres para que ambos conozcan la técnica y les explicamos las ventajas que tienen.

Lo ideal sería que nosotros viéramos a la madre en su control de embarazo y explicarle la técnica; esto es lo que se realiza en otros ámbitos, donde tenemos policlínicas y donde tenemos armadita una charla con diapositivas o transparencias, mostrando lo que es la técnica, las ventajas que tiene y las posibles complicaciones. Eso sería lo ideal, pero nosotros acá lo manejamos con esta infraestructura que tenemos, ofreciéndole a la madre en el momento previo la posibilidad de tener analgesia, con un bajísimo índice de negativa; incluso las multíparas prácticamente no se niegan.

¿Cuáles son las edades de las madres?

- Es variable, van desde adolescentes hasta personas de 40 años.

Las adolescentes tienden a descompensarse más en el trabajo de parto y ahí la tratamos de convencer junto con el Ginecólogo de tener ésta sección.

¿ En qué momento preciso es que se administra la analgesia?

- Eso depende un poco si es el primer parto o si es más de un parto. Si es el primer parto, comenzamos más o menos cuando esté instalado el trabajo de parto, con una dilatación de unos 4 cm. En las multíparas se comienza un poco antes con una dilatación de unos 2 cm.

¿ Porqué hacemos esto? Para que la analgesia no interfiera con los mecanismos normales del parto; este tiene que estar bien instalado.

Si la analgesia se instala bajo esos canales, la analgesia epidural no prolonga el trabajo de parto, es más muchas veces lo disminuye.

El período dilatante es menor y el parto transcurre normalmente.

Muchas veces si se instaura la analgesia antes de lo indicado tiende a aumentar el período dilatante y hay mayor índice de cesárea.

¿ La administración es continua o es en bolo?

- Hay diferentes formas de administración y diferentes técnicas.

¿ Qué contraindicaciones tiene?

- No hay una indicación precisa, sino una indicación genérica.

El dolor en el parto es por sí una indicación más agregada a algunas situaciones especiales, como puede ser alguna madre que tenga alguna patología en el cual el trabajo de parto y el dolor que aumentan las hormonas del estrés pueden inducir a una descompensación de una patología.

¿Cuáles son las contraindicaciones? Una ya la dijimos que es la negativa de la paciente.

Después, si la madre tiene algún problema de coagulación de la sangre, o si esta recibiendo algún tratamiento anticoagulante.

Si la madre tiene alguna infección en la espalda, donde vamos a puncionar, donde la infección pueda ser diseminada con la aguja.

¿ Los granitos en la espalda?

- Esos granitos en la espalda no, alguna infección importante, los granitos es cosa común.

Estas son contraindicaciones generales, porque hay algunas particulares, como madres que vienen con sangrado, con alguna hipovolemia que no es recomendable.

¿ Cuando se le brinda información a la madre, es el anestesta que se la da y cómo la hace?

- Si, primero nos presentamos, le decimos que somos anestestas, que

trabajamos en conjunto con los Ginecólogos para ofrecerles un parto sin dolor. O sea describimos lo que es la técnica, como se hace, le explicamos rápidamente que la vamos a poner de costado o sentada, que le vamos a desinfectar la espalda y hacerle un pinchazo en la espalda y a través de ahí pasar un catéter por el cual se le va administrar el calmante.

Le explicamos que la primera dosis puede demorar un poco en hacerle efecto.

El contacto que tenemos es con una mamá muy dolorida, la charla no es la deseable, pero le brindamos una información clara, pero en general escueta, dado el momento en que estamos con la mamá.

¿ Se les plantean las ventajas y/o riesgos?

- Los riesgos en general en ese momento no se plantean, si en las charlas que son de coordinación, ahí hablamos de los posibles riesgos.

¿ Cómo parte de la investigación podemos estar en alguna charla?

- Si, pero no son en el hospital, son fuera del hospital, por ejemplo en Impasa, en clínicas que tenemos nosotros.
- Las que se atienden en el hospital no reciben charla, solo en el momento del parto.

¿Cuáles son los riesgos que conlleva a la madre y al bebé?

- Hay un cierto porcentaje de madres que desarrollan hipotensión arterial antes de la técnica o sea le puede bajar un poco la presión, eso en general se puede prevenir y de hecho lo hacemos sistemáticamente, administrándole a la madre suero antes de empezar la técnica, le colocamos una vía venosa gruesa y le infundimos suero, como mínimo medio litro antes de empezar la técnica.

Hay un riesgo de cefalea por la técnica, que varía según la técnica que usemos. Si se usa una técnica epidural para la analgesia puede haber con la aguja peridural perforación de la duramadre, eso ocurre con una frecuencia estimada del 1% y el riesgo de producir cefalea con punción de la duramadre por la aguja epidural es de un 70%.

Hay un mayor índice de fórceps con analgesia epidural, acá tenemos estadísticas de un 20% de fórceps, eso es porque la madre no puede pujar correctamente.

Pero el fórceps no se hace ni alto ni bajo, es un fórceps de extracción fetal con una madre relajada y analgesiada. No son los fórceps habituales de madres que están con desgarros.

Cuando se presenta el fórceps la madre ni se da cuenta.

¿ El bebé nace deprimido?

- No bajo ningún concepto.

El pasaje transplacentario de las drogas que nosotros utilizamos es mínimo.

En general sobre el bebé tiene efectos beneficiosos la analgesia. La madre al no liberar hormonas catecolaminas que son producidas por el dolor, al disminuir el dolor y ese tipo de hormonas circulantes el bebé respira mejor, hay mejor oxigenación fetal, mejor flujo uteroplacentario, menor acidosis fetal. Estas son todas cosas que favorecen.

Depresión por las drogas no, porque el pasaje trasplacentario es mínimo y utilizamos dosis bajas de analgesia, entonces no se vincula depresión con la analgesia.

¿ Cuáles son las drogas que se utilizan?

- Hay dos grupos de drogas, analgesia locales y opeaceos.
De los opeaceos usamos Fentanil, que es un opeaceo sintético potente, 80 a 100 veces más potente que la Morfina y Sufentamil.
Los anestésicos locales usados son la Bupivacaína y Lidocaína.

¿ Cómo es en sí el procedimiento?

- Técnicas para la analgesia tenemos la analgesia epidural o peridural, es la clásica, la que se usa hace mucho tiempo . También se puede hacer en forma de bolos intermitente o en forma de administración continua con bomba de infusión. Estas son las dos formas que hemos hecho.
Ultimamente estamos haciendo una técnica, que es hacer una analgesia local combinada utilizando la peridural más la analgesia raquídea. Asociamos dos técnicas que dan ventajas.
Con peridural sola, primero utilizamos anestésico local a nivel de la zona de punción, para después introducir la aguja que llega al espacio peridural. El espacio es peridural cuando está por fuera de la duramadre. La duramadre es una membrana que recubre la médula, por dentro de la cual corre líquido cefalorraquídeo. La aguja peridural queda por fuera de la duramadre, en un espacio virtual, que no existe pero que se distiende con el uso de anestésicos, o sea cuando usamos anestésico se aloja ahí.
Después pasan por la duramadre y hacen efectos con el líquido cefalorraquídeo.

¿ La punción a nivel de qué vértebra se hace?

- La punción se hace por debajo de la médula para tratar de no lesionarla. Entre L1 y L5.
Esta es la técnica peridural. Esta técnica ofrece la ventaja que se puede dejar un catéter en el espacio peridural y seguir administrando analgésico a medida que transcurre el parto, durante el parto e incluso posparto,.
La gran ventaja de esta técnica durante el trabajo de parto es que si por alguna razón tiene que ir a cesárea ya tiene el catéter colocado, por ahí se puede hacer la analgesia para la cesárea.
Esta es la gran ventaja de la técnica y en general en otros países más desarrollados en cuanto a este tipo de asistencia. Prácticamente a todas las madres se les coloca un catéter para analgesia en el parto, como rutina y esto puede ser usado después para la cesárea.
Como desventajas de la técnica, es que inyectamos volúmenes de analgesia más grande o mayores que en la analgesia raquídea. El tiempo de instauración de la analgesia es mayor que la raquídea, de unos 15 minutos aproximadamente.
Cuando hacemos una epidural hay que explicarle a la madre que el efecto no es inmediato, que va a demorar tres o cuatro contracciones en hacer efecto.

Si bien el efecto es poderoso, no calma el dolor totalmente, no produce una abolición total del dolor. Otra desventaja sería que a veces quedan zonas de parche, quiere decir que la analgesia que se produce en la zona intrabdominal no es pareja y quedan algunos puntos dolorosos, que la madre siente dolor en algún punto específico, más frecuentemente en la fosa ilíaca derecha y eso se produce porque las raíces sacras son muy gruesas y a veces la técnica no agarra bien esas raíces, no prenden bien en esas raíces.

Para la analgesia raquídea se utiliza una aguja mucho más finita que la epidural, el sitio de abordaje es el mismo, se perfora la duramadre y llega a donde está el líquido cefalorraquídeo.

De hecho nos damos cuenta que estamos en el espacio subaracnoidico, a donde tenemos que llegar por que a través de la aguja sale líquido cefalorraquídeo y por ahí inyectamos las drogas. Las dosis utilizadas son mínimas, produciendo una abolición completa del dolor, el dolor se calma totalmente y en un período muy corto de tiempo, de unos 3 minutos.

El pasaje trasplacentario es mínimo, porque la dosis que utilizamos es poca, unos 3 cm. Como desventaja, es una incisión única y no se puede dejar catéteres intrarraquídeos, porque la aguja es muy finita y tenemos que utilizar un catéter muy fino porque puede lesionar los tejidos o usar una aguja más gruesa para que pase un catéter más grueso pero puede dar mayor incidencia de cefaleas.

Las cefaleas están vinculadas a la perforación de la duramadre, cuanto más fina la aguja, menor incidencia de cefaleas tiene la madre.

Las agujas utilizadas, son las biseladas y de punta de lápiz. Utilizando aguja fina y de punta de lápiz el índice de cefalea es de 0,5 a 1%, es prácticamente despreciable.

¿Cómo combinan las dos técnicas?

- Combinando ventajas de una y de otra, se utiliza actualmente la técnica combinada, que se puede realizar de diferentes maneras.

La más sencilla es hacer una peridural y una punción raquídea en diferentes espacios, o sea hacer una raquí, inyectar la dosis por la raquí, y después hacer una peridural, pasar el catéter y no inyectar nada hasta que cese el efecto de la raquídea.

Satisfactoriamente ahora hay un set, o sea un quit de material por la cual se utiliza la técnica, la aguja a través de la aguja, en la cual hacemos la técnica peridural con la aguja gruesa, llegamos al espacio peridural, después tomamos la aguja de raquí, (esta aguja de este quit es más larga que las agujas convencionales), pasamos la aguja de raquí a través de la aguja peridural, llegamos a la duramadre, sale líquido, inyectamos, sacamos la aguja de raquí y pasamos el catéter peridural con la ventaja de que es una sola punción. Esta es la técnica aguja a través de aguja.

¿Qué materiales están utilizando?

- Usamos una aguja epidural con catéter de epidural y la aguja de raquí para pasar a través de aguja epidural.

¿Las jeringas que se utilizan son las convencionales?

- La jeringa que viene en el set es siliconada, estéril, que nos sirve para identificar el espacio peridural. Este espacio nosotros lo identificamos buscando la presión negativa que presenta este espacio, mediante una técnica que se denomina de pérdida de la resistencia, en el cual colocamos la aguja peridural y vamos haciendo insuflaciones con la jeringa y vemos que a medida que pasamos la piel la zona subcutánea, los ligamentos hasta llegar al espacio epidural hay una resistencia al pasaje de la jeringa que se vence y llega fácilmente cuando llegamos a éste espacio.

¿ Quién realiza la desinfección de la zona a puncionar y con qué ?

- Lo realizan los anestesiistas y en general utilizamos éter primero, luego alcohol yodado después alcohol blanco.
Si la espalda está muy sucia pasamos una solución jabonosa primero y en otros medios yo utilizo clorohixidina.

Antes de comenzar la técnica se coloca vía venosa periférica como mínimo Nº 18, no utilizamos vías pequeñas porque si se necesita infundir rápidamente suero.

La solución que utilizamos es suero ringer lactato o suero fisiológico. El lactato es el más parecido al plasma, es el suero de los tres cloruros, tiene cloruro de sodio, de potasio y calcio. Infundimos como mínimo medio litro antes de realizar la técnica al igual que controles de presión arterial.

Necesitamos también saber el estado del bebé, por lo tanto realizamos junto con el Ginecólogo algún monitoreo.

¿ El monitoreo se deja a permanencia?

- Sí, se deja a permanencia, pero ustedes van a ver que hay uno solo, pero preferimos siempre que sea parto monitorizado. Monitor de la frecuencia cardíaca fetal y monitor de las contracciones.

Hacemos la técnica anestésica, que en general la realizamos en decúbito lateral o a veces en posición sentada si tenemos dificultades para hacer la técnica, si la madre es muy obesa o si tiene alguna patología en la columna vertebral.

Luego que hacemos la técnica hay que mantener a la madre en decúbito lateral o en decúbito dorsal con una cuña que desplaza el útero para la izquierda.

Porque se realiza esto, dado que el bebé puede comprimir la vena cava y producir una hipotensión arterial.

¿ Cómo es la cuña ?

- La cuña es un almohadón con dos niveles, donde ponemos a la madre en decúbito lateral izquierdo o en decúbito dorsal pero siempre desplazada hacia la izquierda para evitar lo que se llama síndrome supino hipotensivo. Supino por la hipotensión que es por la presión de la aorta cava que se evita desplazando el útero hacia la izquierda.

Para realizar la técnica es necesario que la madre se encorve, sino es difícil realizar la técnica. Le explicamos a la madre, pero también ayuda el personal de enfermería.

Todas son cosas que interviene el personal de enfermería, colocación de VVP, administración de sueros, toma de PA antes de hacer la técnica, toma de PA luego de la

primera dosis porque fisiológicamente por efecto del anestésico local puede bajar la presión arterial, por eso es que hacemos controles de la presión arterial, frecuencia cardíaca fetal, de las contracciones. Administramos profilácticamente ranitidina y primperan antes de empezar la analgesia, porque como ustedes saben las madres son propensas a vomitar, por dos mecanismos hormonales, aumento de hormonas que pueden facilitar el vómito y mecánicos por la compresión que produce el bebé sobre el estómago que distorsiona el ángulo sobre el esófago y el estómago.

Hacemos la técnica y después controlamos el dolor, si el dolor calma, cuanto tiempo dura el dolor y cuando reaparece inyectamos por la vía epidural dosis adicionales de fármacos.

Para medir el dolor utilizamos una técnica, que es absolutamente subjetiva que se llama EVA, que quiere decir escala visual análoga.

Consiste en una regla del 0 al 10 en la cual 0 nada de dolor y 10 es un dolor insoportable, intolerable, el peor dolor que puede sufrir un ser humano.

Tratamos que la madre asigne un número a su dolor. Entre 1 y 3 un dolor leve, 4 y 7 dolor moderado, 8,9 y 10 dolor severo y de acuerdo a esta escala administramos dosis de analgesia. En general tratamos de mantener a la mamá con un EVA de 4 para abajo.

Le explicamos a la madre y les mostramos una regla que ya están elaboradas. Pueden ser reglas numeradas del 0 al 10, para otras personas que entienden poco, incluso para niños utilizamos reglas con colores, un color rojo intenso en un dolor insoportable, blanco es sin dolor.

En los niños usamos escalas con caritas, caritas sonrientes sin dolor, con lagrimones dolor.

Son todas escalas para medir algo que realmente no se puede medir.

¿ Esta escala se presenta antes de la analgesia ?

- Sí, pero antes de comenzar la técnica el dolor se sitúa entre 7 y 10, el 60% de las madres las catalogamos con un dolor insoportable. Después de la técnica el dolor pasa de estar entre 0 a 3.

Según el concepto social y económico no es fácil entender el EVA para las madres, pero más o menos lo entienden.

Va a depender de la experiencia previa al dolor.

¿ Son los anestesiistas que le avisan a la madre cuando tienen que pujar ?

- Algunas madres tienen la sensación de pujar y pujar, algunas pierden la sensación de pujo entonces en este caso el Ginecólogo cuando están en período de parto toca el abdomen, le avisa que esta por empezar la contracción y la mamá se prepara para pujar.

¿ Cuando es raquídea queda adormecida toda esta zona ?

- En realidad en este caso en particular cuando hacemos raquis las dosis que usamos son muy bajas, extremadamente bajas y no producen bloqueo motor ninguno. Tanto es así que esta técnica de analgesia regional combinada permite a la madre luego de la dosis de analgesia raquídea que deambule. La analgesia por vía raquídea dura en promedio según la literatura internacional entre 100 y 120 minutos, a nosotros nos dura unos 80 minutos.

En esos 80 minutos la madre puede caminar porque no tiene ningún bloqueo motor, no tiene dolor.

A veces las condiciones del bloc no permite que la madre camine.

Si presenta rotura prematura de membrana no se les permite caminar pero sino en general alentamos a la madre para que camine.

Cuando realizamos técnicas combinadas muchas veces no alcanza con la dosis inicial de la raquídea por lo tanto al extenderse el trabajo de parto debemos hacer dosis adicionales por el catéter epidural, y ahí puede producirse algún tipo de bloqueo motor que puede ser mínimo o puede ser importante de acuerdo a la cantidad de dosis que administremos.

Cuanto mayor es el bloqueo motor, menor es la sensación de pujo y de la contracción y mayor es la participación que tiene que tener el ginecólogo para avisarle que tiene que pujar.

Otra cosa que hay que considerar, que en este medio no se da es la preparación que tenga la madre para el parto, la preparación psicológica, para respirar, pujar, etc.

Está demostrado que esas técnicas de preparación ayudan a la madre durante el momento del parto y el trabajo de parto, no calma el dolor pero ayuda a soportarlo más y ayudan a realizar un pujo correcto y a colaborar con este que es muy importante.

Actualmente tenemos un protocolo con la técnica de analgesia combinada.

¿ Este tipo de analgesia combinada es en bolo o continua ?

- Es en bolo.

Hacemos un primer bolo por vía raquídea y después hacemos bolos adicionales por vía epidural, por catéter epidural cuando reaparece el dolor.

La técnica epidural continua tiene ventajas sobre la técnica epidural en bolo. Es menos la dosis que administramos cuando hacemos la técnica continua que en bolo. Retiramos el catéter en la sala de partos, en otros medios podría dejarse el catéter para hacer analgesia posparto, pero acá nosotros preferimos retirarlo y que valla a la sala sin el catéter. La madre queda 6 horas en reposo y le decimos que tome líquidos. No hay ningún cuidado especial referente a la analgesia para el posparto..

Cuando hacemos una analgesia raquídea para cesárea recomendamos a la madre que esté 6 horas en decúbito dorsal con una almohada abajo para prevenir la cefalea.

Esto sería en una operación cesárea, pero en este caso para el alivio del dolor de parto la madre no solamente se tiene que quedar en decúbito dorsal sino también tiene que caminar. Cuando hablamos de decúbito posparto es por indicación ginecológica y no de analgesia.

¿Cuál sería la indicación de los anestésicos ?

- Si hubo un accidente de perforación de la duramadre con aguja epidural, sería reposo y abundantes líquidos.

¿ Cuándo se dan cuenta que hubo perforación ?

- Porque viene líquido cefalorraquídeo por la aguja epidural.

A la madre se le coloca una sonda vesical para el parto, y si a veces tiene mucho bloqueo motor en el momento del parto la sonda se le deja un poco más, hasta que se retire el bloqueo motor, así mismo le decimos a la madre que si tiene flojedad en las piernas permanezca acostada.

Todo acto anestésico tiene riesgos, hablamos de los riesgos como cefaleas , hipotensión que son riesgos más bien banales, pero puede surgir complicaciones un poco más graves vinculadas al parto o que la madre tuvo una preclampsia , la madre tiene alguna patología, entonces nosotros acá tenemos siempre preparada una bandeja o un carro de reanimación en la cual tenemos laringoscopio, sondas endotraqueales, oxígeno, ambú, circuito para ventilar bajo máscara, drogas, etc.

Nunca lo hemos tenido que usar pero por protocolo tenemos siempre preparado una bandeja.

ENTREVISTA.

FECHA: 05/12/00.

ENTREVISTADO: Anestesiólogo. Grado 2. Dr. Carlos Alvarez.

1) ¿Cuáles son los fármacos del repique y en qué dosis se usan?

- Los fármacos son: anestésicos locales, específicamente la BUPIVACAÍNA que se usa a bajas concentraciones y en general al 0,125 %.

2) ¿Se aumenta la dosis o no?

- Son dosis estándar de 6 a 8 ml de Bupivacaína al 0,125 %, una vez que cesa el efecto de la primera dosis.

3) ¿Es como un refuerzo?

- La primera dosis es raquídea.

Cuando la primera dosis termina de hacer efecto, se hace lo que se llama rescate analgésico o repique, que es la dosis por el catéter peridural.

Cuando acaba el efecto de esta dosis se hace otro repique o rescate analgésico. Son sinónimos.

4) ¿Cuáles son los fármacos administrados en bolo?

- Los fármacos administrados en bolo son:

-BUPIVACAÍNA ó sea un analgésico local administrado por vía subaracnoidea , vía intratecal.

-BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA al 0,5 % (1,5 mg).

-Un opiáceo que es el SUBFENTANYL (7,5 microgramos). Es un opiáceo potente.

5) Cuando la sensibilidad disminuye notoriamente, pero ya llega a los brazos.¿ Se debe a que puede haber sido un exceso de analgesia?

- Sí, es por un exceso, absolutamente infrecuente. Seguramente es una sobredosis.

6) ¿ En qué situaciones se da el repique?

- Cuando termina la acción de la primera dosis y la madre siente dolor, y continúa el trabajo de parto.

No sé si recordás: nosotros manejamos para el dolor una escala que va del 0 al 10. Siempre tratamos de mantener a la madre por debajo del número 4 de la escala, que es un dolor leve.

7) ¿ Es según el anestesta? , ¿Continuamente le están preguntando?.

- Sí, continuamente se le está preguntando, (En el protocolo).
- Ocorre que muchas madres no entienden la escala del dolor.
A veces las madres espontáneamente lo dicen.

8) ¿ Porqué algunas madres sienten calor en las piernas?.

- El anestésico local produce una vasodilatación. Eso es importante porque puede producir hipotensión.
- Por ese motivo se le administra suero.

9) La posición en que se coloca a la madre ¿ es en decúbito lateral izquierdo?.

- Eso es por el espacio físico.
- En general se piensa que: en cualquiera de los dos decúbitos laterales se previene el síndrome supino hipotensivo, pero específicamente en el izquierdo.

10) ¿ El catéter se quita en el Block de Partos?.

- El catéter hay que quitarlo en Sala de partos.
- La madre no debe de ir a Sala con el catéter colocado.

11) Al ser el sitio de punción una puerta de entrada de posibles infecciones, la madre llega a la Sala con esa zona bajo curación?.

- Salvo alguna situación de desgarro ó fórceps tormentoso, se dejaría el catéter para una dosis posterior.
- Sería usado para aliviar la episiotomía, pero no es tan importante.

12) ¿ Este año se comenzó con la analgesia combinada?.

- Sí, a partir de Marzo.

13) ¿ Cuáles son los recursos materiales que se utilizan para administrar la analgesia combinada?
¿Aparece en el protocolo?.

- -No, sólo dice lo que se hace en primer lugar, en segundo lugar.
- Hay 3 protocolos.

-Los recursos materiales utilizados son:

Un set para analgesia combinada que trae: una aguja de peridural, el catéter de peridural, un filtro que se coloca en la parte más distal del catéter que es por donde se inyecta, y trae una aguja de raquis (muy fina, punta de lápiz) calibre 27 y una jeringa siliconada que se usa para buscar el espacio peridural mediante la técnica de pérdida de resistencia.

14) ¿Es más fácil hacer la raquídea ó la epidural ?

- Es más fácil hacer la raquídea con una punción en el espacio subaracnoideo, donde viene líquido cefalorraquídeo.

La epidural hay que buscar el espacio peridural, que se busca mediante la pérdida de resistencia. Esto requiere un poco más de manualidad que la analgesia raquídea.

En el caso de la analgesia combinada, teniendo el set hacemos un pinchazo único.

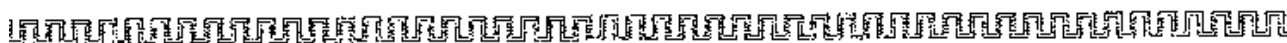
Buscamos el espacio peridural, una vez que lo encontramos, pasamos por dentro de la aguja peridural una aguja de raquídea. Es un pinchazo único.

Pero también se puede realizar con dos pinchazos. Un pinchazo peridural y otro en otro espacio diferente, con una aguja raquídea. Esto se realiza en caso de no tener el set.

15) El costo del set ¿cuál es?

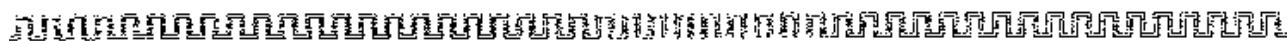
- El costo es de \$ 180 aproximadamente (catéter Dickinson).

Es barato, ya que \$ 180 para lo que son los costos de los materiales médicos, no es tanto.



ANEXO III

PROTOCOLO



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
DPTO.MATERNAL INFANTIL

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**CUIDADOS DE ENFERMERIA Y OPERADORES
QUE LOS REALIZAN ANTE LA
ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA COMBINADA
A LA MADRE DURANTE EL PREPARTO
INMEDIATO, INTRAPARTO Y POSTPARTO
VAGINAL INMEDIATO.**

TUTORA: Prof.Lic. en Enfermería MERCEDES PEREZ,

ESTUDIANTES: CARUSO ,TERESA	94142
DE LA PUENTE,CARLA	94230
ETCHEVERRIGARAY, Mª ELENA	91218
FERNANDEZ SAGASTA, LAURA	94091
GUTIERREZ ,ADRIANA	94295
PAN, SILVANA	95004
SOSA, MARÍA ELENA	95111

5 de Junio de 2000
MONTEVIDEO - URUGUAY

INDICE

	Pág.
- Problema	1
- Objetivos	1
- Antecedentes del Problema	2
- Significancias del Problema	3
- Los Métodos	4
- Definición y Medición de las variables	4 y 5
- Instrumento y técnica de recolección de datos	6
- Los Procedimientos	6 y 7
- Plan para el Procesamiento de Datos	7
- Cronograma de Gantt	8
- Bibliografía	9
- Anexos	10

PROBLEMA

¿ Los cuidados de enfermería que requieren las usuarias a las que se le administra analgesia combinada en el pre, intra y post parto vaginal inmediato son realizados y que operador los lleva a cabo, en el servicio de la Clínica Ginecotocológica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en los días martes y viernes de 8 a 20 horas durante el período Julio - Setiembre de 2000 ?

OBJETIVOS

- Identificar los cuidados de enfermería necesarios durante la administración de analgesia combinada en el preparto, intraparto y postparto vaginal inmediato.
- Describir los cuidados de enfermería que se realizan en la administración de la analgesia combinada en el preparto, intraparto y post parto vaginal inmediato en dicho servicio.
- Describir que operadores llevan a cabo los cuidados de enfermería en la administración de la analgesia combinada en el pre, intra y postparto vaginal inmediato en dicho servicio.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El uso de analgesia no era de aceptación general como parte del tratamiento obstétrico hasta que la Reina Victoria usó cloroformo para el nacimiento de su hijo en 1853.

Desde entonces, se ha investigado mucho en el desarrollo de medidas farmacológicas para controlar las molestias durante el nacimiento.

Es muy común que la mujer embarazada exprese sus temores sobre el dolor que va a experimentar durante la dilatación y el parto y la forma en que cree que va a reaccionar y a afrontar el dolor.

Aunque el umbral del dolor presenta similitudes notables en todas las personas sin importar las diferencias de género, sociales, étnicas o culturales, estas diferencias desempeñan un papel preponderante en la percepción individual del dolor.

Cabe mencionar algunas creencias culturales al respecto.

Las siguientes son ejemplos de las formas en que las mujeres de diferentes entornos culturales pueden reaccionar al dolor.

Las mujeres chinas pueden no mostrar reacciones y consideran una descortesía aceptar algo cuando se les ofrece por primera vez, por tanto, puede ser preciso ofrecerles más de una vez las intervenciones para el dolor, puede utilizarse acupuntura para brindar alivio.

Las iraníes pueden tener respuestas verbales al dolor de parto.

Las japonesas pueden ser estoicas en respuestas al dolor de parto.

Las haitianas muestran una alta tolerancia al dolor.

Las mujeres del sudeste asiático pueden resistir dolores severos antes de pedir ayuda.

Las mejicanas pueden permanecer estoicas hasta que el parto este avanzado y en ese momento pueden expresarse más en forma verbal y pedir ayuda para aliviar el dolor.

Debido a que hay generalizaciones la Enfermera debe en todo caso valorar a cada mujer que experimenta dolor relacionado con el parto, entender que lo percibe a su manera y reconocer la naturaleza del mismo en la forma que la usuaria lo describe. Además, tener en cuenta que en las últimas fases del parto pueden aparecer temores y ansiedades que pueden sobrepasar la capacidad de enfrentamiento, esto implica buscar las claves del nivel deseado de control de la mujer en el tratamiento del dolor y de su alivio.(*).

* *Diario Búsqueda, "Artículo Salud", Montevideo - Uruguay - Jueves 2 de Diciembre de 1999, páginas 42 - 43.*

SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA

La analgesia combinada es actualmente uno de los procedimientos más utilizados por el área ginecoobstétrica para producir alivio del dolor durante todo el proceso del parto.

Dado que la usuaria de una maternidad plantea consideraciones especiales para la analgesia, es importante que se estructure un plan de cuidados para la madre con respecto a la analgesia combinada en el área de Enfermería Profesional.

El tratamiento de Enfermería para la analgesia obstétrica combina la experiencia de la enfermera en los cuidados maternos con el conocimiento y la comprensión de la anatomía y la fisiología femeninas, así como el conocimiento de los medicamentos y sus efectos colaterales deseables e indeseables y los métodos de administración.

Además debe preverse la disposición de recursos humanos y materiales específicos para una asistencia inmediata a la madre sometida a la analgesia combinada.

La enfermera puede minimizar complicaciones posibles asegurando lo anterior mencionado en áreas adecuadas y explicando lo que va sucediendo a la mujer y a sus acompañantes.

La elección del método de alivio del dolor depende de una combinación de factores que incluyen las necesidades especiales de la mujer y sus deseos, la disponibilidad del método deseado de analgesia, las preferencias del médico y su experiencia, así como la fase del parto.

La gestión de enfermería conlleva ser responsable de mantener una valoración continua de la madre, establecer objetivos mutuos con la mujer y familia, formular diagnósticos de enfermería, planificar y llevar a cabo los cuidados de enfermería y evaluar sus efectos con base en el plan de cuidados.

LOS METODOS

TIPO DE DISEÑO: Es un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO: Es en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintelas ubicado en Avenida Italia s/n entre Avenida Centenario y Las Heras. Montevideo - Uruguay.
En el piso 16 se encuentra la Clínica Ginecotocológica en la cual se encuentra el Blok de Partos ubicado hacia el sur del hall central de dicho piso.

UNIVERSO: Estará constituido por todas las parturientas a las cuales se les realiza analgesia combinada , los martes y viernes de 8 a 20 horas en el período comprendido entre los meses julio y setiembre de 2000.

MUESTRA: La muestra se iguala con el universo.

DEFINICION Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación se definen los cuidados de enfermería en sus tres instancias y el operador, siendo éstos los dos elementos a investigar:

A) Cuidados de Enfermería en el Preparto vaginal inmediato con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

*Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso, Temp.)
- Antisepsia Perineal
- Control de sensibilidad y movilidad.

*Cuidados Interdependientes: - Cateterismo vesical
- Colocación de vía venosa periférica
- Administración de fármaco.

Se considerará Preparto vaginal inmediato al período comprendido desde el momento de la administración de analgesia combinada en Sala de Preparto hasta que la usuaria presente dilatación completa, siendo trasladada a Sala de Partos.

Es una variable cualitativa nominal.

B) Cuidados de Enfermería en el Intraparto vaginal con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

*Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso, Temp.)
- Antisepsia Perineal
- Control de sensibilidad y movilidad.
- Apoyo psico emocional.
- Guía en dinámica de parto.

- *Cuidados Interdependientes: - Posicionamiento.
- Administración de fármaco.

Se considerará Intraparto vaginal inmediato el período mediante el cual se lleva a cabo el proceso en el que el útero expulsa el feto, la placenta y el saco amniótico.

Es una variable cualitativa nominal.

C) Cuidados de Enfermería en el Post parto vaginal inmediato con analgesia combinada son las acciones de enfermería como:

- *Cuidados Independientes: - Signos Vitales (PA, FR, Pulso, Temp.)
- Control de sensibilidad y movilidad.

- *Cuidados Interdependientes: - Administración de fármacos.

Se considerará Post parto vaginal inmediato luego del alumbramiento hasta que la usuaria se retira del Block de Partos.

Es una variable cualitativa nominal.

D) Operador se considerará operador a aquella persona que realiza los cuidados de enfermería considerados necesarios ante la administración de analgesia combinada en el pre-intra y post parto vaginal.

Presenta las siguiente categorías : -Licenciada en Enfermería.

-Auxiliar de Enfermería.

-Ginecólogo.

-Anestesiista.

Es una variable cualitativa nominal.

INSTRUMENTO Y TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A partir de una entrevista realizada en el mes de abril al Anestesiólogo Dr. Alvarez (Ver anexo 1 del Reporte de Investigación), en esa instancia se acordó los días y el horario para presenciar los partos con analgesia combinada.

La metodología utilizada para la recolección de datos es mediante la observación. La misma está pautada a través de una guía de observación de los cuidados de enfermería (Ver anexo 3 del Potocolo).

Se destaca también, que nos interesa conocer el operador ejecutor de las variables en estudio, ya que a través de una observación que se realizó con el fin de conocer el servicio, se constató que alguno de los procedimientos de enfermería lo realiza el anestesta u otro operador.

La recolección de datos se realiza durante los meses de Julio, Agosto y Setiembre, los días martes y viernes de 8 a 20 horas, en el Pre, Intra y Post parto vaginal inmediato.

Se realiza un estudio piloto a fines del mes de Agosto del corriente año.

LOS PROCEDIMIENTOS

La *autorización* para ingresar al Block de Partos se obtuvo a través de una carta formal, dirigida al Jefe de la Clínica Ginecotocológica Dr. Raúl Medina por parte de la Directora del Dpto. Materno-Infantil, Lic. en Enfermería Mercedes Pérez.(Ver anexo 1 del Reporte de Investigación).

Posteriormente, se realiza una entrevista al Anestesista Dr. Alvarez, donde se acuerda recabar los datos de investigación los días martes y viernes, ya que en dichos días trabaja su equipo en la técnica de administración de Analgesia Combinada.

También se obtuvo en cuenta, la autorización de cada una de las usuarias para la correspondiente observación.

El *tiempo* global programado para nuestra investigación en el período comprendido desde abril hasta octubre no fue suficiente, por lo que se realizaron modificaciones, una de ellas tiene que ver con que el período estipulado para la recolección de datos de los partos observados fue escaso. Por lo tanto, se extendió dicho período; es así como el tiempo global asignado para nuestra investigación es de nueve meses, desde Abril hasta Diciembre del corriente año, y en particular el período referente para la recolección de datos es desde el 25 de Julio hasta fines de Setiembre. Analizándose los resultados en los meses de Octubre - Noviembre del presente año.

Los *recursos* considerados necesarios para nuestra investigación son los siguientes:

Recursos Humanos: - 7 estudiantes del INDE, generaciones 94-95.

Recursos Físicos: - Organismo Público, Clínica Ginecotocológica del Hospital de Clínicas.

- Dpto. Materno-Infantil del INDE.

Recursos Materiales:		
- Computadora e Impresora.		
- Hojas de impresión.		
- Dos disquetes.		
- Grabadora y Cassettes.		
- Fotocopias.		
- Útiles de escritorio (lápices, lapiceras, corrector ,goma, cinta adhesiva, cuadernos, carpetas, hojas de bloc.)		
- Encuadernación.		
Recursos Financieros:-	Costo de Diagramación.	500 pesos.
	- Cartucho de tinta.	800 pesos.
	- Hojas de impresión.	140 pesos.
	- Dos disquetes.	14 pesos.
	- Fotocopias.	300 pesos.
	- Útiles de escritorio.	60 pesos.
	- Encuadernación.	40 pesos.
	- Viáticos	1300 pesos.
	- Comunicación Vía Antel	100 pesos.
	- Comunicación Internet	350 pesos.
	- Traductor	150 pesos.

El *proceso* para la recolección de datos comienza a través de una comunicación telefónica de una de las estudiantes del INDE hacia el Block de Partos de la Clínica Ginecotocológica del Hospital, de Clínicas los días martes y viernes de 8 a 20 hs.

De haber madres en la etapa de Parto a las cuales se les administrará analgesia combinada, se concurre al servicio para observar los cuidados que se les realizan, y el operador que lo ejecuta.

En el servicio, luego de identificarnos y presentarnos al personal y a la/s madre/s se comienza a recolectar los datos mediante la observación, completando los items del instrumento según la etapa en la que se encuentran las madres a las que se les administra analgesia combinada.

PLAN PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS

Los cuidados de enfermería en sus tres instancias (pre, intra y postparto) a investigar se presentan a través de dos variables complejas (cuidados independientes y cuidados interdependientes), con sus respectivas variables simples. Las variables simples así como el operador se tabularán a través de frecuencia absoluta, frecuencia relativa y relativa porcentual para posteriormente realizar el análisis y conclusiones correspondientes.

DIAGRAMA DE GANTT

SEMANAS	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
ACTIVIDADES	3/7 10/14 17/21 24/28	1/5 8/12 15/19 22/26 29/	2 5/9 12/16 20/23 26/30	3/7 10/14 17/21 24/28 31/	4 7/11 14/18 21/25 28/	1 4/8 11/15 18/22 25/29	2/6 9/13 16/20 23/27 30/	3 6/10 13/17 20/24 27/
elección del problema	* * * *	*						
desquadra de información								
laboración del protocolo		* * * *						
representación del protocolo			*					
corrección del protocolo			* * *	* * *	* * *	* * *		
ejecución								
studio piloto					*			
análisis e interpretación de los datos							* * * *	* * * *

BIBLIOGRAFÍA

1. Canales, F.H.D. etc. "Metodología de la investigación " 2da. Edición, EE.UU. Editorial OPS, 1994, páginas 167 - 178.
2. "Diccionario de Medicina " 4ta Edición, , Barcelona , Océano Mosby, Año 1998.
3. Dickasón Elisabeth. "Enfermería Materno Infantil " 2da Edición , Barcelona, Año 1995 ,páginas 331 - 338.
4. Hernández R. Etc., "Metodología de la Investigación", 1ra Edición, México,McGRAW-HILL, Año 1991.
5. Kozier ,B. "Enfermería Fundamental - Conceptos, Procesos y Prácticas " 4ta Edición Tomo I ,Editorial Interamericana ,Año 1993,Página 77.
6. Material extraído por Internet:
 - <http://www.hotx.com/vizcarra/canulas.htm>. 7/3/00
 - <http://www.anestesiologia.com.ar/g061.htm>. 6/3/00
 - <http://www.riojainternet.com/asexorate/numero30.htm>. 7/3/00



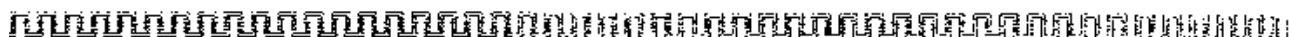
ANEXOS





ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

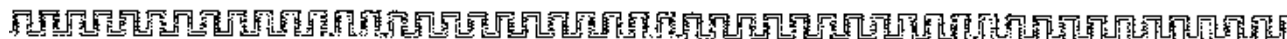


GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Obtener información sobre los cuidados de enfermería y operadores que los realizan ante la administración de analgesia combinada en el Preparto, Intraparto y Post parto vaginal inmediato.

POBLACIÓN: Todas las usuarias sometidas a analgesia combinada, ingresadas en el Block de Partos del Piso 16 de la Clínica Ginecotocológica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, los días martes y viernes de 8 a 20 horas durante los meses Julio - Setiembre de 2000.

TIEMPO: Dependerá de la duración del trabajo de parto y del parto propiamente dicho.



ANEXO 2

PRIMER INSTRUMENTO : GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA



GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA								
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
Signos vitales (P, PA, F.R., T)								
*Antisepsia perineal								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Cateterismo vesical.								
*Colocación de VVP.								
*Adm. de fármacos según ind. Médica.								
INTRAPARTO								
Signos vitales. (P, PA, F.R., T)								
*Antisepsia perineal.								
*Gula en dinámica del parto.								
*Apoyo posicional en dinámica de parto.								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Adm. de fármacos según ind. médica.								
*Posicionamiento de la ociput.								
POSTPARTO								
Signos Vitales (P, PA, F.R., T)								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Adm. de fármacos según ind. médica.								

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestesiistas.
A.E.: Aux. de Enfermería.
L.: Lic. en Enfermería.
G.: Ginecólogo.

PUNTOS: • Valor : 4-3-2-1-0
* Valor : 4-0.

P.: Pulso.
PA.: Presión Arterial
F.R.: Frecuencia Respiratoria
T.: Temperatura
VVP.: Vía Venosa Periférica.
Adm.: Administración

ANEXO 3

SEGUNDO INSTRUMENTO: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

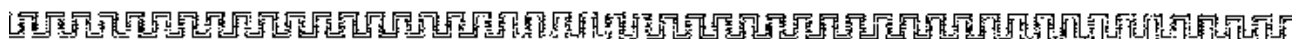
FECHA								
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
Signos vitales (P, PA, F.R, T)								
*Antisepsia perineal								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Cateterismo vesical.								
*Colocación de VVP.								
*Adm. de fármacos según ind. Médica.								
INTRAPARTO								
Signos vitales. (P, PA, F.R, T)								
*Antisepsia perineal.								
*Gua en dinámica del parto.								
*Apoyo psicoemocional en dinámica de parto.								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Adm. de fármacos según ind. médica.								
*Posicionamiento de la usuaria.								
POSTPARTO								
Signos Vitales (P, PA, F.R, T)								
*Control de sensibilidad y movilidad.								
*Adm. de fármacos según ind. médica.								
COMPLICACIONES								
Cesárea								
Forceps								
Otros								

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestecistas.
 A.E.: Aux. de Enfermería.
 L.: Lic. en Enfermería.
 G.: Ginecólogo.

PUNTOS: - Valor : 4- 3- 2- 1-0
 * Valor :4- 0.

P.: Pulso.
 P/A.: Presión Arterial
 F.R.:Frecuencia Respiratoria
 T.: Temperatura
 VVP.: Vía Venosa Periférica.
 Adm.: Administración



ANEXO IV

INSTRUMENTO UTILIZADO



GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA	25/7/00		25/7/00		28/7/00		28/7/00	
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
Signos vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	—	—	1	A	1	A
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Control de sensibilidad y movilidad	4	A	4	A	4	A	4	A
*Cateterismo vesical	4	A.E	4	A.E	4	A	—	—
*Colocación de VVP	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Adm. de fármacos según ind. Médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
INTRAPARTO								
Signos vitales (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—	—	—	—	—
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Guía en dinámica del parto.	4	A	4	A	4	A	—	—
*Apoyo psicoemocional en dinámica de parto.	4	L	4	A	—	—	—	—
*Control de sensibilidad y movilidad	4	A	4	A	4	A	4	A
*Adm. de fármacos según ind. médica.	—	—	—	—	—	—	—	—
*Posicionamiento de la usuaria.	4	A	4	A.E	4	A	4	A
POSTPARTO								
Signos Vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	—	—	—	—	—	—
*Control de sensibilidad y movilidad	—	—	—	—	—	—	—	—
*Adm. de fármacos según ind. médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	—	—

↓
CESAREA

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestesiistas.
A.E.: Aux. de Enfermería.
L.: Lic. en Enfermería.
G.: Ginecólogo.

PUNTOS: • Valor : 4- 3- 2- 1-0
* Valor :4- 0.

P.: Pulso.
P/A.: Presión Arterial
F.R.: Frecuencia Respiratoria
T.: Temperatura
VVP.: Vía Venosa Periférica
Adm.: Administración

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA	8/8/00		15/8/00					
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
Signos vitales (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—				
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E				
*Control de sensibilidad y movilidad.	4	A	4	A				
*Cateterismo vesical.	4	A.E	—	—				
*Colocación de VVP.	4	A.E	4	A.E				
*Adm. de fármacos según ind. Médica.	4	A.E	4	A.E				
INTRAPARTO								
Signos vitales. (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—				
*Antisepsia perineal.	4	A.E	4	A.E				
*Guía en dinámica del parto.	4	G	4	G				
*Apoyo psicoemocional en dinámica de parto.	4	G	4	G				
*Control de sensibilidad y movilidad.	4	A	4	A				
*Adm. de fármacos según ind. médica.	—	—	—	—				
*Posicionamiento de la usuaria.	4	A.E	4	L				
POSTPARTO								
Signos Vitales (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—				
*Control de sensibilidad y movilidad.	—	—	—	—				
*Adm. de fármacos según ind. médica.	4	A.E	4	A.E				

↓
- FORCEPS
- DISNEA

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestesiistas.
A.E.: Aux. de Enfermería.
L.: Lic. en Enfermería.
G.: Ginecólogo.

PUNTOS: • Valor : 4- 3- 2- 1-0

* Valor :4- 0.

P.: Pulso.

P/A.: Presión Arterial

F.R.:Frecuencia Respiratoria

T.: Temperatura

VVP.: Vía Venosa Periférica.

Adm.: Administración

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA	5/9/00		5/9/00		12/9/00		15/9/00	
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
•Signos vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	1	A.E	1	A.E	1	A
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Control de sensibilidad y movilidad.	4	A	4	A	4	A	4	A
*Cateterismo vesical.	4	G	4	G	4	A.E	4	A.E
*Colocación de VVP.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Adm. de fármacos según ind. Médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
INTRAPARTO								
•Signos vitales (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—	—	—	—	—
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Guía en dinámica del parto.	4	G	4	G	4	A	4	A
*Apoyo psicoemocional en dinámica de parto.	—	—	—	—	4	A	—	—
*Control de sensibilidad y movilidad.	4	A	4	A	4	A	4	A
*Adm. de fármacos según ind. médica.	—	—	—	—	—	—	—	—
*Posicionamiento de la usuaria.	4	G	4	G	4	A	4	A.E
POSTPARTO								
•Signos Vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	1	A.E	—	—	—	—
*Control de sensibilidad y movilidad.	—	—	—	—	—	—	—	—
*Adm. de fármacos según ind. médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
COMPLICACIONES								
Cesárea								
Forceps	X						X	
Otros								

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestesiastas.
A.E.: Aux. de Enfermería.
L.: Lic. en Enfermería.
G.: Ginecólogo.

PUNTOS: • Valor : 4- 3- 2- 1-0
* Valor :4- 0.

P.: Pulso.
P/A.: Presión Arterial
F.R.: Frecuencia Respiratoria
T.: Temperatura
VVP.: Via Venosa Periférica.
Adm.: Administración

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA	19/9/00		19/9/00		22/9/00		29/9/00	
PREPARTO	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador	Puntaje	Operador
Signos vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	1	A	1	A.E	1	A.E
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Control de sensibilidad y movilidad	4	A	4	A	4	A	4	A
*Cateterismo vesical	4	G	4	G	4	A	4	A.E
*Colocación de VVP	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Adm. de fármacos según ind. Médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
INTRAPARTO								
Signos vitales (P, PA, F.R, T)	—	—	—	—	—	—	—	—
*Antisepsia perineal	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
*Guía en dinámica del parto	4	G	4	G	4	A	4	A
*Apoyo psicoemocional en dinámica de parto	4	G	4	G	—	—	4	A
*Control de sensibilidad y movilidad	4	A	4	A	4	A	4	A
*Adm. de fármacos según ind. médica.	—	—	—	—	—	—	—	—
*Posicionamiento de la usuaria	4	G	4	G	4	A	4	A
POSTPARTO								
Signos Vitales (P, PA, F.R, T)	1	A.E	—	—	—	—	1	A.E
*Control de sensibilidad y movilidad	—	—	—	—	—	—	—	—
*Adm. de fármacos según ind. médica.	4	A.E	4	A.E	4	A.E	4	A.E
COMPLICACIONES								
Cesárea								
Forceps			X				X	
Otros								

REFERENCIAS

OPERADOR: A.: Anestesiistas.
A.E.: Aux. de Enfermería.
L.: Lic. en Enfermería.
G.: Ginecólogo.

PUNTOS: • Valor : 4- 3- 2- 1-0
* Valor :4- 0.

P.: Pulso.
P/A.: Presión Arterial
F.R.:Frecuencia Respiratoria
T.: Temperatura
VVP.: Vía Venosa Periférica.
Adm.: Administración



DESCRIPCION DE ESTUDIO PILOTO

DESCRIPCION DEL ESTUDIO PILOTO.

PREPARTO

Tanto la antisepsia perineal como la colocación de vía venosa periférica y la administración de fármacos se realizó al 100% de las madres observadas y estos procedimientos mencionados fueron realizados por los Auxiliares de Enfermería. En cuanto al control de los signos vitales se le realizó al 50% de las madres, donde se destaca que el 67% fué realizado por los Anestesistas y el 33% por los Auxiliares. de Enfermería.

Cabe destacar que el control de los signos vitales solo fue controlada la presión arterial.

En cuanto al control de la sensibilidad y la movilidad se realizó al 100% de las madres por el Anestesista.

El cateterismo vesical se observó en un 67% de las usuarias donde de estos el 75% lo realizaron los Auxiliares de Enfermería y el 25% los Anestesistas.

INTRAPARTO

Tanto la antisepsia perineal como el control de la sensibilidad y la movilidad se realizó en el 100% de las madres observadas, donde el operador para el primer control fue el Auxiliar de Enfermería.

Con respecto al control de la sensibilidad y movilidad el operador que realiza dicho control fue en un 100% el Anestesista.

La administración de fármacos y el control de los signos vitales en esta etapa no se le realizó a ninguna de las madres.

La guía en dinámica de parto se realizó al 83% de las madres donde el 60% lo realizaron los Anestesistas mientras que el 40% lo realizaron los Ginecólogos.

El apoyo psicoemocional en dinámica del parto en el 33% de los casos no fue realizado.

El mismo fue realizado en un 67%, donde de estas madres se destaca que al 50% el apoyo psicoemocional lo realizan los Ginecólogos, el 25% los Anestesistas y el 25% restante la Lic. en Enfermería.

El posicionamiento de la usuaria fue realizado en un 100% de los casos, donde el 50% lo realizan los Anestesistas, el 33% los Auxiliares. de Enfermería y el 17% la Lic. en Enfermería.

POSTPARTO

El control de los signos vitales no se le realizó al 83% de las madres, solo fue efectuado al 17%, donde de estas madres el 100% lo realizan los Auxiliares. de Enfermería controlando solamente la presión arterial.

El control de la sensibilidad y movilidad no se realizó al 100% de las madres. En cuanto a la administración de fármacos se le realizó al 83%, en todos estos casos por el Auxiliar de Enfermería.

COMPLICACIONES

Cabe destacar que el primer instrumento utilizado no reunía el ítem de complicaciones, el cual es de utilidad para el seguimiento de la usuaria en el Intraparto y Postparto, por dicho motivo se realizaron modificaciones al instrumento.

Las complicaciones encontradas fueron en un 17% fórceps, y en igual porcentaje cesárea y disnea materna.

ANEXO VI

• DESCRIPCION DE RESULTADOS

• TABULACION DE RESULTADOS

• REPRESENTACION GRAFICA DE RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA EVALUACION FINAL

PREPARTO

En esta etapa tanto la antisepsia perineal, como la colocación de vía venosa periférica y la administración. de fármacos se realizó en un 100% de las madres observadas y en cuanto al operador fue realizado en un 100% por Auxiliares de Enfermería.

En lo que se refiere al control de la sensibilidad y movilidad dicho cuidado fue realizada por el anestesista en el 100% de las madres observadas.

El cateterismo vesical fue realizado al 78 % de las madres; de éste porcentaje se destaca en cuanto al operador que el 54 % fue realizado por los Auxiliares de Enfermería, el 36 % por los Ginecólogos y el 10 % por el Anestesista.

De los signos vitales en el Parto solamente se controló en un 78 % de las usuarias, donde de éste porcentaje el 63 % fue realizado por los Auxiliares. De enfermería y el 37 % por los Anestesistas. Cabe destacar que de los signos vitales solamente se controló la presión arterial.

INTRAPARTO

En dicha etapa tanto el control de los signos vitales como la administración. de fármacos no se realizó en el 100 % de las madres de la muestra.

Mientras que la antisepsia perineal como el control de la sensibilidad y movilidad se realizó en el 100 % de las madres observadas, donde el operador en el primer cuidado fue realizado en un 100 % por los Auxiliares de Enfermería; con respecto al control de la sensibilidad y movilidad fue realizado en un 100 % por los Anestesistas.

La guía en dinámica del parto se realizó al 92 % de las madres, donde de este porcentaje se destaca que el 46 % fue realizado por los Ginecólogos y el 54 % fue realizado por los Anestesistas.

El apoyo psicoemocional en dinámica de parto en el 43 % de los casos observados no fue realizado. Este fue realizado en un 57 %, donde de éstas madres se destaca que el 50% lo realizan los Ginecólogos, el 37 % los Anestesistas y el 13% la Licenciada en Enfermería.

El posicionamiento de la usuaria fue realizado en un 100 % de los casos, donde el 43 % fue realizado por los Anestesistas, el 28 % por los Ginecólogos, el 21 % por los Auxiliares de Enfermería y el 7 % por la Lic. en Enfermería.

POSTPARTO

El control de sensibilidad y movilidad no se efectuó al 100% de las madres; mientras que los signos vitales sólo se le realizó a un 36 %, donde de éstas madres al 100% lo realizaron los aux. de enfermería, controlando solamente la presión arterial.

En cuanto a la administración. de fármacos se le realizó al 93 %, en todos estos casos realizados por los auxiliares. de enfermería.

COMPLICACIONES

De la muestra el 36 % presentaron como complicaciones fórceps, el 7 % cesárea y con éste mismo porcentaje disnea materna.

TABULACION FINAL

PREPARTO

- 1 - Distribución de la población según a las madres que les realizan cateterismo vesical en el Preparto.

CATETERISMO VESICAL	FA	FR	FR%
Si	11	0,78	78
No	3	0,22	22

N = 14

INTRAPARTO

- 2 - Distribución de la población según el operador que realiza la guía.

OPERADOR	FA	FR	FR%
Anestesista	7	0,54	54
Ginecólogo	6	0,46	46

N = 13

- 3 - Distribución de la población según el operador que realiza el posicionamiento de la usuaria.

OPERADOR	FA	FR	FR%
Anestesista	6	0,43	43
Ginecólogo	4	0,28	28
Aux. Enfermería	3	0,21	21
Lic. Enfermería	1	0,07	7

N = 14

COMPLICACIONES

- 4 - Distribución de la población según las complicaciones durante el Parto.

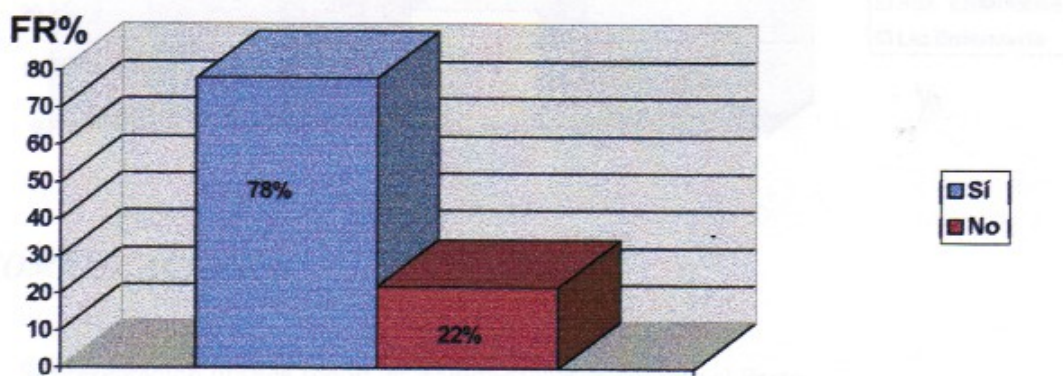
COMPLICACIONES	FA	FR	FR%
Forceps	5	0,36	36
Cesárea	1	0,07	7
Otros (Disnea materna)	1	0,07	7
Ninguna	7	0,5	50

N = 14

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

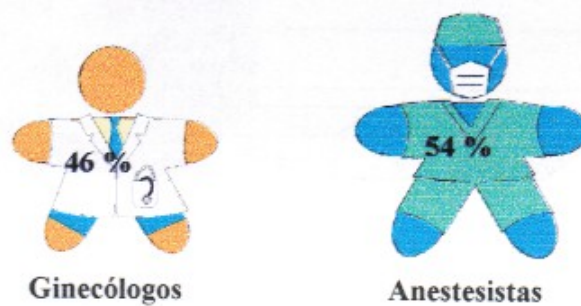
PREPARTO

- 1 - Representación grafica de la población según a las madres que les realizan cateterismo vesical en el Preparto.

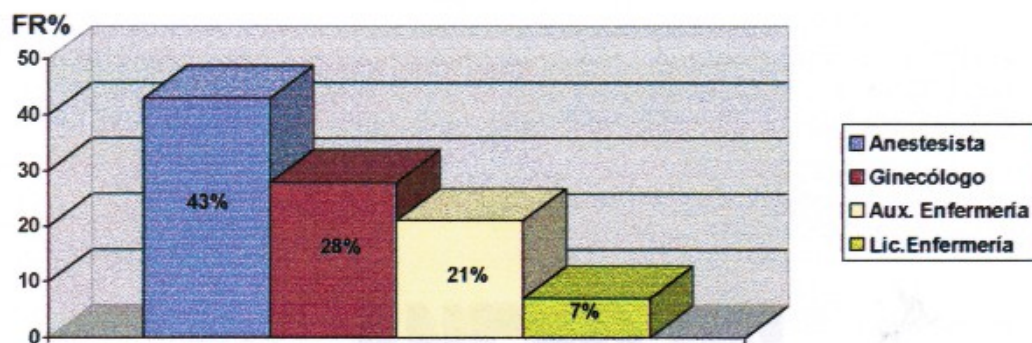


INTRAPARTOS

- 2- Representación gráfica según el operador que realiza la guía.

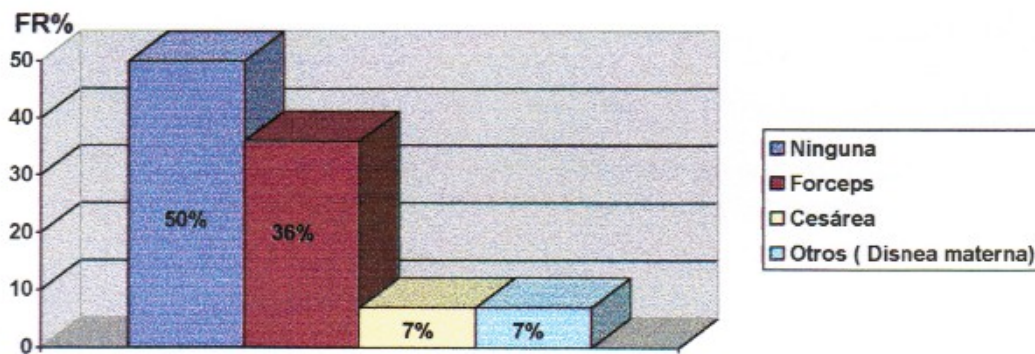


- 3- Representación gráfica según el operador que realiza el posicionamiento de la usuaria.



COMPLICACIONES

- 4- Representación gráfica según las complicaciones durante el Parto.



CONDICIONES ETICAS

En este punto nos referiremos a los Derechos del usuario en primera instancia teniendo en cuenta la totalidad de los mismos aunque al continuar tendremos que dejar los siguientes petidos, los cuales son relevantes en procedimientos como el en este caso la administración de la salud ya mencionada.

ARTICULO 32: El usuario tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro en todas sus intervenciones.

ARTICULO 33: El usuario tiene derecho a que los procedimientos y funciones de cualquier miembro del personal de salud sean transparentes y que se brinde y a seguir a recibir tratamiento, que se respete su dignidad y que no acepte procedimientos de manera definitiva hasta que se haya evaluado el riesgo vital.

ARTICULO 34: El usuario tiene derecho a recibir información sobre los procedimientos de salud, información que se brinde de manera clara y comprensible, de modo que el usuario pueda tomar decisiones sobre su salud y su vida.

ARTICULO 35: El usuario tiene derecho a no ser discriminado y a que se le brinde la atención y los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos, sin perjuicio de las medidas que se tomen para proteger a aquellos que representan un riesgo para la sociedad que integra.

ARTICULO 36: El usuario tiene derecho a negarse a participar en una investigación, a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

ARTICULO 37: El usuario tiene derecho a sujeción a la atención y los servicios de salud, a la atención y los servicios de salud, a la atención y los servicios de salud, a la atención y los servicios de salud.

Se debe de tener en cuenta que los procedimientos de salud, de modo que el usuario pueda tomar decisiones sobre su salud y su vida.

PRINCIPIO 46: El Profesional de la Salud no debe participar en una investigación con seres humanos si no está seguro de que:

El protocolo cumple con las normas nacionales e internacionales.

Se respetará la vida privada del usuario, no revelando su identidad, al ser publicada la investigación, sin la autorización expresa del interesado.

CONDICIONES ETICAS

En este punto nos referimos a los Derechos del usuario en primera instancia teniendo en cuenta la totalidad de los mismos aunque al analizarlos podemos destacar los siguientes artículos, los cuales son relevantes en procedimientos como es en este caso la administración de la analgesia combinada.

ARTÍCULO 32: El usuario tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

ARTÍCULO 35: El usuario tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

ARTÍCULO 37: El usuario tiene derecho a recibir información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inminente.

ARTÍCULO 38: El usuario tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa por su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo para la sociedad que integra.

ARTÍCULO 39: El usuario tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

ARTÍCULO 43: El usuario tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.

Se debe considerar también el Código de Ética de Enfermería en el cual en los principios referidos a la investigación se destacan:

PRINCIPIO 46: El Profesional de Enfermería al efectuar o colaborar en una investigación con seres humanos ha de estar seguro de que:

El protocolo cumple con las normas nacionales e internacionales.

Se respetará la vida privada del usuario, no revelando su identidad, al ser publicada la investigación, sin la autorización expresada del interesado.

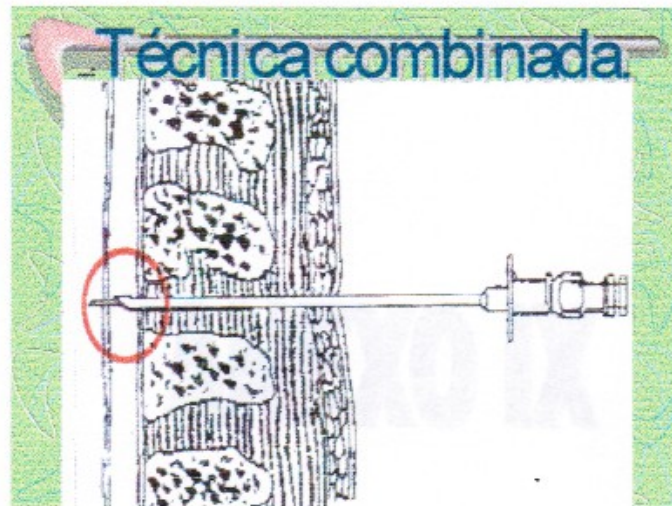
No se emplearán procedimientos que puedan afectar la coherencia moral o dignidad del usuario.

Si el usuario no desea participar en el estudio, no se tomarán represalias contra él y se asegurará que la calidad de los servicios asistenciales no se vea afectada por su decisión.

No obstante no debemos dejar de lado el consentimiento informado en el cual el médico tiene la obligación de decir la verdad al usuario explicándole al mismo el diagnóstico, pronóstico, método terapéuticos y riesgos a los que se expone.

ANEXO VIII

PROTOCOLO DE ANALGESIA COMBINADA



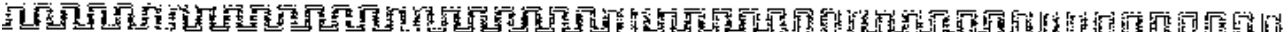
TÉCNICA REGIONAL COMBINADA

- Técnica de aguja a través de la aguja: aguja raquídea punta de lápiz N°27. aguja de Thouy N° 18
- Dosis intrarraquídea: Bupivacaína isobara al 0.5% 1.5 mg + Sufentanyl 7.5 mcg
- Una vez lograda la analgesia, comprobarse la ausencia de bloqueo motor y la ausencia de hipotensión, la paciente puede deambular.
- Rescate por el catéter epidural (una vez cesado el efecto de la dosis raquídea): Bupivacaína al 0.125% 10 mg.
- Con dilatación completa refuerzo peridural.



ANEXO IX

FIGURAS Y ESQUEMAS DE LA TÉCNICA DE ANALGESIA COMBINADA



¿CUÁNTO DUELE EL TRABAJO DE PARTO?

- **15%**- *no tienen o tienen poco dolor.*
- **35%**- *tienen dolor moderado*
- **30%**- *tienen dolor severo*
- **20%**- *tienen dolor intolerable*

*Bónica: The Management of pain. 1989-
Philadelphia London. (125 países).*



Las pacientes multíparas tienen menos dolor que las nulíparas.

- ➡ **60% nulíparas:** *tienen dolor severo, muy severo o intolerable.*
- ➡ **46% multíparas:** *tienen dolor severo, muy severo o intolerable.*



¿Cómo es el procedimiento?

¿Cuándo se comienza con la técnica?

- Cuando comienza el trabajo de parto:
- Dilatación entre 3 y 5 cm y tres contracciones en 10 minutos.

¿Dónde se realiza el procedimiento?

- en sala de internación o en bloc quirúrgico.

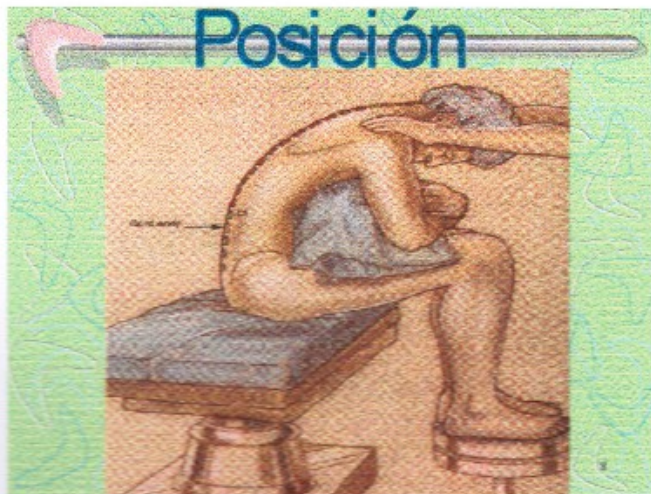


Procedimiento

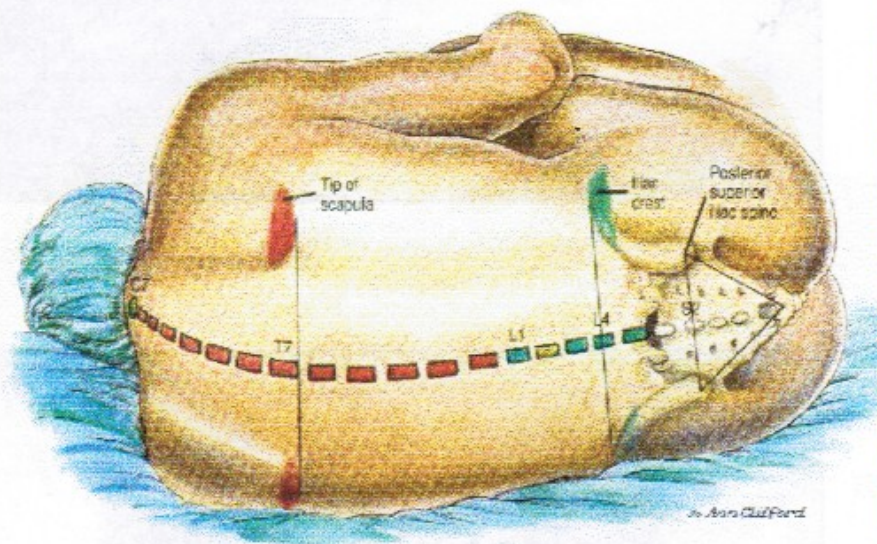
- ⚙ Valoración situación obstétrica, dilatación, contracciones, presentación.
- ⚙ Registro PA y FC maternas
- ⚙ Valoración estado fetal, FCF,
- ⚙ Vía venosa periférica + suero.
- ⚙ Posición de la paciente: sentada o acostada.



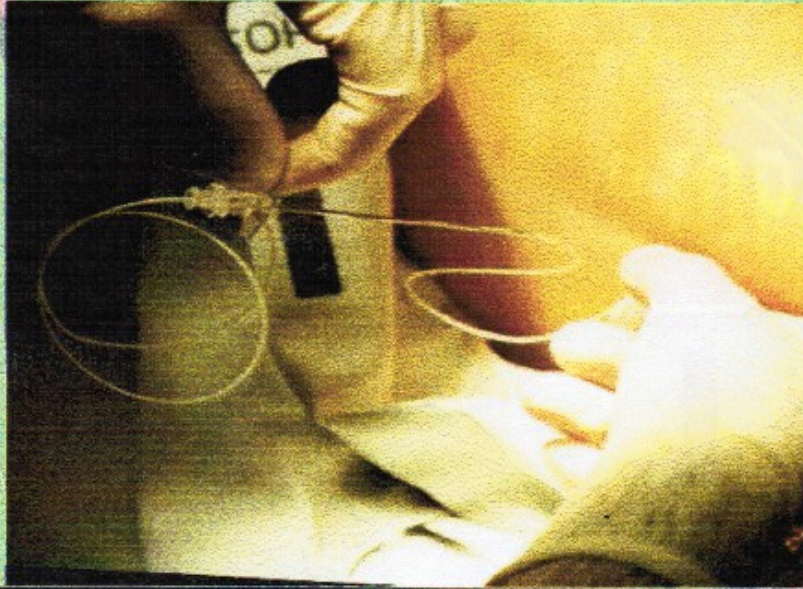
Posición



Posición



Como se introduce el catéter?



No siempre se puede realizar

- Alteraciones de la coagulación.
- Enfermedad neurológica de miembros inferiores.
- Infección en espalda.
- Eclampsia.
- Malformaciones del raquis.



13

Resultados Obstétricos

Hay mas fórceps cuando se realiza

analgesia del parto?

Una de cada diez mujeres que tienen su parto **sin analgesia**, se les realiza fórceps.

Dos a tres mujeres, de cada diez que tienen parto **con analgesia**, se les realiza fórceps.

14



CONCLUSIONES

- Son técnicas efectivas para el alivio del dolor del parto.
- La técnica combinada alivia mas rápido y profundamente.
- Presenta prurito y sedación.
- Hay mayor incidencia de partos instrumentales.
- Hay menor incidencia de cesáreas .
- No prolongan el trabajo de parto.
- No comprometan la vitalidad fetal valorada por APGAR.