

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



SATISFACCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA ANALGESIA DE PARTO EN PACIENTES
CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 2009

EVELIN GUICELA GUILLEN BARRIOS 100016284
RONY GERARDO SOTO MAZARIEGOS 100016280

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas / Maestría en Anestesiología
Para obtener el grado de
Maestro (a) en Anestesiología
Febrero 2,012

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	2
III.	Objetivos	7
IV.	Material y Métodos	8
V.	Resultados	14
VI.	Discusión y Análisis	17
VII.	Referencias Bibliográficas	20
VIII.	Anexos	22
IX.	Permiso del Autor para copiar el trabajo	26

RESUMEN

Objetivos: Describir el grado de satisfacción en cuanto a alivio de dolor en las pacientes que solicitaron analgesia de parto en el Hospital General San Juan de Dios, además de identificar las complicaciones anestésicas presentadas en estas pacientes.

Tipo de estudio: descriptivo, transversal.

Población estudiada: Todas (n=66) las pacientes que requirieron analgesia de parto durante el período comprendido del día uno de mayo al treinta y uno de diciembre del año 2,009 en el Hospital General San Juan de Dios.

Material y métodos: Se encuestaron 66 pacientes que solicitaron analgesia durante el trabajo de parto previo a la administración de la analgesia, para identificar el grado de dolor según escala análoga (de 0 a 10), y posterior al parto para identificar el grado de satisfacción que obtuvieron durante el parto.

Resultados: El promedio de edad fue de 19.1 (\pm 4.3) años, la más joven de 13 y la mayor de 36. El 9.1% (n=6) no tenían escolaridad y 59.1% (n=39) habían cursado algún grado de primaria. El 22.7% (n=15) eran nulíparas y 57.6% (n=38) primíparas. El 98.5% de las pacientes recibió bloqueo epidural. Cuatro pacientes (6.1%) presentaron complicaciones anestésicas, no se encontró diferencia significativa al relacionar la paridad de las pacientes con las complicaciones anestésicas (p 0.09). La intensidad del dolor antes de la colocación de la analgesia fue 10/10 en el 75.8% de las pacientes. Luego de la colocación de ésta, la misma fue catalogada como "muy satisfactoria" en 71.2%.

Conclusiones: El grado de satisfacción global con analgesia epidural fue muy satisfactorio, no encontrando relación entre el grado de satisfacción y el nivel de escolaridad o la paridad.

I. INTRODUCCIÓN

El parto puede definirse como “el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno” (Tarnier). No se debe olvidar que desde el punto de vista emocional la experiencia del parto es para la mujer una vivencia intensa, durante la cual se entremezcla el dolor con el placer y que seguramente quedará grabada en su memoria por el resto de su vida (1).

Cuando se inicia el trabajo de parto y las contracciones son cada vez más frecuentes, puede aparecer en el interior de la mujer sentimientos de angustia, por lo imprevisible del final del parto, también dolor producido por las contracciones y felicidad porque se aproxima el momento de conocer al hijo que llevó dentro de su vientre durante nueve meses (1). La percepción dolorosa varía en cada embarazada porque está relacionada con factores individuales como el umbral al dolor, además del estado emocional en que llega al parto, ya que la ansiedad produce una percepción del dolor más intensa. Actualmente, se puede ofrecer la analgesia durante el trabajo de parto, tanto por vía sistémica como por vía epidural o con analgesia combinada (2).

Las desventajas que puede tener la analgesia peridural son la disminución de la sensación de pujo, esto ocurre por la pérdida de sensibilidad que produce la anestesia en la parte inferior del cuerpo. En la actualidad las evidencias demuestran que si la analgesia peridural se aplica cuando el cuello uterino tiene 4 ó 5 cm. de dilatación, no aumenta el riesgo de terminar el parto con cesárea o fórceps. Puede, además, asociarse con menor duración del primer estadio del trabajo de parto y es más preferida por las mujeres (1). En la sala de labor y partos del Hospital General San Juan de Dios se realizan alrededor de 85 procedimientos de analgesia de parto anualmente, principalmente a pacientes primigestas. No se cuenta actualmente con estudios sobre el grado de satisfacción de las pacientes al recibir analgesia de labor, tasa de complicaciones (detención del segundo estadio del trabajo de parto, conversión a sección cesárea, parto instrumental o rotación manual). El objetivo principal de esta investigación fue describir el grado de satisfacción en cuanto a alivio de dolor en las pacientes que solicitaron analgesia de parto en el Hospital General San Juan de Dios, además de identificar las complicaciones anestésicas presentadas en estas pacientes.

II. ANTECEDENTES

2.1 Definición y etapas del trabajo de parto.

No existe una definición estándar para el trabajo de parto. Sin embargo, muchas definiciones incorporan “*dilatación y borramiento progresivos del cérvix en presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas*” (3).

El trabajo de parto puede dividirse en tres estadios (o etapas):

Primer estadio: Inicio del trabajo de parto hasta dilatación cervical completa (10cm). Esta fase se subdivide en tres, así (3):

- *Fase Latente*: se refiere al período comprendido desde el inicio de la labor hasta el punto en el cual se nota un cambio en la curva de la tasa de dilatación cervical. Es caracterizada por dilatación cervical lenta y tiene duración variable.
- *Fase Activa*: esta fase está asociada con una tasa más rápida de dilatación cervical y usualmente comienza a los dos a cuatro cm.de dilatación. Esta fase se subdivide, además, en fase de aceleración, fase de aceleración máxima y fase de desaceleración, aunque estas subdivisiones son raramente utilizadas en la actualidad.
- *Fase de Descenso*: el descenso del feto coincide con el inicio del segundo estadio del trabajo de parto(4).

Segundo estadio: dilatación cervical completa hasta el parto del niño.

Tercer estadio: parto del producto hasta la expulsión de la placenta (3).

En la primera etapa del trabajo de parto, el dolor se debe sobre todo a la dilatación del cérvix y del segmento uterino inferior y, en menor grado, a la contracción del cuerpo uterino(5). Estos impulsos viajan por las vías sensoriales que acompañan a los nervios simpáticos hasta llegar a los nervios raquídeos undécimo y duodécimo, pasan a través de sus raíces posteriores y penetran a la médula espinal.

El dolor de la segunda etapa del trabajo de parto se produce primariamente por distensión de la parte inferior del canal de parto, vulva y periné, y se transmite por las vías sensoriales que forman parte de los nervios pudendos. Estas fibras entran a la médula espinal por las raíces posteriores de los nervios espinales segundo, tercero y cuarto.

El dolor de la tercera parte del trabajo de parto se debe a la dilatación del cérvix por el paso de la placenta, así como por contracción uterina **(6)**.

Existe un incremento de requerimientos de alivio de dolor en mujeres que son sometidas a inducción del trabajo de parto, y la analgesia será solicitada antes que en pacientes a quienes no se les realiza la inducción. Esto está parcialmente relacionado con mayor tiempo en que las pacientes presentan dolor, así como por la naturaleza e intensidad del mismo. La analgesia epidural está relacionada con mayor duración del parto en mujeres con inducción del mismo **(7)**.

La analgesia peridural presenta ventajas significativas sobre la analgesia sistémica: alivio completo en lugar de parcial del dolor con menos depresión materna, del niño y de las fuerzas propulsivas del parto. La técnica continua permite un alivio no interrumpido del dolor durante al período doloroso (activo) de la primera etapa y también durante toda la segunda y tercera etapas **(6)**. Suministra un medio para lograr bloqueo específico de las vías de dolor durante cada etapa del trabajo de parto.

En la primera etapa el bloqueo puede limitarse a los segmentos torácicos inferiores y lumbares superiores sin afectar los segmentos sacros, lo que proporciona alivio del dolor a la parturienta y no interfiere con el reflejo de Ferguson y la rotación interna de la cabeza fetal. No es necesario extender la anestesia por arriba del décimo segmento dorsal, puesto que se afecta la función motora, en tanto que la anestesia a partir del sexto segmento dorsal puede suprimir toda la actividad uterina. Durante la segunda etapa del trabajo de parto puede ampliarse a los segmentos sacros para anestesiarse el periné**(2)**.

La analgesia regional lleva a relajación de los músculos del piso pélvico, lo que provoca más posiciones occipitoposterior y occipitotransversa, así como disminución de la sensación del reflejo de Ferguson, con menos urgencia de pujar. Cuando una paciente tiene analgesia regional y está totalmente dilatado el cérvix se permite una hora adicional durante el segundo estadio del trabajo de parto para descenso pasivo y rotación de la cabeza fetal.

Criterios de analgesia en la primera etapa del trabajo de parto**(6)**:

- Bloqueo sensorial de las raíces T10 a L1.
- Parte presentada: Encajada.

- Borramiento cervical: 100%.
- Dilatación cervical: 4cm mínimo en la paciente nulípara.
- Contracciones uterinas:
 - Duración: 20 a 30 segundos.
 - Intervalo: 5 a 10 minutos.

Criterios de analgesia completa en la segunda etapa del trabajo de parto **(6)**:

- Bloqueo sensorial de las raíces T10 a S4.
- Posición: Cuando menos +2cm.
- Borramiento del cérvix: 100%
- Dilatación cervical: Completa.
- Contracciones uterinas:
 - Duración: mayores de 30 segundos.
 - Intervalo: cada 3 minutos o menos.

Datos clínicos:

- Abombamiento perineal.
- Dolores al pujar moderados a intensos.
- Flexión total e intervalo de rotación concluidos.

Pueden emplearse para la analgesia de parto varias técnicas, entre ellas **(8)**:

- Epidural.
- Espinal.
- Combinada Espinal-Epidural.
- Infusión epidural continua.
- Bloqueo paracervical o bloqueo pudendo

Las pacientes que requieren analgesia de parto poseen las siguientes características **(8)**:

- Frecuentemente nulíparas.
- Estadios tempranos de labor con presentación fetal alta.
- Menor dilatación cervical previa a la solicitud de analgesia.
- Es más probable que hayan recibido oxitócicos.
- Tienen productos más grandes.
- Tienen estrechos pélvicos más pequeños.
- El dolor que experimentan en la labor es mayor.
- Mayor riesgo de parto operatorio (sección cesárea).

Se utilizan para la administración de la analgesia de parto anestésicos locales (bupivacaína, lidocaína, 2-cloroprocaína), analgésicos opioides (fentanilo, sufentanilo, morfina, meperidina), agonistas adrenérgicos (clonidina, epinefrina) y anticolinesterásicos (neostigmina), para proveer una analgesia adecuada y por distintas vías aliviar el dolor que experimentan las pacientes, además de producir cierto grado de sedación (clonidina) y mejorar la actitud de la madre respecto al mismo.

Entre las complicaciones anestésicas relacionadas a la colocación de analgesia de parto se encuentran las siguientes**(8)**:

- Dolor de espalda en el sitio de inserción,
- Analgesia inadecuada (25%),
- Hipotensión, bloqueo motor, retención urinaria (varían con la dosis),
- Canulación intravenosa (6%),
- Punción dural accidental (2%),
- Cefalea postpunción dural (1%),
- Bloqueo espinal alto (menos de 1:10,000),
- Lesión neurológica permanente (menos de 1:10,000),
- Hematoma epidural (menos de 1:10,000),
- Prurito
- Anafilaxia
- Absceso epidural (menos de 1:10,000).

Se cuentan entre las complicaciones obstétricas las siguientes:

- Aumento de la incidencia de parto instrumental.
- Prolongación del segundo estadio del trabajo de parto.
- Aumento de la incidencia de sección cesárea
- Mayores tasas de distrés fetal.

Se ha sospechado los efectos adversos de la anestesia regional en el progreso de la labor y forma del parto. Muchos estudios han sido encaminados a examinar el efecto de la analgesia epidural en el progreso de la labor y la tasa de sección cesárea. Un estudio que compara analgesia epidural contra meperidina intravenosa demostró una relación significativa entre la analgesia epidural y prolongación de la labor, uso de

oxitócicos, corioamnionitis y sección cesárea. Sin embargo, la analgesia epidural fue superior en cuanto al alivio del dolor en estas pacientes **(7)**.

Dos años después, un estudio fue realizado con meperidina intravenosa manejada por las pacientes (para evitar el cruce de grupos) y demostró que no había incremento de incidencia de sección cesárea, sin embargo, se prolongó el tiempo de la labor. Otros estudios han encontrado que la duración del segundo estadio del trabajo de parto se incrementa, así como el número de pacientes que recibe oxitocina por primera vez en el segundo estadio de la misma **(9)**.

Un estudio escandinavo encontró que la analgesia epidural no prolongó el trabajo de parto en pacientes a quienes se administró la misma en momentos tempranos de la labor**(7)**. Un análisis retrospectivo interesante de la Universidad de Nuevo México encontró que la analgesia epidural instalada antes de cuatro centímetros de dilatación en pacientes con manejo activo del segundo estadio del trabajo de parto llevó a tiempos menores de la misma comparado con pacientes a quienes se administró la misma en momentos ulteriores o en pacientes no manejadas activamente **(7)**.

III. OBJETIVOS

- 3.1 Identificar grado de satisfacción en cuanto a alivio de dolor en las pacientes que solicitaron analgesia de parto.
- 3.2 Identificar las complicaciones anestésicas presentadas en las pacientes sometidas a analgesia de parto.
- 3.3 Describir el tipo de resolución obstétrica (cesárea o parto vaginal) de las pacientes sometidas a analgesia de parto.
- 3.4 Describir la posible asociación entre el grado de satisfacción con las características demográficas y las relacionadas con el embarazo.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, transversal.

4.2 Población

Debido a que el universo es muy pequeño se decidió tomar como muestra todas las pacientes que requieran analgesia de parto durante el periodo comprendido del día uno de mayo al treinta y uno de diciembre del año 2,009. Los datos se recolectaron por medio de una boleta tipo cuestionario, la cual constará de preguntas las cuales son de tipo cerrado, incluyéndose el nombre, edad, número de registro médico, tipo de anestesia utilizada, paridad y complicaciones anestésicas y obstétricas presentadas por las pacientes.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se encuestaron a todas (n=66) las pacientes que requirieron analgesia de parto de mayo a diciembre del 2,009. Se realizó entrevista estructurada, la cual constaba de preguntas cerradas, incluyéndose edad, número de registro médico, tipo de anestesia utilizada, paridad y complicaciones anestésicas y obstétricas presentadas por las pacientes, grado de dolor a través de escala visual análoga (0 no dolor a 10 máximo dolor), y grado de satisfacción (muy satisfactorio, parcialmente satisfactorio e insatisfactorio).

4.4 Unidad de análisis

Pacientes que requieran analgesia de parto durante el periodo comprendido del primero de mayo al treinta y uno de diciembre del año 2,009, sin importar la paridad de las mismas.

4.5 Criterios de Inclusión

Pacientes que requirieron analgesia de parto, siendo éstas las siguientes:

Maternas:

- Solicitud de analgesia por la madre.
- Anticipación de intubación difícil.

- Enfermedad materna como: hipertensión inducida por el embarazo, enfermedades respiratorias, enfermedades renales, enfermedades neuromusculares.

Durante el periodo comprendido del uno de mayo al treinta y uno de diciembre del año 2,009, con pacientes que fueron programadas de forma electiva o de emergencia.

4.6 Criterios de exclusión

- Rechazo de la paciente para participar en el estudio.
- Pacientes que no presentaron analgesia luego del procedimiento.
- Pacientes que solicitaron egreso contraindicado.
- Pacientes a quienes se les administró anestesia general luego de la analgesia de conducción.
- Pacientes a quienes se le realizó analgesia de parto por vía sistémica, bloqueo de nervio pudendo, bloqueo paracervical o con una dilución distinta a la descrita en el estudio.

4.7 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron:

- *Paridad*
- *Escolaridad*
- *Tipo de Anestesia*
- *Edad*
- *Complicación anestésica*
- *Desenlace obstétrico*
- *Satisfacción*

4.8 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
PARIDAD	Número de fetos llevados a la viabilidad.	Numero de embarazos que la paciente presenta al momento del estudio.	Cuantitativa	Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Numero de partos
ESCOLARIDAD	Número de años cursados	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cuantitativa	Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años cursados.
TIPO DE ANESTESIA	Fármacos que causan la pérdida del sentido o conocimiento y pone al paciente a dormir durante una operación.	Anestesia administrada en el procedimiento de analgesia de parto, registrado en el récord anestésico y registro clínico.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia Epidural • Anestesia Combinada Espinal-Epidural • Anestesia Raquídea.
EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad de la paciente en años al momento de ser sometido a Analgesia de Parto.	Cuantitativa	Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos.

<p>COMPLICACIÓN ANESTÉSICA</p>	<p>Conjunto de complicaciones derivadas de un procedimiento médico. Pueden ser efectos secundarios o complicaciones de procedimientos técnicos.</p>	<p>Complicaciones derivadas del procedimiento anestésico.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión arterial, definida como cifra menor del 30% de la PAS preinducción o PAS menor de 100mmHg, • Punción dural accidental. • Bloqueo Insatisfactorio • Bloqueo Fallido. • Prurito • Dolor de Espalda • Retención Urinaria.
---------------------------------------	---	---	--------------------	----------------	--

DESENLACE OBSTÉTRICO	Resultado final en el que terminal la colocación de analgesia de parto. Pueden ser efectos secundarios o complicaciones de procedimientos técnicos.	Resultado final en el que terminal la colocación de analgesia de parto.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Parto Eutósico Simple • Sección Cesárea. • Parto Instrumental.
SATISFACCIÓN	Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.	Grado de sensación de mejoramiento de dolor con la aplicación de la analgesia de labor.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfactorio • Parcialmente satisfactorio • Insatisfactorio.

4.9 Procedimiento para la recolección de información

El médico residente encargado de administrar la analgesia de conducción revisó la planificación diaria de sala de Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Se seleccionó a las pacientes a quienes se les podía administrar analgesia de parto y se administró la misma a las pacientes. Se buscó el expediente clínico de las pacientes y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, luego se hizo un seguimiento del caso en el posparto inmediato, en el servicio de Post Parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

4.10 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación

El médico residente preguntó a las pacientes si deseaban participar en el estudio. Si se obtenía una respuesta afirmativa, se le leyó la hoja de consentimiento informado (ver anexos), la cual fue firmada por la paciente.

4.11 Procedimiento de análisis de la información

La información se tomó de las formas de programación de procedimiento, hojas de registro anestésico (hoja de anestesia), expedientes clínicos y registros médicos de la sala de Labor y Partos y el servicio de Post Parto, adonde fueron trasladadas las pacientes. Una vez obtenidos los datos de interés para el estudio los mismos fueron clasificados y tabulados para luego ser analizados utilizando las medidas de tendencia central y presentando los resultados en cuadros. Se realizó la tabulación de datos y comparación de los mismos de acuerdo a la paridad de las pacientes, los datos se introdujeron de acuerdo a la boleta de recolección de datos en el programa Epi Info, donde se comparó por medio de razón de productos cruzados en tablas de dos por dos.

V. RESULTADOS

Se estudiaron 66 pacientes. El promedio de edad fue de 19.1 (\pm 4.3) años, la más joven de 13 y la mayor de 36. El 9.1% (n=6) no tenían escolaridad y 59.1% (n=39) habían cursado algún grado de primaria. El 22.7% (n=15) eran nulíparas y 57.6% (n=38) primíparas. En la Tabla 1 se presentan las características generales.

En el 98.5% (n=65) de las pacientes se aplicó bloqueo epidural y en 1.5% anestesia combinada. Cuatro pacientes (6.1%) presentaron complicaciones anestésicas, tres con hipotensión, una paciente con punción dural accidental y dolor de espalda, un bloqueo insatisfactorio y un bloqueo motor. No se encontró diferencia significativa al relacionar la paridad de las pacientes con las complicaciones anestésicas (p 0.09).

La resolución del parto fue por cesárea en 33% (n=22) casos e instrumental en 1.5% (n= 1). No encontramos diferencias significativas entre la paridad y el tipo de resolución (p 0.06).

Tabla 1
Características Generales
Pacientes que solicitaron analgesia de parto
Hospital San Juan de Dios, mayo a diciembre 2009

	Pacientes	
	No.	%
Edad promedio	19.1 \pm 4.3	
Escolaridad		
Ninguna	6	9.1%
Primaria	39	59.1%
Secundaria	18	27.3%
Diversificado	3	4.5%
Paridad		
0	15	22.7%
1	38	57.6%
2	13	19.7%

La intensidad del dolor antes de la colocación de la anestesia fue de 8/10 en la escala visual análoga en 24% de las pacientes (n=16) y 10/10 en el 75.8% (n=50). Luego de la colocación de la anestesia, 12.1% (n=8) refirió una intensidad de 4/10; el 50% (n=33) dijo sentirlo en 2/10 y el restante 37.9% (n=25), no refirió dolor, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2

Intensidad del dolor, según Escala Visual Análoga,
referido por las pacientes antes y después de la colocación de analgesia de parto
Pacientes que solicitaron analgesia de parto
Hospital San Juan de Dios, mayo a diciembre 2009

Intensidad de Dolor	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
0	0	0	25	37.9
2	0	0	33	50.0
4	0	0	8	12.1
6	0	0	0	0
8	16	24.2	0	0
10	50	75.8	0	0
Total	66	100	66	100

En cuanto a la satisfacción de las pacientes con la atención, fue “muy satisfactorio” en 71.2% (n=47), el resto respondió “parcialmente satisfactorio”. No encontramos diferencia estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción y la edad (p 0.83), el nivel de escolaridad (p 0.69) ni con la paridad (p 0.51), como se observa en la tabla 3.

Tabla 3
 Características Generales y Grado de Satisfacción
 Pacientes que solicitaron analgesia de parto
 Hospital San Juan de Dios, mayo a diciembre 2009

	Satisfacción				Valor p
	Muy Satisfecha n=47 71.2%		Parcialmente Satisfecha n=19 28.8%		
Edad promedio	19.1 ±4.1		19.3 ±4.8		0.83
Escolaridad					
Ninguna	4	6.06%	2	3.04%	0.69
Primaria	28	42.42%	11	16.58%	
Secundaria	12	18.18%	6	9.12%	
Diversificado	3	4.5%	0	0.0%	
Paridad					
0	12	18.18%	3	4.52%	0.51
1	26	39.39%	12	18.21%	
2	9	13.64%	4	6.06%	

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se encontró un elevado grado de satisfacción (71.2%) por parte de las pacientes estudiadas. No se encontraron pacientes insatisfechas con la colocación de analgesia de trabajo de parto. La literatura revisada muestra que aproximadamente 90% de pacientes se sienten satisfechas con la calidad de la analgesia **(10,11)**. Hay una reducción estadísticamente significativa del dolor al comparar la intensidad del mismo antes y después de la analgesia. La discrepancia con respecto a la satisfacción encontrada en nuestro estudio en comparación a lo revisado en la literatura podría deberse a la dilución utilizada no fue la correcta, el momento en el que se administró la misma o una combinación de ambas, también hay que tomar en cuenta que la percepción de dolor así como la satisfacción es diferente en cada paciente lo cual también puede influir en los resultados finales obtenidos en el presente estudio. El término parcialmente satisfecha es muy ambiguo para evaluar la satisfacción, una mejor manera de evaluarlo sería con la escala visual análoga ya que es más objetiva que este término.

El objetivo primordial de la analgesia de trabajo de parto es brindar analgesia sin afectar la dinámica del parto ni la ambulación de la paciente. La literatura revisada muestra estudios sobre diversas variables y el trabajo de parto, mas no revela asociación entre variables y satisfacción de las pacientes.

La analgesia epidural es la recomendada en otros estudios para el control del dolor asociado al trabajo de parto **(10,12,13)** por su versatilidad y duración, por lo que fue utilizada casi en su totalidad por los médicos residentes para el alivio del dolor.

En nuestro estudio, el porcentaje de complicaciones anestésicas fue más bajo (6%) de lo que se reporta en otros estudios, encontrando reportes de hasta un 18%. **(11,14)**. El bloqueo motor se presentó en la paciente que recibió anestesia combinada espinal-epidural, confirmado por la escala de Bromage 4, terminando éste en sección cesárea.

El objetivo primordial de la analgesia de trabajo de parto es brindar analgesia sin afectar la dinámica del parto ni la ambulación de la paciente. En nuestro estudio, una de cada tres pacientes estudiadas tuvo desenlace obstétrico distinto al parto vaginal, mientras que la incidencia de cesáreas y parto instrumental es más alta que la encontrada en estudios realizados en Latinoamérica **(11)** y en España **(14,15)**. Hay estudios que muestran que la analgesia de trabajo de parto iniciada de forma temprana (dilatación cervical menor a 4cm)

es mejor en cuanto al desenlace obstétrico al no incrementar la incidencia de cesáreas (**16, 17**), tanto realizada con bloqueo epidural como con bloqueo espinal. No se toma en cuenta aquí variables obstétricas que puedan influir en la elevada frecuencia de cesáreas encontrada, siendo éstas: situación de las membranas ovulares (íntegras, rotas), grado de dilatación cervical y borramiento, altitud de presentación, variedad de presentación. Tampoco aparecen registradas en el instrumento las causas de la cesárea (detención del descenso, fase activa prolongada, trabajo de parto prolongado, detención secundaria de la dilatación, dilatación estacionaria, desproporción cefalopélvica, prolongación de descenso, sufrimiento fetal agudo, prolapso de cordón), ya que éstas pueden servir para determinar con mayor precisión si las cesáreas son debidas a causas anestésicas u obstétricas. No se cuenta tampoco con un registro de la hora en que se administró la anestesia y el momento de la sección cesárea (no se consideró como variable).

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El grado de satisfacción de las pacientes con la analgesia de parto es muy alto.
- 6.1.2 Un bajo porcentaje de las pacientes presentó complicaciones derivadas de la analgesia administrada.
- 6.1.3 Ni la paridad ni el grado de escolaridad están relacionadas con el grado de satisfacción mostrado por las pacientes.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Birnbach, D. Anestesia Obstétrica. 4a. ed. Ciudad de México. McGraw-Hill Interamericana; 2005
2. Birnbach D, Browne, I. Anesthesia for Obstetrics. En: Miller, R. Miller´s Anesthesia, 6ª ed. San Francisco, California. Elsevier; 2007
3. Clift J. Maternal Physiology and Obstetrics. En: Heazell A, Clift J. Obstetrics for Anaesthetics, Cambridge University Press, Edinburg, 2008
4. Liao J, Buhimschi C, Norwitz E. Normal Labor, Mechanisms and Duration, Obstet Clin N Am 32 (2005)145-164
5. Birnbach D. Advances in Labor Analgesia. En Refresher Courses in Anesthesiology. The American Society of Anesthesiologists, Inc. New York, New York. Lippincott Williams and Wilkins, Inc.; 2008
6. Collins V. Anestesiología, Anestesia General y Regional, 3ª Ed. Ciudad de México 2002
7. Pates, J. Satin A. Active Management of Labor. Obstet Gynecol N Am 32 (2005) 221-230)
8. D´Angelo R, Thomas J. Regional Analgesia in Obstetrics. En: Palmer, C, D´Angelo R, Paech M eds. Handbook Of Obstetric Anaesthesia. Bios Scientific Publishers Limited; 2002. Oxford pp 41-65.
9. Abenhaim H, Fraser W. Impact of pain level on second-stage delivery outcomes among women with epidural analgesia: results from the PEOPLE study. Am J Obstet Gynecol 2008;199:500, e1-501-500 e6.
10. Gredilla E, Pérez A, *et al.* Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2008; 55: 160-164
11. Arias S, Montes C. Bupivacaína 0,25% peridural en la analgesia de parto;efectos hemodinámicos en la madre y feto. An Fac Med Lima 2006; 67(3) pp. 235-242
12. Zafra J, Calvache J. Analgesia epidural para el trabajo de parto. Iatreia Rev Fac Med Univ Antioquia. [en línea]. oct./dic. 2008, vol.21, no.4 [citado 22 julio 2010], p.355-363. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000400001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0121-0793.

13. Gomes M, Machado S, *et al.* Comparison between 0.125% and 0.25% bupivacaine associated to fentanyl for epidural labor analgesia. Rev Bras Anesthesiol [en línea]. 2004 Aug [citado 22 julio 2010]; 54(4): 467-472. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942004000400002.
14. Gómez P, Echevarría M, *et al.* Estudio comparativo de la eficacia y seguridad de la analgesia epidural continua y la analgesia intradural-epidural para el trabajo de parto. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2001; 48: 217-222
15. Fernández-Guisasola J, Rodríguez G, *et al.* Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2004; 51: 121-127
16. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early Versus Late Initiation of Epidural Analgesia in Labor. Does it Increase The Risk Of Cesarean Section? A Randomized Trial. Am J Obstet Gynecol (2006) 194 600-5
17. Wong C, *et al.* The Risk of Cesarean Delivery with Neuraxial Analgesia Given Early versus Late in Labor. N Engl J Med 2005;352:655-65

VIII. ANEXOS

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Guatemala, ___/___/ 2,009

Nombre del Estudio: **SATISFACCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA ANALGESIA DE PARTO EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, 2009**

Encargados del Estudio: **Dra. Evelin Guillén y Dr. Gerardo Soto**, Médicos Residentes de II año en Anestesiología, del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

Por este medio yo: _____, de _____ años de edad, quien me identifico con _____, Número: _____

He sido informado en forma satisfactoria por el personal médico de Anestesiología del Hospital San Juan de Dios sobre qué es, de qué se trata, cómo se realiza, para qué sirve, así como los riesgos y complicaciones que la realización del siguiente procedimiento pueda llevarse a cabo.

Descripción del procedimiento: **ANALGESIA PARA EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO**

La analgesia es un procedimiento que permite reducir el dolor durante la progresión de un parto normal, con una alta efectividad.

El objetivo de este estudio es describir el grado de satisfacción en cuanto a alivio de dolor en las pacientes que soliciten analgesia de parto en el Hospital General San Juan de Dios, además de identificar las complicaciones anestésicas presentadas en estas pacientes.

- La analgesia permite a la madre permanecer cómoda y participar más activamente en el nacimiento de su bebé.
- No tiene efectos adversos en el feto
- No altera las contracciones uterinas del trabajo de parto y expulsión.

- Puede ser aprovechada si por alguna situación debe realizarse una cesárea, evitando los riesgos de la anestesia general en la población obstétrica.
- No es necesario realizar pruebas de sangre en pacientes sin antecedentes médicos para la colocación de la misma. Queda a discreción del médico Residente de Anestesiología la solicitud de los exámenes que considere adecuados para la Analgesia en pacientes que sí tengan antecedentes médicos (por ejemplo, preeclampsia).
- No es necesario realizar pruebas de alergia a los medicamentos a utilizarse en los pacientes sin historia de la misma.

A pesar de que la incidencia de complicaciones anestésicas es baja, pueden presentarse las siguientes:

1. Hipotensión arterial (que se baje la presión y sentirse mareada)
2. Punción dural accidental (un agujero en donde está el líquido que está afuera del cerebro y que le sirve de sostén)
3. Bloqueo insatisfactorio (que no sea adecuada la anestesia y todavía se sienta mucho dolor)
4. Bloqueo motor (imposibilidad para caminar, así como para pujar)
5. Prurito (picazón en el cuerpo)
6. Dolor de espalda
7. Retención urinaria (imposibilidad para orinar mientras dura la anestesia).

En caso de presentarse alguna complicación, efecto secundario o adverso, el médico Residente de Anestesiología que coloque la analgesia se hace responsable del adecuado diagnóstico y tratamiento de la misma.

Declaro conscientemente y en uso de mis facultades mentales que se me ha leído el presente documento, que estoy conforme con las explicaciones del consentimiento y sus complicaciones y doy mi consentimiento para la realización del mismo. De igual manera, luego de la administración de la analgesia se me preguntará sobre la satisfacción de la colocación de la misma.

Nombre: _____

Firma (o huella digital): _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“SATISFACCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA ANALGESIA DE PARTO EN PACIENTES
CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A DICIEMBRE DEL AÑO 2,009

No. _____

Fecha: _____

Nombre de la paciente: _____

Edad: _____ **Escolaridad:** _____

Paridad:

1) Número de partos _____

Tipo de anestesia:

1) Epidural _____ 2) Combinada _____ 3) Raquídea _____

Hubo Complicaciones anestésicas:

Si _____ **No** _____

1) Hipotensión arterial _____ 2) Punción dural accidental _____

3) Bloqueo insatisfactorio _____ 4) Bloqueo motor _____

5) Prurito _____ 6) Dolor de espalda _____

7) Retención urinaria _____

Hubo complicación obstétrica:

Si _____ **No** _____

Cesárea _____ Parto instrumental _____

¿Cómo se sentía la paciente previa a la administración de la analgesia?:



¿Cómo se sentía la paciente posteriormente a la administración de la analgesia?:



Grado de satisfacción de la paciente luego de la colocación de la analgesia de parto:

- 1) Muy Satisfecha _____ 2) Parcialmente Satisfecha _____
3) Insatisfecha _____

IX. PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Satisfacción y Complicaciones de la Analgesia de Parto en Pacientes con Trabajo de Parto Activo en el Hospital General San Juan de Dios 2,009" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.