

1. El dolor durante el parto, su control mediante anestesia y analgesia, sus efectos adversos y otros métodos analgésicos alternativos

Sergio Toro Martín

Graduado en Enfermería Servicio de urgencias en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

Fecha recepción: 05.05.2021

Fecha aceptación: 07.06.2021

RESUMEN

El parto es, con total certeza, una de las situaciones en la vida de la mujer que más dolor le causa en su vida, el cual en diversas ocasiones puede ser excesivo e inaguantable. De esta forma, el buen manejo del dolor durante el parto es esencial para que la atención prestada por el equipo de salud sea adecuada y de calidad. En la actualidad, la analgesia epidural es la más utilizada durante los procedimientos obstétricos relacionados con el parto, aunque esta técnica es invasiva y, como todo procedimiento invasivo presenta riesgos para la gestante y el feto. Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, de forma que se analiza la literatura existente sobre el tema del trabajo en las diferentes bases de datos de mayor trascendencia. Por tanto, el objetivo de este estudio es obtener información destacable sobre la relación que pueda haber entre el uso de analgesia epidural durante el parto y el aumento del tiempo de la fase de dilatación, la fase de expulsión o si influye de alguna manera en el aumento del número de partos que precisan el uso de instrumentos de apoyo u otro tipo de situaciones complicadas. En conclusión, se puede afirmar que la analgesia epidural está relacionada con un mayor tiempo de dilatación, un aumento del tiempo dedicado a la fase de expulsión, del mismo modo que se observa un incremento en los partos que precisan el uso de instrumentos de apoyo, medicación como la oxitocina o se asocian a complicaciones adicionales.

Palabras clave: Analgesia, epidural, complicaciones, dilatación, expulsión, parto, dolor.

ABSTRACT

Giving birth is certainly one of the situations in a woman's life that causes the strongest pain in her life, which on various occasions can be excessive and unbearable. Due to this, good pain management during delivery is essential so that the care provided by the health team is adequate and has quality. Cu-

rently, epidural analgesia is the most widely used during obstetric procedures related to childbirth, although this technique is invasive and like any invasive procedure, presents risks for pregnant women and the foetus. To develop this assignment a systematic bibliographic review has been carried out in order to analyze the existing literature on the subject in the most important scientific databases. Therefore, the objective of this study is to obtain remarkable information on the relationship that may exist between the use of epidural analgesia during labour and the increase in the length of the dilation phase, the expulsion phase or if it influences in any way the increment in the number of deliveries that require the use of supporting instruments or involve any other complicated situations. In conclusion, it can be confirmed that epidural analgesia is related to a longer dilation time, an increment on the time dedicated to the expulsion phase, in the same way that there is an increment in deliveries that require the use of supporting instruments, the use of medications such as oxytocin or the association with additional complications.

Keywords: Analgesia, epidural, complications, dilation, expulsion, labour, pain.

ABREVIATURAS

- Contracciones Uterinas = CU
- Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea = TENS
- Servicio Sanitario Público Andaluz = SSPA
- Sistema Nacional de Salud = SNS
- Líquido Cefalorraquídeo = LCR
- Tensión Arterial = TA
- Iniciativa al Parto Normal = IPN
- Federación de Asociaciones de Matronas de España = FAME
- Organización Mundial de la Salud = OMS
- Servicio de Salud de Castilla la Mancha = SESCAM

INTRODUCCIÓN

Definición de parto

El parto se puede definir como el proceso fisiológico que culmina la gestación, estableciendo el punto y final tras varios meses, finalizando con el nacimiento de un nuevo individuo e iniciando la vida extrauterina, de forma que se produce la salida del feto al exterior del útero materno y, posteriormente la salida de los anejos. El parto puede producirse de diferentes formas, según sea de forma espontánea, precise estimulación o se induzca el mismo (1). El parto a término es considerado el que se produce entre 37 y 42 semanas de la gestación (2).

El trabajo del parto se inicia cuando el cérvix o cuello uterino establece una posición centrada en la pelvis, si el cuello está borrado $\geq 80\%$ (el borramiento cervical es la de-

nominación que recibe el acortamiento cervical) y presenta más de 2 cm de dilatación. Además, se produce una dinámica uterina regular, produciéndose ≥ 2 CU en 10 minutos, durando cada una de ellas entre 30 y 60 segundos (3).

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la analgesia administrada vía epidural está fuertemente extendida y aceptada en España, ya que es considerada una de las técnicas con mayor efectividad y seguridad en su aplicación, contribuyendo a ello que sea la que más se contempla en todos los centros sanitarios. Es preciso tener en cuenta que es una técnica invasiva, precisa del consentimiento informado de la paciente, a la cual hay que explicar los efectos beneficiosos como los posibles efectos adversos, ya que puede presentarlos tanto para la madre como para el feto (20).

De esta forma, se realiza una revisión bibliográfica que permita estudiar la bibliografía disponible y la información que contiene, tratando de extraer los elementos más destacables y actuales, de forma que se puedan sintetizar tanto los medios farmacológicos como los no farmacológicos para controlar el dolor durante el parto, así como los potenciales efectos que pueden tener sobre el proceso y finalización del parto, sobre todo sobre su influencia sobre las diferentes fases del mismo, la dilatación, expulsión o si influye de alguna manera en la utilización de instrumentos de apoyo para realizar el parto, así como las posibles complicaciones del mismo, del mismo modo es importante considerar la morbilidad materna y fetal en caso de que hubiera datos al respecto.

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general de este trabajo consiste en el estudio de los efectos, tanto beneficiosos como adversos, que presentan los métodos utilizados para el control del dolor durante el parto, sean de naturaleza farmacológica o no.

Objetivos específicos

- Obtener información que permita conocer si está relacionado el uso de analgesia epidural y la prolongación de la duración en la fase de dilatación del parto.
- Estudiar los datos disponibles para poder identificar si existe relación entre la analgesia epidural y el aumento en la duración de la fase expulsiva del parto.
- Analizar la información disponible para determinar si existe relación entre el uso de analgesia epidural y el incremento de los partos que precisan instrumentación de apoyo.
- Identificar si la analgesia epidural presenta otro tipo de complicaciones derivadas de su uso.
- Determinar si los métodos no farmacológicos para el control o alivio del dolor del parto presentan efectos adversos que puedan afectar a las diferentes fases del parto.

- Examinar y conocer si los métodos no farmacológicos utilizados para el manejo del dolor durante el parto presentan otro tipo de complicaciones o efectos adversos.

METODOLOGÍA

Diseño

La metodología que ha sido empleada para la realización del presente estudio consiste en una revisión sistemática. En primer lugar, se ha procedido a la búsqueda de la bibliografía, seguido del proceso de lectura y análisis de la información, seleccionando los artículos científicos que reúnan una serie de criterios de inclusión. Tras seleccionar los estudios, se procede a su lectura, sintetizando sus resultados, de forma que se pueden obtener diversas conclusiones.

Procedimiento de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se ha realizado durante el periodo de tiempo que se encuentra comprendido entre el 15 de agosto y el 15 de septiembre de 2020, lo cual se ha realizado mediante la búsqueda de palabras clave tanto en español, como en inglés: parto, labour, analgesia, epidural, dolor, complicaciones, dilatación, expulsión.

El proceso de búsqueda de información se ha realizado de la siguiente manera:

- El día 15 de agosto de 2020 se realizó la búsqueda de artículos científicos en el buscador de Google Scholar, para lo cual se ha utilizado la cadena de búsqueda "*parto, analgesia, epidural, dolor, complicaciones, dilatación y expulsión*"; obteniendo diez resultados que se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos. Además, se procedió a la búsqueda en la misma página web mediante la utilización de la cadena de búsqueda en inglés "*labour, analgesia, epidural, pain, complications, dilation and expulsion*"; obteniendo más de 50 resultados que se ajustaban inicialmente a los criterios de inclusión, que además no aparecían mediante la búsqueda de los artículos en español.
- El día 25 de agosto de 2020 se procedió a la búsqueda de bibliografía en la base de datos Pubmed, lo cual se realizó mediante la utilización de la cadena de búsqueda "*labour, analgesia, epidural, pain, complications, dilation and expulsion*"; de esta forma se obtuvieron quince estudios que cumplían inicialmente los criterios de inclusión.
- El día 5 de septiembre se procedió a la búsqueda de artículos científicos en la base de datos Cochrane Plus, utilizándose para ello la cadena de búsqueda "*labour and analgesia*"; obteniendo 28 resultados que inicialmente cumplen los criterios de inclusión.
- El día 15 de septiembre de 2020 se realizó la búsqueda en a base de datos de Elsevier, para lo cual se utilizó la cadena en español "*parto y analgesia*"; obteniéndose más de 100 resultados que se ajustaban a los criterios de inclusión, también se procedió a la búsqueda de la cadena "*labour and analgesia*"; obteniéndose 70 resultados que reúnen los criterios de inclusión.

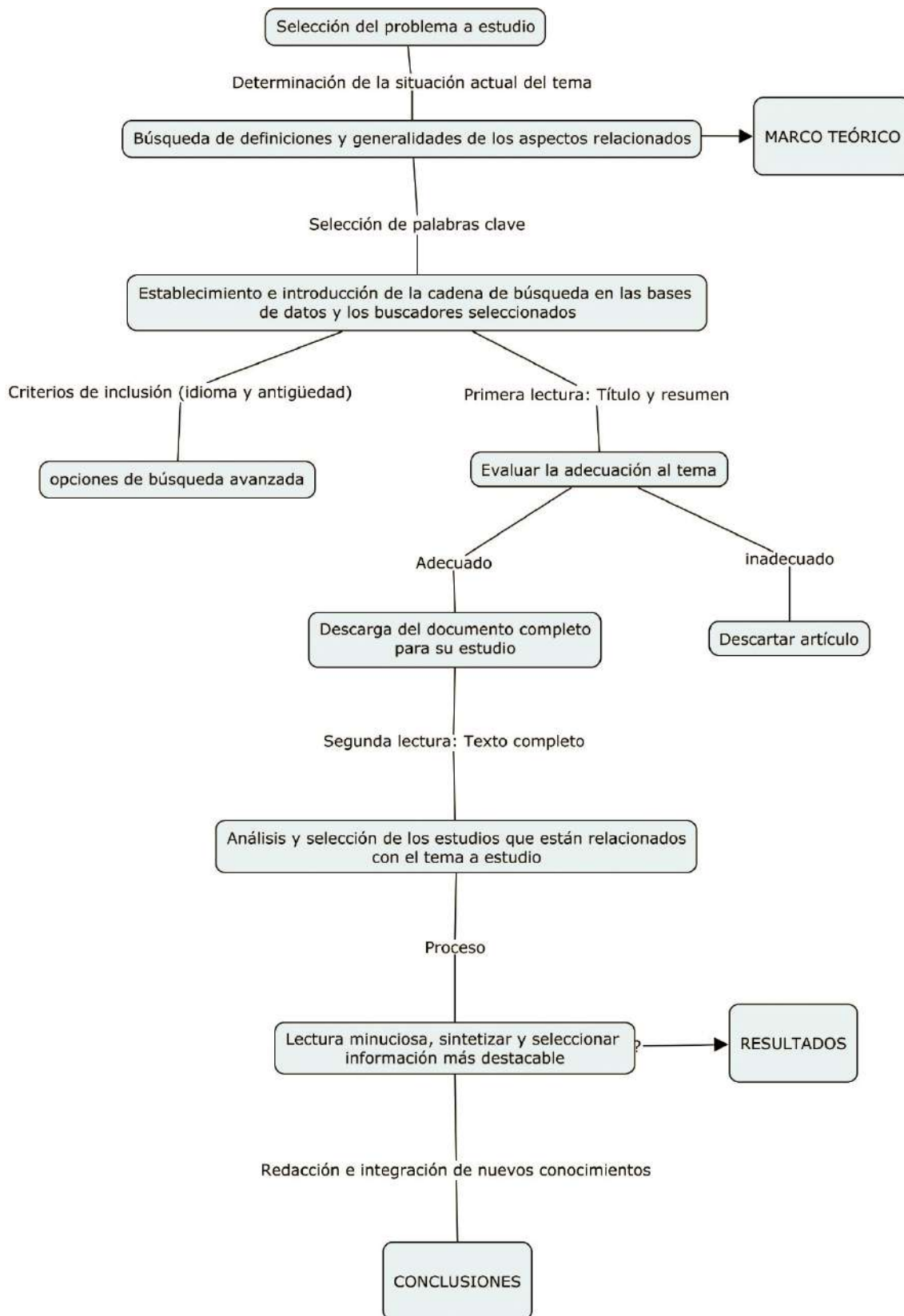


Figura 1. Procedimiento seguido para realizar la revisión sistemática. Fuente: Propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que se han utilizado para realizar la selección de los artículos científicos utilizados para esta revisión bibliográfica son los siguientes:

- Artículos cuya fecha de publicación es igual o posterior al año 2015.

- Disponibles a texto completo con acceso gratuito o accesible a través de la biblioteca virtual del SESCAM.
- Redactados tanto en español como en inglés.
- Artículos que presenten relación directa con el tema a estudio.

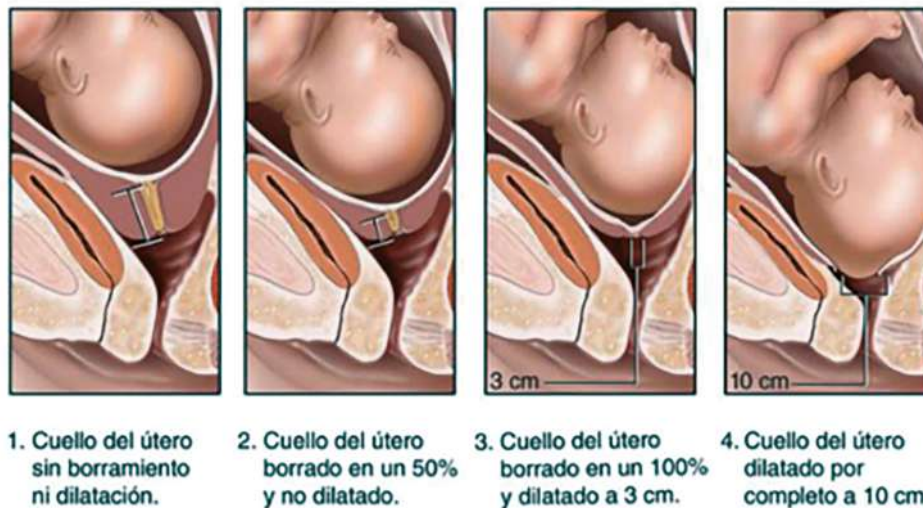


Figura 2. Cambios en el cuello uterino (borramiento y dilatación) ocurridos durante el progreso del trabajo de parto. Fuente: Carvajal Cabrera, J y Ralph Troncoso, C. *Manual de obstetricia y ginecología*. 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios por los que se han descartado los trabajos científicos fueron los siguientes:

- Estudios que no fueron realizados en seres humanos (Animales).

MARCO TEÓRICO

Las fases en las que se divide el trabajo del parto son:

Dilatación

Es la primera etapa y se divide en dos fases:

- *Fase latente:* Esta fase se sitúa entre el inicio de la percepción de las primeras contracciones y dura hasta el inicio de la fase activa. El promedio de duración de esta fase en primíparas es de 6,4 horas y de 4,8 horas en múltiparas. Además, la duración máxima de la misma es de 20 h en primípara y de 14h en múltipara (3).
- *Fase activa:* Esta fase comienza cuando el cuello se encuentra 100% borrado y presenta al menos 3 cm de dilatación, finalizando con una dilatación completa de 10 cm. Además, esta fase se divide en tres etapas diferentes (aceleración, máxima pendiente y desaceleración). La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, va a depender de la paridad, estableciéndose la velocidad en el promedio de 1,2 cm por cada hora en las primíparas y 1,6 cm por hora en la múltipara (3). Durante la fase activa, a la vez que se produce la dilatación del cuello uterino se desarrolla el descenso del feto a través del canal del parto (3).

Expulsivo

Es la segunda etapa del proceso. Se inicia tras conseguir una dilatación de 10 cm (completa), finalizando con la salida del bebé. La duración máxima de esta fase es de 2 horas en pacientes primíparas y de 1h en múltiparas en caso de no utilizar anestesia epidural. Demostrándose que la anes-

tesia epidural puede prolongar esta fase hasta en 1 hora, alargándolo a las 3 horas en el caso de las primíparas y a las 2 horas en el caso de las múltiparas. En esta etapa, por tanto, se completa el descenso del feto a través del canal del parto (3).

Alumbramiento

Es la tercera etapa del proceso. Esta etapa corresponde al espacio de tiempo comprendido entre la salida del bebé del interior materno hasta la salida completa de la placenta, lo cual tiene una duración máxima aproximada de 45 minutos en primíparas y de 30 minutos en múltiparas (3).

Clasificación del parto

Los diferentes tipos de parto se clasifican según la forma en que culmina, pudiendo clasificarse en:

Parto eutócico

Es el parto que se desarrolla en condiciones normales, entre las 37 y 42 semanas de gestación, no precisa del uso instrumental, el feto se presenta generalmente en posición cefálica y en flexión activa (4).

Parto distócico

Es el parto que se desarrolla con complicaciones, las cuales pueden deberse a causas maternas o fetales, por ejemplo, si el feto se presenta de forma cefálica deflectada, tiene presentación podálica o tronco o si la madre presenta anomalías en el canal del parto o en las contracciones. De esta forma, si se produce este tipo de parto puede precisar el uso de instrumentación de apoyo (parto vaginal asistido) o necesidad de intervención quirúrgica, pudiendo utilizarse los siguientes (4):

- *Ventosa obstétrica:* Facilita la expulsión del feto mediante la tracción del mismo aplicando vacío sobre su cabeza.

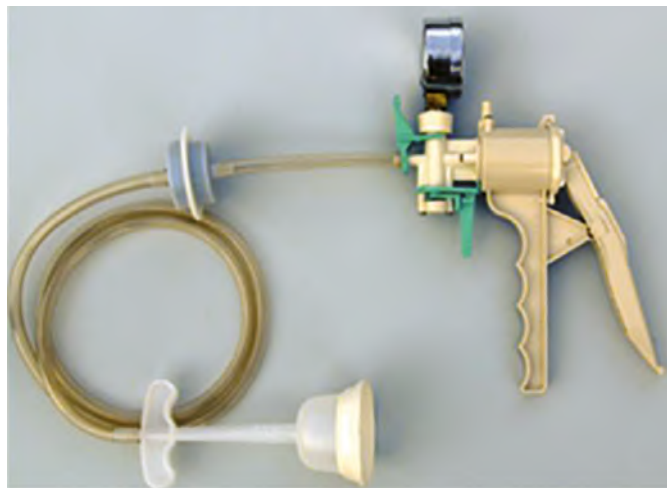


Figura 3. Ventosa obstétrica manual. Fuente: Carvajal Cabrera, J y Ralph Troncoso, C. Manual de obstetricia y ginecología. 2019.

- **Fórceps:** Facilitan la expulsión del feto mediante movimientos de rotación y tracción dentro del canal del parto, también se aplica sobre la cabeza del feto, además también sirve para separar las paredes del canal vaginal (4).

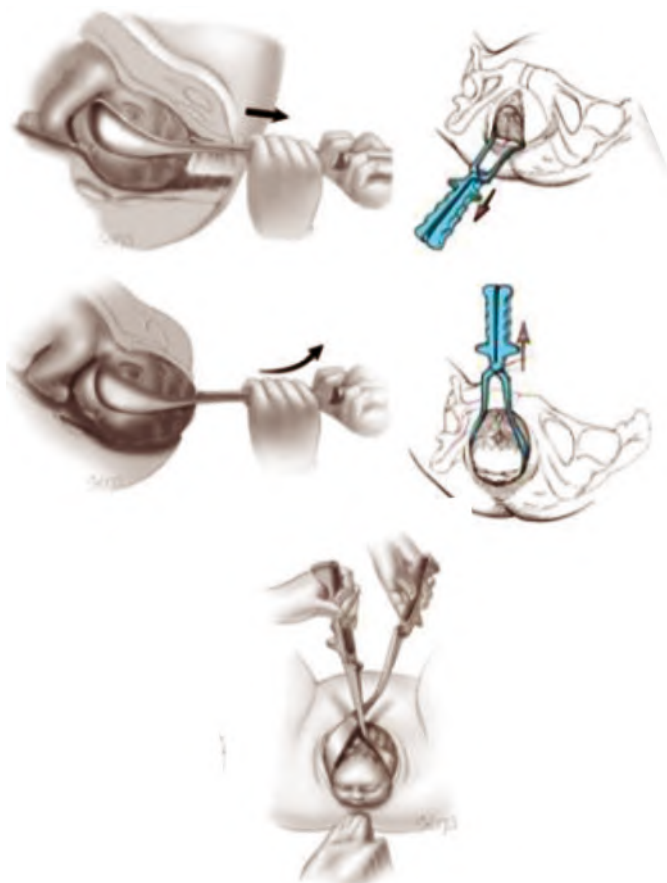


Figura 4. Extracción fetal con fórceps: La tracción se realiza en el eje del canal. Fuente: Carvajal Cabrera, J y Ralph Troncoso, C. Manual de obstetricia y ginecología. 2019.

- **Espátulas:** Sirven para ampliar el canal del parto mediante prensión, no permite la tracción ni la rotación, presentando menor riesgo de daño a la cabeza fetal (4).



Figura 5. Espátulas obstétricas. Fuente: Carvajal Cabrera, J y Ralph Troncoso, C. Manual de obstetricia y ginecología. 2019.

- **Cesárea:** Intervención quirúrgica mediante la cual se procede a la extracción fetal, placenta y membranas realizando una laparotomía e hysterotomía (a través de la pared abdominal y del útero). Al ser una intervención quirúrgica, se puede realizar de forma programada o urgente, realizándose en las ocasiones en las que el parto vaginal no es posible, o si es posible pero el parto vaginal presenta grandes riesgos para la madre o el feto. Este tipo de intervención precisará el uso de anestesia (4).

El dolor durante el parto

Durante el proceso del parto se experimentan dolores agudos muy intensos, los cuales tienen diferentes componentes, produciéndose en la primera etapa del parto debido a la compresión de la presentación fetal y la isquemia secundaria de las fibras miométricas (componente visceral), aunque también puede producirse debido a la acción de las fibras simpáticas de la vagina y el periné, las cuales se encargan de inervar dichas estructuras. La aparición del dolor, por tanto, es un fenómeno vinculado a la laxitud de las estructuras pélvicas en conjunción con las contracciones uterinas. Por otra parte, durante la segunda parte del parto el dolor se origina generalmente en el tracto genital inferior.

Además, el dolor durante el parto está acompañado generalmente de dolor lumbar.

El dolor producido en el parto no presenta ningún beneficio en el proceso del parto, sino que puede causar efectos negativos tanto psicológicos como físicos sobre la paciente, de forma que aumenta el estrés en la misma, produciendo un incremento en sus necesidades de oxígeno, aumento en la presión arterial y el gasto cardíaco, así como la elevación en los niveles de catecolaminas, de forma que se puede producir una mala perfusión placentaria, teniendo como consecuencia última la posible hipoxia o acidosis que afectaría al feto. Por tanto, se considera de gran importancia el derecho que presenta la madre a decidir si desea o no recibir tratamiento para ayudar a paliar el dolor durante el parto (5).

No todas las mujeres perciben el dolor con la misma intensidad durante el parto, ya que, según Ruiz Ferrón et

al, en el 35% de los casos las pacientes perciben el dolor como moderado, un 30% lo percibe como severo, un 20% lo percibe como intolerable y un 15% lo califica de poco importante o insignificante. Además, como se ha indicado anteriormente, el dolor tiene diferentes orígenes según la fase del parto en la que se encuentre la paciente, de forma que es preciso utilizar los analgésicos más adecuados y eficaces para mantener el control del dolor durante todo el proceso del parto (6).

Procedimientos para el control del dolor en el proceso del parto

Durante el parto se pueden aplicar diferentes técnicas para proceder al control del dolor, las cuales pueden o no presentar naturaleza farmacológica. En el caso de los procedimientos de origen farmacológico se encuentran procedimientos como los bloqueos neuroaxiales (Epidural, espinal o subaracnoideo o combinando ambos métodos), mediante bloqueos periféricos como el paracervical y el bloqueo del nervio pudiendo, por otra parte, se pueden utilizar fármacos cuya vía de administración es la inhalación (óxido nitroso o halogenados) o la vía intravenosa (opioides y no opioides) (7).

Las técnicas de control del dolor durante el parto cuyo origen no es farmacológico pueden ser de diferente índole, destacando las técnicas de relajación, técnicas psicológicas como la hipnosis o las técnicas mecánicas como la aplicación de calor y frío o con TENS (7).

Actualmente, el método analgésico más utilizado durante el parto es la analgesia epidural, la cual además arroja datos de gran seguridad y fiabilidad para la madre y para el feto, aunque sigue presentando efectos adversos y sus ventajas superan a los mismos, habiendo un importante debate científico sobre su asociación a los partos distócicos (7).

Farmacológicos

Bloqueo neuroaxial

La analgesia neuroaxial es considerada uno de los procedimientos con mayor eficacia para el manejo eficaz del dolor

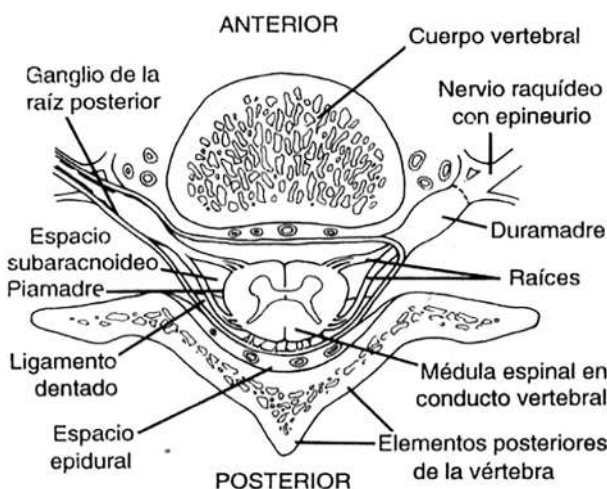


Figura 6. Límites del espacio epidural. Adaptación de los límites del espacio epidural. de Groot, J y Chusid, JG. Límites del espacio epidural. 1988.

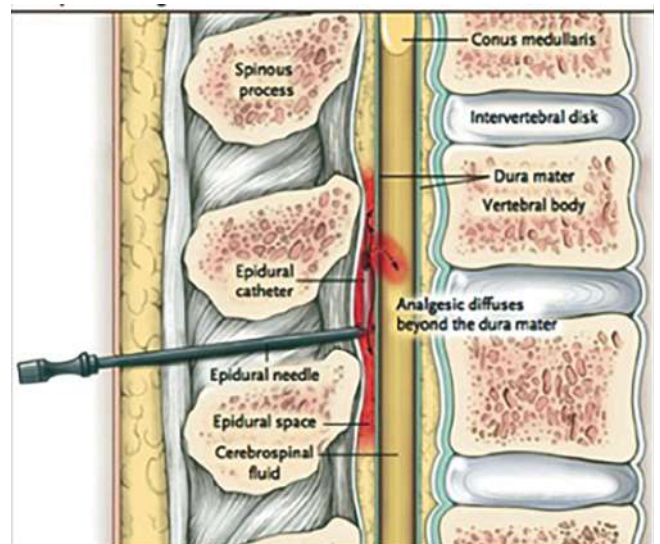


Figura 7. Administración de medicación epidural. Fuente: Adaptación de Hawkins, J. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. 2010.

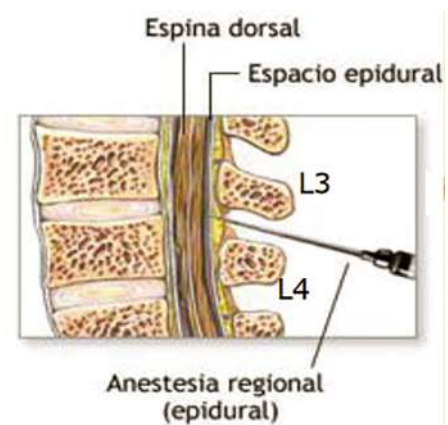


Figura 8. Zona de administración de medicación epidural, entre las vértebras lumbares 3 y 4. Fuente: Adaptación de Hawkins, J. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. 2010.

durante el parto, aunque cuenta con efectos adversos como pueden ser el aumento del periodo expulsivo o de la necesidad de utilizar instrumentación de apoyo en el parto (8).

La médula espinal se divide en diferentes membranas, de interior a exterior, las cuales son: piamadre, aracnoides y duramadre (8).

La piamadre está vascularizada, además representa la principal barrera a los fármacos que entran o salen del LCR (8).

La duramadre es la capa cuya situación es más externa, envolviendo el espacio epidural (8).

Entre estas capas se encuentran diferentes espacios, destacando el intratecal o subaracnoideo (entre la piamadre y aracnoides), la cual contiene el LCR y el espacio intradural, que se sitúa entre la duramadre y la aracnoides, albergando gran cantidad de raíces nerviosas, vasos linfáticos, vasculares y grasa (8).

El procedimiento para la administración de medicación epidural consiste en la introducción de una aguja con ca-

téter en la columna vertebral, la cual se realiza a nivel L2-L3 o L3-L4, llegando al espacio epidural, donde se administran mezclas de un anestésico local en combinación con un opiáceo, de forma que se mantenga la analgesia y se bloquee exclusivamente las terminaciones nerviosas en esa zona del cuerpo (8).

Analgesia combinada

Este tipo de analgesia permite obtener muy buenos niveles de analgesia, reduciendo los efectos secundarios mediante el uso de diferentes analgésicos y técnicas analgésicas, donde la anestesia regional cobra especial importancia para obtener los resultados deseados. Mediante el uso de diferentes fármacos, técnicas y vías de administración se obtiene como resultado la disminución de las dosis requeridas de un fármaco individual, además de obtener un efecto sinérgico, de forma que se mejoran los resultados obtenidos (11).

De esta forma, actuando a diferentes niveles en la vía del dolor, se puede obtener un efecto analgésico de manera más efectiva, ya que se administran diferentes fármacos que presentan diversos mecanismos de acción, de forma que, si se emplean técnicas de analgesia regional en conjunto con analgésicos vía intravenosa, se evitan problemas frecuentes como puede ser que la anestesia regional no siempre cubre la totalidad de la zona quirúrgica, además de que los pacientes pueden sentir molestias o incluso dolor al estar mucho tiempo en la misma posición sobre la mesa de quirófano. De esta forma, obtendremos una analgesia que aumentará la satisfacción en los pacientes (11).

Del mismo modo, la administración continua de analgesia regional durante el postoperatorio presenta límites temporales, impidiendo su prolongación en la mayoría de los casos hasta que el paciente está totalmente recuperado y no presenta dolor. Así el paciente presentará niveles analgésicos sistémicos adecuados para el periodo postoperatorio (11).

Además, como se ha mencionado anteriormente, si se emplean analgésicos vía intravenosa se disminuirá la dosis de analgésicos locales utilizados por vía regional, reduciendo los efectos secundarios como pueden ser los cuadros de hi-

potensión por el bloqueo simpático o disminución del bloqueo motor en la zona intervenida (11).

Bloqueo periférico: Paracervical y pudendo

El bloqueo paracervical consiste en la inyección de un anestésico local en el área que se localiza alrededor del cuello uterino, de forma que se anestesian los nervios cercanos. La mayoría de intervenciones uterinas y la dilatación cervical pueden ser realizadas sin utilizar métodos anestésicos o analgésicos, aunque muchos ginecólogos utilizan diferentes métodos, como el bloqueo paracervical para realizar intervenciones uterinas, aunque no está muy clara la seguridad y eficacia de esta técnica (12), ya que se asocia a bradicardia fetal y la duración dependerá del anestésico que se utilice (8). En este tipo de procedimientos generalmente se inyecta lidocaína sin epinefrina al 1% (12), inyectándose en la mucosa que compone las paredes del cuello uterino, realizando los puntos de inserción del anestésico en la zona de las 3 y las 9 en punto (8).

El bloqueo del nervio pudendo se considera un método que presenta mayor seguridad y eficacia que el bloqueo paracervical, ya que consiste en la inyección de anestésico local por debajo de la espina ciática. Este bloqueo suele ser muy efectivo y conveniente para la mayoría de partos espontáneos vía vaginal y en los que precisan de episiotomía. El principal efecto adverso que presenta es la toxicidad del fármaco empleado, generalmente debido a la cercanía que presenta la zona de administración con grandes vasos, de forma que es estrictamente necesario aspirar antes de inyectar el agente anestésico (8).

Medicación inhalada: N₂O

El N₂O es una opción que cobra popularidad dentro de la analgesia obstétrica. Este gas presenta propiedades que ofrecen leves efectos analgésicos que se inician de forma rápida a dosis bajas. Su uso está extendido en países como Reino Unido, donde es utilizado en más de la mitad de todos los partos, al igual que en Finlandia, donde el 60% de las mujeres lo utilizan durante el parto. Otros paí-

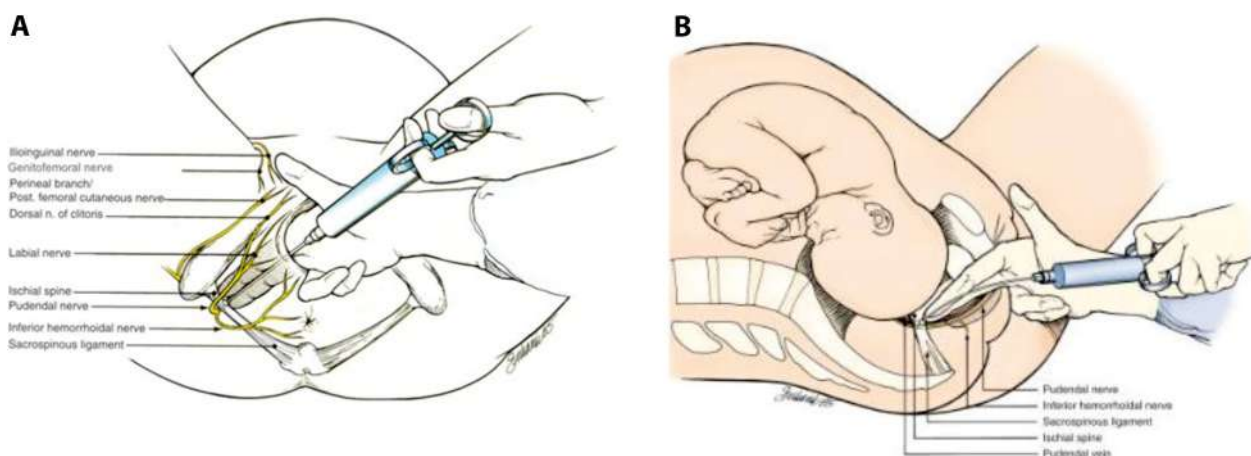


Figura 9. Bloqueo del nervio pudendo. Imagen A-Vista frontal, Imagen B Vista lateral. Fuente: Martín Herrera Salgado, J. Bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina por aborto retenido. 2015.

ses que usan este fármaco son Australia, Suecia, Canadá y Nueva Zelanda (14).

Generalmente se administra en una concentración al 50/50 de óxido nítrico y oxígeno mediante un dispositivo que realiza la mezcla, o se administra ya premezclado. Este gas actúa mediante la liberación de endorfinas y dopamina en el encéfalo, de forma que convierte los estímulos dolorosos en tolerables. Presenta baja solubilidad en sangre y no se asocia a las proteínas, además de su efecto y propagación pulmonar rápida, de forma que sus efectos pueden revertirse rápidamente (14).

Entre sus ventajas se encuentran que es fácil de usar, muy rentable, presenta un inicio rápido, se elimina fácilmente, además es inodoro e incoloro. La vía de absorción y eliminación es totalmente pulmonar, de forma que no influye en otras vías de eliminación como la hepática o la renal en caso de que presenten enfermedades que afecten a estos órganos vitales (14).

Su uso es seguro tanto para la madre, como el feto, además de las personas que se encargan del cuidado de la paciente durante su estancia en el hospital (14).

Los efectos secundarios más comunes son vértigo, letargo, mareo, sensación de boca seca, náuseas y vómitos, los cuales desaparecen poco después de interrumpir la administración del gas, además este no influye ni en la fuerza que ejerce la madre en el parto ni la longitud del trabajo de parto (14).

Medicación intravenosa, opioides

La medicación intravenosa es principalmente utilizada en aquellas pacientes que presentan contraindicaciones a las técnicas de administración neuroaxial, las cuales presentan mayor efectividad y seguridad (8).

Los opioides administrados vía intravenosa actúan a nivel encefálico materno, aunque afectan al feto de forma negativa puesto que atraviesan la barrera placentaria, de forma que disminuyen la variabilidad que presenta la frecuencia cardíaca fetal, causando depresión respiratoria (8).

Estos fármacos necesitan ser administrados a altas dosis para que sean efectivos, por lo que presentan frecuentes efectos adversos, además, el efecto analgésico se obtiene principalmente por producir somnolencia a la madre, más que por la analgesia en sí. Uno de los opioides que más uso han tenido en el parto es la meperidina, pero su uso está en desuso debido al alto riesgo que presenta de producir convulsiones y crisis serotoninérgicas (8).

En cuanto a la morfina, esta no suele usarse debido a sus efectos secundarios, utilizando en su lugar otros opioides que presentan una vida media corta, como es el caso del fentanilo, aunque este no controla por completo el dolor que producen las contracciones uterinas (8).

No farmacológicos

En la actualidad hay un mayor auge en la aplicación de métodos analgésicos no invasivos y naturales, los cuales han cap-

tado la atención e interés de las futuras madres, de forma que esto se convierte en un factor muy importante, el cual ha de tenerse en cuenta por parte del equipo de salud para poder obtener y desarrollar los conocimientos y habilidades necesarios para el manejo del parto en este contexto, de forma que se desarrolle garantizando la seguridad de la paciente, tratando de ofrecerle el máximo confort posible (8).

Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación en el parto se encuentran en auge en la actualidad, de forma que la madre busca un entorno más natural en el que poder dar a luz (15).

Las técnicas de relajación superficial presentan efectos inmediatos, aplicándose generalmente a situaciones estresantes para conseguir un efecto rápido, logrando liberar la tensión de forma inmediata (15).

Por otra parte, las técnicas de relajación profunda son más complejas, pero persiguen un objetivo más completo, de forma que consiguen una relajación de todo el cuerpo, haciendo que la persona llegue a estados de relajación muy relevantes. Generalmente para este tipo de técnicas se precisa que el paciente se encuentre tumbado y en un ambiente tranquilo y cómodo (15).

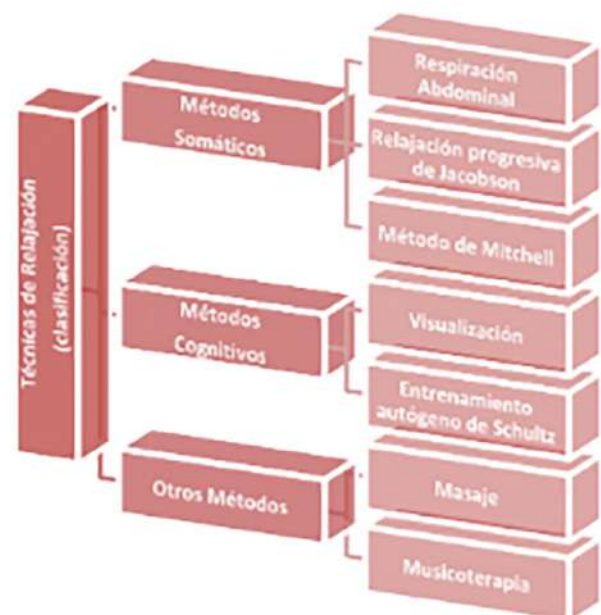


Figura 10. Métodos de relajación materna más utilizados. Fuente: Valdivieso González, E. *Técnicas de relajación: La aplicación a lo largo de la educación maternal en mujeres embarazadas y sus beneficios durante el trabajo del parto*. 2016.

El yoga es considerado una técnica de relajación, la cual ayuda a la persona a mantener un equilibrio entre su cuerpo y su mente, de esta forma y mediante ejercicios de control de la respiración y relajación mental, se consigue un estado de tranquilidad y alivio que se centra en el interior de la persona, de forma que mantiene al margen las preocupaciones externas, además, esta técnica es acompañada de posturas físicas que favorecen el equilibrio que se busca (16).

Es importante destacar que, aunque no existan estudios que corroboren y demuestren la eficacia de las técnicas de relajación en la reducción del dolor en el parto, se ha concluido que la percepción de mayor control en la mujer promueve una mejor afrontación del parto. Además, organismos como el Ministerio de Sanidad, IPN de la FAME o la OMS respaldan y recomiendan el uso de técnicas de relajación en el parto (16).

Parto en el agua

El proceso del parto empleando agua como complemento es una de las técnicas que se han utilizado a lo largo de la historia, la cual se utiliza en diversas situaciones dolorosas y es bien conocido el alivio que proporciona (16).

De tal forma, cuando la mujer se encuentra inmersa en el proceso del parto, se procede a sumergir a la paciente en una bañera de agua caliente, de forma que se obtiene una sensación de alivio del dolor que producen las contracciones, lo cual a su vez permite que la mujer tenga una mayor movilidad, aumente su nivel de relajación y por ende, se reduzca la cantidad de analgésicos farmacológicos que se han de utilizar (16).

En Europa los orígenes del parto en el agua están registrados en Francia en los años 70, donde se utilizó una piscina o bañera en el hospital de Pithiviers. Al utilizar la bañera de partos es preciso seguir un protocolo estricto de higienización y limpieza, además, el proceso debe estar supervisado por un profesional sanitario en todo momento, el cual se encargará de controlar la temperatura, la cual ha de estar a menos de 37,5°C, del mismo modo que se encargará de supervisar el estado de la parturienta, tomando medidas adecuadas a las necesidades de la paciente y asegurando siempre que el abdomen de la madre esté completamente cubierto por el agua, además es preciso evitar administrar medicamentos opioides en pacientes que reciben esta técnica (16).

Al estar en el agua las mujeres pueden tomar posturas verticales de una forma más sencilla y cómoda, esto es debido a la flotabilidad que ofrece la técnica, de forma que se reduce el esfuerzo necesario para sostener el peso abdominal, facilitando la relajación en la madre (16).

Generalmente se establece que esta técnica se utilice cuando el nivel de dilatación está en los 4 o 5 centímetros, evitando realizar la técnica durante más de dos horas según IPN de la FAME, aunque el momento concreto en el que la realización del baño y su duración se considera que es eficaz no se ha demostrado (16).

Esta técnica, además, favorece la liberación de oxitocina debido a que los niveles de estrés y ansiedad materno disminuyen, mejorando la calidad de las contracciones, siendo el proceso de dilatación más rápido, y además mejora la oxigenación de los tejidos musculares maternos y del feto (16).

Por tanto, existe evidencia suficiente para demostrar la efectividad de esta técnica, que además no presenta efectos nocivos, teniendo buena acogida y presentando buenos niveles de satisfacción (16).

Técnicas psicológicas

Dentro de estas técnicas la más destacable es la hipnoterapia, la cual consiste en establecer en el paciente un estado de alteración de la conciencia, de forma que se consigue un mayor nivel de distracción de la paciente, de forma que se modifican aspectos relativos a la memoria, la sensación espacio-temporal o incluso elementos fisiológicos que afectan a la paciente, de forma que se consigue cierto grado de analgesia, aunque es una técnica muy controvertida en cuanto a su efectividad, de forma que no se ha demostrado de forma concluyente que tenga un efecto analgésico durante el proceso del parto (16).

Técnicas mecánicas, electroestimulación

La técnica analgésica que se emplea mediante el uso de los TENS consiste en la estimulación eléctrica a través de la piel, de forma que evita la correcta transmisión de los impulsos nerviosos, los cuales viajan como estímulos nociceptivos a nivel medular, lo cual se produce debido a que los estímulos eléctricos que envía el TENS viajan a mayor velocidad que los estímulos dolorosos, de tal forma que estos quedan bloqueados cuando se transmiten hacia el cerebro (16).

Aunque el efecto analgésico que produce tiene ciertas limitaciones, este permite obtener cierto control del dolor, además, es la propia paciente la que maneja el aparato, de forma que permite utilizarlo de forma independiente, deambulando y manteniendo vida normal. Además, no presenta efectos secundarios, tanto en el feto como en la madre, ni afecta al nivel de conciencia de la misma, incluso algunos estudios han demostrado que la electroestimulación favorece la liberación de endorfinas, lo cual aumenta el nivel de satisfacción materno únicamente produciendo una irritación de la piel muy leve (16).

El TENS está compuesto de un generador de estímulos eléctricos, el cual se encuentra conectado a unos electro-



Figura 11. Colocación de los electrodos del TENS. Fuente: García Solís, A, Martínez Martínez, MA, Fernández Lara, JA. Electroestimulación transcutánea vs placebo para disminución del dolor en embarazadas durante la fase activa del trabajo del parto [Tesis de fin de grado en internet]. 2020.

dos, cuyo extremo termina en unos parches transmisores que presentan un gel que facilita la conducción eléctrica del parche a la piel, de forma que estos se colocan en las zonas que se pretende reducir el dolor. En el caso de las pacientes embarazadas estos se colocan en la zona de la espina dorsal o en la zona baja y media de la espalda. Este aparato presenta diversos interruptores que permiten encenderlo o apagarlo, así como regular el nivel de estimulación eléctrica, de forma que lo puede aumentar o reducir la intensidad de la misma según el dolor que presente. La percepción de la paciente cuando tiene conectado el TENS es definida como contracciones de las fibras musculares o como una sensación de burbujeo (16).

Esta técnica además presenta un nivel de satisfacción muy alto, pero es recomendable utilizarla en combinación con otros métodos analgésicos, de forma que se pueda establecer un manejo adecuado del dolor del parto, siendo de gran utilidad cuando los métodos farmacológicos están contraindicados, de forma que es una esperanza para las mujeres que se encuentran en este tipo de situaciones (16).

Seguimiento y soporte durante el parto

Es de vital importancia que la paciente sienta de forma permanente la figura de una persona que le acompaña durante

todo el proceso del parto. Esta persona puede ser elegida por la paciente o puede ser elegida por el equipo sanitario que se encarga de los cuidados de la misma, de forma que se establezca un consenso con la paciente con el fin de mejorar la calidad de los cuidados recibidos. Además, hay una tendencia a la reducción de los partos que precisan el uso de instrumentación de apoyo, así como de los nacimientos por cesárea y del tiempo en el que se desarrolla el trabajo del parto. También se ha observado que se reduce la necesidad de utilizar oxitocina, mejorándose la puntuación en el test de Apgar. Todo esto repercute en una mayor satisfacción materna, lo que reduce la incidencia de las depresiones postparto, favoreciendo los sentimientos positivos hacia el parto por parte de la madre, lo que a su vez repercute en un mayor éxito de la lactancia materna y el interés de la madre por mantenerla (16).

Generalmente el acompañante que se designa es una persona de gran confianza elegida por la madre, aunque en algunas ocasiones esta persona es un profesional sanitario, mostrándose en algunos casos un aumento de los niveles de satisfacción materno cuando la persona que les acompaña durante el proceso está formada y familiarizada en el proceso, estableciendo una relación profesional-paciente que le ayuda a mantener la calma, encontrarse segura y sin ser juzgada en ningún momento (16).

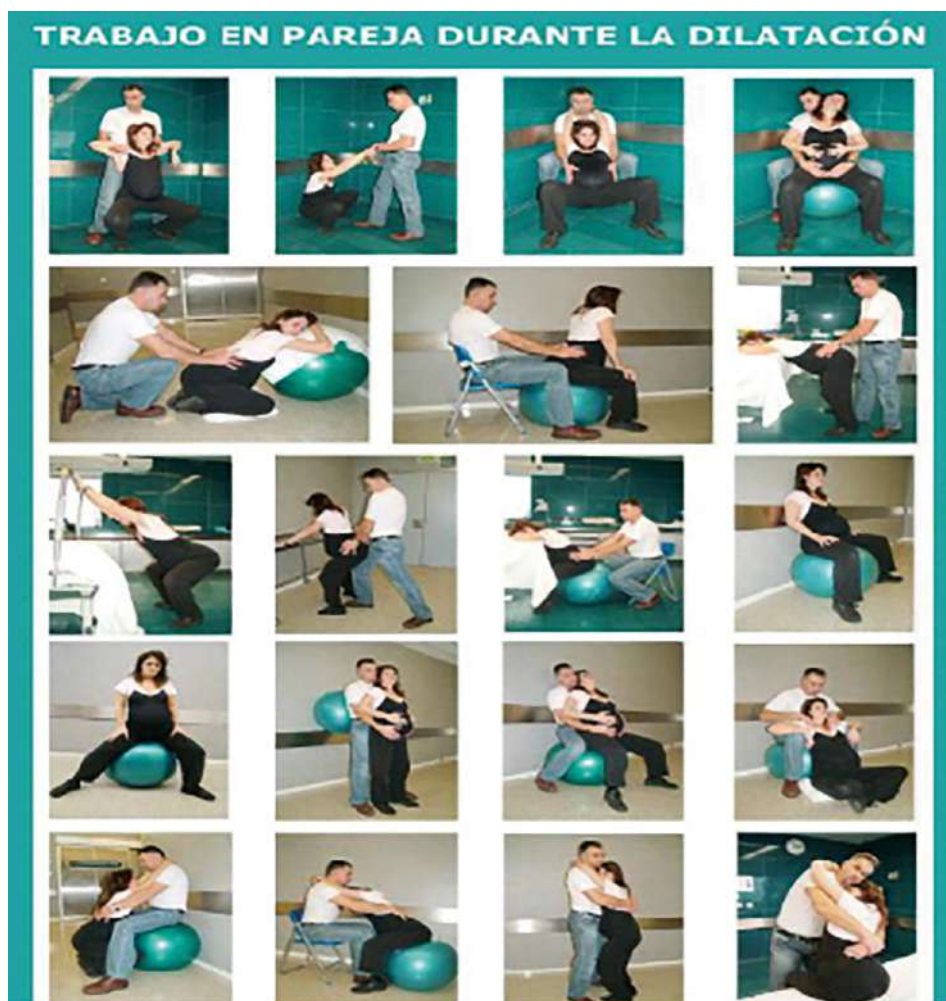


Figura 12. Soporte y ejercitación en pareja en el proceso del parto. Fuente: Moreno Torrano, A y Sola Cía S (dir). Propuesta de mejora para la atención al parto humanizado: Adecuación del espacio de la unidad de partos del Complejo Hospitalario de Navarra -b y ampliación de la oferta de métodos alternativos a la anestesia epidural para el alivio del dolor de parto [Trabajo de fin de grado]. 2019.

Audioanalgesia y terapia musical

La música ha acompañado al ser humano durante toda su historia, siendo bien conocidos sus efectos positivos sobre el cuerpo humano y su estado mental, de forma que permite establecer una situación de relajación, disminuyendo la tensión arterial, pulso y relajando músculos, de forma que la persona mantiene un patrón respiratorio más pausado y rítmico, que a su vez contribuye a ese estado de relajación, en el cual se aumentan los niveles de endorfinas y la sensación de control sobre uno mismo, mejorando aspectos tan esenciales para el ser humano como son el cognitivo, el afectivo y el psicomotriz (16).

De esta forma, se mejora el estado anímico que presentan las pacientes, aunque es preciso elegir adecuadamente el tipo de música, lo cual depende de los gustos personales de la paciente, lo cual favorece la sensación de control de la paciente, además de mejorar el carácter con el que se afronta el proceso de parto, estableciendo un ambiente de mayor tranquilidad y sosiego (16).

Aromaterapia

Esta técnica es bien conocida, ya que los aceites esenciales presentan diferentes propiedades según el aroma que contengan, de forma que pueden favorecer la disminución del estrés, ayudar al control de la ansiedad o mejorar la percepción del dolor, permitiendo a las mujeres tener una experiencia mucho más positiva del proceso del parto (16).

Aunque no existen estudios que establezcan que los aceites esenciales tienen un efecto sobre la TA, son bien conocidos sus efectos sobre el estado anímico de las personas, y por tanto el efecto que puede producir sobre una parturienta (16).

El uso de los aceites esenciales, aunque está clasificado como un método no farmacológico, ha de ser utilizado siempre con supervisión de un profesional que permita usarlos de una forma lo más segura posible (16).

Existe una gran variedad de elementos que se pueden utilizar para realizar la técnica de la aromaterapia, desde aceites para masajes, a velas, hierbas aromáticas o dispensadores aromáticos en los cuales se encuentra una gran variedad de aromas como el de manzanilla, salvia, lavanda o eucalipto, entre otros. Estos productos han de ser de calidad y utilizar la cantidad adecuada según las características propias del elemento utilizado (16).

Masajes

Técnica que consiste en el manejo de determinadas zonas del cuerpo mediante presión, frotamiento o golpes rítmicos, las cuales son principalmente regiones con masa muscular, aunque también pueden ser otras zonas con tejidos blandos. Esta técnica presenta efectos relajantes debido a la liberación de endorfinas y a que fomenta la reducción de cortisol, transmitiendo además atención en la persona que lo recibe (16).

Con el masaje, por tanto, se consigue la relajación de la tensión muscular, mejorando la circulación sanguínea y la oxigenación tisular, lo cual busca relajar y tranquilizar a la ges-

tante. Es importante destacar que la técnica siempre tiene que ser realizada por profesionales formados adecuadamente para realizar los masajes, de forma que se puedan evitar efectos no deseados por la realización inadecuada de los mismos (16).

Los masajes pueden ser de diferentes tipos, entre ellos se encuentran los masajes superficiales, los cuales se realizan mediante la presión con la yema de los dedos en diferentes zonas, como pueden ser la zona lumbar, los pies, el abdomen, cuello o espalda (16).

Otro tipo de masajes se realizan con el puño, la palma de la mano u objetos como pueden ser aparatos específicos para masajear, los cuales pueden ser usados en conjunto con aceites o cremas (16).

También se consideran masaje al uso de elementos como bolsas de agua caliente o toallas húmedas, además, los masajes están recomendados por el Ministerio de sanidad y otros organismos como la IPN de FAME o la OMS (16).

Inyección de agua estéril

Este método de analgesia no farmacológica se utiliza en obstetricia desde los años 20 del siglo pasado, representando una revolución en el momento, ya que es un méto-

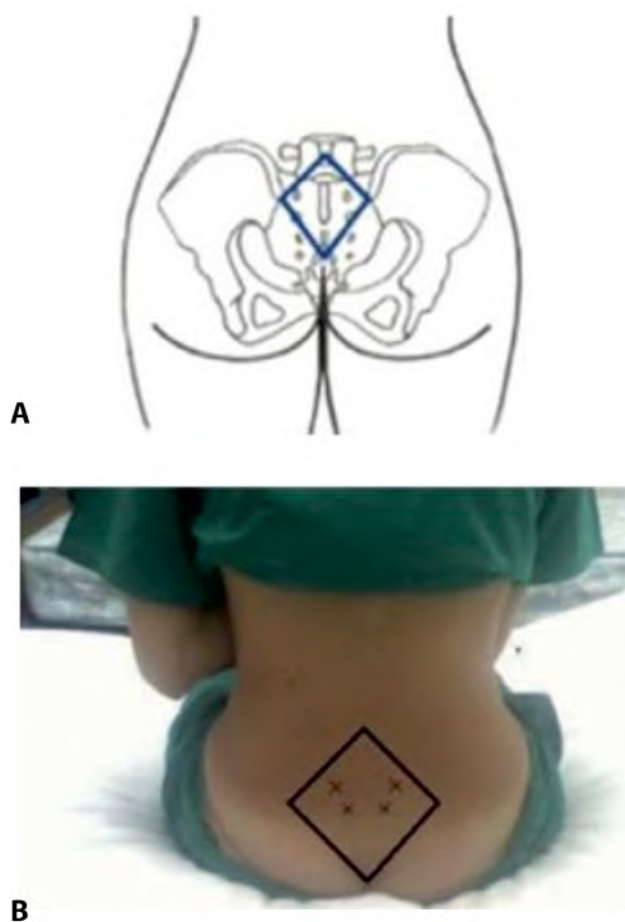


Figura 13. A) Rombo de Michaelis. B) Localización de los cuatro puntos de inyección dentro del rombo de Michaelis. Fuente: Aguinaga López, J y Pérez Molto, FJ. Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. Revisión. 2017.

do analgésico muy sencillo y barato, utilizándose además como anestésico local en cirugías menores (19).

La técnica consiste en la inyección de un máximo de 0,5 ml de agua estéril vía intradérmica, la vía subcutánea se ha investigado resultando menos efectiva que la vía intradérmica. Esta inyección se administra en cuatro dosis en el área denominada como el rombo de Michaelis, siendo conveniente la administración de las dos primeras inyecciones de forma simultánea. Tras inyectar el agua estéril se forman unas ampollas que estimulan los receptores de presión, de forma que estos estímulos bloquean la transmisión de los estímulos dolorosos que viajan a través de los nervios espinales (19).

Cuando se administran las inyecciones de agua estéril, estas tienen efecto prácticamente inmediato, alcanzando su efectividad máxima aproximadamente a los 40 minutos tras su administración, manteniendo el efecto durante un máximo de 90 minutos. Es importante indicar que esta técnica, aunque no presenta efectos adversos más allá de escozor y el dolor propio de las inyecciones, no produce alivio sobre el dolor perineal o el dolor abdominal que pueda sentir la parturienta, de forma que su administración se recomienda de forma temprana en la fase de dilatación cuando comienza con las contracciones y, si puede ser, sea administrado por dos profesionales al mismo tiempo, los cuales puede ser enfermeras, matronas o médicos (19).

Previo a la realización de esta técnica, se requiere el consentimiento informado por parte de la gestante, de forma que se le proporcionará información sobre la técnica, procedimiento, duración analgésica y efectos adversos como el escozor al realizar la punción (19).

Independencia de movimiento

Técnica de sencilla aplicación, puesto que consiste en permitir a la parturienta moverse libremente durante el proceso de parto, lo cual permite afrontarlo de una forma más positiva, mejorando la sensación dolorosa, además de aumentar la comodidad de la madre ya que se posicionará de manera que mejor se encuentre, lo cual mejora el dolor de las contracciones (16).

Para aplicar esta técnica es adecuado instruir a la madre previamente, de forma que conozca la posición que puede favorecerle más según la fase del parto en la que se encuentre, por ejemplo, durante la primera fase del parto es recomendable situarse en posición vertical, en semicuclillas o cuclillas, mediante estas posiciones se ha observado que se reduce el tiempo de la fase, a la vez que aumenta el espacio pelviano disponible para el bebé y reduce las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (16).

Además, otras posiciones que recomiendan organismos como la IPM de la FAME pueden ser mantener las piernas flexionadas y abiertas, apoyando la espalda sobre una superficie rígida como la pared, estar de pie con las piernas separadas o arrodillarse, posturas que deberán adaptar las madres según sus necesidades personales, ya que mediante esta técnica presentan total libertad de movimiento, aunque siempre es adecuada la supervisión por parte del profesional sanitario (16).

Plataformas inestables

Dentro de este grupo se encuentran las llamadas pelotas de parto, las cuales tienen su origen en Suiza y consisten en pelotas de goma de gran tamaño, también utilizadas en la práctica de ejercicio muscular como el Pilates, de forma que estas son utilizadas para promover la relajación de la musculatura y favorecer la actividad de la pelvis, teniendo gran prestigio en centros de rehabilitación o en centros deportivos, utilizándose también en las salas de parto, de forma que se proporciona un asiento cómodo, que se amolda a la anatomía del cuerpo gracias a su naturaleza elástica, de forma que permite la adopción de posturas cómodas que permiten el alivio del dolor, además, mediante la realización de movimientos suaves que contraen el suelo pélvico, favoreciendo la circulación sanguínea a la placenta y el proceso de descenso del bebé (16).



Figura 14. Ejemplo de posiciones con las pelotas de parto. Moreno Torrano, A y Sola Cía S (dir). Propuesta de mejora para la atención al parto humanizado: Adecuación del espacio de la unidad de partos del Complejo Hospitalario de Navarra -b y ampliación de la oferta de métodos alternativos a la anestesia epidural para el alivio del dolor de parto [Trabajo de fin de grado]. 2019.

Acupuntura

Esta técnica, cuyos orígenes milenarios se encuentran en China, pretende obtener un estado de "equilibrio energético", el cual se logra insertando agujas en diversos puntos estratégicos de la piel o presionando puntos llamados meridianos, según el objetivo que se pretenda conseguir.



Figura 15. Acupuntura en el embarazo. Fuente: Colectivo Nascer. Acupuntura realizada por la profesional Thais Olardi, naturóloga especialista en acupuntura para gestantes.

Esta técnica actúa mediante el bloqueo de los impulsos dolorosos, además de favorecer la generación de endorfinas, promoviendo la reducción del dolor (16).

Consecuencias del uso de analgesia epidural

La técnica de anestesia/analgesia epidural fue uno de los hallazgos del cirujano militar español Fidel Pagés en el año 1921, aunque su uso no se generalizó hasta el año 1998, momento en el que se tomó la decisión política de la "Universa-

lización de la Analgesia Epidural para el Parto en el Sistema nacional de Salud", lo cual supuso un gran avance a nivel político, social y sanitario, aunque esto se logró con gran retraso en comparación con el resto de países europeos (20).

La vía epidural es utilizada ampliamente para la realización de técnicas de analgesia en obstetricia, aliviando el dolor del parto y reducirlo lo máximo posible, evitando que la paciente tenga pérdida de consciencia y manteniendo la sensibilidad en el resto del cuerpo, mediante la utilización de anestésicos locales en el espacio epidural. Esta técnica se realiza mediante la punción del espacio entre dos apófisis espinosas a nivel lumbar, de forma que se accede al espacio epidural, canalizando una vía de acceso mediante un catéter que permitirá la perfusión de fármacos, ya sea mediante inyección en bolo, infusión continua o mediante bomba controlada por el paciente, los cuales producirán un bloqueo nervioso central que tendrán como resultado el efecto analgésico deseado (21).

Los efectos adversos consecuencia del uso de analgesia epidural guardan relación con el tipo de fármaco y la vía de administración. Las complicaciones que pueden derivar de este procedimiento puede ser (21):

- Prurito
- Hipotensión
- Somnolencia
- Temblores
- Fracaso de la técnica
- Fiebre
- Infección
- Hematoma epidural

Tabla 1. Técnicas alternativas en el manejo de la analgesia obstétrica, grado de efectividad y complicaciones. Fuente: Fernando Gomezese, O y Estupiñan Ribero, B. Analgesia obstétrica: Situación actual y alternativas. 2017.

Naturaleza de la técnica	Técnica	Efectividad	Complicaciones
Farmacológica	• Bloqueo epidural	Bastante efectivo	Leves
	• Analgesia combinada	Muy efectivo	Graves
	• Bloqueo periférico (paracervical y pudendo)	Moderada	Moderadas
	• Inhalados: N ₂ O	Poca	Ninguna
	• Inhalados: Halogenados	Poca	Graves
	• Analgesia IV: opiáceos	Moderada	Leves
No farmacológica	<i>Técnicas de relajación:</i>		
	• Inmersión en el agua	Poca	Ninguna
	• Masajes	Poca	Ninguna
	• Acupuntura	Poca	Ninguna
	• Modulación respiratoria	Poca	Ninguna
	• Música y audioanalgesia	Poca	Ninguna
	• Aromaterapia	Poca	Ninguna
	<i>Técnicas psicológicas:</i>		
	• Hipnosis	Poca	Ninguna
	<i>Técnicas mecánicas:</i>		
	• TENS	Poca	Ninguna

Otros efectos adversos de la analgesia epidural, menos frecuentes, pero con mayor gravedad pueden ser (21):

- Dolor fuerte de cabeza de larga duración.
- Lesión nerviosa.
- En las presentaciones fetales occipito-posterior, se ha observado un retraso en el proceso de rotación de la cabeza fetal, de forma que está asociado a una mayor duración del trabajo del parto, lo cual influye en un aumento en el dolor y la dificultad del mismo, lo cual está asociado a un aumento en la morbilidad materno-fetal. De esta forma, se ha observado un aumento en la cantidad de partos que precisan el uso de instrumentación de apoyo, cesáreas de urgencias, aumento en la realización de episiotomías, mayor sangrado materno, mayor incidencia de infecciones, desgarros y corioamnionitis, además de obtener peores resultados en el test de Apgar (22).
- Necesidad del uso de oxitocina para obtener una dinámica uterina adecuada, de forma que se precisa su uso en más situaciones, pudiendo producir efectos adversos como son la hipertonia uterina, taquisistolia, riesgo de rotura de útero o sufrimiento fetal (22).
- Aumento del uso de instrumentación en el parto: Lo cual está asociado a una mayor cantidad de desgarros cervicales, episiotomías, hemorragias y prolapso urogenital, además, el recién nacido puede presentar contusiones, hematomas, fracturas, hemorragias craneales, lesiones neurológicas o parálisis faciales (22).
- Aumento de los tiempos en las fases del parto (22).
- Disminución de la voluntad materna para empujar en el parto (20).
- Pérdida de la variabilidad cardíaca fetal (20).

Aun presentando gran cantidad de posibles efectos secundarios, la analgesia epidural se utiliza cada vez más en el parto. Según un estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados en los hospitales del SSPA, utilizando datos obtenidos de encuestas de satisfacción realizadas a las pacientes sobre la atención hospitalaria recibida, indican que el proceso de universalización de la anestesia epidural en el parto ha contribuido significativamente a eliminar las desigualdades sociales en su uso y, en consecuencia, a un mayor uso de la misma por parte de las usuarias del SNS. Además, en el caso de la comunidad autónoma de Andalucía, la legislación establece como derecho para la madre la reducción del dolor mediante métodos anestésicos, en caso de que ella lo consienta, de esta forma, se ha llegado a emplear la utilización de la anestesia epidural como indicador de la calidad asistencial durante el proceso del parto, ya que en numerosas ocasiones se reconoce como el método más eficaz para eliminar el dolor durante el proceso del parto. Las encuestas realizadas muestran que más del 85% de las mujeres que tuvieron posibilidad de utilizar la anestesia epidural decidieron hacerlo, aunque se ha observado que el mayor uso de la analgesia epidural y el aumento del conocimiento sobre la misma, favorecen la aparición de noticias sobre los efectos secundarios de la misma, de forma que en algunas ocasiones se observa un rechazo hacia la analgesia epidural en mujeres

que presentan un nivel educativo y sociocultural alto, las cuales buscan obtener métodos de parto alternativos, sin que el médico imponga su criterio y presente un uso mínimo de fármacos, observándose una mayor satisfacción y empoderamiento de la mujer durante el proceso del parto, además, diversos estudios muestran una mayor satisfacción durante el parto en las madres que tienen un parto por vía vaginal, donde no se utiliza analgesia epidural y se ha favorecido el uso de la lactancia materna, mostrando que han recibido una atención empática y personal por parte del personal sanitario, y además han podido estar acompañadas durante el proceso de parto, representando una mayor humanización en el proceso de parto tanto en ámbitos hospitalarios como extrahospitalarios (23).

En otras situaciones, se ha observado que la información inadecuada o la falta de información son las causas principales del rechazo al uso de la analgesia epidural, generando creencias falsas o temor ante las técnicas, además de la influencia del ámbito familiar, que además puede influir de forma inconsciente en la madre, haciéndola creer que recibirá una mayor atención y reconocimiento por parte de su familia si presenta más dolor (23).

CONCLUSIONES

Una vez fueron seleccionados los estudios que cumplieran los criterios de inclusión mencionados anteriormente, se procedió a la lectura de los mismos, seleccionando los más adecuados para incluirlos dentro del trabajo.

De esta forma, tras una primera lectura en la que se incluía el título y el resumen de cada trabajo, se comenzó a descartar aquellos trabajos que no presentaban relevancia ni relación con la revisión que se realiza en el presente trabajo.

Tras esto, se procedió a analizar la información contenida en los artículos seleccionados de forma más minuciosa, al igual que en el anterior proceso, durante este se procedió a descartar los artículos científicos que no eran relevantes para la revisión actual.

Con la finalidad de simplificar el análisis de los resultados y conclusiones obtenidos en el presente trabajo, se procede a clasificarlos en función de los objetivos anteriormente propuestos.

- *Relación entre el uso de analgesia epidural y la prolongación de la duración en la fase de dilatación y expulsiva del parto.* Como han observado Bueno López et al (22), el uso de analgesia epidural puede influir en la duración de las fases del parto, ya que produce un retraso en la rotación cefálica fetal, fomentando las presentaciones occipito-posteriores y favoreciendo que el trabajo del parto sea más extenso y, por tanto, más doloroso y difícil para la madre al aumentar la duración de las fases del parto, lo cual pone puede aumentar los riesgos que sufren tanto la madre como el feto durante el proceso del parto.
- *Relación entre el uso de analgesia epidural y el incremento de los partos que precisan instrumentación de apoyo.* En el estudio de Bueno López et al (22) se observa que hay una mayor cantidad de partos que precisan el uso de instrumentación cuando se utiliza la analgesia epidu-

ral, lo cual guarda relación con los efectos secundarios que puede producir, ya que entre sus efectos secundarios se encuentra el aumento de incidencia de partos en los que el feto presenta posición occipito-posterior en la fase de expulsión.

- *Otras complicaciones derivadas de la analgesia epidural.* Según observan Anim-Somuah et al (21), cuando se utiliza la analgesia vía epidural pueden aparecer complicaciones muy variadas, de forma que la madre puede presentar síntomas como un prurito muy intenso y desagradable, puede tener episodios de hipotensión y somnolencia, en ocasiones produce temblores tras su administración o incluso puede producirse el fallo de la técnica, de forma que se produzca infección del punto de punción, pudiendo tener síntomas asociados como fiebre en la madre, además, puede producirse la coacción de sangre por encima de la duramadre, lo cual se conoce como hematoma epidural.

Otros efectos que, aunque se observa que presentan menor frecuencia, implican mayor gravedad pueden ser la cefalea excesiva y de larga duración, lesiones nerviosas consecuencia directa de la inyección de la medicación vía epidural y el aumento de la morbilidad materno-fetal, ya que algunas de las complicaciones de la técnica pueden ser muy graves (mayor sangrado materno, desgarros, corioamnionitis y parto pretérmino) y, por tanto, potencialmente letales para la madre y/o el feto (21, 22).

- *Efectos adversos de los métodos no farmacológicos para el control o alivio del dolor del parto sobre las diferentes fases del mismo.* Se ha observado en diferentes estudios utilizados en el presente trabajo que, por una parte, los métodos no farmacológicos utilizados para el control del dolor durante el parto no presentan efectos adversos destacables más allá de irritación cutánea, como es el caso del uso de las técnicas mecánicas como el TENS (16), o dolor y escozor en el punto de punción, en el caso de las inyecciones de agua estéril (19).

Además, por otra parte, presentan efectos positivos como se observa con la técnica de Independencia de movimiento, la cual favorece la mejora del dolor de contracciones y puede llegar a contribuir a la disminución de las fases del parto y evitar las potenciales alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (16).

Otras técnicas favorecen la liberación de oxitocina y, por ende, mejoran la calidad de las contracciones como es el caso de los partos en el agua o el seguimiento y compañía durante el parto (16).

Otras técnicas como las plataformas inestables no presentan efectos adversos y, además, favorecen la circulación sanguínea a la placenta y el proceso de descenso del feto por el canal del parto al mejorar la actividad pélvica (16).

Por tanto, se observa en los diferentes estudios analizados que no existen otras complicaciones derivadas del uso de métodos no farmacológicos para el control del dolor del parto, siempre y cuando estos estén realizados por profesionales sanitarios como enfermeros, matronas o médicos cuya formación garantiza la correcta atención sanitaria durante el proceso del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvajal Cabrera, J., Martinovic, C. and Fernández, C., 2017. Parto natural ¿Qué nos dice la evidencia? ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas, 42(1).
2. Sam Fernández, DM, Zatta Cóndor JE, Limo Peredo JE (dir), Falla Aldana, BS (dir), Rodríguez Castro SA (dir). Factores de riesgo en el parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014 [Tesis de fin de grado en internet]. [Lambayeque]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.
3. Carvajal Cabrera, J. and Ralph Troncoso, C., 2019. Manual De Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. Santiago de Chile: Universidad Pontificia de Chile.
4. Vázquez Lara, J. and Rodríguez Díaz, L., 2017. Manual Básico De Obstetricia Y Ginecología. 2ª ed. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
5. Quishpe Pila, P. and Pico Aguilar, A., 2019. Analgesia Para La Labor De Parto: Métodos Modernos y Lineamientos Para Su Aplicación.
6. Ruiz Ferrón MC, Jurado García E, Baena Antequera F, Romero Martínez MJ, Barberá Rubini N, Arnedillo Sánchez MS. Influencia de la humanización de la atención perinatal sobre el uso de la analgesia epidural y las tasas de fiebre intraparto. Evidentia. 2015; 12.
7. Fernando Gomezese O, Estupiñan Ribero B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. Revista colombiana de Anestesiología. 2017;45(2):132-135.
8. Rodríguez Nájera, G., Camacho Barquero, F. and Umaña Bermúdez, C., 2020. Analgesia obstétrica para el parto vaginal: eficacia y efectos adversos. Revista Médica Sinergia, 5(1).
9. Límites del espacio epidural. Reproducido de de Groot J, Chusid JG Correlative Neuroanatomy, 20th ed. Appleton & Lange, 1988.
10. Hawkins, J., 2010. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. New England Journal of Medicine, 362(16), pp.1503-1510.
11. Tornero Tornero C, Fernández Rodríguez L, Orduña Valls J. Analgesia multimodal y anestesia regional. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2017;64(7):401-405.
12. Martín Herrera Salgado, J., 2015. Bloqueo Paracervical Con Lidocaína Simple Versus Analgesia Con Fentanilo Para Aliviar El Dolor Durante La Aspiración Manual Endouterina Por Aborto Retenido, Hospital Alemán Nicaragüense, Abril A Noviembre, 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
13. Anderson, D., 2014. Pudendal Nerve Block for Vaginal Birth. Journal of Midwifery & Women's Health, 59(6), pp.651-659.
14. Soler Sampol, M., 2020. Utilización Del Óxido Nitroso Co Método Analgésico Durante El Parto. Universidad de las Islas Baleares.

15. Valdivieso González, E., 2016. Técnicas De Relajación: La Aplicación A Lo Largo De La Educación Maternal En Mujeres Embarazadas Y Sus Beneficios Durante El Trabajo Del Parto. Universidad de Valladolid.
16. Arjona López, M., Montes Berges, B (dir). Proceso Del Parto Y Estrategias Para Afrontarlo. [Tesis de fin de grado en internet]. [Jaen]. Universidad de Jaén; 2015.
17. García Solís, A, Martínez Martínez MA (dir), Fernández Lara, JA (dir). Electroestimulación transcutánea vs placebo para disminución del dolor en embarazadas durante la fase activa del trabajo de parto [Tesis de fin de grado en internet]. [San Luis Potosí]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2020.
18. Aguinaga López J, Perez Molto F. Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. Revisión. Majorensis. 2017;13:31-39.
19. Aguinaga López, J y Perez Molto, F., 2017. Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. Revisión. Majorensis, 13, 31-39.
20. González de Zárate Apiñaniz J, Bienvenido Fernández R, Gómez Herreras JI. Historia del alivio del dolor del parto en España. An Real Acad Med Cir Vall. 2015; 52: 71-84.
21. Anim-Somuah M, Smyth R, Cyna A, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018.
22. Bueno-López V, Terré-Rull C, Casellas-Caro M, Fuentelsaz-Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. Matronas Prof. 2015; 16(4): 118-123.
23. García de Diego J, Serrano del Rosal R. Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía. Gaceta Sanitaria. 2019;33(5):427-433.

¿TE VAS A GRADUAR
O
TE HAS GRADUADO?
ESTA BECA ES PARA TI

**ADEMÁS, RECIBE UN CURSO ACREDITADO
POR LA CFC 100% BECADO**







953 585 330 - WWW.FORMACIONALCALA.ES

Más info en: www.formacionalcala.es