



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud

Osasun Zientzien Fakultatea

Alivio del dolor de parto. Métodos de analgesia como alternativa a la epidural.

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Estudiante: Ana Jiménez Salvador

Tutor: Alfredo Resano Lizaldre

Mayo, 2021

RESUMEN

Introducción: El dolor de parto es una de las mayores preocupaciones de la mujer durante el embarazo. A pesar de existir variedad de métodos analgésicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, la analgesia epidural es la más empleada. Sin embargo, cada vez más mujeres demandan la utilización de métodos alternativos a la epidural y buscan un parto menos intervencionista, y más humanizado. **Objetivo:** Analizar los métodos de analgesia alternativos a la analgesia epidural para el manejo de dolor de parto, dirigido a mujeres embarazadas que no deseen epidural o exista contraindicación médica. **Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica actualizada a través de las bases de datos PubMed, Dialnet, Cinahl, Cuiden y Sirius. También se han utilizado páginas web oficiales de organismos sanitarios. **Resultados:** La analgesia epidural, pese a su una alta efectividad en el alivio del dolor, tiene cantidad de efectos adversos. Tras la revisión bibliográfica se ha visto que existen métodos alternativos con menor número de efectos negativos tanto en la madre como en el bebé, con evidencia científica de su eficacia. Se consideran métodos efectivos para el alivio del dolor de parto: el óxido nitroso, el apoyo durante el parto, la pelota de parto, la inmersión en agua, la inyección de agua estéril y la psicoprofilaxis. Falta evidencia sobre el manejo de la acupuntura, la hipnosis y la TENS en el trabajo de parto. **Conclusiones:** Se debe fomentar la utilización de métodos alternativos a la epidural como respuesta a la demanda de la sociedad, ya que se ha comprobado que disminuyen el dolor y provocan a la mujer mayor satisfacción. En consecuencia, se propone formar a las matronas para que tengan más conocimientos sobre la variedad de técnicas para el manejo del dolor.

Palabras clave: Alivio, dolor, parto, métodos no farmacológicos, métodos farmacológicos.

Número de palabras: 11.120

ABSTRACT

Introduction: Labor pain is one of the major concerns of women during pregnancy. Despite the existence of a variety of analgesic methods for pain relief during labor, epidural analgesia is the most commonly used. However, an increasing number of women are requesting the use of alternative methods to epidural analgesia and are looking for a less interventionist and more humanized delivery. **Objective:** To analyze alternative analgesia methods to epidural for the management of labor pain, addressed to pregnant women who do not want an epidural or who are medically contraindicated. **Methodology:** An updated bibliographic review was conducted using databases such as PubMed, Dialnet, Cinahl, Cuiden and Sirius. The official web pages of health organizations were also consulted. **Results:** Epidural analgesia is highly effective in pain relief. However, it has several adverse effects. After the literature revision, it was found that there are alternative methods with fewer negative effects on the mother and baby, with scientific evidence of their efficacy. Nitrous oxide, labor support, birth ball, water immersion, sterile water injection and psychoprophylaxis are considered effective methods for labor pain relief. There is a lack of evidence on the management of acupuncture, hypnosis, and TENS in labor. **Conclusions:** The use of alternative methods to epidurals should be encouraged as a response to society's demand, as they have been proven to decrease pain and cause the woman greater satisfaction. Consequently, it is proposed to train midwives so that they are more knowledgeable about the variety of techniques for pain management.

Key words: Relief, pain, Labor, non-pharmacological methods, pharmacological methods.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	ANTECEDENTES	3
2	JUSTIFICACIÓN	4
3	OBJETIVOS	5
3.1	OBJETIVO PRINCIPAL	5
3.2	OBJETIVOS SECUNDARIOS	5
4	MATERIAL Y MÉTODOS	6
4.1	METODOLOGÍA	6
5	DESARROLLO	9
5.1	EL PARTO Y SUS ETAPAS.....	9
5.2	DOLOR DE PARTO.....	10
5.2.1	<i>Fisiología del dolor de parto.....</i>	<i>12</i>
5.2.2	<i>Percepción del dolor durante el parto.....</i>	<i>13</i>
5.3	ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO.....	14
5.3.1	<i>Métodos farmacológicos</i>	<i>15</i>
5.3.2	<i>Métodos no farmacológicos.....</i>	<i>21</i>
5.4	HUMANIZACIÓN OBSTÉTRICA	29
5.5	ROL DE LA MATRONA.....	30
6	DISCUSIÓN.....	31
6.1	ANÁLISIS DAFO	33
7	CONCLUSIONES	34
8	PROPUESTA TEÓRICA	35
8.1	INTRODUCCIÓN “DOLOR DURANTE EL PARTO: ¿QUÉ MÁS SE PUEDE HACER?”	35
8.2	ANÁLISIS DE LA PROPUESTA.....	35
8.3	OBJETIVOS	36
8.3.1	<i>Objetivo principal.....</i>	<i>36</i>
8.3.2	<i>Objetivos secundarios</i>	<i>36</i>
8.4	PROGRAMACIÓN	36
8.4.1	<i>Grupo diana</i>	<i>36</i>
8.4.2	<i>Lugar de desarrollo</i>	<i>36</i>
8.4.3	<i>Cronograma.....</i>	<i>37</i>

8.4.4	<i>Estrategias</i>	37
8.5	METODOLOGÍA	37
8.5.1	<i>Recursos</i>	38
8.5.2	<i>Primera parte</i>	38
8.5.3	<i>Segunda parte</i>	39
8.6	EVALUACIÓN.....	41
9	BIBLIOGRAFIA.....	42
10	ANEXOS	46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. TERMINOLOGÍA REFERENTE A BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	7
TABLA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	8
TABLA 3. EFECTOS MATERNOS Y FETALES DE DOLOR DE PARTO	11
TABLA 4. FACTORES INFLUYENTES EN EL DOLOR DE PARTO	13
TABLA 5. MATRIZ DAFO	33
TABLA 6. METODOLOGÍA PRIMERA PARTE	40
TABLA 7. METODOLOGÍA SEGUNDA PARTE	40

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PÁGINAS WEB DE ORGANISMOS SANITARIOS	7
FIGURA 2. DIAGRAMA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	8
FIGURA 3. FORMAS DE FALLO ANALGÉSICO EPIDURAL	18
FIGURA 4. APOYO EN EL PARTO	22
FIGURA 5. ROMBO DE MICHAELIS.	23

ABREVIATURAS

- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists
- FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España
- IAE: Inyección de agua estéril
- IASP: International Association for Study of Pain
- MeSH: Medical Subject Headings
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PPO: Psicoprofilaxis Obstétrica
- SEDAR: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- TENS: Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

1 INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional para Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial” (1)

El dolor de parto es diferente en cada una de sus fases, dado que la intensidad, la duración y la regularidad de las contracciones son cambiantes. Se trata de un dolor intenso, agudo y subjetivo, ya que la percepción del dolor varía en cada gestante y se ve influenciado por factores físicos, psíquicos, emocionales y culturales.

Este dolor es una de las mayores preocupaciones para la mujer durante el embarazo. La disminución del dolor y el bienestar de la gestante, son unos de los objetivos de los obstetras dedicados a la atención del parto. La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) recomienda satisfacer las expectativas de la mujer y la elección del manejo del dolor, para mejorar así su experiencia de parto. El alivio del dolor de parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la mujer, reduciendo la ansiedad y fomentando la relajación, por lo que se le debe prestar una atención especial. (2)

Actualmente, existen diferentes métodos dirigidos a disminuir el dolor y mejorar el confort de la gestante durante el trabajo de parto. Estos se diferencian en métodos farmacológicos y no farmacológicos. De tal forma que, si existe negativa de la mujer a la analgesia epidural o contraindicación médica expresa, hay otras terapias alternativas para aliviar el dolor del trabajo de parto.

Antes de exponer los diferentes métodos para el alivio del dolor en el trabajo de parto, es importante saber diferenciar entre analgesia y anestesia. La anestesia es la privación general o parcial de la sensibilidad, y la analgesia es la falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de sensibilidad. (3)

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

- Acompañamiento durante el parto
- Inyección intradérmica de agua estéril
- Inmersión en agua
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Pelota de parto o balón suizo
- Hipnosis
- Acupuntura
- Psicoprofilaxis

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

- Analgesia neuroaxial: epidural, combinada
- Analgesia intramuscular o intravenosa: opioides
- Analgesia inhalatoria: óxido nitroso
- Analgesia local: bloqueo paracervical, bloqueo de nervios pudendos
- Anestesia general

A la hora de elegir el método analgésico, este debe ser lo más individualizado posible, considerando las ventajas y las contraindicaciones de cada uno. Es importante tener en cuenta las patologías de la gestante, el estatus fetal, la edad materna, la nuliparidad, la presentación y el tamaño del feto, además de antecedentes maternos psicológicos, como miedo y ansiedad. Toda técnica que se elija debe garantizar la seguridad, el bienestar, la tranquilidad y la privacidad de la madre. (4) Cada vez más mujeres demandan la utilización de otros métodos alternativos a la epidural. Ante esta actitud, las matronas, encargadas de ayudar en el alivio del dolor en el parto, deben estar informadas y formadas sobre las diferentes técnicas de alivio del dolor mencionadas anteriormente. La educación para la salud es un elemento clave en el trabajo de una matrona para la atención de la madre.

1.1 Antecedentes

El cuidado durante el trabajo de parto se ha tenido en consideración desde la antigüedad hasta la actualidad. Utilizando desde brebajes, ritos, encantamientos hasta la predisposición por las técnicas analgésicas. (5)

A principios del siglo XIX, comenzaron los primeros descubrimientos en la medicina sobre la analgesia obstétrica, se aplicaba éter y cloroformo como alivio del dolor, pero posteriormente se descubrió que desencadenaban problemas en la mujer.

De tal modo que, en España en el siglo XX, tras los problemas que ocurrieron con el éter y el cloroformo, pasó de atenderse el parto en el domicilio al ámbito hospitalario. Así se dió comienzo al manejo de nuevas técnicas como la anestesia general inhalatoria, el óxido nitroso o la anestesia paravertebral, epidural y espinal. También se intentó incorporar la morfina y la dolantina como técnicas analgésicas, pero se descartaron por los efectos nocivos en el feto. (6)

En la segunda mitad del siglo XX, se estableció la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR) y con ella se incluyeron mejoras en técnicas analgésicas, como la técnica epidural, además la persona encargada en administrarla pasó a ser el médico anestesista.

Además, desde 1996, se cuenta con la Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal, elaborada por la organización Mundial de la Salud (OMS). (5)

2 JUSTIFICACIÓN

El manejo del dolor durante el trabajo de parto, así como la elección del método analgésico, son procesos importantes con influencia sobre el desarrollo del embarazo.

Por lo tanto, la madre debe tener una participación activa en la elección y conocer toda la información sobre los diferentes métodos a los que puede acceder, no únicamente de la analgesia epidural. Hoy en día, existen pocas alternativas para el alivio del dolor de parto en el ámbito hospitalario. Para ello, las matronas, encargadas de la atención del parto, deben recibir formación y estar informadas sobre el manejo de los métodos analgésicos existentes, tanto farmacológicos como no farmacológicos para el alivio del dolor de parto.

Instituciones relevantes dentro del campo de la obstetricia y la ginecología, recomiendan técnicas alternativas a la epidural, como el óxido nitroso, el apoyo durante el parto, la inyección intradérmica de agua estéril, la inmersión en agua, la TENS, la pelota de parto, la hipnosis, la acupuntura, y la psicoprofilaxis, siendo la mayoría de ellas técnicas eficaces y seguras en el alivio del dolor. Por lo tanto, podrían ser una opción para aquellas mujeres que tienen contraindicada la epidural o desean otro tipo de analgesia menos invasiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

→ Analizar los métodos de analgesia alternativos a la analgesia epidural para el manejo de dolor de parto, dirigido a mujeres embarazadas que no deseen epidural o exista contraindicación médica.

3.2 Objetivos Secundarios

→ Estudiar los beneficios y efectos adversos de los métodos analgésicos para aliviar el dolor de parto tanto farmacológicos como no farmacológicos

→ Desarrollar un programa de formación dirigido a matronas para el manejo de los métodos analgésicos alternativos a la epidural durante el proceso del parto.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sobre los distintos métodos de analgesia, tanto farmacológicos como no farmacológicos para el alivio del dolor de parto.

Para la búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio, se ha utilizado el servicio biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Desde ahí se han consultado distintas bases de datos científicas especializadas en Ciencias de la Salud como son Cinahl, PubMed, Cuiden, Dialnet. También se ha empleado una nueva herramienta de la Universidad Pública de Navarra, denominada Sirius, que permite buscar y acceder a texto completo en línea de artículos, revistas, libros, etc. (Tabla 3)

Para lograr unos resultados más específicos, han sido consultadas páginas webs de instituciones relevantes en el campo de la obstetricia y la ginecología tales como la OMS, SEGO, FAME, SEDAR (Figura 1). Además, para completar información se ha obtenido información de Trabajos de fin de Grado relativos al tema de estudio.

Se han combinado las palabras clave con sus respectivos términos MeSH (Tabla 1) utilizando los operadores booleanos "AND" Y "OR". Los criterios de inclusión empleados en la selección de los artículos han sido:

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2010-2021)
- Publicaciones en español e inglés
- Acceso a texto completo de artículos

Tras la revisión de los artículos encontrados, han sido seleccionados aquellos más adecuados al objetivo del trabajo y con mayor evidencia científica.

En primer lugar, la selección se llevó a cabo a partir del estudio de los títulos y resúmenes de los artículos encontrados en la búsqueda.

Tras la lectura de estos, se procede al análisis del texto completo de los artículos válidos. A la hora de realizar el descarte de los artículos han sido eliminados aquellos que su contenido era impreciso y no se acercaban a nuestro objeto de estudio. (Figura 1)

Alivio del dolor de parto. Métodos de analgesia como alternativa a la epidural.

Se ha empleado el gestor bibliográfico Mendely para insertar las citas, utilizando el estilo Vancouver.

Tabla 1. Terminología referente a búsqueda bibliográfica

PALABARA CLAVE	TÉRMINO MeSH
Dolor	Pain
Parto	Labour/Labor
Analgesia	Analgesia
Alivio	Relief
Epidural	Epidural
Terapia alternativa	Alternative therapies
Analgesia no farmacologica	Non-pharmacological analgesia







Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Páginas web de organismos sanitarios



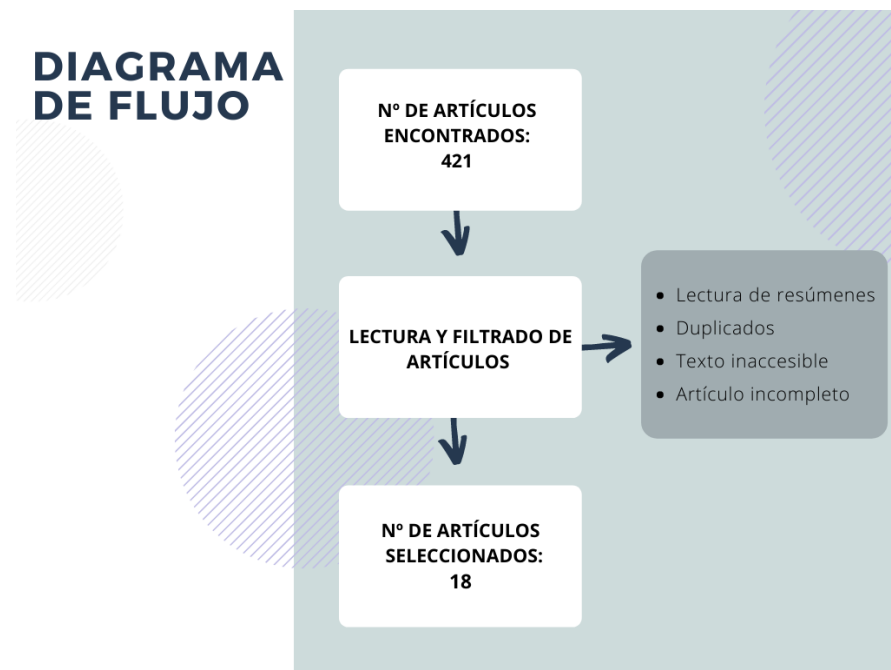
Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Estrategias de búsqueda bibliográfica

BASE DE DATOS	BUSQUEDA ESTRATÉGICA	RESULTADOS	SELECCIONADO
	Labour pain AND (relief OR analgesia) Filtro: Último año, texto completo.	68	1
	Alivio AND dolor AND parto Filtro: Artículo de revista, 2010-2020, texto completo.	64	5
	Alivio AND dolor AND parto Filtro: Tesis, 2010-2020, texto completo.	55	1
	Pain in labor AND Alternative Therapies Filtro: 2010-2020, texto completo.	30	1
	Epidural AND alternativas AND parto	18	1
	Analgesia in Labour AND methods and alternative therapies Filtro: 2010-2020, texto completo.	186	9

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Diagrama de selección de artículos



Fuente: Elaboración propia

5 DESARROLLO

5.1 El parto y sus etapas

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el parto normal como “El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”. El proceso de parto se divide en 3 etapas, etapa de dilatación, etapa del expulsivo y etapa de alumbramiento. (7)

La dilatación corresponde a la primera etapa del parto comienza con el inicio de las contracciones hasta que se consigue la dilatación completa. Se divide en fase latente y fase activa. La fase latente corresponde con el periodo de parto entre el inicio de este y los 4 cm de dilatación. Se caracteriza por contracciones variables en duración e intensidad. Por otro lado, la fase activa transcurre entre los 4 y los 10 cm de dilatación, con una regularidad de contracciones tanto en intensidad como en frecuencia. El proceso es más rápido.

La segunda etapa del parto es el expulsivo y transcurre desde el momento que se alcanza la dilatación completa hasta la expulsión del feto.

El alumbramiento, identificado como la última etapa comprende desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. (2)

La SEGO considera que la atención en el parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Toda decisión que se toma acerca del parto, como el tipo de parto, la anestesia, el lugar, los profesionales sanitarios que la asisten, se decide a través de “enfoque de riesgos”. El riesgo dentro del embarazo se clasifica en riesgo bajo o 0, riesgo medio o 1, riesgo alto o 2 y riesgo muy alto o 3. (4)

5.2 Dolor de parto

Se conoce el dolor de parto como una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, influida por múltiples factores internos y externos, y que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos.

Este dolor es único e individual y excepcional en cada mujer. (9) El dolor que se siente en el trabajo de parto es una de las mayores preocupaciones de la mujer. El 20% de las parturientas lo describen como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y únicamente el 15% como mínimo, siendo notablemente incrementado durante el expulsivo. (3)

La intensidad del dolor es difícil de medir, para la valoración de este en el trabajo de parto existen diversas escalas, numéricas, verbales y análogas visuales, en ellas se representa el dolor clasificándolo desde “ausencia” hasta “ el peor dolor experimentado antes”, o desde “leve” a “severo”. El parto es un momento de estrés y las mujeres muchas veces no quieren hablar, de ese modo la escala visual analógica (EVA) facilita la percepción del dolor de las gestantes.(8)

Presenta consecuencias fisiológicas en la madre y el feto, además de diversas consecuencias patológicas tras el parto como el dolor crónico y morbilidad maternal o fetal a largo plazo. Los efectos psicológicos conocidos varían de una mujer a otra, pudiendo dificultar el cuidado del recién nacido tras el parto y aumentar la posibilidad de sufrir ansiedad o depresión en próximos embarazos. (Tabla 4) (9)

Tabla 3. Efectos maternos y fetales de dolor de parto

EFECTOS DEL DOLOR DE PARTO	
MATERNOS	FETALES
Aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial	Disminución de la perfusión uteroplacentaria por las contracciones
Alcalosis	Hipoxemia
Desplazamiento a la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina	Acidosis
Aumento de la secreción gástrica y disminución de la motilidad gástrica	Vasoconstricción de la arteria uterina
Dolor crónico tras el parto	
Depresión	

Fuente: Cortés F, Merino W, Bustos K. Pain perception during labor. A review of factors. Rev Chil Anest. 2020;49(5):614-24. Elaboración propia

5.2.1 Fisiología del dolor de parto

El dolor durante el embarazo comienza mucho antes, alrededor de las 20 semanas de gestación con las contracciones de Braxton Hicks, las cuales se hacen más notorias a la vez que avanza el embarazo. Son diferentes localizaciones donde comienza el dolor, entre ellas la columna vertebral, la zona pélvica y genital. (9)

Durante la primera fase, la dilatación, el dolor es visceral y es producido por las contracciones uterinas y del cuello, puede durar hasta 24 horas. En esta fase se produce un fenómeno llamado dolor reflejo, en otras palabras, el dolor del útero se trasmite a zonas distintas del cuerpo, como son la pared abdominal, la región lumbar, las crestas iliácas, los glúteos y los cuádriceps. Este fenómeno ocurre a causa de la transmisión de los estímulos a través de los nervios espinales T10 a L5 y las raíces, que inervan tanto el útero como el área lumbosacra. Las ramas cutáneas de la zona lumbar y torácica recogen la sensibilidad de gran área, de manera que el dolor se trasmite también a la zona de la piel sobre la vértebra L3 a S2.

En la segunda fase conocida como el expulsivo, el dolor es somático, más agudo. Durante la distensión de la vagina, el perineo, el suelo y los ligamentos pélvicos, el impulso es transmitido por el nervio pudendo y las raíces nerviosas de S2 a S4. Dura desde unos minutos a 4 horas.

En la tercera fase, denominada alumbramiento, el dolor disminuye considerablemente y se debe a la presión por la estimulación de las fibras vaginales durante la expulsión de la placenta. Su duración es entre 5 minutos y una hora. (6,10)

En cuanto a la hiperventilación y la vasoconstricción durante el parto, esta ocurre a causa de la activación de la respuesta al estrés por el dolor de parto, de ahí que se produzca una alteración del sistema pulmonar y el sistema cardiovascular. En general podemos encontrarnos hipocapnia, hipoxemia, desaturación lo que puede afectar al bienestar del feto. Además, la ansiedad que se produce durante el proceso provoca una mayor respuesta al estrés. (11)

5.2.2 Percepción del dolor durante el parto

La percepción del dolor es variable en cada gestante, desde no presentar dolor hasta sentir el mayor dolor antes nunca experimentado. Se conoce que las multíparas sienten menos dolor que las gestantes nulíparas. Esta percepción se ve influenciada por muchos factores tanto psicológicos, genéticos, fisiológicos, socioculturales, educativos, así como factores externos. El conocer los factores que influyen en el dolor durante el parto ayuda a seleccionar el método adecuado para el alivio del dolor en cada gestante. (6)

Según la cultura de la mujer, la percepción, la interpretación y la actitud ante el dolor, pueden variar. En algunas culturas se interpreta el dolor como paradójico, ya que es un dolor insoportable, pero a la vez deseable, puesto que supone el nacimiento de un nuevo individuo para la humanidad.

Un alto nivel de ansiedad o de estrés, el pensamiento de una posible cesárea o un parto instrumental o el miedo al parto son factores psicoafectivos que reducen la confianza de la mujer en el parto, provocando así una mayor probabilidad de experimentar el dolor con mayor intensidad. (6)

Tabla 4. Factores influyentes en el dolor de parto

FACTORES INFLUYENTES EN EL DOLOR DE PARTO	
INTERNOS	EXTERNOS
Experiencias previas	Tipo de inicio de parto
Cultura y etnia	Posición durante el parto
Habilidades y expectativas de la mujer	Acompañamiento y apoyo durante el proceso
Antecedentes obstétricos	Ambiente durante gestación y parto
Concepto de parto	Relación con los profesionales
Nivel de ansiedad	Conocimiento sobre métodos de alivio del dolor
Implicación en el proceso	

Fuente: Mallén-Pérez L, Juvé-Udina ME, Roé-Justiniano MT, Domènech-Farrarons À. Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 61-67. Elaboración propia

5.3 Alivio del dolor de parto

Según el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), no hay circunstancia en la que se considere aceptable que una persona experimente un dolor intenso, susceptible de alivio seguro de dolor, mientras esté bajo supervisión de personal sanitario. (12)

El alivio del dolor durante el trabajo de parto se lleva a cabo mediante la analgesia obstétrica. Los métodos de analgesia han aumentado en la última década. No obstante, la más conocida y usada entre las gestantes sigue siendo la analgesia epidural. Estos avances permiten tener acceso a otros métodos en caso de fallo de la epidural o negación de la mujer; multitud de instituciones relevantes en el ámbito obstétrico hablan de nuevos métodos y alternativas a la epidural. (13)

La Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR) tiene entre su selección métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto. Respecto a estos últimos encontramos el apoyo a la parturienta, inyección de agua estéril, inmersión en agua, psicoprofilaxis, hipnosis, acupuntura y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). Dentro de los métodos farmacológicos podemos observar el óxido nítrico, los opioides, el bloqueo paracervical, el bloqueo de pudendos, la anestesia local, la anestesia general y la analgesia neuroaxial. (2)

Así mismo, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal de 2010 del Ministerio de Sanidad propone entre los métodos no farmacológicos la inmersión en agua, el masaje, las pelotas de parto, las técnicas de relajación y la inyección de agua estéril. La técnica epidural destaca entre los métodos farmacológicos y además recomienda el óxido nítrico y opioides.

Por último, la Iniciativa al Parto Normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) informa sobre el alivio del dolor mediante distintas técnicas como la libertad de movimientos, el uso del agua, las inyecciones de agua estéril, el masaje, la TENS, las técnicas de relajación y el óxido nítrico. (7)

Ahora bien, no todos estos métodos presentan una eficacia demostrada, y se debe tener en consideración tanto los beneficios como los efectos adversos de cada uno.

5.3.1 Métodos farmacológicos

Dentro de los métodos farmacológicos existentes principalmente destacan sobre la literatura la analgesia epidural y la analgesia inhalatoria: óxido nitroso, aunque la SEGO menciona variedad de métodos farmacológicos. Entre ellos se encuentran el bloqueo paracervical con gran efectividad en la dilatación; su inicio es rápido, pero la duración del efecto corta y se asocia a la aparición de bradicardia fetal. Otra alternativa es el bloqueo de nervios pudendos, la cual es eficaz durante el expulsivo, es de fácil y rápida administración, además de no requerir vigilancia posterior y con menor probabilidad de desgarros. (3)

Otro tipo de técnica es la analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa) utilizada para la administración de opioides, cuyo efecto es a nivel central. Entre los opiáceos más utilizados en obstetricia encontramos la meperidina y el remifentanilo. Este último es más eficaz, aunque la incidencia en depresión y desaturación respiratoria maternal es mayor, y el test de Apgar más bajo. La meperidina es un opioide barato y con inicio rápido, pero a la vez produce emesis, náuseas, prurito, enlentecimiento del vaciado gástrico y depresión respiratoria; a nivel del recién nacido ocasiona disminución de la frecuencia cardiaca fetal y sedación. En referencia a la anestesia general, actualmente es utilizada en menos del 10% de las cesáreas. Se limita a casos donde no es posible la aplicación de una técnica regional, ya que la gestante tiene mayor probabilidad de aspiración broncopulmonar. Es más, se recomienda la anestesia espinal para la realización de una cesárea. (3,14)

A. Analgesia epidural

Actualmente se conoce la epidural como el modelo ideal de analgesia. Su técnica consiste en la inserción de un catéter en el espacio epidural dorsal en la zona lumbar media-baja que se coloca entre las apófisis espinosas. El médico anestesista realiza esta técnica. A través del catéter se administran los medicamentos, normalmente anestésicos locales como la bupivacaína a veces junto con fentanilo o sufentanilo, su infusión puede ser continua o intermitente. El momento de iniciar la analgesia epidural depende de cada mujer, es decir cuando ella lo solicite y según la dinámica y la fase de parto en la que se encuentre, sólo si la cabeza del bebé está encajada y la dilatación está muy avanzada es tarde para poner la epidural. La analgesia tarda en hacer efecto unos 10-20 minutos y el alivio del dolor es progresivo manteniendo sensación de compresión, pero no de dolor.

Existen variantes de analgesia epidural, la mencionada anteriormente conocida como la epidural tradicional y la epidural combinada (intradural-epidural), donde se administra una dosis de anestésico en el espacio subaracnoideo junto con la analgesia epidural. Este método es más rápido, su efectividad se produce a los 2-5 minutos, tiene mayor fiabilidad y calidad analgésica, siendo mayor la satisfacción materna. Mediante la analgesia combinada o la analgesia epidural a bajas dosis, se consigue que la embarazada pueda mantener la movilidad de las extremidades inferiores, conservando la función motora y bloqueando las fibras sensitivas. Esta técnica se conoce como *Walking epidural*. (3,15,16)

Los modos de mantener la perfusión de la analgesia epidural durante el parto son dos: la administración de bolos epidurales intermitentes controlados por la mujer y la perfusión epidural continua. La infusión de bolos intermitentes reduce la incidencia del bloqueo motor, aumenta el alivio del dolor y la satisfacción de la madre en el trabajo de parto. Sin embargo, se consigue una mejor analgesia con la unión de los dos métodos. La elección del modo de administración de la analgesia puede influir en la eficacia, en la satisfacción materna y en la cantidad de anestésico. (3, 16)

Hay situaciones en las que no se puede administrar la analgesia epidural, ya sea por negativa o incomprensión de la mujer o por patologías como malformaciones, alteración de la columna vertebral, alteración de la coagulación, enfermedad

neurológica, hemorragia mal controlada, infección o tatuajes en la zona de punción y mal estado general de la mujer. También puede ocurrir que la dilatación sea muy avanzada en la llegada al hospital y se produzca un nacimiento inmediato. Si es así la epidural no hará efecto antes del nacimiento del bebé (17). Al mismo tiempo, puede haber un fallo en su administración. Entre un 3,5-32% de las gestantes tienen probabilidad de que la analgesia epidural no sea satisfactoria. El fracaso de la analgesia se presenta de varias formas (18):

- *Ausencia total analgésica inmediata:* Ocurre cuando hay mala colocación del catéter.
- *Ausencia total analgésica tardía:* Se manifiesta mediante la salida o desconexión del catéter. El riesgo de fallo aumenta en partos de larga duración (> 6 horas) y en gestantes con obesidad.
- *Dolor bilateral:* El dolor persiste, pero es menor, cabe la posibilidad de que el lugar de inserción no ha sido el adecuado. A veces la punción se hace a nivel de la D10 y en esa ocasión se debe aumentar el volumen y el ritmo de perfusión.
- *Analgesia unilateral:* Ocurre entre el 5-21% de analgesias epidurales. El dolor se manifiesta únicamente en un lado, la mayoría de las veces se debe a la colocación de la mujer, ya que están colocadas hacia el lado donde el bebé tiene mejor registro cardiotocográfico. El lado sobre el que están apoyadas se bloquea totalmente y el lado contrario mínimamente. Los pasos a seguir son: colocar en decúbito lateral y el lado con dolor en declive y administrar un bolo de refuerzo. Otra de las causas puede ser una mayor introducción del catéter, la solución es retirar el catéter entre 1-2 cm y administrar un bolo de refuerzo.
- *Analgesia parcheada:* Aparecen en cualquier momento y se desconoce su causa. Se relaciona con alteraciones anatómicas en el espacio epidural, aunque también puede ser por un error en el emplazamiento. La administración de bolos de refuerzo no tiene por qué ser la solución, ni la retirada parcial del catéter, por lo tanto, habría que volver a introducir el catéter de nuevo.

Alivio del dolor de parto. Métodos de analgesia como alternativa a la epidural.

- *Dolor perineal y/o lumbar*: El dolor perineal se produce cuando la dilatación es avanzada, la mujer necesita más analgésico debido a un aumento del grosor de las raíces sacras por la presión del feto. El dolor lumbar puede derivarse de la presión de la cabeza del feto en sacro y pelvis menor. La solución es reforzar con más analgesia. (18)

Figura 3. Formas de fallo analgésico epidural



Fuente: Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Forner-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. Elaboración propia.

Hoy en día es la técnica más efectiva, pero la influencia de la analgesia epidural puede verse reflejada negativamente en el trabajo de parto y los resultados materno-fetales. Podemos distinguir las siguientes complicaciones o efectos adversos: aumento de la duración del expulsivo y probabilidad de parto instrumental, hemorragia postparto y nivel de desgarro vaginal más graves, APGAR en el recién nacido de menor puntuación, posible cefalea tras la retirada de catéter, hipotensión, prurito, retención urinaria y fiebre (3, 15).

La elección del uso de la epidural para el parto depende de varios aspectos. Se ha observado que hay mayor demanda en nulíparas que en multíparas, siendo las usuarias más jóvenes y de edad gestacional mayor aquellas que más requieren epidural. (15)

B. Óxido nítrico

El óxido nítrico es la técnica más eficaz entre los métodos farmacológicos alternativos a la epidural. Es más, tiene menos probabilidad de acabar en parto distócico y menos efectos nocivos para la madre y el bebé.

Se administra con una concentración al 50% junto con oxígeno por medio de una mascarilla facial. Siendo administrado por la propia gestante durante el trabajo de parto. Su acción es rápida, ideal para la primera y segunda etapa del parto. El modo de empleo debe ser correcto para que sea efectivo, la inhalación debe comenzar antes de que empiecen las contracciones uterinas porque el efecto surge a los 30-50 segundos de su administración. Ésta debe ser intermitente, es decir, la mascarilla entre las contracciones será retirada y se respirará normal.

Proporciona una analgesia moderada con efecto sedante y calmante, la intensidad de la analgesia va a depender de la actitud y el estado psicológico de la mujer. Este tipo de analgesia siempre debe estar supervisado por un profesional cualificado con conocimientos sobre las características del gas.

Entre sus inconvenientes se encuentra que su rápido cese y ausencia de disminución del dolor de las contracciones. Siempre se utiliza en forma gaseosa y debe administrarse por inhalación, puede realizarse de forma continuada o intermitente sólo durante las contracciones. La forma intermitente disminuye la probabilidad de una sobredosificación y de causar una hipoxemia. (19,8)

Como efectos adversos destacan: mareos, vómitos, náuseas, somnolencia y alteración del recuerdo, pero tiene numerosos beneficios:

- Reducen la ansiedad y el miedo.
- Libertad de movimientos durante el proceso de parto.
- Acción rápida del efecto.
- Aumento del umbral del dolor.
- Postoperatorio sin complicaciones y recuperación rápida.
- No es tóxico, ya que no se metaboliza.
- Existen mínimas contraindicaciones.
- Buena oxigenación y óptima saturación.
- No alarga el trabajo de parto.
- No anula el reflejo de pujo.

Existen evidencias de que su uso es seguro, no produce daños ni en la madre ni en el bebé, aunque está contraindicado y hay que tener especial atención en personas con hipersensibilidad, embolia gaseosa, neumotórax, infecciones de oído medio, lesiones maxilofaciales, pacientes con necesidad de oxígeno al 100%, enfisema bulloso, tratamiento con vitamina B12 y otras patologías con aumento de cavidad aérea. En muchos países como Inglaterra, Austria, Canadá o Suecia se utiliza esta técnica de forma habitual en los partos.

Como se ha podido observar el óxido nitroso tiene menos efectos secundarios a largo y a corto plazo que la epidural, hay buenos resultados sin influir negativamente en el feto y la madre. (19, 8)

5.3.2 Métodos no farmacológicos

En los últimos años se ha dado mayor importancia a la participación y necesidades de la gestante, por consiguiente, ha aumentado la demanda de otros métodos. Sin embargo, la implementación de métodos alternativos para el alivio del dolor en la atención del parto es escasa, siendo reconocida la eficacia y la seguridad de algunos de estos métodos. Podrían considerarse medicina complementaria, es decir aquellas prácticas e ideas que quedan fuera de la medicina convencional y además facilitan la prevención, el tratamiento, la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes. La OMS recomienda la implementación de estrategias no farmacológicas para aliviar el malestar derivado del dolor durante el trabajo de parto, además estas técnicas pueden combinarse entre sí y utilizar múltiples simultáneamente. (21)

A. Acupuntura

La acupuntura es un método para el tratamiento del dolor utilizada en la medicina tradicional china y se ha observado que puede ser aplicado en el trabajo de parto. Consiste en la inserción de finas agujas estériles en partes específicas del cuerpo humano, los puntos localizados para el alivio del dolor de parto se encuentran en las manos, los pies y las orejas. El mecanismo de acción de la acupuntura no está definido, aunque se relaciona con el aumento de producción de las endorfinas, la serotonina y la dopamina tanto a nivel sanguíneo como cerebral. Estos neurotransmisores actúan como analgésicos. (11)

Existen evidencias de que la acupuntura puede ser útil para el alivio del dolor en el parto, y reducir la duración de éste, además no se han encontrado efectos adversos importantes en la madre y el bebé. Sin embargo, está poco fundamentada su eficacia. En un estudio realizado a cuatro gestantes, dos nulíparas y dos primíparas, estas consideraron la experiencia satisfactoria, no les resultó dolorosa la inserción de las agujas, y refirieron mayor relajación y bienestar tras la técnica. También se observó una disminución de la tensión arterial y frecuencia cardiaca tras la técnica. (22)

B. Acompañamiento durante el parto

La OMS tras un estudio cualitativo ha desarrollado 56 recomendaciones sobre la atención durante el parto. Entre ellas recomienda el acompañamiento continuo de la mujer durante el trabajo de parto por una persona de su selección. Consiste en el apoyo emocional y la trasmisión de seguridad a la gestante. La persona para el acompañamiento debe ser elegida por la mujer, mejor si es del núcleo familiar, ya que cuanto mayor confianza exista con esa persona mayor será su efectividad. En algunos casos puede ser la matrona la acompañante, pero el beneficio es menor.

El acompañamiento influye en la modalidad de parto, ya que reduce las cesáreas y partos vaginales instrumentales y puede aumentar el número de partos espontáneos vaginales. También reduce los traumatismos perineales, la duración del trabajo de parto, y un aspecto muy importante, la valoración negativa de la mujer de su experiencia de parto. Cabe destacar que el acompañamiento de la mujer reduce el uso de analgesia.

Figura 4. Apoyo en el parto

Las experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto indican que los acompañantes facilitan a la mujer las medidas de alivio de dolor no farmacológicas como son el tacto tranquilizador, las técnicas de respiración y de relajación, y a adoptar posturas alternativas para manejar el dolor. También se observa que las mujeres se sienten más seguras y con mayor control durante el parto si están acompañadas, aunque no elimina el dolor y su efectividad dependerá de la relación entre la madre y el acompañante, y la carga de trabajo en la unidad. (23)



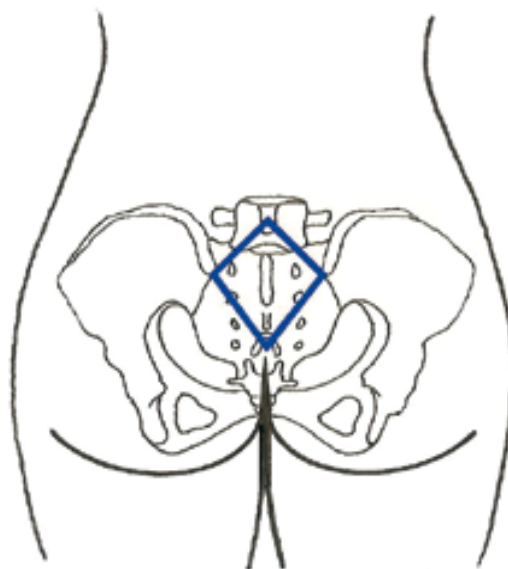
Fuente: FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.

C. Inyección intradérmica de agua estéril

La inyección de agua estéril (IAE) se trata de un método no farmacológico poco utilizado y escasamente conocido por la población. Su comienzo fue a finales del siglo XIX como anestésico local en cirugía menor, se empezó a utilizar en obstetricia a finales de los años veinte (18). No se conoce exactamente el mecanismo de acción, pero según Melzack y Wall es el siguiente: la IAE estimula los receptores de presión al formarse una pápula de agua y, en consecuencia, bloquean la transmisión de estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. (14)

Figura 5. Rombo de Michaelis.

La técnica consiste en inyectar vía intradérmica pequeñas cantidades de agua estéril (0,05-0,1 ml). Puede realizarse también por vía subcutánea pero su efecto analgésico es menor, aunque menos dolorosa. La zona de punción es el rombo de Michaelis, cuatro puntos localizados en la región lumbosacra, de los cuales dos corresponden con las espinas ílicas y los otros dos se consiguen partiendo de esos dos puntos 2-3 cm por debajo y 1-2 cm hacia el centro del rombo.



Fuente: FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.

Puede ser realizada por un médico o una matrona. La mujer debe sentarse inclinada hacia delante para facilitar la palpación de la zona lumbosacra y el rombo de Michaelis, una vez localizados se marcan los puntos y se inyecta durante una contracción para minimizar el dolor de inserción. Se recomienda no masajear los puntos tras ser inyectado porque aumenta la reabsorción. Tras la administración produce 30 segundos de dolor o picor, sin embargo posteriormente ejerce un alivio en la zona lumbar durante 60-90 minutos. El agua se va reabsorbiendo y pierde su efecto, pero su administración

puede ser repetida a la hora. Únicamente se produce alivio a nivel lumbar, por ello se recomienda su aplicación durante la dilatación. (10,14)

Entre sus ventajas encontramos la eficacia en el control del dolor lumbar. No tiene efectos negativos sobre la madre y el bebé, se puede utilizar otro método analgésico simultáneamente, además es barato, rápido y de fácil uso. Respecto a las desventajas destacan el dolor y picor en el momento de inyección, el nulo alivio del dolor perineal y abdominal, y por último la rápida reabsorción del agua estéril. (10)

D. Pelota de parto

Se trata de una gran pelota con la capacidad de soportar el peso de una persona sentada en ella. Existen diferentes tamaños que se adaptan a la estatura y forma de la mujer para que esté lo más cómoda posible y suelen ser entre 55, 65 o 75 cm de diámetro.

Durante el trabajo de parto la mujer se encuentra en posición vertical encima de la pelota, cerca de un punto de apoyo para poder moverse libremente. La pelota permite la libertad de movimientos; la mujer puede balancearse, realizar todo tipo de movimientos rotatorios, laterales, de rebote, hacia atrás y hacia delante. De esta forma fortalece los músculos de las piernas, espalda, abdomen, pecho y pelvis, también mejora el equilibrio y la condición física.(20)

La OMS recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo, así mismo la FAME recoge en la Iniciativa al Parto Normal la utilización de la libertad de movimientos como técnica para el alivio del dolor.

La mujer con libertad de movimientos afronta mejor las sensaciones dolorosas. En la fase de dilatación sufre menos dolor y la duración de esta fase disminuye, la necesidad de analgesia epidural también, no hay variaciones en la frecuencia cardiaca fetal, y el espacio en la pelvis es mayor, por lo que favorece la presentación del bebé. (7)

E. Inmersión en agua

La inmersión en agua caliente es un método eficaz para el alivio del dolor en el parto, pero no fue hasta finales de los años 70 que comenzó su uso en Francia. Hoy por hoy, está muy extendido y es popular en Reino Unido. La mayoría de los servicios de maternidad disponen de una bañera para las mujeres que deseen este método. (18, 19)

Es importante saber que existen diferencias entre los efectos de la inmersión en agua durante la primera y segunda parte del parto. Durante la dilatación, su uso reduce el dolor y la necesidad de analgesia epidural. Sin embargo, durante el expulsivo no hay evidencias sobre su uso, también se debe tener en cuenta que la temprana inmersión en el agua incrementa la necesidad de epidural y oxitocina.

Durante la inmersión de la mujer en la bañera se deben tener varios aspectos en cuenta: se seguirá realizando la monitorización de la dinámica uterina y la frecuencia cardiaca fetal, la temperatura del agua no ha de ser superior a 37,5 °C, aunque hay estudios que recomiendan que la mujer regule la temperatura del agua como desee, el efecto de la inmersión podría ser mayor si se inicia con 5 cm de dilatación y se debe favorecer un ambiente relajante, tranquilo y cálido.

La inmersión en el agua se abandonará o se suspenderá en los siguientes casos: riesgo en el bienestar de la mujer y el bebé, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, líquido teñido, fiebre, taquicardia materna y disminución de contracciones sin progreso. (10)

Según un estudio de revisión sobre los beneficios de la hidroterapia en el parto, la utilización de la bañera con agua caliente favorece el trabajo de parto, reduce las inducciones y las episiotomías y además aumenta la relajación vaginal, perineal y cervical, resultando así más cómodo para la madre ya que facilita la movilidad y la adopción de posiciones. La inmersión en el agua induce a la mujer relajación, reduce la ansiedad, y de esa forma se produce un aumento de la circulación sanguínea, de la secreción de oxitocina y de endorfinas endógenas, y como resultado se reduce el tiempo de dilatación. Respecto a los efectos secundarios, no se observan diferencias en la gestante ni en el feto tras el parto, no habiendo evidencias existentes. (24, 25)

Figura 6. Inmersión en el agua



Fuente: FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.

F. Psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO) es la preparación integral de la mujer teórica, física, y psicoactiva, durante la gestación, el parto y postparto. En España comenzó a impartirse en algunos centros sanitarios, los denominados “Cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica” en torno a 1960. Actualmente, nos encontramos en un momento en el que el modelo de atención al embarazo, al parto y al nacimiento ha sufrido cambios importantes, y cada vez son más mujeres embarazadas las que demandan un nuevo tipo de preparación. Generalmente, la psicoprofilaxis se lleva a cabo mediante la educación maternal/paternal y las clases de preparación al parto impartidas por la matrona. (38) Como hemos mencionado anteriormente, dentro de la psicoprofilaxis encontramos las siguientes actividades:

- *Preparación teórica (PT):* Información que se aporta a la gestante para que conozca y entienda los aspectos relacionados con todo el proceso de embarazo, y así brindar tranquilidad y seguridad, ayudándola al empoderamiento como madre.
- *Preparación psicoafectiva (P-PA):* Se refiere al apoyo emocional que se ofrece a la madre y al padre, de tal forma que puedan disfrutar de la llegada del bebé sin miedo, temor, ni preocupaciones y con seguridad para la crianza del bebé.

- *Preparación física (PF)*: Entrenamiento físico para que la madre esté en las mejores condiciones durante la gestación, el parto y tenga buena recuperación tras el nacimiento. Ésta se lleva a cabo en las clases de preparación al parto a través de las siguientes actividades (26):
 - *Técnicas de relajación*: Tienen la finalidad de conseguir aliviar tensiones, molestias, y lograr tranquilidad y concentración máxima. Musicoterapia y meditación atención plena (mindfulness). (7,26)
 - *Técnicas manuales*: Los masajes o compresas calientes. El tacto tranquilizador ayuda a la mujer a reducir el dolor y la ansiedad.(2)
 - *Técnicas de respiración*: Son diferentes métodos para conseguir efectuar la oxigenación pulmonar. En consecuencia, mejorar la oxigenación de la gestante y el bebé. Este proceso ayuda a la madre a manejar el dolor durante cada fase del parto, aportando tranquilidad, seguridad y bienestar.
 - *Técnicas de vinculación prenatal*: Modalidades que buscan favorecer el lazo afectivo entre los padres y su hijo, preparando la llegada del bebé y que ésta sea natural, positiva, con afecto y acogida.(26)

Hoy en día, la PPO es beneficiosa para todo el proceso del embarazo. Con ella se quiere conseguir un aumento del umbral del dolor, la disminución de la ansiedad, una experiencia satisfactoria para la madre y la participación del padre. (4)

G. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)

La TENS consiste en la administración de una corriente eléctrica de bajo voltaje al sistema nervioso periférico a través de la piel. Se trata de una técnica para el control del dolor que reduce la percepción de los estímulos nociceptivos y aumenta la producción de endorfinas . Durante el parto se colocan electrodos cerca de los dermatomas de la T11-L1 y de la S2-S4, estos últimos son los responsables del alivio del dolor lumbar y suprapúbico. Mediante un pulsador, la mujer puede controlar la intensidad de la corriente. Al ser portátil permite el movimiento libre de la madre. (14, 27)

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal de 2010 del Ministerio de Sanidad no recomienda ofrecer a las mujeres este método para el alivio del dolor de parto, ya que no hay evidencia suficiente sobre su eficacia en el alivio del dolor. Igualmente, es considerada por la SEGO ineficaz en la fase activa del parto. (7,2)

H. Hipnosis

El término de hipnosis surgió en 1840, aunque no fue hasta 1960 cuando fue propuesta como método de alivio del dolor del trabajo de parto. Se define como una técnica psicológica, que induce a la mujer en un estado de conciencia agudizada con profunda concentración, lo que produce menor intensidad de la sensación de los estímulos externos y mayor susceptibilidad a la sugestión.

Por su cuenta, las mujeres pueden aprender la autohipnosis o ser dirigidas por un profesional. Durante la hipnosis la mujer recibe con mayor facilidad los sentimientos agradables. Por el contrario, las sensaciones desagradables resultan más fáciles de aceptar e incluso a veces se vuelven agradables. Su finalidad es afrontar la ansiedad, los temores y preocupaciones que surgen en la mujer durante el embarazo, y buscar sentimientos de comodidad, relajación y seguridad. La mujer durante la hipnosis no pierde la consciencia, tiene control sobre su alrededor. (11, 28)

Se ha demostrado que disminuye la depresión postparto, la utilización de analgésicos, y aumenta el número de partos vaginales espontáneos. Las mujeres que aprenden la técnica en educación maternal antes del parto pueden sufrir menos complicaciones, reduce la necesidad de medicación, y el bebé está más sano. En relación con la satisfacción de la madre, mejora los mecanismos de adaptación del parto, aumenta el control y la sensación de seguridad para la preparación y el afrontamiento del parto y la satisfacción en el nacimiento es mayor. (29)

La hipnosis es una gran elección como método de alivio del dolor en el trabajo de parto, útil para mujeres que demandan un parto más natural. Al ser efectiva en un escaso número de mujeres, la SEGO recomienda utilizar la hipnosis únicamente en mujeres preseleccionadas por posibles trastornos psíquicos. (4)

5.4 Humanización obstétrica

La asistencia al parto ha ido evolucionando a lo largo de los años. Tradicionalmente, solo una mujer se encargaba del acompañamiento y de la atención del parto, y ésta mantenía una actitud expectante, no intervencionista. A principios del siglo XX comenzó la atención del proceso del parto en hospitales, considerándose el medio más seguro y con mejores resultados obstétricos. De tal forma que el proceso de parto pasó de ser un momento íntimo y único en el hogar donde la mujer podía dirigir y elegir acerca de cómo abordar el parto, a un proceso médico donde la gestante era considerada una paciente más. A consecuencia de esta tecnificación del proceso de parto, la OMS consideró que *“cada mujer puede elegir el tipo de parto que prefiera”* y *“se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado”*. (30)

Actualmente se pretende conseguir una actitud menos intervencionista, para llegar a un parto más humanizado. Por ello, se debe acompañar a la gestante, dar apoyo e información sobre las diferentes alternativas tanto farmacológicas como no farmacológicas, incluyendo sus riesgos y beneficios. De esta manera las mujeres sienten la capacidad de poder tomar sus propias decisiones sobre el parto. Además, se debe respetar la fisiología de este, interviniendo solamente lo necesario. (30, 31)

Las gestantes reclaman ser informadas sobre todos los acontecimientos que ocurren durante el parto, quieren que les aconsejen sobre la forma de abordarlo y que juntos tanto matrona, obstetra y anestesista lleguen a un acuerdo. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha elaborado un modelo estándar de plan de parto, para así avanzar hacia una participación más activa de las gestantes en la atención de parto. Dentro de este documento se encuentra la elección de método para el alivio del dolor, entre otras cuestiones. Mediante el plan de parto y nacimiento lo que se quiere conseguir es reflejar las preferencias, ideas, deseos y expectativas de la mujer. (31, 32)

5.5 Rol de la matrona

La OMS afirma que la o el profesional de referencia en la atención del embarazo, parto y puerperio normales es la matrona. La atención continuada de esta durante el embarazo aporta grandes beneficios en la mujer, entre ellos: menor número de intervenciones en el parto, disminución de la necesidad de anestesia y monitorización continua del bebé. (7)

La matrona es un soporte fundamental para la mujer durante el embarazo, aseguran que se sienten mejor preparadas y apoyadas si son atendidas por una matrona. El primer contacto matrona-gestante se realiza en consulta de Atención Primaria, desde ese momento la madre recibirá información que va a afectar en la toma de decisiones y al afrontamiento del embarazo.(28). La relación que se establece entre ellos va a influir sobre la experiencia de parto. La matrona debe ser empática con la mujer, interesarse por sus preferencias y creencias, para así poder ayudarlas y guiarlas de la mejor forma posible, siendo todo el tiempo consciente de los deseos de la mujer. (2)

Virginia Henderson apoyaba que es función básica de cualquier enfermera propiciar el desarrollo de la autonomía de la paciente y que sea ella quien decida cómo quiere enfocar sus ideas. (24)

El papel esencial de la matrona es dar a conocer y ofrecer todo tipo de medidas para afrontar mejor el trabajo de parto. Proporcionan información sobre la variedad de métodos existentes, eso sí, siempre basándose en la evidencia científica. Existe un gran desconocimiento por parte de las matronas sobre las diferentes alternativas existentes, por ese motivo deben estudiarlas para garantizar el bienestar y la autonomía de la mujer durante el parto. (24)

6 DISCUSIÓN

Como resultado de la revisión bibliográfica sobre las diferentes alternativas a la epidural, se ha evidenciado que existen variedad de métodos para el alivio del dolor durante el parto, algunos más efectivos que otros. Además, se podría decir que el alivio del dolor y la experiencia de parto están plenamente relacionados.

Tras la revisión del contenido sobre las diferentes alternativas, resulta difícil analizar y determinar cuáles son los métodos más eficaces para el alivio del dolor de parto, en especial los métodos no farmacológicos, ya que en algunos casos no hay suficiente evidencia científica sobre la literatura. Aunque cada vez son más mujeres las que demandan otras técnicas analgésicas, se ha visto que el método más empleado es la analgesia epidural. Sin embargo, entre los beneficios y los efectos adversos de las diferentes alternativas, parece que los no farmacológicos presentan menos efectos adversos. Además, entre un 3,5-32% de las mujeres pueden tener fallos en la técnica epidural y en consecuencia no ser satisfactoria.

Por un lado, respecto a los métodos farmacológicos, hay variedad de ellos anteriormente mencionados, pero el óxido nitroso es el más utilizado después de la epidural. Su uso es seguro y existen evidencias de su eficacia en el alivio del dolor, aunque presenta un cese rápido y no disminuye el dolor del todo. Está muy extendido en otros países, por ello debería empezar a implantarse en más centros de nuestro país.

Por otro lado, según los datos encontrados sobre los métodos no farmacológicos, la IAE, la pelota de parto, el apoyo durante el parto, la inmersión en el agua y la psicoprofilaxis son técnicas recomendadas para el alivio del dolor por instituciones relevantes en el campo. Cabe destacar que las más fáciles de usar y más seguras son el acompañamiento, la pelota de parto, la inmersión en el agua y la psicoprofilaxis, debido a su mínima intervención. En cambio, la IAE es un tratamiento invasivo que requiere la inserción de una aguja que produce dolor añadido, apareciendo purito y escozor, y además solo alivia el dolor lumbar.

Respecto a la hipnosis, hay escasos estudios que evidencian la efectividad en el alivio del dolor, únicamente puede ser aplicada en un porcentaje mínimo de mujeres que son capaces, ya que podría causar trastornos psíquicos. La acupuntura, a pesar de ser utilizada en la cultura china con beneficios respecto al dolor desde hace décadas, no hay gran evidencia sobre su aplicación en el trabajo de parto. No obstante, actualmente existen datos sobre el beneficio en el alivio del dolor durante el parto, aunque estén poco fundamentados. La TENS no es recomendada para el alivio del dolor de parto, aún siendo una alternativa que puede ser manejada por la misma mujer y que permite su deambulación durante el trabajo de parto; la evidencia es mínima y no es relevante para poder confirmar su uso durante el parto. Además, estos tres métodos, requieren de un conocimiento mayor para su realización, y normalmente son realizadas por especialistas sobre el tema, sobretodo la acupuntura y la hipnosis.

Para finalizar, una vez conocidos y analizados los métodos para aliviar el dolor de las gestantes durante el parto, sus efectos adversos y sus beneficios, resulta esencial la formación de matronas para que puedan ofrecer a las gestantes diferentes técnicas. De esta forma, poder cumplir los deseos y las expectativas de la mujer, para alcanzar el bienestar completo de la madre y el bebé.

Con la siguiente propuesta de mejora que se plantea, se pretende conseguir el aprendizaje de las matronas sobre los diferentes métodos alternativos a la epidural para el alivio del dolor, ya que tienen gran influencia sobre las decisiones de la madre. De tal manera que la matrona pueda actuar ante los deseos de la mujer.

6.1 Análisis DAFO

Mediante la matriz DAFO, herramienta para analizar la situación y factibilidad de propuestas de mejora, se han analizado las debilidades y fortalezas internas, así como las amenazas y oportunidades externas del programa en cuestión.

Tabla 5. Matriz DAFO

MATRIZ DAFO			
ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Escasa evidencia científica sobre algunos métodos	Interés y motivación personal	Falta de consenso entre profesionales sanitarios	Humanización del parto
Falta de conocimiento y formación	Mayor satisfacción en la atención profesional	Carga de trabajo	Atención de mayor calidad
	Aumento de la oferta de recursos asistenciales	Falta de tiempo	Demanda social
	Mayor adquisición de conocimientos	Ausencia de materiales y recursos	Ejemplos de su práctica en otros países
			Capacitación de matronas

Elaboración propia

7 CONCLUSIONES

1. El parto es un acontecimiento muy importante en la vida de la mujer, la experiencia y la satisfacción de este dependen de muchos factores, entre ellos el alivio del dolor.
2. La demanda de métodos alternativos a la analgesia epidural es cada vez mayor. Hoy en día, las mujeres desean partos menos intervencionistas y más humanizados, por lo que se debe dar información sobre todos los métodos en educación maternal.
3. Existen alternativas eficaces y seguras para el alivio del dolor durante el parto, con menos efectos adversos que la analgesia epidural. Instituciones relevantes en el ámbito de ginecología y obstetricia apoyan su utilización. Encontramos las siguientes: óxido nitroso, pelota de parto, inmersión en el agua, psicoprofilaxis e inyección de agua estéril.
4. La acupuntura, la hipnosis y la TENS son métodos no farmacológicos cuya eficacia se pone en duda debido a los escasos estudios sobre los métodos en el ámbito de la obstetricia.
5. Las matronas tienen un papel fundamental en la elección del método para el alivio del dolor durante el parto, son las encargadas de dar información sobre las diferentes alternativas. En consecuencia, cuanto más actualizadas estén, mejor atención y cuidados brindarán a las embarazadas.

8 PROPUESTA TEÓRICA

8.1 Introducción “Dolor durante el parto: ¿Qué más se puede hacer?”

Cada vez son más las madres que demandan otros métodos analgésicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, tienen escasa información sobre los diferentes métodos debido a la falta de conocimiento por parte de las matronas.

La matrona es el acceso a las madres y a su educación sobre cómo afrontar el proceso del embarazo. Entre los procedimientos que lleva a cabo se encuentra la educación maternal, en lo que se da información a las madres sobre los métodos para el alivio del dolor de parto. Por ese motivo, como todo profesional sanitario deben tener una formación continuada.

Por consiguiente, es necesario la realización de un taller educativo dirigido a ellas para ofrecer una atención de mayor calidad acorde con las necesidades de la mujer.

8.2 Análisis de la propuesta

Tras el análisis de los diferentes métodos para el alivio del dolor de parto, se concluye que se debe ampliar el uso de estos métodos en el ámbito sanitario.

La principal limitación a la hora de realizar la revisión bibliográfica sobre las alternativas a la analgesia epidural fue la falta de estudios. Métodos como la hipnosis, la acupuntura y la TENS, tienen evidencia de su eficacia en ámbitos distintos a la obstetricia y la ginecología, por ello a la hora de buscar estudios relacionados con los beneficios o eficacia en el alivio del dolor de parto, se encontró escasa evidencia científica. Esta limitación no impide que se pueda continuar con el objetivo de nuestro trabajo, la formación de matronas ya que existen otros métodos alternativos a la epidural que son eficaces para el alivio del dolor de parto.

Sin embargo, tras la capacitación de las matronas, éstas no van a poder llevar a la práctica muchos de los métodos debido a la falta de recursos en el hospital.

8.3 Objetivos

8.3.1 Objetivo principal

→ Fortalecer e incrementar los conocimientos de las matronas sobre los métodos alternativos para el alivio del dolor de parto.

8.3.2 Objetivos secundarios

→ Identificar la información que conocen las matronas sobre los diferentes métodos analgésicos en el proceso de parto.

→ Instruir sobre las técnicas y ampliar los conocimientos de las matronas sobre las alternativas analgésicas a la epidural.

8.4 Programación

8.4.1 Grupo diana

El taller educativo es planteado para las matronas del Hospital “Reina Sofía” de Tudela y el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR) de Tudela-Este, encargadas de guiar a la mujer durante el embarazo. Contamos con doce matronas, ocho pertenecientes al hospital y cuatro al CASSyR.

También se permite la asistencia de otros profesionales sanitarios pertenecientes al área de ginecología y obstetricia de los centros mencionados anteriormente, hasta completar el aforo.

Los participantes deberán apuntarse enviando un mensaje al correo electrónico (dolordeparto@gmail.com) indicado en los carteles informativos.

8.4.2 Lugar de desarrollo

El lugar de realización será el Centro de Salud “Santa Ana”, en la calle Juan Antonio Fernández Nº12 de Tudela. Los participantes deberán acudir a la 3ª Planta, dónde se encuentra el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR). El taller será impartido en una sala de reuniones con capacidad de 20 personas.

8.4.3 Cronograma

Se realizará los dos primeros lunes del mes de junio. Un día en turno de mañana (10:00h-13:30h) y otro día en turno de tarde (17:00h-20:30h), teniendo en cuenta que los turnos del hospital son de 12h y el turno del CASSyR de 8:00h-15:00h. Así también podrán acudir otros profesionales sanitarios interesados en el tema, siendo posible la participación en el taller de 40 personas entre los dos días.

8.4.4 Estrategias

Para fomentar la participación, se elaborarán carteles informativos que serán colocados en la 3ª planta del Centro de Salud “Santa Ana” y las consultas de ginecología y obstetricia del Hospital “Reina Sofía”. Al principio de la sesión también se entregará un tríptico informativo sobre el taller y los puntos que se llevarán a cabo. Al finalizar el taller se entregará una infografía con los diferentes métodos explicados brevemente.

En el cartel y en el tríptico se incluirá un correo electrónico (dolordeparto@gmail.com) para la consulta de cualquier duda previa a la sesión y tras ella. (Anexo 1 y 2)

Por último, para que los conocimientos de taller “*Dolor durante el parto: ¿Qué más se puede hacer?*” puedan llegar a otros profesionales sanitarios que no sean los mencionados anteriormente en el apartado 8.4.1, se creará un perfil de Instagram (@dolordeparto) con el fin de publicar todos los aspectos que se impartirán en las sesiones.

8.5 Metodología

La propuesta formativa tiene como objetivo la capacitación de las matronas en el conocimiento y manejo de los diferentes métodos para el alivio del dolor de parto.

Para el desarrollo del taller se llevarán a cabo diferentes actividades dirigidas a cumplir los objetivos indicados en el apartado 8.3, informar y ampliar conocimientos es decir se impartirá una sesión de carácter teórico.

Se utilizarán técnicas unidireccionales, descritas en el apartado anterior 8.4.4 y técnicas bidireccionales, de las cuales se incluyen la sesión expositiva, audiovisual, la mesa redonda y el debate.

El taller constará de 2 partes, la primera con una duración de 2 horas y la segunda parte de 1 h 15 min, con un descanso de 15 min.

8.5.1 Recursos

A continuación, se describen los recursos necesarios para la realización del taller.

- *Recursos materiales:* Papel, bolígrafo, tríptico, infografía
- *Recursos tecnológicos:* Ordenador, proyector, altavoces, conexión wifi.
- *Recursos humanos:* Experto sanitario en la docencia y madre para testimonio.

8.5.2 Primera parte

La primera sesión del taller con una duración de 2 horas se dividirá en tres partes. Durante la primera media hora se realizará la presentación y una breve explicación sobre el tema en cuestión, apoyándonos en una presentación de Power Point, explicando la importancia y trascendencia del alivio del dolor de parto.

En la siguiente hora y media se dará paso a las actividades número 2 y 3, cuyo objetivo será conocer los conocimientos de las matronas sobre los métodos para el alivio del dolor. Por último, se procederá a la explicación de las diferentes técnicas por medio de vídeos explicativos.

- *Actividad 1. Presentación y ¿Qué es el dolor de parto?:* El docente se presentará y dará lugar a la exposición de los conceptos básicos y la importancia del alivio de dolor de parto:
 - Qué es el dolor de parto y factores que influyen.
 - Humanización del parto.
 - Rol de la matrona.

- *Actividad 2. ¿ Qué conocimientos tiene sobre el alivio del dolor de parto?:* Se lanzará esta pregunta a los participantes que deberán contestar en un papel, y posteriormente se leerá en voz alta para saber los conocimientos sobre el tema por parte de los asistentes.
- *Actividad 3. Video:* A través de la visualización de un video se explicarán los diferentes métodos tanto los aspectos teóricos como los prácticos. Serán los siguientes: pelota de parto, inmersión en agua, inyección de agua estéril, psicoprofilaxis (masaje, técnicas de respiración y relajación) y óxido nitroso.

8.5.3 Segunda parte

Tras el descanso de 15 minutos, dará comienzo la segunda parte del taller, en la que estarán incluidas las actividades 4, 5 y 6, donde una madre dará su testimonio sobre su primer parto mediante epidural y su segundo parto utilizando la pelota de parto. Posteriormente, se realizará un debate sobre la utilización y la implantación de estos métodos en el trabajo de la matrona. Finalmente se pasarán unos cuestionarios que deberán rellenar.

- *Actividad 4. Testimonio de una múltipara:* Una mujer contará su experiencia tras haber vivido un parto con analgesia epidural y otro utilizando la pelota de parto. Para así, poder ver las diferencias de una experiencia a otra desde el punto de vista de la embarazada.
- *Actividad 5. Debate y ronda de preguntas:* Mediante una mesa redonda, se expondrán las dudas. También se debatirá los beneficios de la implantación y el uso de estos métodos en el trabajo de la matrona, permitiendo a los participantes dar su opinión al respecto, ya que son ellos los que lo pueden llevar a la práctica.
- *Actividad 6. Evaluación y despedida:* Para finalizar, se pasará un cuestionario para confirmar que se han comprendido los aspectos hablados en el taller. Después se comparará con la respuesta de la actividad 2, para observar si han aprendido nuevos conocimientos.

Tabla 6. Metodología primera parte

PRIMERA PARTE	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO
1	Presentación y ¿Qué es el dolor de parto?	Sesión Expositiva	30 minutos
2	¿Qué conocimientos tienes sobre el alivio del dolor de parto?	Exponer los conocimientos por parte de los participantes	20 minutos
3	Video explicativo de las diferentes técnicas	Sesión Expositiva y audio visual	70 minutos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Metodología segunda parte

SEGUNDA PARTE	ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO
4	Testimonio de una multipara	Sesión Expositiva	30 minutos
5	Debate y ronda de preguntas	Mesa redonda	30 minutos
6	Evaluación y despedida	Cuestionarios	15 minutos

Fuente: Elaboración propia

8.6 Evaluación

Para la evaluación de la propuesta del taller “*Dolor durante el parto: ¿Qué más se puede hacer?*”, la evaluarán los propios asistentes a través de los siguientes cuestionarios:

- Se realizará una pregunta previa al comienzo del taller para medir el conocimiento de los asistentes sobre el dolor de parto. (Anexo 4).
- La evaluación final será de carácter teórico en el que contestarán a un cuestionario. De esta forma podremos ver lo aprendido durante el taller, además pueden mostrar la opinión sobre los métodos y ponerlos en práctica en su labor como profesional sanitario. (Anexo 5)

La evaluación comparando los Anexos 4 y 5, se realizará por separado, en un grupo las matronas y en otro los demás profesionales sanitarios. De esta manera también podremos observar los conocimientos de otros profesionales sobre el tema en cuestión

9 BIBLIOGRAFIA

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020.
2. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. 183-236 p.
3. SEDAR-Sociedad Española de Anestesia y Reanimación. Analgesia del parto. Guía práctica de asistencia actualizada en octubre de 2010. *Progresos en Obstet y Ginecol*. 2010;51(6):374-83.
4. Actualización de los protocolos asistenciales de la Sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR. Sociedad Española Anestesiología Reanimación y Terapia del Dolor. 2016
5. Rus Cátedra F, Juárez Ruiz JL (dir). Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto: una revisión narrativa. [Jaén] Universidad de Jaén; 2015.
6. Mallén-Pérez L, Juvé-Udina ME, Roé-Justiniano MT, Domènech-Farrarons À. Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof*. 2015; 16(2): 61-67. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbiblio-inmersion-en-agua.pdf>
7. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
8. Bueno Montero E. Óxido Nitroso, Una alternativa eficaz para el manejo del dolor del parto. *Matronas hoy*. 2013;1(3):13-7.
9. Cortés F, Merino W, Bustos K. Pain perception during labor. A review of factors. *Rev Chil Anest*. 2020;49(5):614-24.
10. Aguinaga López J, Pérez Moltó F. Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. Revisión. *Majorensis*. 2017;(13):31-9.

11. Michalczyk Michał, Torbé Dorota, Torbé Andrzej. Non-pharmacological methods of labor pain relief. Journal of Education, Health and Sport.[Internet] 2018;8(9):1105-1114.
12. Disponible en :<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6023>
13. The American College of Obstreticians and Gynecologists (ACOG) [Internet]. Disponible en: <https://www.acog.org/>
14. Gomezese OF, Ribero BE. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. Rev Colomb Anesthesiol. 2017;45(2):132-5.
15. González García RM, Márquez Carrasco ÁM, Mera Domínguez S. Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. Rev Enfermería Docente [Internet]. 2018;1(110):80-4. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/524/pdf_405
16. Moreno Torrano A, Sola Cía S (dir). Propuesta De Mejora Para La Atención Al Parto Humanizado [Trabajo de Fin de grado en Internet]. [Pamplona]. Universidad Publica de Navarra; 2019. Recuperado a partir de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/33371>
17. Nanji JA, Carvalho B. Pain management during labor and vaginal birth. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2020;67:100-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>
18. Analgesia durante el parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). [Internet] Disponible: https://sego.es/mujeres/Analgesia_parto.pdf
19. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fornet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. An Sist Sanit Navar. 2014;37(3):411-27.
20. Magallón Martínez L, Tobajas Asensio JA (dir). Programa de salud sobre la utilización del óxido nitroso como alternativa a la analgesia epidural en el parto. Humanizado [Trabajo de Fin de grado en Internet]. [Zaragoza] Universidad de Zaragoza; 2020. Recuperado a partir de: <https://zaguan.unizar.es/record/94855?ln=es>

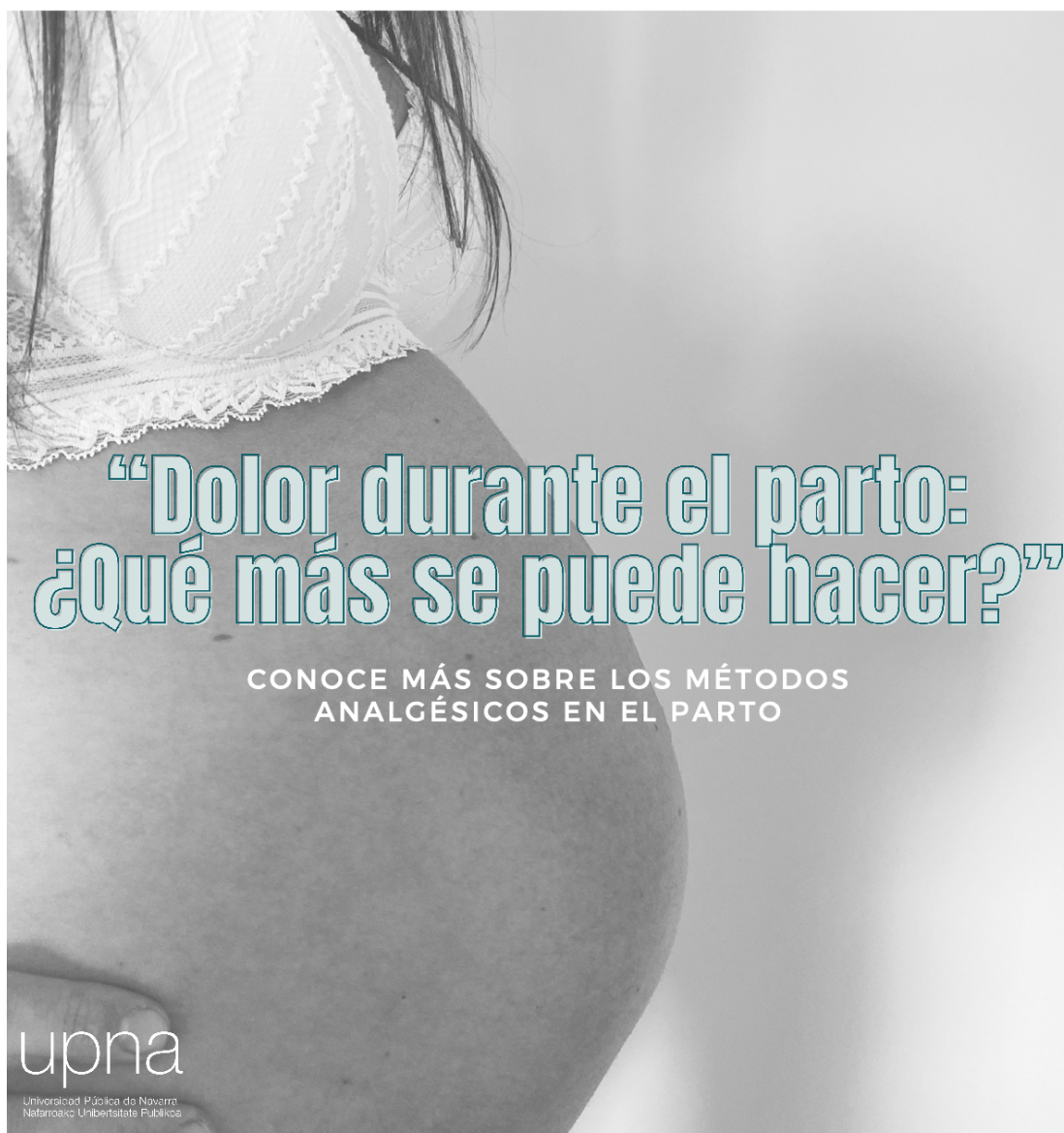
21. Delgado-García BE. Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto [Internet]. Universidad de Alicante; 2015.
Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/314773>
22. Jaimes ML, Pereira D, Pedraza AJ, Carvajal KX, Mejía FJ, Aparicio LA, et al. Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: experiencia desde las prácticas formativas. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(3): e667.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.667>
23. Casanova Gomez A, Bernat-Adell M. Manejo del dolor con acupuntura durante el trabajo de parto intrahospitalario. *Ágora de salut* [Internet] vol.III. 2016; 3: 67-74.
Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/154826>
24. OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. 210 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
25. Benavides-Navarro A. Beneficios de la hidroterapia en el trabajo de parto. *Estudio de revisión. Musas*. 2020;5(1):22-46.
26. Uceira-Rey S, Loureiro Martínez R, Barcia Raposo M.ªI, Valderrábano González I, González Fernández I, Silva Espido M, Rodríguez Castaño M. Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Prof*. 2015; 16(1): 12-17 [Internet] Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/especial-parto-agua.pdf>
27. Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. *NPunto* [Internet]. 2020;III(24):44-97. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e79d8ead50baNPvolumen24-44-97.pdf>
28. Rodríguez G, Camacho F, Umaña C. Analgesia obstétrica para el parto vaginal : eficacia y efectos adversos *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2020;5(1). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/332>
29. Caballero V, Santos PJ, Polonio ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *Nure Investig* [Internet]. 2016; 13(85). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/927/731>

30. (16) Guerra Lombarte C, De Pedro Gómez J (dir). Uso de la hipnosis como método de analgesia para el alivio del dolor en el trabajo de parto. [Trabajo de Fin de grado en Internet][Islas Baleares]. Universidad de las Islas Baleares. 2020. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/11201/153366>
31. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas Prof.* 2020; 21(2): 54-61
32. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A. El alivio del dolor en el parto. Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *Musas.* 2020; 5(1):79-97.
33. Plan de parto y nacimiento. Ministerio de sanidad y política social. 2010.

ANEXO 1. CARTEL INFORMATIVO

TALLER DE CAPACITACIÓN PARA MATRONAS

Se admite participación de otros profesionales sanitarios dentro del área de ginecología y obstetricia



DISPONIBILIDAD DE HORARIOS

Lunes 7: 10.00h-13:30h
Lunes 14: 17:00-20:30h

Centro Salud "Santa Ana", 3ª planta
C/Juan Antonio Fernandez, n12
Tudela

Inscripción y más info:
dolordeparto@gmail.com

 **@dolordeparto**

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. TRÍPTICO DESARROLLO DEL TALLER



CONTENIDO

Primera parte

Actividad 1. Presentación y ¿Qué es el dolor de parto?

Actividad 2. ¿Qué conocimientos tienes sobre el alivio del dolor de parto?

Actividad 3. Vídeo: Diferentes métodos para el manejo del dolor

Segunda Parte

Actividad 4. Testimonio de multipara

Actividad 5. Debate y ronda de preguntas

Actividad 6. Evaluación y despedida



TALLER DE CAPACITACIÓN PARA MATRONAS

Posibilidad de participación de otros profesionales sanitarios dentro del área de ginecología y obstetricia

✉ dolordeparto@gmail.com

📷 [@dolordeparto](https://www.instagram.com/dolordeparto)

HORARIOS

Lunes 7: 10.00h-13:30h
Lunes 14: 17:00-20:30h

Centro Salud "Santa Ana"
3ª planta
C/Juan Antonio Fernandez, n12
Tudela



“Dolor durante el parto: ¿Qué más se puede hacer?”



Conoce más sobre los métodos analgésicos en el parto.



Experiencia sensitivo-perceptual y emocional única e individual en cada mujer.

El dolor es una respuesta a las contracciones uterinas y a la expulsión del feto.

Influido por factores psicológicos, físicos, sociales y culturales.

HUMANIZACIÓN DEL PARTO

En la actualidad, las mujeres demandan partos menos intervencionistas y más humanizados.

Para ello, se debe dar a la gestante toda la información posible, con el fin de que pueda tomar sus propias decisiones sobre el parto optando a todas posibilidades.

Además, deben ser informadas sobre todos los acontecimientos que ocurren durante el embarazo y parto



ROL DE MATRONA

La matrona tiene un papel fundamental en el proceso de parto.

Es la encargada de guiar a la mujer durante el embarazo y prepararla para el parto, mediante educación maternal.

Ayuda a los padres a tomar las decisiones durante el embarazo, y por ello debe conocer todos los métodos posibles para el manejo del dolor de parto.



MÉTODOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR



- 1 APOYO DURANTE EL PARTO
- 2 PELOTA DE PARTO
- 3 INMERSIÓN EN AGUA
- 4 INYECCIÓN DE AGUA ESTÉRIL
- 5 PSICOPROFILÁXIS
- 6 ÓXIDO NITROSO

Fuente: Elaboración propia

ANEXI 3. INFOGRAFÍA MÉTODOS

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR DE PARTO

Apoyo durante el parto



Apoyo emocional por parte de una persona de confianza para la mujer. Puede ser del núcleo familiar o a veces la matrona.

Pelota que facilita el movimiento libre de la mujer, ayuda a adoptar posturas para facilitar la fase de dilatación y reducir el dolor.

Pelota de parto



Inmersión en agua



La inmersión en agua caliente durante la fase de dilatación aumenta la relajación, reduce la ansiedad y el dolor de parto. Además facilita la movilidad de la mujer.

Vía intradérmica se inyecta una pequeña cantidad de agua estéril en el rombo de Michaelis. Facilita el alivio del dolor lumbar.

Inyección de agua estéril



Psicoprofilaxis



Encontramos técnicas de relajación, técnicas de respiración, masajes y técnicas de vinculación prenatal. Con ellas se consigue un aumento del umbral del dolor, menor ansiedad y mayor satisfacción en la madre.

Administración de óxido nitroso al 50 % mediante mascarilla facial a demanda de la mujer. Tiene efecto sedante y relajante, aumenta el umbral del dolor y reduce la ansiedad y el miedo.

Óxido nitroso



 dolordeparto@gmail.com

 [@dolordeparto](https://www.instagram.com/dolordeparto)

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 4. ACTIVIDAD 2

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TIENE SOBRE EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO?

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 5. CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

A continuación, responda a las siguientes cuestiones sobre la organización y contenido del taller:

1- ¿Qué métodos de los mencionados en el taller ha utilizado para el alivio del dolor de parto?

2- ¿Ha oído hablar de alguno de los métodos explicados anteriormente?

3- ¿Cree que ha cambiado de opinión sobre el uso de métodos alternativos para el alivio de dolor?

4- De los métodos mencionados ¿Cuál sería de su elección?

5- ¿Cuál es su opinión sobre la humanización del parto?

6- ¿Le han resultado interesantes los aspectos comentados en el taller?

7- ¿Cree que ha ampliado sus conocimientos sobre el tema en cuestión?

Alivio del dolor de parto. Métodos de analgesia como alternativa a la epidural.

8- ¿Cambiaría algo de la organización del taller? horario, contenido, metodología...

9- Sugerencias y comentarios:

Fuente: Elaboración propia

