

Alternativas para el manejo del dolor intraparto

Velázquez-Barrios, M. Díaz-Jiménez, D. José Reina-Caro, A.
Alternativas para el manejo del dolor intraparto. SANUM 2020, 4(2) 38-45

AUTORES

Manuela Velázquez-Barrios¹;
Desirée Díaz-Jiménez²;
Antonio José Reina-Caro³.

1. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. C/ Manuel Siurot s/nº, 41013 Sevilla.
2. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. C/ Manuel Siurot s/nº, 41013 Sevilla.
3. Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. H. de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío. C/ Manuel Siurot s/nº, 41013 Sevilla.

Autora de correspondencia:

Manuela Velázquez Barrios

✉ manoli_1986@hotmail.com

Tipo de artículo:

Artículo de revisión

Sección:

Enfermería Obstétrica

F. recepción: 23-03-2020

F. aceptación: 27-05-2020

Resumen

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es el resultado de una acumulación de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Esta sensación es diferente en cada mujer, incluso en la misma mujer difiere de un parto a otro.

El alivio del dolor intraparto es una tarea importante en los cuidados de la matrona hacia la mujer parturienta y debe ocupar un lugar prioritario, ya que ello contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la mujer, pudiendo vivir el proceso del parto de forma positiva y como una buena experiencia.

Hoy en día la analgesia epidural es la más utilizada en nuestro ámbito hospitalario, por defecto es la más ofrecida por los profesionales y también la más solicitada por las usuarias. Esto se debe a su alta tasa de eficacia, pero también al desconocimiento de otras técnicas alternativas. Las Matronas como profesionales de la salud, debemos conocer las diferentes técnicas de alivio del dolor e informar a las mujeres de todas ellas para que tengan el conocimiento y puedan elegir libremente.

La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor incluye una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y prevenir la percepción psicoemocional del dolor.

Palabras clave:

Dolor.

Analgésicos.

Parto.

Alternatives for the management of intraparto pain

Abstract

The pain experienced by women during labor is the result of an accumulation of physiological, psychological and sociocultural stimulus. This feeling is different in each woman, even in the same woman differs from one birth to another.

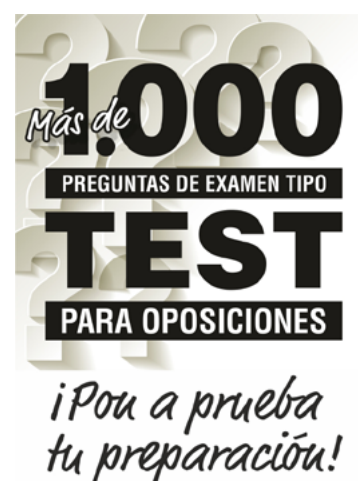
The relief of intrapartum pain is an important task in the care of the midwife towards the parturient woman and should occupy a priority place, since this contributes to increase the physical and emotional well-being of the woman, being able to live the process of childbirth in a positive way and as a good experience.

Today, epidural analgesia is the most used in our hospital environment, by default it is the most offered by professionals and also the most requested by users. This is due to its high efficiency rate, but also due to ignorance of other alternative techniques. Midwives as health professionals, we must know the different pain relief techniques and inform women of all of them so that they have the knowledge and can choose freely.

The use of non-pharmacological methods for pain relief includes a wide variety of techniques aimed at improving physical sensations and preventing psycho-emotional perception of pain.

Keywords:

*Pain.
Analgesics.
Parturition.*



Introducción

Se considera dolor a la experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con alguna alteración física y/o condicionantes afectivos, sociales y culturales.

La gran variedad de factores que intervienen en la vivencia del fenómeno doloroso explican las diferencias personales y socioculturales en su apreciación y manifestación, así como los modos de afrontarlo.

El dolor en el trabajo de parto es el resultado de un conjunto de estímulos fisiológicos, emocionales, psicológicos y socioculturales experimentados por la mujer que hace que cada una de ellas lo perciba de una forma diferente y con distinto grado de intensidad, variando también en la misma mujer en cada uno de sus partos.

Una de las tareas más importantes de la matrona como profesional que acompaña a la parturienta en su proceso, es el manejo del dolor intraparto y el alivio de éste. Para ello, la matrona debe tener conocimiento del abanico de posibilidades farmacológicas y no farmacológicas que existen actualmente y ofrecer a la mujer la que mejor se adecúe a sus necesidades.

Métodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la evidencia científica actual a partir de los metaanálisis y ensayos clínicos publicados hasta el momento.

Para ello hemos realizado una búsqueda en bases de datos científicas sanitarias como Cochrane library, Pub-Med, Cuidatge y de organismos como la OMS y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Resultados

El dolor en el trabajo de parto es el resultado de un conjunto de estímulos fisiológicos, emocionales, psicológicos y socioculturales experimentados por la mujer que hace que cada una de ellas lo perciba de una forma diferente y con distinto grado de intensidad, variando también en la misma mujer en cada uno de sus partos.

Una de las tareas más importantes de la matrona como profesional que acompaña a la parturienta en su proceso, es el manejo del dolor intraparto y el alivio de éste. Para ello contamos con varias técni-



HVR (colocación de catéter epidural).

cas farmacológicas y técnicas complementarias no farmacológicas que hay que utilizar cuando las anteriores están contraindicadas o la mujer no quiere hacer uso de ellas.

La analgesia epidural constituye hoy en día la alternativa terapéutica más eficaz y utilizada en nuestro medio para el abordaje del dolor del trabajo de parto, con una evidencia tipo I y grado de recomendación A en las revisiones bibliográficas realizadas^{1,2}.

Consiste en la infusión de anestésicos locales en el espacio epidural, espacio virtual situado entre la duramadre y el ligamento amarillo. Se cateterizan espacios entre L2 y L5, aquí se encuentra inervación uterina y perineal y hay ausencia de médula. Se utilizan bajas dosis de anestésicos locales que permiten un bloqueo diferencial de las fibras del dolor y no de las fibras motoras.

Es mucha la controversia que existe entre si la epidural "frena el parto" o no y cuál es el mejor momento para administrarla. También preocupa el efecto que pueda tener sobre el recién nacido.

La evidencia científica demuestra que la analgesia epidural no aumenta la duración del trabajo de parto. Estudios realizados sobre grupos de mujeres parturientas llegan a la conclusión que la duración de la fase activa del parto no experimenta diferencias significativas administrando la epidural a los 2 cm de dilatación o a los 4 cm.^{1,2}

Tampoco tiene repercusión en el riesgo de cesáreas y no varía la puntuación en el Test de Apgar del recién nacido. De igual manera no aumenta la tasa de lumbalgias a largo plazo².

Por el contrario, la analgesia epidural si repercute en la fase de expulsivo, aumentando su duración. También aumenta el riesgo de parto instrumental².

Otro de los métodos farmacológicos que existen y que cada vez se está utilizando más en nuestros hospitales para el manejo del dolor intraparto son los agentes inhalatorios, en concreto el Óxido Nitroso (N₂O). Se recomienda su uso cuando la mujer tiene contracciones intensas, regulares y dolorosas y a partir de una dilatación del cuello de entre 3 y 4 cm. Administrado a dosis bajas (50% de oxígeno y 50% de N₂O) produce un efecto analgésico con disminución del umbral de la percepción de estímulos dolorosos. Se requiere la colaboración activa de la mujer y se le informa que no tiene efecto anestésico, produce un estado de sedación consciente y relajada, donde la intensidad del efecto dependerá del estado psíquico de la mujer^{3,4}.

El uso de N₂O es considerado un método seguro que no da muestra de complicaciones en mujeres de parto normal, ni en recién nacidos ni en el personal que lo administra.

El grado de eficacia como analgesia es moderada y menor que si se utiliza otro tipo de analgesia pero tiene un alto grado de satisfacción y según estudios en el 50% de las mujeres que lo utilizan disminuye el dolor³.

La administración de este gas debe administrarse por profesionales cualificados. Normalmente el profesional que lo ofrece a la gestante y lo administra es la matrona.

El Óxido Nitroso en el trabajo de parto presenta una serie de ventajas como su fácil administración, no modifica la dinámica uterina, la gestante tiene libertad de movimiento y reflejo de pujo conservado y no afecta al recién nacido ni a la lactancia materna. Tiene un periodo de latencia corto³.

La matrona debe administrarlo cuando la mujer tiene contracciones dolorosas, intensas y regulares y a partir de 3 cm de dilatación. Se administra por inhalación a través de una mascarilla con una concentración al 50%. La inhalación de la mezcla no debe exceder de 60 minutos seguidos y se debe vigilar continuamente la saturación de oxígeno. Durante el expulsivo se aconseja inspirar 2-3 veces profundamente antes de cada pujo. Su administración precisa de una vigilancia clínica continua de la mujer por parte de la matrona para controlar posible mareo o somnolencia y debe interrumpirse la administración en caso de pérdida de contacto verbal⁵.

Esta técnica puede producir reacciones adversas como náuseas, vómitos, vértigos, euforia, sedación, ensoñación, parestesia, angustia o agitación que desaparecen rápidamente al interrumpir la inhalación.



ginetec.com (inhalación de N₂O).

Alternativas para el manejo del dolor intraparto

Otra técnica farmacológica utilizada es la administración por vía intravenosa de algún fármaco como la Meperidina (Dolantina) o el Remifentanilo en PCA (bomba de perfusión continua. Esta técnica es menos utilizada.

La Dolantina IV (intravenosa) es usada en algunos casos cuando la mujer se encuentra en fase de pródromos de parto y no tolera bien el dolor. Su uso durante el trabajo de parto no está muy aconsejado ya que afecta a la variabilidad de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) y retrasa la lactancia materna, inhibe la succión del recién nacido y reduce el estado de alerta de este.

El agente intravenoso de elección en el trabajo de parto es el Remifentanilo en PCA ya que la autoadministración por bomba del fármaco según el dolor mejora la capacidad de autocontrol de la mujer, necesitando menor dosis, además aumenta la motivación y disminuye el componente subjetivo del dolor.

Otro método que existe es el bloqueo de pudendos con anestésicos locales, causa su efecto en el tercio inferior de la vagina, vulva y región perineal, por lo que sería una opción válida para la fase del expulsivo. Su efecto comienza a los 3-4 minutos de la infiltración y dura 1 hora aproximadamente. Es una técnica, que aunque podría ser interesante en los casos en los que la mujer no ha recibido analgesia epidural para soportar el dolor del expulsivo sí así lo deseara, se realiza muy poco, sobre todo por la falta de experiencia y conocimiento de la técnica por parte de los profesionales que asisten a la mujer⁹.

Por otra parte, existen otras técnicas no farmacológicas que están tomando protagonismo en los últimos tiempos ya que cada vez son más las mujeres que quieren vivir la experiencia de su parto de una forma más natural y menos medicalizada y nosotros, como profesionales, debemos poder ofrecerles alternativas que le ayuden a controlar el dolor.

Se ha demostrado que un ambiente tranquilo y relajado y la presencia continua de un acompañante aumentan el sentimiento de control de la mujer. Por otra parte, la libertad de movimientos y la posición vertical disminuyen la intensidad del dolor y la necesidad de analgesia epidural, disminuye también la incidencia de desgarros perineales y las alteraciones de la FCF. Se ha demostrado que mantener una posición vertical y estar en movimiento acorta la 1ª fase del parto⁸.

La hidroterapia es otra técnica natural que cada vez es más demandada y que se ha demostrado en

diferentes estudios sus buenos resultados. El uso del agua durante el trabajo de parto mejora la perfusión uterina, las contracciones son menos dolorosas y el trabajo de parto se acorta. La temperatura del agua no debe superar los 37°C y la inmersión no debe ser superior a las 2 horas. Debe llevarse a cabo cuando la mujer esté al menos de 5 cm de dilatación, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina. La rotura de bolsa no contraindica el uso de agua^{7,8}.



efesalud.com (hidroterapia)

Otra técnica no farmacológica es la inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis, consiste en la administración intradérmica o subcutánea de 0,1 a 0,5 ml en estos 4 puntos de la zona lumbar. Es de utilidad en la fase temprana de dilatación, tiene su efecto máximo a los 30-40 minutos de la inyección y su efecto dura unas 2 horas, puede repetirse la técnica. Es una técnica muy poco utilizada ya que su realización puede resultar bastante dolorosa para la mujer además de tener un efecto corto y no resultar efectivo para los dolores en la zona abdominal ni perineal, su efecto es exclusivo para la zona lumbar.



cyclologia.com (puntos que constituyen el Rombo de Michaelis, donde se inyecta el agua estéril)

Hay otras técnicas no farmacológicas disponibles de las que no hay una evidencia científica demostrada ni existen estudios concluyentes, aunque algunos ensayos clínicos aislados recomiendan su uso, como son la acupuntura, la hipnosis, el tens, los masajes y las técnicas de relajación o la musicoterapia⁸.

Discusión

El alivio del dolor durante el trabajo de parto es una tarea importante por parte de los profesionales sanitarios que atienden a la paciente obstétrica, y nosotros como matronas, y como profesional que acompaña a la mujer durante todo el proceso, debemos tener el conocimiento y el manejo de las diferentes técnicas que podemos ofrecerle a la mujer en cada momento, según sea lo más indicado para ella y el bebé y respetando sus preferencias y decisiones.

En este artículo hemos hecho una revisión de la evidencia científica actual a partir de los metaanálisis y ensayos clínicos publicados hasta el momento.

La epidural sigue siendo la técnica analgésica más demandada por las usuarias y la más utilizada, con una alta eficacia. Tiene evidencia tipo I y grado de recomendación A.

El Óxido Nitroso, (N₂O), está siendo cada vez más utilizado, con un grado de recomendación igual a la epidural pero menor eficacia frente al dolor.

Los ensayos clínicos con agentes intravenosos como la Meperidina IV y el Remifentanilo en bomba PCA, tienen una evidencia moderada. Parece, según los estudios, que el N₂O inhalado tiene más eficacia frente al dolor que la Meperidina IV, y que el Remifentanilo en bomba PCA más eficacia que estos dos anteriores.

El bloqueo de nervios periféricos es poco utilizado y no se dispone de estudios que analicen su eficacia respecto a otras medidas.

Respecto a las medidas no farmacológicas, existe un movimiento en auge de estas técnicas, cada vez más demandadas por las pacientes en la consecución de un parto cada vez más natural y menos medicalizado. El apoyo continuo a la mujer con la presencia de un acompañante, la libertad de movimientos y la hidroterapia han demostrado, según revisión Cochrane que disminuye la necesidad de analgesia epidural y aumenta la sensación de control por parte de la mujer.

Otras técnicas como el Tens, la hipnosis, la acupuntura o la musicoterapia disponen de escasa evidencia científica y no existen estudios concluyentes al respecto.

Conclusiones

En base a la literatura científica actual la mitigación del dolor en el parto presenta diversas alternativas aplicables a las necesidades de cada gestante. Los métodos para el manejo del dolor se dividen en farmacológicos y no farmacológicos, obteniendo los farmacológicos gran respaldo científico de su efectividad en cuanto a la disminución del dolor. El método por antonomasia es la inyección epidural, la cual adquiere la elección primordial por las usuarias por su evidencia, efectividad y rápidos resultados en la disminución del dolor del parto.

En la actualidad se busca la humanización del parto en todas sus vertientes y el manejo del dolor del parto y su forma de paliarlo se han vuelto un objetivo primordial. En este sentido los métodos no farmacológicos, han adquirido gran relevancia a pesar de la falta de evidencia y consenso en cuanto a la aplicación de las distintas terapias y la metodología de investigación, por lo que los resultados positivos en la aplicación de algunas de las terapias no farma-



Miles de plazas te esperan...

20PO

#DosmilOPO *¡Este es tu año!*



cológicas carecerían de validez hasta la obtención de más publicaciones de peso científico.

Discussion

Relief of pain during labor is an important task for health professionals who care for the obstetric patient, and we as midwives, and as a professional who accompanies women throughout the process, must have the knowledge and knowledge handling the different techniques that we can offer women at all times, according to what is most indicated for her and the baby and respecting her preferences and decisions.

In this article we have reviewed current scientific evidence from meta-analyses and clinical trials published so far.

The epidural continues to be the analgesic technique most demanded by users and the most widely used, with high efficacy. It has type I evidence and grade of recommendation A.

Nitrous Oxide, (N₂O), is being increasingly used, with a degree of recommendation equal to the epidural but less effective against pain.

Clinical trials with intravenous agents such as Meperidine IV and Remifentanyl in PCA pump, have moderate evidence. It appears from studies that inhaled N₂O is more effective against pain than Meperidine IV, and that Remifentanyl in a PCA pump is more effective than these previous two.

Peripheral nerve block is little used and there are no studies analyzing its efficacy with respect to other measures.

Regarding non-pharmacological measures, there is a growing movement of these techniques, which are increasingly demanded by patients in achieving an increasingly natural and less medicalized delivery. Continuous support for women with the presence of a companion, freedom of movement and hydrotherapy, according to the Cochrane review, has shown that it reduces the need for epidural analgesia and increases the woman's sense of control.

Other techniques such as Tens, hypnosis, acupuncture or music therapy have little scientific evidence and there are no conclusive studies in this regard.

Conclusions

Based on current scientific literature, pain mitigation in childbirth presents several alternatives applicable to the needs of each pregnant woman. The methods for pain management are divided into pharmacological and non-pharmacological, with pharmacologists obtaining great scientific support for their effectiveness in reducing pain. The method for par excellence is epidural injection, which acquires the primary choice by users for its evidence, effectiveness and rapid results in the reduction of labor pain.

At present, the humanization of work is sought in all its aspects and the management of labor pain and its way of relieving it have become a primary objective. In this sense, non-pharmacological methods have acquired great relevance despite the lack of evidence and consensus regarding the application of different therapies and research methodology, so that the positive results in the



¡¡Más de 11.000 plazas pendientes de convocarse!!

Servicio Andaluz de Salud

#ESTAS OPOSICIONES LAS APROBAMOS JUNTOS

application of some of the therapies Non-pharmacological would be invalid until more scientific weight publications were obtained.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de Financiación

Los autores declaran la realización del manuscrito por ingresos propios.

Conflicto de Intereses

No existen conflictos de intereses.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. *Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el*

trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida), Biblioteca Cochrane Plus, 2006 N° 2.

2. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. *Analgesia epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto*. Biblioteca Cochrane, 2018 Mayo. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
3. López Ruiz, María Belén; Serrano Martos, Juan; Moreno López, Justa; Romero Puertollano, Teresa. *Uso del óxido nítrico durante el trabajo de parto*. Inquietudes 2014; XIX(47). Disponible en <<http://www.index-f.com/inquietudes/47/4731.php>> Consultado el 1 de Marzo 2020.
4. AETSA. *Eficacia y seguridad de la utilización del Oxido nítrico al 50% como analgesia en el parto*. Informe de respuesta rápida. Consejería de salud. Sevilla, febrero 2010.
5. *Guía clínica de analgesia del parto*. Ministerio de Sanidad subsecretaría de Salud Pública. Serie guías clínicas Minsal n° 54. 2007.
6. *linox® analgesia inhalatoria. Utilización en obstetricia*. Air liquide medical. 2010. Disponible en www.airliquidemedical.es. Consultado el 16 de febrero de 2020.
7. Cluett ER, Nikodom VC, McCandlish RE, Burns EE. *Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto*. Biblioteca Cochrane plus, 2005 N° 3.
8. FAME. *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
9. Fernández Medina IS. *Alternativas analgésicas al dolor de parto*. Revista Enfermería Global, 2014 N° 33: ISSN 1695-6141.



€EcoPACK

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
SAS
2020 OPOSICIONES

Celadores

Rodio oposiciones

Rodio TRAINING

¡¡Más de 11.000 plazas pendientes de convocarse!!

Servicio Andaluz de Salud

2020 OPOSICIONES

#ESTAS OPOSICIONES LAS APROBAMOS JUNTOS