

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR
DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN UN GRUPO DE MUJERES
PUERPERAS, EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN,
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2008**

**Lina María Rodríguez Gómez
Martha Isabel Vargas Aguilar**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
Bogotá, Noviembre de 2008**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR
DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN UN GRUPO DE MUJERES
PUERPERAS, EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN,
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2008**

Lina María Rodríguez Gómez

Martha Isabel Vargas Aguilar

Trabajo de Investigación para optar el Título de: Enfermera

Asesora,

Norma Yaneth Noguera Ortiz

Enfermera- Especialista en Materno Perinatal con Énfasis Familiar

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA
Bogotá, Noviembre de 2008**

NOTA DE ACEPTACION

Firma Del Presidente Del Jurado

Firma Del Jurado

Firma Del Jurado.

Ciudad y Fec

DEDICATORIA

A mi papa Medardo Rodríguez y mi Mama Gladyz Gómez quienes con su apoyo moral y material, comprensión y sabios consejos me ayudaron a culminar esta meta.

A mi sobrino Santiago que siempre me brindaba una sonrisa, en los momentos de cansancio.

A mis hermanos que me brindaron su apoyo en la realización del documento final.

Agradezco a mi familia que siempre estuvo para apoyarme en los momentos difíciles y a darme animo para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a:

Norma Janeth Noguera asesora de tesis por su constante apoyo académico y pertinentes asesorías.

A mi compañera de tesis quien tuvo la paciencia durante la realización de la investigación.

Madres puérperas participantes del estudio por su colaboración desinteresada y voluntaria.

Al hospital Universitario San Ignacio por permitir seleccionar la muestra para el estudio.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. DEFINICION OPERATIVA DE TERMINOS	24
2.1 Conocimiento	24
2.2 Practica de Cuidado	24
2.3 Dolor	25
2.4 Proceso de Parto.	25
2.5 Institución de III Nivel Atención.	25
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	31
4.1 Objetivo General	31
4.2 Objetivos Específicos	31
5. PROPÓSITOS	32
6. MARCO TEORICO	33
6.1 Teoría De La Diversidad y Universalidad Del Cuidado	33
6.2 Dolor	37
6.3 Dolor En El Trabajo De Parto	40
6.4 Manejo Y Tratamiento Del Dolor Durante El Trabajo De Parto	47

6.4.1 Medidas Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor	48
6.4.1.1 Bloqueos Regionales	49
6.4.1.2 Analgesia Para El Trabajo De Parto Con Bloqueo Peridural.	50
6.4.1.3 Analgesia Espinal Y Epidural	51
6.4.1.4 Anestesia Caudal	53
6.4.1.5 Anestesia Combinada	53
6.4.2. Medidas No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor	60
6.4.2.1 Estimulación Cutánea	61
6.4.2.2 Tens	62
6.4.2.3 Hipnosis	63
6.4.2.4 Distracción	64
6.4.2.5 Relajación	65
6.4.2.6 Técnicas de Respiración	68
6.4.2.7 Otras Medidas	69
6.4.2.8 Apoyo Psicoemocional	70
7. ROL DE ENFERMERIA	72
8. METODOLOGÍA	76
8.1 Tipo de Estudio	76
8.2 Población de Referencia	76
8.3 Muestra	76

8.4 Criterios de Inclusión	76
8.5 Recolección de Información	77
8.6 Proceso de Recolección de la Información	78
8.7 Análisis de datos	78
8.8 Aspectos Éticos	79
9. RESULTADOS Y ANALISIS	80
9.1 Análisis De Datos Socio demográficos	81
9.2 Conocimientos De Las Mujeres Puérperas Para El Manejo Del Dolor Durante El Trabajo De Parto.	88
9.2.1 Percepcion del dolor durante el trabajo de parto	89
9.2.2 Conocimientos Acerca Del Tratamiento No Farmacológico Para El Manejo Del Dolor En El Trabajo De Parto Y Parto	90
9.2.2.1 Conocimientos Acerca De La Dieta	90
9.2.2.2 Conocimiento Acerca de Ejercicios	91
9.2.2.3 Técnicas De Respiración	91
9.2.2.4 Ejercicios Posturales	92
9.2.2.5 Técnicas de Relajación	93
9.2.3 Conocimiento Acerca De Medidas Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor Durante El Trabajo De Parto	94

9.2.4 Conocimientos Acerca De Creencias Para El Manejo Del Dolor Durante El Trabajo De Parto R/c La Cultura	95
9.3 Practicas De Cuidado Durante El Embarazo	97
9.3.1 Modificación De La Dieta Como Practica De Cuidado Durante El Embarazo	98
9.3.1.1 Modificación En La Realización De Ejercicios Durante El Embarazo	98
9.3.1.2 Ejercicio Como Práctica De Cuidado	99
9.3.2 Creencias Como Práctica De Cuidado Durante El Embarazo Para El Manejo Del Dolor	103
9.3.3. Practicas De Cuidado Realizadas Durante El Trabajo De Parto Y Parto	103
9.3.3.1 Practica De Cuidado Relacionada Con La Dieta	104
9.3.3.2 Ejercicios Como Práctica De Cuidado	105
9.3.3.3 Técnicas de Respiración	105
9.3.3.4 Adopción de Posiciones	106
9.3.4 Tratamiento Farmacológico	107
9.3.5 Creencias Como Práctica De Cuidado Para El Manejo Del Dolor Durante El Trabajo De Parto Y Parto	108

10. CONCLUSIONES	111
11. RECOMENDACIONES	114
BIBLIOGRAFIA.	115

LISTADO DE GRÁFICOS.

1. **GRAFICO 1.** DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008 **81**

2. **GRAFICO 2.** DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008. **82**

3. **GRAFICO 3.** DISTRIBUCIÓN DE ESTADO CIVIL DE UN GRUPO DE MUJERES PUÉRPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE ATENCIÓN BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008. **84**

4. **GRAFICO 4.** DISTRIBUCION DEL ESTRATO SOCIOECONOMICO DE UN GRUPO DE MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION, BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008. **85**

5. **GRAFICO 5.** DISTRIBUCION DE LA OCUPACION DE GRUPO DE MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008. **86**

LISTADO DE TABLAS.

- 1. TABLA 1. DIFERENTES TIPOS DE ANESTESIA CON SUS RESPECTIVAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS. 55**

LISTADO DE ANEXOS.

1. ANEXO 1. Consentimiento Informado	124
2. ANEXO 2. Instrumento de la investigación. Encuesta de datos sociodemograficos.	128
3. ANEXO 3. Entrevista a profundidad	130

RESUMEN

Conocimientos y prácticas para el manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, La concepción del dolor y su manejo han sufrido transformaciones desde lo místico y sobrenatural, en el pasado se veía el dolor en el trabajo de parto como un imaginario pero es experimentado por todas las mujeres independientemente de su cultura, raza, estrato socioeconómico, el abordaje que se hace desde enfermería frente a este dolor, no tiene en cuenta la cultura de las mujeres y sus conocimientos y practicas de cuidado para atenderla de forma integral. Basándose en la teoría de Madeleine Leininger insta a la enfermería a abordar a la mujer desde su dimensión transcultural. **OBJETIVO GENERAL.** Describir los conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas hospitalizadas en una Institución de Tercer Nivel de Atención en Salud, durante los meses de agosto, **RESULTADOS** se encontró en el grupo de mujeres puérperas que poseían conocimientos y practicas de cuidado para el manejo del dolor durante el trabajo de parto las cuales algunas las llevaron a cabo durante el embarazo y en el trabajo de parto y parto según las participantes refirieron ser efectivas para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto. Como conclusión las medidas no farmacológicas como la dieta, el ejercicio, técnicas como la respiración, la relajación adopción de posiciones y prácticas de cuidado relacionadas con las creencias, que tienen las mujeres es recomendable tenerlas desde la perspectiva de la enfermería transcultural para brindar un cuidado congruente con la cultura.

Palabras claves: conocimientos, prácticas de cuidado, dolor en el trabajo de parto.

ABSTRACT

Knowledge and practices for the handling of the pain during the childbirth process in a group of puérperas women, the conception of the pain and its handling have undergone transformations from the supernatural mystic and in the past it saw the pain in the work of childbirth as an imaginary one but is experienced by all the women independently of its culture, race, socioeconomic layer the boarding that is made as opposed to from infirmary this pain, it does not consider the culture of the women and its knowledge and you practice of well-taken care of taking care of it of integral form. Being based on the theory of Madeleine Leininger it insists to the infirmary to approach to the woman from its transcultural dimension. **OBJECTIVE.** To describe to the knowledge and practices of taken care of for the handling of the pain in the process of childbirth in a group of hospitalized puérperas women in an Institution of Third Level of Attention in Health, during the months of August, **RESULTS** was in the group of puérperas women who had knowledge and you practice of well-taken care of for the handling of the pain during the work childbirth which some carried out them during the pregnancy and in the work of childbirth and childbirth according to the participants they referred to be effective for the handling of the pain in the work of childbirth and childbirth. **CONCLUSION** the nonfarmacológicas measures like the diet, the exercise, techniques like the breathing, the relaxation adoption of positions and practices of care related to the beliefs, that they have the women is recommendable to have them from the perspective of the transcultural infirmary to offer a congruent care the culture.

INTRODUCCIÓN

El dolor en el trabajo de parto y parto no es imaginario, es un dolor universal, y es experimentado por las mujeres de todas las culturas, razas, civilizaciones y estratos socio-económicos; ha estado presente desde el propio nacimiento y es así que la humanidad ha venido adoptado medidas que ayudan a aliviarlo o a mitigarlo, las cuales surgen de un grupo de creencias, mitos, valores y costumbres.¹

El manejo del dolor ha sufrido múltiples transformaciones desde lo místico y sobrenatural de la antigüedad hasta el interés actual. Sin embargo, la realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y se ha dejado a tras el componente social, emocional y sus repercusiones.

A partir de la importancia en el manejo del dolor, es fundamental que los profesionales de enfermería adquieran información acerca los conocimientos y prácticas que tiene la mujer para el manejo del dolor en el trabajo de parto, con el fin de establecer intervenciones de cuidado que sean coherentes con las prácticas de cuidado teniendo en cuenta los intereses particulares de cada población.

¹ANAND, K. J. 5. y CRAIG, K. D.: «New perspectives on the definition of pain», *Ram*, 2006, 67: 3-6.

Por lo anterior surge el interés de identificar los conocimientos y las prácticas de cuidado para manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, hospitalizadas en una Institución de Tercer Nivel de Atención en Salud, durante los meses de agosto a octubre de 2008

Para lograr los objetivos propuestos se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo con abordaje cualitativo, que permitió identificar y describir los conocimientos y las prácticas de cuidado que tienen un grupo de mujeres puérperas para el manejo del dolor en el proceso de parto, teniendo en cuenta las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Con el propósito de indagar sobre los conocimientos y las prácticas de cuidado que tienen las mujeres gestantes durante el embarazo, para disminuir el dolor en el trabajo de parto se selecciono una muestra de 18 mujeres en el postparto inmediato y por lo cual cumplían con los criterios de inclusión de la investigación, se les realizó una encuesta con el fin de caracterizar socio demográficamente a la población participante en el estudio, y posteriormente se realizo una entrevista semiestructurada indagando conocimientos y prácticas de cuidado para manejo del dolor durante el trabajo de parto, hasta obtener saturación de los datos; teniendo en cuenta los resultados obtenidos se procedió a realizar el análisis de contenido para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Durante la investigación se indago acerca de los conocimientos que poseían las mujeres puérperas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y al mismo tiempo como estos conocimiento se convirtieron en practicas de cuidado durante el embarazo y así la realización de los mismos durante su trabajo de parto y parto , se pudo evidenciar que las mujeres puérperas no

realizaron cambios en su dieta puesto que no consideraban que esto las pudiera ayudar para manejar el dolor, por otro lado la realización de técnicas de respiración, relajación, ejercicios posturales y otros como yoga, natación el caminar ayudan a que la mujer se mantenga en forma y este mas preparada para afrontar el parto y por consiguiente disminuir el dolor en el mismo.

Los efectos de la solución de esta investigación permitirán involucrar los conocimientos y practicas de cuidado que tienen las mujeres gestantes para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto al cuidado de enfermería en un ámbito hospitalario con el objeto de brindar un cuidado integral congruente con la cultura de cada persona.

Genera un gran aporte a la disciplina de enfermería ya que nos permite comprender y abordar a las mujeres desde su dimensión cultural, para así brindar calidad del cuidado, y no olvidar o dejar de lado lo que piensa y sienten las mujeres durante su proceso de parto; además de lo que se ha transmitido de generación en generación, permitirá a la enfermera conocer las practicas de cuidado y así mismo según la teoría de Madeleine Leininger saber si se conserva, adecua o negocia o si se rediseña teniendo en cuenta el grado de afectación de la salud tanto de la madre como del hijo por nacer.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor es un síntoma frecuente manifestado por los pacientes a diario; es la experiencia humana más compleja y la fuente más común de trastornos fisiológicos y psicológicos².

La concepción del dolor y su manejo han sufrido transformaciones desde lo místico y sobrenatural de la Antigüedad hasta el interés actual, centrado en el estudio molecular, sin descuidar el componente social, cultural y emocional. Sin embargo la realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica del abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y han dejado atrás el componente social, cultural, emocional y sus repercusiones³.

Desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor adoptando medidas que ayudan a aliviarlo o a mitigarlo, las cuales surgen de un grupo de creencias, mitos, valores y costumbres que se han transmitido a la mujer de generación en generación con el transcurrir de los años.

En enfermería algunas veces no se tiene en cuenta el conocimiento y las prácticas de cuidado que poseen las madres y la familia; al momento de brindar cuidado para la salud, se debe mejorar la visión simplista y unilateral que a veces suele acompañar al profesional de enfermería cuando brinda

² Antología: Dolor quinto signo vital. Universidad Nacional de Colombia I semestre de 2005.

³ ACHURY S. DIANA. Investigación en enfermería imagen y desarrollo: Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. Numero 1 Vol. 9. Enero – junio 2007.

cuidado, se debe tener un cambio de actitud que debe comenzar por reconocer la diferencia del otro respetando sus valores y creencias⁴.

En la institución objeto de estudio se identifica que no se tiene en cuenta los conocimientos y prácticas de cuidado que poseen las mujeres gestantes cuando ingresan al servicio de gineco-obstetricia para atención durante el proceso de parto, se evidencia que el manejo del dolor se ha reducido al tratamiento fisiológico y farmacológico.

En este sentido es prioritario identificar los conocimientos y prácticas de cuidado de la mujer con el fin de fortalecer los cuidados de enfermería a partir de las mismas, siendo la enfermera un puente entre el conocimiento científico y las creencias⁵.

Es importante destacar que en la revisión bibliográfica y en las bases de datos estudiadas se encuentran pocos estudios relacionados con conocimientos y prácticas de cuidado que tiene la mujer para el manejo del dolor durante el proceso de parto, además dichos estudios han sido realizados solo con comunidades indígenas y comunidades en áreas rurales. Como lo es el estudio realizado por María Claudia Duque y Eddy Salazar en 1992 y 1993 en comunidades indígenas y negras en donde se describen los cuidados a la mujer y al niño durante el embarazo, el parto y el puerperio y las practicas de lactancia materna, pero no se describe ninguna

⁴ VÁSQUEZ TRUISSI, Marta Lucía. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural una necesidad en un mundo cambiante. Revista Investigación y Educación en Enfermería,

⁵ BEJARANO BELTRAN, Nancy Lucia. (Y Otros). Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre asegura un hijo sano y fuerte. Revista avances de enfermería. 33- 48p. Bogota.2003.

práctica de cuidado o conocimiento que tenga esta población acerca del manejo del dolor durante el trabajo de parto.⁶

La Dra. Reynolds, en el libro *Pain relief in labour*⁷ realiza una acertada defensa del derecho de la mujer a recibir alivio del dolor de parto cuando dice que: *“...el control del dolor ‘debería’ formar parte del manejo integral del parto y...la mujer embarazada tiene derecho a información básica acerca del dolor y su alivio durante el trabajo de parto tanto como a otros aspectos de su cuidado.”*

Varias encuestas se han realizado para investigar el grado de dolor referido por las madres luego del parto. En Londres, Holdcroft y Morgan interrogaron a pacientes 1-2 días después del parto y solamente el 2% de ellas reportó ausencia de dolor.⁸

Un grupo de mujeres en posparto inmediato entrevistadas en Suecia, refirieron dolor intolerable en el 35% de los casos; dolor severo en el trabajo de parto y parto el 37% y dolor moderado el 28%.⁹ Ranta y Jouppila, entrevistaron en Finlandia a 833 parturientas y encontraron un 4% de

⁶ SALAZAR Edy, DUQUE Ma. Claudia. Terrenos 2. Comunidades indígenas y negras. 1992/1993

⁷ REYNOLDS F. Labour pain and analgesia. En: Porter J, Russell R, Scrutton M. Pain relief in labour. London BMJ 1997; 3-16.

⁸ HOLDCROFT A, MORGAN M. An assessment of the analgesic effect in labour of pethidine and 50 percent nitrous oxide in oxygen (Entonox). J Obstet Gynaecol Br Commonw 1994; 81: 603-7.

⁹ NETTELEBLADT P, FAGESTROM CF, UDDENBERG N. The significance of reported childbirth pain. J Psychosom Res 1996; 20:215-21.

pacientes que referían dolor ligero y un 60% referían dolor severo o intolerable, en el trabajo de parto y parto.¹⁰

Otro grupo, también en Finlandia, investigó a 1.091 pacientes, 360 primíparas y 731 multíparas, encontrando dolor intolerable en el 89% de las primíparas y 84% de las multíparas, mientras que sólo el 4% de las multíparas y el 0% de las primíparas refirieron poco dolor.¹¹

De las investigaciones precitadas, se puede señalar un elemento común en todas las entrevistadas: **e l d o l o r**. Dolor que es expresado en diferentes grados de intensidad y en la mayoría de los casos expresados como severo y pocas veces ausente.

El dolor del trabajo de parto es el dolor agudo más frecuente, con inicio y final bien definidos, es referido en el cuestionario de Mc Gill con intensidad alta, similar al producido a la amputación de un dedo, quedando allí demostrado que es uno de los más i n t e n s o s.¹²

El dolor del parto es un fenómeno en el que los factores fisiológicos, sociales, culturales y psicológicos interaccionan con la historia personal y familiar de la mujer.¹³ La parturienta tiene que lidiar consciente e inconscientemente con esa gama de factores, pudiendo vivir una experiencia

¹⁰ RANTA P, JOUPPILA M, SPALDING T, KANGAS-SAARELA A, HOLLMEN R. JOUPPILA Parturients' assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. Int J Obstet Anaesth London 1994; 3:193-8.

¹¹ Ibid

¹² MELZACK R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1995; 1: 277- 99.

¹³ CORBETT, C. A. & CALLISTER, L. C. (2000, February). Nursing support during labour. Clinical Nursing Research, 9 (1), 70-83.

positiva, que se refleja en la sensación de fuerza y poder o una experiencia cargada de sensaciones negativas que pueden manifestarse en diferentes áreas de la vida.

La vivencia de esta historia emocional, cultural y social de la mujer hace que su experiencia sea individual y única en cada parto. Sin embargo, esto no se restringe sólo a cómo la mujer atribuye significados, sino que también a cómo la experiencia misma acontece.

Ante la intensidad emocional y física que la parturienta experimenta, es necesario estar atento a sus necesidades, las que van mucho más allá de los cuidados técnicos dispensados en las maternidades. La atención o acompañamiento ayudan a la mujer a pasar por esta experiencia propiciándole beneficios físicos y emocionales.

Teniendo en cuenta lo anterior y la poca evidencia de estudios e investigaciones acerca de los conocimientos y prácticas de cuidado de la mujer para manejo del dolor en el trabajo de parto y parto surge la necesidad de plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿CUALES SON LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PROCESO DE PARTO EN UN GRUPO DE MUJERES PUERPERAS, EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2008?

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

2.1. CONOCIMIENTO:

Conjunto de verdades o conocimientos adquiridos a través de la experiencia. Para esta investigación los conocimientos son el conjunto de datos o información almacenada a través de la experiencia sobre el manejo del dolor durante el proceso de parto; puede ser adquirido por diferentes fuentes como lo son la familia o personas que la rodean, libros o folletos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, el curso de preparación para la maternidad y paternidad y otros medios de comunicación como la Internet.

2.2 PRACTICA DE CUIDADO:

Se define como las actividades y acciones que realizan las personas por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender su embarazo y conservar su bienestar¹⁴.

Desde el enfoque cultural, las prácticas son actos guiados por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales, se considera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades.

Para esta investigación las prácticas serán las actividades y acciones que realizan las mujeres que participan en el estudio para el manejo del dolor durante el proceso de parto.

¹⁴ MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. Líneas de Investigación Prácticas de Cuidado Materno Perinatal. EN: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia.

Dichas prácticas pueden ser desarrolladas durante la gestación y el proceso de parto, en esta investigación tendremos en cuenta las practicas relacionadas con: medidas no farmacológicas: la dieta, los ejercicios de respiración, adopción de posiciones y relajación, y por ultimo las referentes con las creencias.

2.3 DOLOR Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido. También se puede definir como: “Toda situación no resuelta, conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin, cosa difícil de explicar o de resolver¹⁵.”

2.4 PROCESO DE PARTO:

Periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas, dilatación y borramiento del cuello uterino, expulsión del producto del embarazo, alumbramiento de restos placentarios y ovulares¹⁶.

2.5 INSTITUCION DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Se denomina Institución de Tercer nivel de atención aquella que presta servicios encaminados a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica;

¹⁵ MISHELL, M. Methodological Studies: Instrument Development. En: Advances Desing in nursing research. Library of Congreso-calaloging-in publication, (1999); P. 244-246

¹⁶ Diccionario de medicina mosby. Editorial océano 4 edición

actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.¹⁷

Se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Psiquiatría, Fisiatría, Genética, Nefrología, Cirugía General, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Cirugía pediátrica, Neurocirugía, Cirugía plástica, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, atención de partos y cesáreas de alta complejidad, laboratorio e imagenología de alta complejidad, atención odontológica especializada, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.¹⁸

¹⁷Disponible en: http://www.malvinassalud.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=28. Consultado 11 de marzo de 2008

¹⁸Desplazados: así serán atendidos. Disponible en: <http://www.derechoydesplazamiento.net/spip.php?article356> Consultado el: 29 febrero 2008

3. JUSTIFICACION

Desde siempre se ha asociado al parto y trabajo de parto con el dolor, y en consecuencia durante toda la historia se han adoptado medidas que ayudan a aliviarlo o a mitigarlo, las cuales surgen de un grupo de creencias, mitos, valores y costumbres que se han transmitido a la mujer gestante de generación en generación con el transcurrir de los años. En ese sentido, el cuidado de enfermería se debe fundamentar en los principios de la teoría de Leininger, que presupone que el cuidado de enfermería se debe brindar como un fenómeno transcultural, cuya meta es acompañar a las personas de diversas orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el fin de ofrecer un cuidado que sea acorde con la cultura¹⁹.

Para poder ofrecer cuidado de enfermería a la mujer que sea congruente con las creencias, costumbres y valores, se deben conocer las prácticas de cuidado y los conocimientos que tiene la mujer para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto, proporcionando de esta forma elementos que permitan direccionar el cuidado de los profesionales de enfermería, no solo en los espacios comunitarios, sino en otros escenarios hospitalarios.

Esta perspectiva provee posibilidades reales de generar espacios de interacción en la relación de la enfermera con pacientes, familias y comunidades; además permite pasar de un modelo vertical, hegemónico y autoritario a uno participativo y respetuoso, que al reconocer al otro como un

¹⁹ VÁSQUEZ Martha Lucía, Colombia Médica Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre) "La Dieta" Como Camino Para Asegurar Un Hijo Sano: Una Mirada Desde El Mundo Urbano De Las Adolescentes. Luz Ángela Argote, Enf., Mag. Enf.1, A Enf., Ph.D.

sujeto con saberes y competencias, abre espacios para que las interacciones de la enfermera trasciendan a generar solidaridad e integración social²⁰.

Llevó mucho esfuerzo y años obtener el reconocimiento del parto como proceso doloroso por entidades como la Organización Mundial de la Salud que en 1999 dio a conocer una guía práctica para el cuidado del parto donde reconocía al trabajo de parto normal como hecho doloroso. *“Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el trabajo de parto, pero las respuestas de cada una de ellas al dolor del trabajo de parto son completamente diferentes ...aún, el trabajo de parto normal es d o l o r o s o .”*²¹

El tener conocimiento por parte del personal de salud de las prácticas de cuidado que tiene la mujer para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto, permite valorar su significado como parte del legado cultural, facilitando así brindar una atención integral en las instituciones de salud y del área de enfermería.

Es importante fortalecer los cuidados de enfermería que se relacionan con las prácticas de cuidado de la mujer gestante para disminuir el dolor durante el trabajo de parto y parto, siendo así la enfermera un puente entre el saber científico y prácticas de cuidado, para generar una comunicación de fácil entendimiento que tenga relación con su forma de pensar y actuar.

Esta investigación es de gran importancia para la profesión y profesionales de enfermería, ya que ayuda a proporcionar cuidado de enfermería a la

²⁰ DUQUE María Claudia Enfermería Y Cultura: Espacio De Encuentro Para El Cuidado De Personas Y Colectivos. EN: Páramo. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria>

²¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth, a practical guide 1999; Disponible en: <http://www.who.int/library/country/trunks/contents/indx> Consultada el: 20 de octubre de 2008.

mujer con un enfoque cultural, teniendo en cuenta que el conocimiento de las prácticas de cuidado permitirá brindar una atención integral transformando de esta forma la práctica de enfermería.

Trabajar hacia la flexibilidad transcultural es un aspecto en el que es necesario profundizar más; es un esfuerzo que representa no solo cambiar la seguridad y comodidad de las medidas listas para todas las situaciones de cuidado; sino también tener una relación empática con los individuos/comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios culturales, y adquirir conocimiento cultural de las diferentes comunidades para identificar las diferencias y similitudes del cuidado y ofrecer finalmente acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural²².

La teoría de Madeleine Leininger "Cuidados Culturales: teoría de la diversidad y universalidad". Es significativa para la investigación ya que Leininger desarrolló su teoría basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás. Esta teoría ofrece realmente una visión amplia, holística y extensa de los grupos humanos y de las poblaciones desde un punto de vista individual.

²² VASQUEZ Martha Lucia. El Cuidado De Enfermería Desde La Perspectiva Transcultural: Una Necesidad En Un Mundo Cambiante. Disponible en: www.cuidadosculturales/MADELEINELEININGER_archivos/RevistaInvestigaciónyEducaciónEnfermería.htm Consultado el; 12 de AGOSTO 2007.

Los cuidados culturales²³ son los medios holísticos mas amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la practica de esta disciplina. Los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina, además son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia y también para afrontar las discapacidades o la muerte²⁴

Además esta teoría contribuye a la consolidación de la enfermería como disciplina y profesión que de respuesta a las necesidades encontradas en el mundo multicultural.

Los beneficios que proporciona esta investigación a las mujeres participantes y a la institución objeto de estudio es el de brindar un cuidado integral congruente con la cultura de cada individuo para favorecer al proceso de parto y manejar el dolor con otras alternativas que no sean necesariamente las farmacológicas desde la disciplina de enfermería, además aporta a las participantes la posibilidad de que sus conocimientos y practicas de cuidado según sus creencias en relación con el manejo del dolor en el trabajo de parto, no se dejen de lado en dicho momento, teniendo en cuenta la teoría de Madeleine Leininger se podrán conservar las que no son perjudiciales, negociar o reestructurar las que se consideren sean nocivas o perjudiciales para la salud de la madre y el hijo por nacer.

²³ MARRINER TOMEY, A. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición, Madrid: Mosby / Doyma 2003, p. 507

²⁴ Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas hospitalizadas en una Institución de Tercer Nivel de Atención en Salud, durante los meses de agosto a octubre de 2008.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográfico de las mujeres participantes en el estudio, en términos de: Edad, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico.
- Identificar los conocimientos que tienen las mujeres puérperas para disminuir o aliviar el dolor durante el proceso de parto.
- Identificar las prácticas de cuidado que realizan las mujeres puérperas para el manejo del dolor durante el embarazo y proceso de parto, teniendo en cuenta dieta, ejercicios, medidas farmacológicas y creencias.

5. PROPÓSITOS

- Dar a conocer a los profesionales de enfermería de la institución los resultados de la investigación, con el fin de generar protocolos y propuestas de cuidado de enfermería a la mujer gestante basados en los conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.
- Fomentar en los profesionales de enfermería el desarrollo de una visión integral de la mujer gestante en donde se vincule el conocimiento científico y la enfermería transcultural.
- Motivar a la mujer gestante y a la familia a participar activamente en la planeación de su cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.
- Aportar significativamente a la construcción de conocimiento científico de la enfermería transcultural, con base en los conocimientos y prácticas de cuidado que utilizan la mujer gestante para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.

6. MARCO TEORICO.

Con el fin de dar un marco referencial a la presente investigación se encuentra a continuación información a cerca de: la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado, Dolor en el trabajo de parto, Manejo del dolor durante el trabajo de parto: medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas.

Desde el contexto teórico se encuentran aportes fundamentales como lo es el método de etnoenfermería, de Madeleine Leininger²⁵, el cual hace referencia al enfoque de la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado. La teoría nos brinda la oportunidad de hacer una reflexión acerca de los conocimientos y prácticas de cuidado en donde es posible que el profesional de enfermería a partir de las experiencias o conocimientos de las mujeres gestantes intervenga para disminuir el dolor durante el trabajo de parto, teniendo en cuenta el conocimiento científico (enfermera (o)) y el conocimiento adquirido (mujer gestante) de generación en generación.

6.1 TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DEL CUIDADO²⁶

La teoría de Madeleine Leininger considera indispensable la manera de cuidar de cada individuo en relación a su cultura, con el objeto del estudio de las prácticas y cuidados que tengan las personas para consigo mismas. Desde este punto de vista Leininger abre una nueva área a la profesión de enfermería. Esta teoría revela un humanismo formado por el estudio del cuidado y del cuidar de las diferentes culturas.

²⁵ Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.

²⁶ Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.

Los aspectos fundamentales de la teoría de Leininger son cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales. La meta de la Teoría es lograr que los conocimientos y prácticas de la enfermería profesional tengan una base cultural y una conceptualización, planificación y aplicación basadas en la cultura. Para lograrlo en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural, las personas de diferentes culturas pueden informar y determinar el mejor tipo de cuidado que desean o necesitan recibir de las enfermeras, puesto que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones

Leininger basa su teoría en la enfermería transcultural, una rama de aprendizaje de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud/enfermedad. La define como área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.²⁷

La meta de la enfermería transcultural es proporcionar cuidados que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanta diversidad (perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes) como universalidad (características comunes de los cuidados).

²⁷ Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.

En cuanto al término *cultura* podemos decir que se describe como los valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas, orientan al pensamiento, las decisiones y las acciones de manera específica, proporcionan la base para los valores culturales que identifican formas preferidas de actuar o pensar; estos valores generalmente permanecen durante bastante tiempo y ayudan a orientar la toma de decisiones en la cultura. Y esta cultura influye en la necesidad a la hora de procurar cuidados de los pacientes y en su bienestar y recuperación de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado.

Los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes, que pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.

Los cuidados culturales para Leininger son un estado de bienestar que está culturalmente definido, valorado y practicado y que refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo las actividades diarias de un modo culturalmente expresado. Y tiene en cuenta los siguientes aspectos: conservación o mantenimiento de los cuidados, adecuación o negociación y rediseño o reestructuración.²⁸

- **Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales:**

Hace referencia a aquellas actividades y prácticas de cuidado que realiza las mujeres durante su gestación, para disminuir el dolor durante el trabajo

²⁸ Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.

de parto; Las cuales se deben preservar y mantener, bien sea porque causen beneficios y bienestar en la salud de la púerpera o por que no afecten el estado de salud en forma negativa.

- ***Adecuación o negociación de los cuidados culturales:***

Comprende todas aquellas actividades y practicas de cuidado que realizan las mujeres durante el embarazo, las cuales se deben cambiar o modificar de forma parcial para mejorar el dolor durante el trabajo de parto y parto.

- ***Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales:***

Hace referencia a aquellas actividades y practicas de cuidado que realizan las madres durante su embarazo que pueden afectar de forma negativa la salud durante el trabajo de parto y parto, por lo tanto deben modificarse o sugerirse cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias, ofreciendo un estilo de vida más saludable y provechosa.

Estos aspectos se deberán tener en cuenta en la elaboración de programas, intervenciones y planes de atención de enfermería, secundarios a los resultados obtenidos en el presente estudio.

El cuidado es para Leininger el componente central, dominante y esencial de la Enfermería. Pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes; el conocimiento de la diversidad cultural es esencial en la enfermería para proporcionar los cuidados adecuados a clientes, familias y comunidades. Cuando se habla de diversidad de los cuidados culturales alude a la variación y diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos

humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas al sintetizar cultura y cuidado, se creó el campo de la enfermería transcultural, esta se convierte en significativa cuando las enfermeras se centran simultáneamente en la cultura y en los cuidados de las personas, en su modo de vida, en su curación, o en ayudarles a hacer frente a su discapacidad o a su muerte. Las creencias, valores y estilos de vida deseados de los seres humanos han sido incorporados a la enfermería y a los servicios de salud.

En cuanto a la *visión del mundo*, hace referencia a la perspectiva de una persona o grupo en razón de su visión del mundo o del universo. Consta de una estructura social, es decir, factores de organización de una cultura en particular, tales como religiosos, económicos, educativos y políticos, cómo estos factores dan significado y orden a la cultura, además el contexto ambiental: es un acontecimiento, situación o experiencia, tales como interacción social, emoción o elemento físico, que da significado a las expresiones humanas.

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan las personas. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista *émic* (perspectiva del paciente), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión *étic* apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. Puesto que las creencias y el modo de vida de las personas

influyen sobre sus decisiones y acciones acerca del cuidado, esta teoría esta dirigida hacia los profesionales de enfermería que acceden al mundo de las persona y le permiten participar con sus puntos de vista, sus conocimientos y sus practicas como base para tomar decisiones y aplicar acciones que sean aceptadas por la comunidad.

Para esta investigación la teoría de Madeleine Leininger es significativa ya que a partir de los conocimientos y practicas de las participantes en el estudio se pretende brindar cuidado culturalmente congruente, puesto que nos ayuda a conocer y determinar el mejor tipo de cuidado que desean o necesitan recibir las madres durante el trabajo de parto y parto por parte del profesional de enfermería, ya que las creencias y el modo de vida de las madres influyen sobre sus decisiones y acciones acerca del cuidado, esta teoría esta dirigida hacia los profesionales de enfermería que acceden al mundo de las personas y le permiten participar con sus puntos de vista, sus conocimientos y sus practicas como base para tomar decisiones y aplicar acciones que sean aceptadas por la comunidad; en este caso las mujeres durante el proceso de gestación, el trabajo de parto y parto.

La Teoría de Enfermería de la Diversidad y de la Universalidad Cultural del Cuidado desarrollada por Leininger (1991) que perfecciono la que inicialmente denomino Teoría Transcultural de Enfermería (1978), servirá de referente para el presente trabajo porque:

- Contempla la cultura de manera destacada
- Esta teoría puede proporcionar una visión amplia de las prácticas de cuidado que poseen las mujeres gestantes para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

- La teoría da la oportunidad que las personas haga uso de su propia cultura, cuidados, creencias, valores y practicas.²⁹
- Tiene una aplicabilidad privilegiada en la salud comunitaria, pero también es importante implementarla en el área clínica para poder brindar un cuidado integral.
- Da la oportunidad de un cambio de postura por parte del profesional de Enfermería, llevándolo a reflexionar sobre la imposición del cuidado profesional.
- Esta Teoría conjuntamente con el dominio referencial biológico y técnico que el profesional de Enfermería tiene, puede facilitar la comunicación con las madres, permitiendo indagar sobre prácticas de cuidado transmitidas por su cultura para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

6.2 DOLOR

El dolor es un sintoma aislado por el cual la gente consulta con mayor frecuencia a los profesionales de la salud y a personas que consideran expertas en el campo. De acuerdo con la definición formulada en 1980 por la Asociación Internacional para el estudio del dolor, que sigue vigente, el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable. El grupo ha empleado también el término nocicepción, es la recepción de señales en el sistema nervioso central provocadas por la activación de unos receptores sensoriales especializados, denominados nociceptores, que proporcionan información sobre el daño tisular³⁰.

²⁹ OP Cit: Pag 19.

³⁰SANCHEZ HERRERA, BEATRIZ, Abordajes teóricos para comprender el dolor humano, p. 4.2007

6.3 DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

El dolor durante el trabajo de parto es un proceso doloroso, sin embargo, cada mujer lo siente de una forma totalmente diferente, este depende de factores tales como el nivel de tolerancia al dolor, tamaño y posición del bebé, fuerza de las contracciones uterinas y previas experiencias de alumbramiento. Por lo tanto las decisiones con respecto al control del dolor del trabajo de parto deben ser hechas específicamente para cada mujer. Es posible que aquellas con un umbral alto para el dolor no requieran ningún método para controlarlo, sin embargo, esto es una excepción más que una regla. Por sobre todas las cosas, se debe recordar que el dolor del trabajo de parto no es imaginario, es un dolor universal y es experimentado por las mujeres de todas las culturas, razas, civilizaciones y estratos socio-económicos e intelectuales. Aunque las influencias culturales pueden modificar el comportamiento de la paciente respecto al dolor. El dolor del parto es una experiencia humana tan antigua como la propia existencia del hombre. Todavía hoy, se constituye en una realidad inherente al parto y a pesar de evitable, continúa siendo vivenciada con gran frecuencia por las mujeres que dan a luz. Algunos autores refuerzan que el dolor vivenciado por la mujer durante el proceso de parto es una experiencia subjetiva donde se puede identificar comportamientos diferentes en relación a esta que varían según la cultura y la época³¹.

El dolor que la mujer siente durante el trabajo de parto es único para cada mujer y es influenciado por varios factores. Esos factores incluyen la cultura, la ansiedad, el miedo, la experiencia anterior de parto, preparación para el parto y soporte ofrecido durante ese proceso³².

³¹ DE SOUZA, LUIS. Dolor en la fase activa del trabajo de parto. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_15.pdf Consultado el: 13 Agosto 2008

³² *Ibíd.*

Un factor que puede estar presente desde el primer trimestre y por supuesto, destacado durante el proceso de parto, es el dolor. Los factores psicológicos que modulan la respuesta de dolor han sido ampliamente estudiados³³. Parece ser que los beneficios de las estrategias cognitivas no dependen de los receptores opioides endógenos, incluso cuando ejercen mayor influencia en la respuesta de dolor cuando dichos receptores son bloqueados³⁴.

Los mecanismos de distracción pueden mejorar la tolerancia al dolor, sobre todo aquellos que requieren mayor capacidad atencional³⁵. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como por tener mayor tolerancia al dolor. El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor³⁶. Las estrategias que emplean conductas motoras parecen ser más eficaces que las de imaginación o relajación. Emplear estrategias de afrontamiento y reinterpretar las sensaciones de dolor puede aumentar el control percibido sobre el dolor³⁷.

³³ WALDENSTROM U, BERGMAN V, VASELL G. The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996 Dec; 17(4): 215-28.

³⁴ ANARTE MT, ESTEVE R, LÓPEZ AE, RAMÍREZ C, CAMACHO L. The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain. *Revista Española de Neuropsicología*. 2006; 3(4): 46-62.

³⁵ VELTING DM. Effects of coping and mastery models on pain tolerance. *Dissertation Abstracts International*. 1996; 56(10-B): 5785.

³⁶ ROKKE PD, LALL R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16(1): 53-65.

³⁷ HARKAPAA K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain*. 1991 Dec; 7(4): 275-82.

Se han encontrado múltiples factores psicológicos que modulan la percepción del dolor de parto. Los instrumentos de medida más utilizados han sido la escala visual analógica (VAS), y el cuestionario McGill Pain Questionnaire (MPQ)³⁸. También se ha utilizado la valoración de conductas no verbales para evaluar el dolor de parto³⁹.

Entre los factores que se han visto que tienen relación con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el factor de personalidad neuroticismo pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor⁴⁰.

Diversos estudios como. Psychosocial predictors of labor pain. Pain. 1985, Individual variation in childbirth pain. 1987, Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. International Journal of Nursing Studies. 2000, han relacionado la ansiedad presente durante el embarazo con los pródromos de parto y el dolor de parto⁴¹. La información recibida durante el embarazo puede influir también en la percepción del dolor, aunque esto no es apoyado por otros estudios.⁴²

³⁸ LAZARO C, CASERAS X, TORRUBIA R, BANOS JE. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2003 May; 50(5): 230-6.

³⁹ BONNEL AM, BOUREAU F. Labor pain assessment: validity of a behavioral index. Pain. 1985 May; 22(1): 81-90.

⁴⁰ BECK C. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001 Sep; 50(5): 275-85.

⁴¹ READING AE, COX DN. Psychosocial predictors of labor pain. Pain. 1985; 22(3): 309-15.

⁴² MCCREA H, WRIGHT ME, STRINGER M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. International Journal of Nursing Studies. 2000; 37(6): 493-503.

Durante el inicio de la revisión bibliográfica evidenciamos que existían pocos estudios investigativos acerca del manejo del dolor en el trabajo de parto, y en muchos casos, la evidencia científica era antigua, pero a lo largo de la investigación hemos encontrado que hoy en día existen estudios en donde se ve reflejado diversas medidas para aliviar el dolor en el trabajo de parto y parto, pero así mismo, la mayoría abarca las medidas farmacológicas; Existen numerosos estudios que tratan de comparar sus efectos con los fármacos ya existentes. Mientras que estudios de evidencia científica en donde se muestren otras terapias complementarias u otras alternativas para el manejo del dolor en el trabajo de parto que no tengan que ver con medidas farmacológicas, son muy pocos, a continuación los enunciaremos:

*Como en el siguiente estudio: **Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como Diagnósticos de Enfermería***⁴³ realizado por Sánchez Perruca M^a Isabel, Matrona. Jefa de Estudios Unidad Docente de Matronas de Madrid. Fernández y Fernández Matilde Matrona. Área 10 de Atención Primaria de Madrid. Profesora Unidad Docente de Matronas de Madrid. , Benito de la iglesia Noelia Residentes de Matrona de segundo año de la U. Docente de Matronas de Madrid en donde el objetivo era identificar la frecuencia de diagnósticos de enfermería como “Dolor”, “Temor” y “Ansiedad” durante el trabajo de parto y analizar las manifestaciones y los factores relacionados de estos diagnósticos. El diagnóstico “Dolor” se relacionó principalmente con contracciones uterinas, el “Temor” con dolor, estado del feto y procedimientos invasivos y la “Ansiedad” con confusión sobre el patrón respiratorio a realizar. Las manifestaciones más frecuentes fueron “cuando la

⁴³ SÁNCHEZ PERRUCA M^a ISABEL, FERNÁNDEZ Y FERNÁNDEZ MATILDE, BENITO DE LA IGLESIA NOELIA. Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como Diagnósticos de Enfermería. DICIEMBRE 01/ENERO 02

mujer informa”, “expresión de dolor”, “repite preguntas”, “dificultad para concentrarse” y “percepción disminuida”. Las manifestaciones más importantes encontradas exigen de los profesionales una actitud de escucha, de disponibilidad y de respeto, a la vez que una buena capacidad de observación del lenguaje no verbal.

También se encontró este estudio: ***Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista:***⁴⁴ realizado por M.E. Romero Roy, enfermera posgraduada de medicina naturista de la universidad de Zaragoza y J.F Jimeno Salgado enfermero posgraduado de medicina naturista por la Universidad de Zaragoza. En donde ellos explican que existen pocas vivencias que marquen a la persona como el dolor. El dolor se presenta en la práctica clínica como un problema ante el cual es necesario de disponer de estrategias. También considera el dolor como un aliado, siendo que es la primera señal de alarma de que algo no esta bien. Este estudio brinda ideas útiles para el manejo del dolor, tanto para cuidar a los demás como para el cuidado del propio profesional, entendiendo los cuidados de una forma global, desde la terapéutica hasta la prevención del dolor y la promoción de la salud, esta investigación hace referencia a alternativas complementarias como: estimulación cutánea, toque terapéutico, distracción, visualización, relajación e hipnosis, musicoterapia, posición, movimientos rítmicos, danza terapia, respiración, apoyo familiar e hidroterapia, todas estas alternativas complementarias ayudan para el manejo del dolor en el trabajo de parto y para que el parto sea mas satisfactorio.

⁴⁴ M.E. ROMERO ROY, J.F, JIMENO SALGADO. Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista. MEDICINA NATURISTA ISSN 1576-3080 2005.

Igualmente en otro estudio: **Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta.**⁴⁵ Realizado por Cibele Cunha Lima da Motta, Estudiante de Doctorado, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Profesora Doctorado, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, en donde el objetivo central fue caracterizar los tipos de atención ofrecidos a la parturienta, pretendiendo detectar la calidad del apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería. Los resultados caracterizaron las interacciones entre la parturienta y el grupo de enfermería, y fueron presentados en tres categorías: atención de rutina, atención interactiva y apoyo emocional. La investigación demostró cómo las parturientas perciben el apoyo dado por el profesional de enfermería y cómo influye en el trabajo de parto y el manejo del dolor.

Por último en el estudio: **Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.**⁴⁶ Realizado por Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA encontrado en la base de datos *Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford, en donde se encuentra que a muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y esto puede contribuir a la popularidad de los métodos complementarios para el manejo del dolor. Esta revisión examinó la evidencia actualmente disponible, que apoya el uso de tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. El objetivo de este era examinar la efectividad de

⁴⁵ CIBELE CUNHA LIMA DA MOTTA1 CARMEN LEONTINA OJEDA OCAMPO MORÉ. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta, Vol. XV N°1: Pág. 55-71. 2006

⁴⁶ SMITH CA, COLLINS CT, CYNA AM, CROWTHER CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Consultada el 26 de Agosto 2008.

los tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Los resultados de la presente investigación: Se incluyeron en esta revisión siete ensayos en los que participaron 366 mujeres que utilizaron diferentes modalidades de manejo del dolor. Los ensayos incluyeron uno que utilizaba acupuntura (n = 100), uno que utilizaba audio analgesia (n = 25), uno que utilizaba aromaterapia (n = 22), tres ensayos con hipnosis (n = 189) y uno con música (n = 30). El ensayo con acupuntura disminuyó la necesidad de tomar medidas para aliviar el dolor. Las mujeres que recibieron hipnosis estuvieron más satisfechas con su manejo del dolor durante el trabajo de parto que el grupo control.

Según la anterior investigación los resultados mostraron que la acupuntura y la hipnosis pueden ser beneficiosas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, pocos tratamientos complementarios han sido sometidos a estudios realmente científicos y el número de mujeres estudiadas es reducido. Por lo cual no existe una evidencia científica sustentada que muestre más acerca del manejo del dolor para el parto.

6.4 MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

El método de elección para el alivio del dolor en la mayoría de los casos es la analgesia epidural por su eficacia y seguridad. No obstante, puede estar en ocasiones contraindicada en pacientes que rechazan técnicas de analgesia regional, o que presentan alteraciones de la hemostasia o sepsis, y puede ser técnicamente difícil de aplicar o con pobres resultados en casos de cirugía de columna lumbar. Cuando la analgesia epidural no está disponible o está contraindicada, el manejo del dolor de parto se convierte muchas veces en una difícil tarea en la cual forma parte importante el personal de enfermería puesto que puede ayudar a la madre a llevar a cabo prácticas no farmacológicas como lo son: técnicas de respiración, variar la posición a la gestante para disminuir el dolor o simplemente brindarle una compañía para que se sienta segura en este momento importante y crucial de su vida.

De manera ideal debemos intentar proporcionar alternativas efectivas y seguras para el control del dolor de parto. La analgesia del dolor de parto con fármacos opioides por vía parenteral, muy popular hace unos años, cayó en desuso con el desarrollo de las técnicas de anestesia regional y apenas ha evolucionado, siendo considerada actualmente una terapia de segunda línea. El fármaco más popularizado es la meperidina por vía intramuscular seguido de Fentanilo administrado por vía intravenosa⁴⁷.

⁴⁷ JOSE GUZMAN OLIVARES, analgesia en el trabajo de parto. Mitos, expectativas y evidencia Ed. 3. Pág. 110-120. 2004

6.4.1 MEDIDAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

El conocimiento de las vías del dolor y parte de los neurotransmisores han progresado enormemente en los últimos años. Aceptando que el trabajo de parto, a pesar de ser un evento fisiológico que duele, se va a poder comprender y tratar mejor si conocemos las vías involucradas y su activación secuencial durante el proceso. En general, debemos recordar que el dolor del **primer estadio** del trabajo de parto es principalmente un dolor de tipo visceral, y el del **segundo estadio**, como luego veremos, es principalmente somático.

El dolor del primer estadio del trabajo de parto, principalmente visceral, es causado por la dilatación del cuello y del segmento uterino. Estos impulsos dolorosos provenientes del útero y del cuello (impulsos viscerales aferentes) son transmitidos por fibras A-delta y C que van con los nervios simpáticos, que reciben distintos nombres de acuerdo a su localización: plexo pélvico (hipogástrico inferior), plexo hipogástrico superior y cadena simpática lumbar. Desde la cadena simpática lumbar se conectan con los nervios somáticos espinales a través de rama comunicantes a nivel de los segmentos T10, T11, T12 y L1. Así, por estas raíces dorsales, los impulsos dolorosos llegan al asta posterior de la médula espinal.

Al comienzo del trabajo de parto, solamente las raíces T11 T12 están activas, y las otras dos, T10 y L1, son reclutadas a medida que progresa el trabajo de parto. La distribución cutánea de estos dermatomas se extiende sobre las áreas lumbares inferiores y sacras, lo que explica las quejas de dolor de las parturientas sobre estas zonas⁴⁸.

⁴⁸ NISWANDER KR. Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento. Salvat, 2004.

Una vez que el cuello está completamente dilatado, la intensidad del dolor disminuye. Sin embargo, las contracciones uterinas y la distensión del segmento uterino inferior continúan y son causa de un significativo discomfort en las mismas áreas de distribución cutánea.

Los impulsos dolorosos del segundo estadio del trabajo de parto van por las ya mencionadas fibras simpáticas (impulsos uterinos y cervicales), a los que se agrega la activación de los nervios pudendos (S2, S3, y S4) que transmiten los impulsos de la pelvis y del periné. El dolor del segundo estadio es más de tipo somático, ya que los nervios involucrados en el proceso son en su mayoría somáticos.

Los impulsos dolorosos producidos por la distensión de la vagina y del periné durante el coronamiento, momento donde se experimenta el mayor dolor, son conducidos por los nervios genito femoral (L1 y L2), ilioinguinal (L1) y el nervio cutáneo posterior del muslo (S2 y S3).

A través de la historia del dolor la humanidad ha ido creando métodos para aliviarlo o disminuirlo, mejorando así la calidad de vida de la humanidad. Actualmente contamos con métodos Farmacológicos y no farmacológicos como lo veremos a continuación:

Métodos de control del dolor en el trabajo de parto: Los métodos disponibles para tratar el dolor del trabajo de parto pueden ser divididos de la siguiente manera:

6.4.1.1 Bloqueos Regionales:

Tiene la ventaja de producir menos depresión del SNC fetal que la administración de analgésicos sistémicos o inhalatorios y permitir a la

madre vivir plenamente uno de los momentos más importantes de su vida.

De todos los bloqueos regionales que se pueden utilizar para la analgesia durante el trabajo de parto, el peridural es el más práctico ya que es el que más se puede ir adecuando a las distintas necesidades de la evolución del trabajo de parto.

6.4.1.2 Analgesia para el trabajo de parto con bloqueo peridural:

La técnica puede ser:

- inyección única en bolo
- inducción con bolo + bolos suplementarios por catéter
- a demanda
- a tiempo fijo
- inducción con bolo + infusión continua por catéter
- inducción con bolo + PCA
- analgesia combinada subaracnoidea/peridural

La técnica de analgesia peridural **no debe ser una receta fija**, sino que debe ir adecuándose al requerimiento siempre cambiante del trabajo de parto en evolución.

La analgesia peridural⁴⁹ debe adecuarse a la evolución del trabajo de parto para permitir las mayores posibilidades de parto espontáneo. Las actuales tendencias para lograr esto son:

- Disminuir y adecuar la densidad del bloqueo peridural mediante el uso de concentraciones de anestésicos locales (A.L) más bajas y menores volúmenes, de manera tal que se mantenga una ligera sensación de

⁴⁹ RAMANATHAN, S: Obstetric Anesthesia. Lea y Febiger Philadelphia, 1998, pág 116.

las contracciones y de la presión perineal. Logrando esto, se mantiene la sensación de pujo y se aumenta la eficacia de los esfuerzos expulsivos.

- Considerar el uso de anestésicos locales (A.L) en bajas concentraciones, como bupivacaína al 0.125% y aún al 0,0625%, o ropivacaína 0,2% o 0,15%.
- Como la analgesia que se obtiene con los anestésicos locales (A.L) en tan bajas concentraciones no es suficiente, se deben agregar opioides a las soluciones de anestésicos locales (A.L) como fentanilo (50-100 mcg) ó sufenta 5-10 mcg). Al comienzo del trabajo de parto se pueden utilizar los narcóticos como única droga analgésica.
- Otra posibilidad de analgesia por vía peridural la dan los alfa agonistas, como la clonidina, que en dosis de 50 a 100mcg se ha demostrado eficaz como analgésico puro o adyuvante de los (A.L)
- La tendencia actual de utilizar anestésicos locales (A.L) en baja concentración, con el uso de los adyuvantes mencionados, hace de la técnica de infusión continua una posibilidad de manejo más adecuado de la analgesia para el trabajo de parto.

6.4.1.3 Anestesia espinal y epidural⁵⁰

Ambas son técnicas regionales que se realizan en el neuro-eje, es decir, en la columna vertebral. La columna vertebral es la principal estructura de soporte del organismo y está compuesta de 24 vértebras (7 cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares) y el sacro. Las vértebras están unidas por ligamentos, articulaciones y disco intervertebrales.

⁵⁰ GONZALEZ AÑAZCO. Rodrigo. Departamento de anestesiología, clínica los condes. Disponible en: http://www.anestesiologia.cl/auxiliares/anestesia_regional.php Consultado el: 14 agosto 2008

Las vértebras y el sacro en conjunto crean un tubo en su interior (canal raquídeo), por el cual baja la médula espinal y de ésta nacen las raíces que dan origen a los nervios.

La médula espinal está rodeada por el líquido céfalo-raquídeo (LCR) y está envuelta por las meninges (aracnoides y duramadre) y por fuera de esta última se encuentra el espacio epidural, el cual contiene vasos sanguíneos y las raíces que van saliendo para distribuirse por el organismo.

Anestesia espinal (raquídea o subaracnoídea) consiste en la administración de una solución anestésica en el espacio subaracnoídeo, para lo cual se introduce una aguja que tiene que atravesar múltiples estructuras: piel, tejido subcutáneo, ligamentos (supraespinoso, intervertebral, amarillo), espacio epidural, duramadre y aracnoides, para finalmente llegar al líquido céfalo-raquídeo, donde se inyecta el anestésico que se distribuye por el mismo y finalmente penetra estructuras neurales (raíces y médula espinal) produciendo el bloqueo sensitivo y motor.

La anestesia espinal puede ser simple o continúa, y se realiza sólo a nivel lumbar (desde L2-L3 a caudal), para evitar la punción de la médula espinal que termina a nivel de L2. La anestesia espinal simple se realiza con agujas espinales que pueden ser biseladas o punta de lápiz ("pencil point") y en general, la tendencia es utilizar de agujas de diámetro pequeño (25G o 27G).

La anestesia espinal continúa, técnica poco difundida, se realiza con agujas (=epidural) y catéteres de diámetro pequeño. La anestesia espinal se realiza con bajos volúmenes de solución anestésica (máximo 4-5 ml) y el bloqueo se caracteriza por.

- Menor latencia (tiempo de inicio de acción)

- Bloqueo más predecible en altura

La anestesia epidural consiste en la administración de solución anestésica en el espacio epidural, para lo cual la aguja debe atravesar todas las estructuras antes mencionadas salvo las meninges, lugar en el cual se inyecta el anestésico y se distribuye tanto en las raíces que pasan por el espacio epidural como también difunde a través de las meninges hacia el líquido céfalo-raquídeo donde actúa sobre las raíces y médula espinal.

La anestesia epidural puede ser simple y continúa, desde la región cervical hasta la región lumbar; ambas se realizan con la aguja de Tuohy, que puede ser de 16G ó 18G. En la técnica continúa se instala un catéter flexible, que debe avanzarse al menos 3-4 cm en el espacio epidural. En la anestesia epidural se utilizan volúmenes mayores de solución anestésica, dependiendo de la extensión que se desee bloquear (hasta 20-30 ml), y el bloqueo sensitivo/motor se caracteriza por

- Mayor latencia
- Bloqueo menos predecible en altura
- Mayor probabilidad de bloqueo diferencial

6.4.1.4 La anestesia caudal es una variedad de anestesia epidural que consiste en la administración de la solución anestésica a través del hiato sacro, apertura que comunica con el espacio epidural sacral. Esta técnica requiere mayores volúmenes de solución anestésica y tiene aplicación principalmente en anestesia pediátrica.

6.4.1.5 La anestesia combinada (raquidural) es la realización simultánea de una anestesia epidural y espinal, donde la anestesia espinal es utilizada

para la cirugía y la anestesia epidural para dosis adicionales durante la cirugía y analgesia postoperatoria.

TABLA No. 1. DIFERENTES TIPOS DE ANESTESIA CON SUS RESPECTIVAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.^{51 52}

Clase	Cuándo y cómo administrarse	Ventajas	Posibles efectos secundarios / desventajas
A. Intratecal (Narcóticos y/o anestésico local).	<ul style="list-style-type: none"> - Usada en dolores de trabajo de parto no aliviados por otros métodos. - Una aguja es insertada dentro del líquido central espinal, donde el medicamento es aplicado y la aguja es removida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usualmente proporciona un buen alivio. - Hace efecto inmediatamente. - Algunas madres conservan la capacidad de caminar. - No altera los esfuerzos de pujar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prurito - Posible dolor de cabeza espinal (es raro) - Dura un tiempo limitado. - Posible infección
B. Sólo narcótico epidural (Epidural ambulante)	<ul style="list-style-type: none"> - Indicado en dolores de parto no 	<ul style="list-style-type: none"> - Usualmente proporciona un buen 	<ul style="list-style-type: none"> - Prurito - Muchas veces limita la movilidad.

⁵¹ RAMANATHAN S, ARIMENDY J, AND TURNDORF H: The biochemical profile of a well oxygenated human fetus. Anesthesiology 61:A397, 1994.

Disponible en: http://bebes.sutterhealth.org/laboranddelivery/ld_reganesthesia.cfm Consultado el 17 de noviembre de 2008

).	<p>mitigados por otros métodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserción de aguja en el espacio epidural y colocación de un pequeño catéter para usos posteriores (la aguja es extraída después de ser insertado el catéter). 	<p>alivio en la etapa temprana del trabajo de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunas madres conservan la capacidad de caminar. - Se puede utilizar el catéter para anestésico local posterior si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede convertirse en anestesia espinal si el catéter epidural va al líquido espinal cuando este es insertado. - Inyección intravascular. - Requiere un monitoreo frecuente de la presión sanguínea ya que ésta puede decaer en los primeros 30 minutos después de comenzar un epidural. - Posible riesgo de infección. - Puede llegar a requerirse un extractor o fórceps en el parto debido
----	--	---	--

			<p>a una reducida habilidad de pujar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede llegar a experimentarse dolor de cabeza espinal después del parto (en raras ocasiones).
<p>C. Anestésic o local epidural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A medida que el trabajo de parto progresa, etapa activa /de transición - Usualmente administrada como una 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamento de fácil aplicación a medida que el trabajo de parto avanza. - Puede acortar el trabajo de parto, ya que permite a la madre relajarse - Usualmente la madre puede pujar con ayuda, y puede sentir la presión. - La administración del medicamento 	<p>A menudo limita el movimiento, provocando estar en cama durante el trabajo de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede convertirse en anestesia espinal si el catéter epidural va dentro del líquido espinal cuando es insertado. - Inyección

	<p>infusión continua mediante una bomba de control.</p>	<p>se puede reducir o cortar durante la segunda etapa de ser necesario, para ayudar con la sensación de pujar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brinda suficiente alivio sin sedación al momento de un parto vía cesárea; permite a la madre permanecer despierta durante la cirugía. - Total bloqueo de sensaciones aunque la madre permanece despierta. 	<p>intravascular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requiere un monitoreo frecuente de la presión sanguínea ya que ésta puede decaer dentro de los primeros 30 minutos después de que se comienza un epidural. - Posible riesgo de infección. - Puede llegar a requerirse un extractor o fórceps en el parto debido a una reducción en los esfuerzos para pujar.
--	---	---	--

<p>D. Bloqueo espinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser administrado en el parto por cesárea. - El medicamento es inyectado dentro del canal espinal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Efecto inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede llegar a experimentarse dolor de cabeza espinal después del parto (es raro). - Prurito
---	--	---	---

6.4.2 MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

La gestante en proceso de parto, y sobre todo al inicio, puede requerir medidas no farmacológicas con el fin de aliviar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de sus características individuales, intentando no iniciarlas cuando el dolor ya es excesivamente intenso. En todos los casos la colaboración activa de la mujer y de la pareja y/o otras personas que participan en el parto, es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa.

El alivio del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico y emocional, que contribuyen a hacer que la mujer pueda tener menos complicaciones durante el parto, además de ayudar para que la experiencia del parto sea vivida de una manera más participativa y positiva.

Existen diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes dados por el acompañante. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, como técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicósomáticas como hipnosis, música y retroalimentación biológica. Las mujeres encuentran útiles estas prácticas, son Inofensivas y pueden ser recomendadas.⁵³

⁵³ BENSTOM, R. La terapéutica física en el tratamiento del dolor. Clínicas anestesiológicas. 1990. Steim, JM. Barcelona: Salvat, 154-64

La enfermería tiene dos funciones en el tratamiento del dolor: su función independiente de valoración, planificación y administración de un tratamiento de enfermería consistente fundamentalmente en técnicas no invasivas de control del dolor y educación en hábitos de vida saludables que prevengan y alivien el dolor; y una función interdependiente de colaboración con el médico en la administración de técnicas invasivas, fármacos y valoración de la evolución del paciente.

Dentro de las técnicas no farmacológicas utilizadas para el manejo del dolor podemos encontrar:

6.4.2.1 ESTIMULACIÓN CUTÁNEA

Suele disminuir la intensidad del dolor durante y/o después de la estimulación, y por tanto hace más aceptable la sensación dolorosa. Forman parte de la estimulación cutánea: el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío, aplicación de hielo/masaje, aplicación de criolíquidos, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), electroacupuntura y auriculoterapia.

Algunos de ellos tienen efectos relajantes o de distracción que también contribuyen al control del dolor. Además, todos ellos favorecen el contacto terapéutico desde enfermería y logra disminuir la ansiedad asociada al dolor.

Los mecanismos por los cuales la estimulación cutánea disminuye el dolor son poco conocidos. Si recordamos la teoría del control de puerta, esta nos sugiere que la estimulación cutánea estimula las fibras gruesas, lo cual produce a su vez una inhibición de los mensajes dolorosos transportados por las fibras finas. También es posible que la estimulación cutánea aumente la

producción de endorfinas, y que ese sea precisamente su mecanismo de acción.⁵⁴

6.4.2.2 TENS La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) es también otra forma de contra estimulación y se ha utilizado durante muchos años en el manejo del dolor postoperatorio y causado por la existencia de cáncer. Se ha postulado que el TENS ayuda a aliviar el dolor estimulando la liberación de endorfinas. El equipo de TENS consiste de un pequeño generador de pulsos a pilas conectado a uno o dos pares de electrodos, que se adhieren a la piel con cinta adhesiva. Al encenderse, el aparato causa un hormigueo debajo de los electrodos, cuya fuerza puede ajustarse desde los controles del generador.

El TENS se utiliza durante el trabajo de parto para ayudar a aliviar el dolor. Consecuentemente, los electrodos se ubican a cada lado de la parte inferior de la espina dorsal. Se logra así una estimulación leve y se aumenta la intensidad de la corriente durante las contracciones por medio del control manual. Para lograr un mejor resultado, es necesario llevar el control a "casi doloroso". El momento más efectivo para comenzar a utilizar el generador TENS es a principios del trabajo de parto antes de que el dolor se torne demasiado intenso. Tens no es un método invasivo y es simple de usar. No tiene efectos colaterales (además de irritar la piel) y es controlado por la madre misma. Tens es un dispositivo portátil y no interfiere con la movilidad de la madre.

Las madres no manifiestan una opinión uniforme respecto de la efectividad del tens durante el trabajo de parto. En la práctica, normalmente se requiere la utilización de algún otro analgésico aunque es posible que la dosis

⁵⁴ Ibid.

necesaria sea menor si la madre usa tens. No es efectivo para todas las mujeres y a algunas les incomoda el hormigueo que causa.

6.4.2.3 Hipnosis “La hipnosis es eficaz para reducir el dolor e incluso para producir anestesia, esencialmente hipoestesia; por lo tanto, resulta evidente que puede tener un lugar en el tratamiento del bienestar de la mujer durante el parto. Un hecho conocido por los especialistas en hipnosis es que la profundidad del trance hipnótico es mayor conforme más preparada y entrenada está la paciente, por lo cual es aconsejable que se repitan las sesiones durante el período gestacional, antes del parto.⁵⁵

Hipnosis durante el primer trimestre de la gestación. A partir del conocimiento de que una mujer está gestante pueden iniciarse las sesiones de hipnosis. En este período se ha evidenciado una mejoría en la ansiedad, las náuseas y los vómitos, y en prácticamente todos los trastornos emocionales.

Hipnosis durante el segundo y tercer trimestre de la gestación. Es un período ideal para potenciar la autohipnosis, que puede aprovecharse para aliviar síntomas como cefaleas, lumbalgias y dolores articulares, con efecto también en los trastornos digestivos y vasculares.

Durante esta fase del embarazo debe ya iniciarse la preparación al parto mediante ejercicios de respiración correcta, relajación y auto visualización de las zonas álgicas; el hipnoterapeuta se encargará de enseñar estrategias para controlar el dolor.

⁵⁵ SABATINO, H. Y NOGUEIRA, S. (2004). Obstetricia en el último milenio. En J. Cortés (Ed.), *Obstetricia general* (pp. 22-23). Madrid: Ramón Areces.

Con una preparación previa y adecuada se ha evidenciado una mayor facilidad y rapidez en el conjunto general de los estadios del parto. Puede haber problemas de ansiedad o de falta de confianza en la práctica de la hipnosis por parte de la gestante; para corregir estos trastornos es importante realizar una última sesión de autohipnosis en fechas cercanas al momento del parto, o incluso emplear técnicas específicas para tratar las denominadas 'creencias limitadoras' respecto a las propias capacidades. También pueden utilizarse sugerencias posthipnóticas para estimular un buen estado físico y mental durante el parto y posparto.

Cuando la hipnosis se asocia a la preparación de un parto natural, los beneficios que se obtienen son mayores:⁵⁶

- Reducir o eliminar el temor o miedo al parto.
- Producir una mayor relajación.
- Disminuir de una manera significativa la necesidad de medicación.
- Posibilitar el control de las contracciones uterinas.
- Reducir el período del trabajo de parto.
- Disminuir los signos de reacción ante el dolor.
- Fomentar una recuperación rápida.
- Incrementar las emociones positivas durante todo el proceso.
- Estimular y mantener un alto nivel de energía durante el posparto.

6.4.2.4 Distracción Se trata de una protección sensorial que permite a la gestante aumentar otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse), es decir, centrar la atención del paciente en estímulos diferente a la sensación dolorosa; el paciente se protege a si mismo de la sensación dolorosa

⁵⁶ BOSSY, J. Acupuntura, hipnosis y dolor. Monografía. Sandoz, 1992.

aumentando sus impulsos sensoriales. Mc Caffery⁵⁷ lo llama *escudo sensorial*. El dolor se acentúa cuando toda la atención esta enfocada en el.

Como beneficios de la distracción podemos resaltar que aumenta la tolerancia del paciente al dolor y la calidad de la sensación se hace más aceptable. Aumenta su autocontrol sobre el dolor y disminuye su intensidad.

Otra técnica como la **Visualización de imágenes mentales** Permite controlar el dolor a través de su utilización. Consiste en que el paciente imagina de forma consciente algo sobre el dolor que le proporciona alivio o le relaja. Pese a su nombre, no solo puede utilizarse la imaginación visual sino también la intervención del resto de los sentidos, trayendo a la mente olores agradables, música, sabores...etc.

La visualización dirigida aumenta la confianza del paciente y su capacidad de controlar la experiencia dolorosa. Además ayuda a otros métodos analgésicos, por ejemplo, está demostrado que el paciente que recibe un analgésico por vía IM e imagina que siente calor en esta área presenta una vasodilatación local con una absorción más rápida y efectiva del mismo.⁵⁸

6.4.2.5 Relajación Permite una disminución de la tensión muscular y mental. Para lograr una relajación adecuada hay que sacar de la mente todo lo que obligue a pensar y produzca tensión emocional. La relajación en el parto es de importancia decisiva, pues la madre está sometida a fuerte tensión emocional, y en esta fase de miedo y tensión puede complicarse el parto. Durante el parto, a partir del momento en que comienza la dilatación empieza

⁵⁷ MC CAFFERY, M; BEEBE, A. Dolor: Manual clínico para la práctica de Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1992

⁵⁸ PÉREZ ÁLVAREZ, M. "Médicos, Pacientes y Placebos: El factor psicológico en la curación". Ed. Pentalfa. Oviedo, 1990.

un trabajo en equipo, que consiste en que el cuerpo del útero y el cuello, los dos músculos, se contraen trabajando influenciados por el estado emocional de la madre.⁵⁹

Cuando el cuerpo del útero inicia sus contracciones necesita hallar el cuello en fase de relajación. Sólo así la contracción tiene un valor positivo para el esfuerzo del bebé por salir. Los ejercicios de relajación son útiles, ya que mediante de ellos puede conseguirse un perfecto equilibrio nervioso y un trabajo tranquilo y sincrónico de las partes del cuerpo que se involucran en el parto.⁶⁰

Fisiológicamente, la respuesta de relajación es la opuesta a la respuesta de lucha o huida. Consiste en un nivel normal de funcionamiento fisiológico o una disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Las características fisiológicas de la respuesta de relajación son: disminución del consumo de oxígeno y de la frecuencia respiratoria, disminución de la frecuencia cardíaca, disminución de la tensión muscular, tensión arterial normal y aumento de las ondas alfa.

Se considera que las técnicas de relajación están dentro del ámbito de la práctica de la enfermería. La ANA (American Nurses Association) sostiene que las técnicas de relajación y sugestión pueden ser realizadas como parte integral del área de la práctica enfermera, asumiendo que las enfermeras tienen la educación y experiencia apropiada para ello.⁶¹

⁵⁹ MONSALVE VERGARA CÉSAR AUGUSTO, Curso de preparación a la maternidad y paternidad. Secretaria de salud de Bogota D.C. 2005

⁶⁰ Ibid

⁶¹ BOCH VALDÉS, F; RABÍ MARTÍNEZ, MC; HERNÁNDEZ ARTEAGA, M; GARCÍA JACOMINO, JC. Resultados obtenidos en pacientes con dolor sometidos a tratamiento. Ed. 4. 2005

La relajación mejora la sensación de autocontrol del paciente, disminuye su fatiga (Una sesión de 5-20 minutos le proporciona mayor descanso que 1 hora de sueño). Para lograr una relajación perfecta es necesario que al comienzo de cada ejercicio se preste gran atención a los siguientes puntos:

1. Permanecer con los ojos cerrados, para mayor concentración.
2. Mantener entreabierta la boca, sin que la lengua toque el paladar.
3. Los pies sin ninguna tensión, en completa laxitud.
4. Estar atenta a los latidos del corazón; en cuanto dejan de oírse la relajación cesa.

Técnicas de relajación⁶²

- Acostadas en la cama, con las piernas en alto, apoyando los talones en la pared, evitando toda posible tensión en piernas y cuerpo; permaneciendo por lo menos quince minutos en esta posición alejándose de todas las preocupaciones que rodean a la mujer en el momento del parto, conectándose con su bebé para así disminuir el dolor. Este ejercicio permite mejorar la circulación sanguínea. Es importante realizarlo dos veces al día, y en el trabajo de parto.
- Estiradas en la cama, con una almohada debajo de la cabeza y otra debajo de las rodillas, que quedarán semiflexionadas, se deja en distensión el cuerpo para que se relaje totalmente el mayor tiempo posible, cuando menos durante 5 minutos.

⁶² OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59

- Se ejecuta con las piernas más flexionadas que en el ejercicio anterior, habiendo colocado no una sino dos almohadas debajo de las rodillas y ninguna debajo de la cabeza. Se practica varias veces al día. Da gran alivio a las maternas con dolor en la región sacrolumbar en el momento de la contracción.

6.4.2.6 Técnicas de respiración Bien utilizadas permiten, aparte de una mejor oxigenación de la madre y del feto, modificar la intensidad de las contracciones, y por lo tanto sobre el dolor.

La eliminación del anhídrido carbónico y la absorción de O₂ afectan al pH de la sangre. En general la homeostasis depende de la respiración y puede que esa sea la razón de la relación entre esta y el estado emocional. Si la respiración cambia con las emociones, observamos también el fenómeno inverso, esto es, la modificación del estado emocional a partir del control de la respiración.⁶³

Para respirar adecuadamente debe tomarse abundante oxígeno por la nariz, hasta la mayor capacidad del tórax; sostenerlo unos segundos en los pulmones y luego expulsarlo lentamente por la boca, con los labios entrecerrados.

Respiración abdominal-diafragma

Se inicia aspirando lenta y profundamente por espacio de cinco tiempos; luego se contrae la pared abdominal y se dilata la caja torácica; el aire pasa a ocupar la parte alta del tórax, de donde es expulsado. En el transcurso de la dilatación, durante el trabajo de parto, después de cada contracción del

⁶³ M.E. ROMERO ROY, J.F. JIMENO SALGADO. Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista. 2005.

útero disminuyen las molestias y el dolor al dejar escapar aire con la boca entre abierta y manteniéndose en relajación⁶⁴.

Respiración costal superior o de jadeo o soplo de vela

Para ponerla en práctica y saber si se realiza correctamente se coloca una mano en el tórax y la otra en el abdomen. Se sabe que es correcta cuando únicamente se mueve el tórax. Durante la fase de dilatación se practica la respiración jadeante, que sirve de gran alivio e impide el descenso del diafragma, evitando así una comprensión molesta⁶⁵.

Respiración para pujar

Ejercicio final de respiración, que consiste en bloquear el aire en la boca, haciendo primero una respiración brusca con la boca abierta y cerrándola luego, que es como el aire que queda bloqueado; también se puede hacer una inspiración profunda y lenta. Se flexionan después las piernas, dejando los muslos contra el abdomen, separando ampliamente las rodillas con la manos y se puja fuertemente: una vez ha cesado la contracción se espira hasta sacar todo el aire, y se sigue respirando normalmente. Este ejercicio es muy útil en el periodo de expulsión.⁶⁶

6.4.2.7 Otras medidas

Comodidad, creación de un entorno agradable, información, apoyo psicoemocional.

⁶⁴ OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ Ibid

6.4.2.8. Apoyo Psicoemocional⁶⁷

El apoyo personal de un ser querido es fundamental. Nos hace recordar que no solo trabajamos con un individuo sino también con su familia y su entorno social. El curso de preparación para maternidad y paternidad responsable está recomendado para que se tome en pareja, así los dos reciben las instrucciones sobre la forma adecuada de asumir el trabajo de parto.

La presencia del padre en el nacimiento del bebé también sirve para relajar a la madre. En este momento de estrés y tensión, el hombre puede dar confianza y seguridad, permitiendo que el trabajo de parto sea más rápido y fácil, también puede ayudar a realizar los ejercicios de respiración cuando se presentan las contracciones, inhalando y exhalando junto a ella.

Además, es posible que se convierta en un guía para que la mujer practique todo lo que aprendió en la preparación, con su asistencia al parto, el vínculo con su pareja se fortalece. Así mismo, adquiere más fácil el rol de padre y se afianza más el afecto por su hijo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor de parto.⁶⁸

- El primero es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Esto significa que no tiene que estar necesariamente en la cama y menos en posición supina y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar,

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ Cuidados En El Parto Normal: Una Guía Práctica informe Presentado Por El Grupo Técnico De Trabajo Organización Mundial De La Salud Ginebra. Departamento De Investigación Y Salud Reproductiva. 1996

sin interferencia por parte de las matronas, especialmente en la fase de dilatación.

- Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes por el acompañante. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y biofeedback. Las mujeres encuentran estas prácticas útiles, son inofensivas y pueden ser recomendadas.
- Los métodos específicos no farmacológicos de alivio del dolor en gestantes incluyen métodos que activan los receptores sensoriales periféricos. Entre estos se encuentra la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). Otras técnicas son el uso de calor y frío de superficie, acupuntura, inmersión en el agua, hierbas y aromaterapia con fragancias aunque la efectividad de estos métodos no ha sido todavía establecida por ningún estudio, pero en mujeres que lo han realizado se ha evidenciado un mejor manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.

Por último todas las culturas tienen su propio método de asistir y preparar a la mujer gestante; algunas explican sus procedimientos de un modo mágico y otras intentan ofrecer una explicación más lógica del sistema que emplean. Un rasgo característico de muchos de estos métodos es la gran atención que ponen en la mujer gestante y el parto; quizás sea por esto por lo que muchas mujeres encuentran estos métodos cómodos y útiles. Los informes de que las mujeres los encuentran cómodos son únicamente observacionales, pero aún así la gran mayoría de ellos son inofensivos, y si la gestante experimenta alivio de su dolor con ellos, éstos están más que justificados.

7. ROL DE ENFERMERIA

Los profesionales de Enfermería, debemos contribuir desde nuestro campo a profesionalizar la actividad de cuidar. En este sentido, se hace imprescindible, por tanto, que identifiquemos los problemas que son objeto de trabajo y determinemos las medidas oportunas para tratarlos.

Como herramienta de nuestra disciplina tenemos los diagnósticos de Enfermería que constituyen un instrumento esencial ya que proporcionan:

- Una herramienta que facilita la implantación del proceso de atención de Enfermería⁶⁹.
- Un lenguaje común que favorece el intercambio profesional y el abordaje de nuevas líneas de investigación⁷⁰.
- El reconocimiento de un campo de actuación profesional autónomo⁷¹.
- Un incremento en la calidad de la atención global al usuario⁷².
- Un instrumento para medir el producto de enfermería⁷³.

Es necesario integrar todo lo anteriormente mencionado y unificarlo con la cultura de nuestros pacientes. El Dolor”, “Temor” y “Ansiedad” en el trabajo de parto y parto se presentan con una alta incidencia lo que es de gran

⁶⁹ DURÁN ESCRIBANO M. Diagnósticos enfermeros. Instrumentos para la atención de cuidados. Rol de Enfermería 1993; 182 (10):33-39.

⁷⁰ RODRIGO LUIS MT. Diagnóstico Enfermero. Rol de Enfermería 1997; 222 (2):27-31.

⁷¹ MARTÍN ROBLEDO E., GARCÍA LÓPEZ F., ASENJO ESTEVE A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de implantación. Rol de Enfermería 1997; 225 (5): 57-63.

⁷² DAROQUI AGUSTÍ MP., NOVO MUÑOZ MM., ESPINOSA RAMOS O. RODRÍGUEZ GÓMEZ JA., LÓPEZ SOCORRO AD. Indicadores bibliométricos de los Diagnósticos de Enfermería en la base de datos MEDLINE. Enfermería Científica 1998; 198-199 (9-10): 5-9.

⁷³ VÁQUEZ SÁNCHEZ MA., BUENO FERRÁN M., CASALS SÁNCHEZ JL., GARCÍA CABALLERO JM. Diagnósticos de Enfermería sobre riesgos. Rol de Enfermería 1998; 237 (5): 27-32.

importancia para objeto de estudio, con el fin de llevar a cabo un manejo integral de las personas, es decir, integrando la cultura al Proceso de Atención de Enfermería ⁷⁴

La evidencia científica disponible en la actualidad muestra que ciertas intervenciones médicas usadas en forma rutinaria durante el parto, como la episiotomía⁷⁵, el uso de oxitocina⁷⁶, la amniotomía artificial⁷⁷, la posición supina obligada⁷⁸ y la limitación de la deambulaci3n⁷⁹ no tienen ventajas, e incluso pueden ser perjudiciales sobre la evoluci3n espontánea del parto, y aumentando el dolor en el mismo, haciendo que sea muy difícil el manejo del para tener un parto satisfactorio. Además, el estrés producido por el entorno desconocido aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres. Esto conlleva a un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y en el trabajo de parto y parto, que pueden evitarse ó reducirse con el apoyo de familiares y del equipo de salud^{80, 81}

⁷⁴ PALAU OLIVER MA., GALLEGO CAMINERO G., MIRÓ BONET M. Mamografía. Cuidados de Enfermería. *Enfermería Científica* 1997; 186-187 (9-10): 12-14.

⁷⁵ CARROLI G, BELIZÁN J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisi3n Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford.

⁷⁶ ELBOURNE DR, PRENDIVILLE WJ, CARROLI G, WOOD J, MCDONALD S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisi3n Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford.

⁷⁷ FRASER WD, TURCOT L, KRAUSS I, BRISSON-CARROL G. Amniotomía para acortar la duraci3n del trabajo de parto espontáneo (Revisi3n Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford.

⁷⁸ GUPTA JK, NIKODEM VC. La posici3n de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2003 Número 2. Oxford.

⁷⁹ STEVEN L. BLOOM, M.D., DONALD D. MCINTIRE, PH.D., MARY ANN KELLY, R.N., HEIDI L. BEIMER, R.N., REBECCA H. BURPO, C.N.M., MARCY A. GARCIA, C.N.M., AND KENNETH J. LEVENO, M.D. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. *Volume 339:76-79 July 1998*

⁸⁰ CHALMERS I., GARCÍA J., POST S. Hospital policies for labours and delivery, in *Effective care in pregnancy and childbirth*. Ed.: Chalmers I et al. 2 ed.. New York, Oxford University Press, 1993.

Muchos centros de maternidad en el mundo han iniciado actividades tendientes a transformarse en maternidades centradas en la familia⁸². Estas actividades incluyen los cuidados culturales de cada individuo, la participación de la familia en todo el proceso de atención institucional; la adecuación de la planta física con el fin de obtener un ambiente más "hogareño", acogedor y cómodo para esta etapa; la realización de actividades educativas para la salud y la formación de grupos de apoyo comunitario y servicios de voluntariados hospitalarios⁸³.

El profesional de enfermería juega un papel importante en el manejo del dolor durante el trabajo de parto, teniendo en cuenta el rol de educador y el acompañamiento que se debe brindar a la mujer durante la gestación, parto y puerperio. El objetivo del cuidado en el trabajo de parto es a partir de los conocimientos y prácticas de cuidado que poseen las gestantes con el propósito de alcanzar una madre sana y un bebé sano con el menor número de intervenciones que sea compatible con su seguridad.

Durante el parto normal debe haber una razón valedera para interferir en este proceso natural, los aspectos que se deben considerar son los siguientes:⁸⁴

⁸¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Apoyemos la maternidad saludable. Washington DC, 1998.

⁸² LARGUÍA A.M. Maternidades Centradas en la Familia. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1998; 17:103-109.

⁸³ DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Ministerio de Salud de Argentina. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. Bs. As. 2004.

⁸⁴ DONAT COLOMER F: Fisiología del parto. En: Donat Colomer F. Enfermería Maternal y Ginecológica. Madrid: Masson.; 2000. p.305-326

- Apoyo a la mujer, pareja y familia durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- Observación de la mujer durante el trabajo de parto y monitoreo de la condición fetal.
- Evaluación e intervención de los factores de riesgo
- Detección temprana del problema.

El profesional de enfermería juega un papel importante en las medidas no farmacológicas puesto que es el encargado, de orientar a la madre en los ejercicios de respiración, relajación, distracción etc. Ya que en este momento la madre puede centrarse solo en el dolor y olvidar todos los conocimientos y prácticas de cuidado que tuvo durante su embarazo.

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

La metodología que se selecciono para esta investigación es un estudio de tipo cualitativo con análisis de contenido, ya que permite describir cuáles son los conocimientos y las prácticas de cuidado para el manejo del dolor en proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, en una institución de tercer nivel de atención en salud, durante los meses de agosto a octubre de 2008. Los datos fueron obtenidos directamente del paciente, por medio de una encuesta de datos sociodemograficos y una entrevista a profundidad.

8.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de referencia estuvo conformado por mujeres que se encontraran hospitalizadas con diagnostico de posparto normal sin ninguna patología asociada, en una institución de III nivel de atención en el servicio de hospitalización de ginecobstetricia.

8.3 MUESTRA

El numero de la muestra se logro por saturación de los datos la cual estuvo conformada por 18 mujeres en posparto inmediato, que cumplían con lo criterios de inclusión establecidos para el estudio.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Como criterios de inclusión se tendrán en cuenta las participantes que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Quieran participar en el estudio y puedan firmar el consentimiento informado.

2. Mujeres que se encuentren en el posparto inmediato (primeras 12 horas del parto)
3. Mujeres con diagnóstico de parto por vía vaginal
4. Sin patología obstétrica asociada

8.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó por medio de previa lectura del consentimiento informado (ver anexo 1) seguida de la realización de la encuesta de datos socio demográficos y ginecobstétricos (ver anexo 2) y posteriormente se realizó una entrevista a profundidad (ver anexo 3) en donde se identificaron los conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en un grupo de mujeres puérperas.

La aplicación de la entrevista a profundidad se realizó en una institución de III nivel de atención en el servicio de hospitalización de ginecobstetricia con un grupo de mujeres puérperas en posparto normal, con previo consentimiento informado de cada una de las participantes, por cada participante la realización de la entrevista tomó un tiempo de aproximadamente 15 minutos, se escogieron los días aleatoriamente en donde se incluyeron días hábiles y algunos fines de semana.

Se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

- Conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor del trabajo de parto y parto.
- Prácticas de cuidados adquiridos y realizados durante el embarazo para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.
- Prácticas de cuidado que fueron realizadas durante su trabajo de parto y parto para el manejo del dolor.

8.6 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se procedió de la siguiente manera:

- Primero se obtuvo aprobación por parte del comité de ética e investigación de la institución objeto de estudio.
- Segundo: se obtuvo la firma del consentimiento informado por parte de las pacientes que quisieron participar en el estudio, cuando la persona era menor de edad se solicitó la autorización por parte del representante legal. (ver anexo. 1)
- Se aplicó la entrevista a profundidad para la recolección de la información, en el momento del postparto durante la estancia hospitalaria de las participantes en el estudio y posteriormente se realizó el análisis de los datos.

8.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó por medio del análisis de contenido, se transcribieron las entrevistas realizadas y posteriormente se agruparon las respuestas según las características de las mismas con respecto a conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto.

Para el Análisis de las Prácticas de Cuidado que realizan las mujeres para el manejo del dolor en el trabajo de parto se tomó como referencia la teoría de Madeleine Leininger "Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado" y los principales aspectos de la teoría como lo son: la conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, hace referencia a prácticas de cuidado que son beneficiosas y no afectan el estado de salud en forma negativa, la adecuación y negociación aquellas prácticas de cuidado que se deben modificar de forma parcial y el rediseño o la reestructuración como prácticas de cuidado que puedan afectar de forma negativa la salud de la madre y del hijo por nacer.

8.8 ASPECTOS ETICOS

Según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación es considerada sin riesgo para las participantes, sin embargo a las participantes que cumplan con los criterios establecidos para la inclusión, se les informo de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo considere pertinente. Todos estos aspectos estarán registrados en la autorización que será firmada por el paciente y por el investigador que desarrolle este proceso.

Se tendrá en cuenta los siguientes principios éticos:

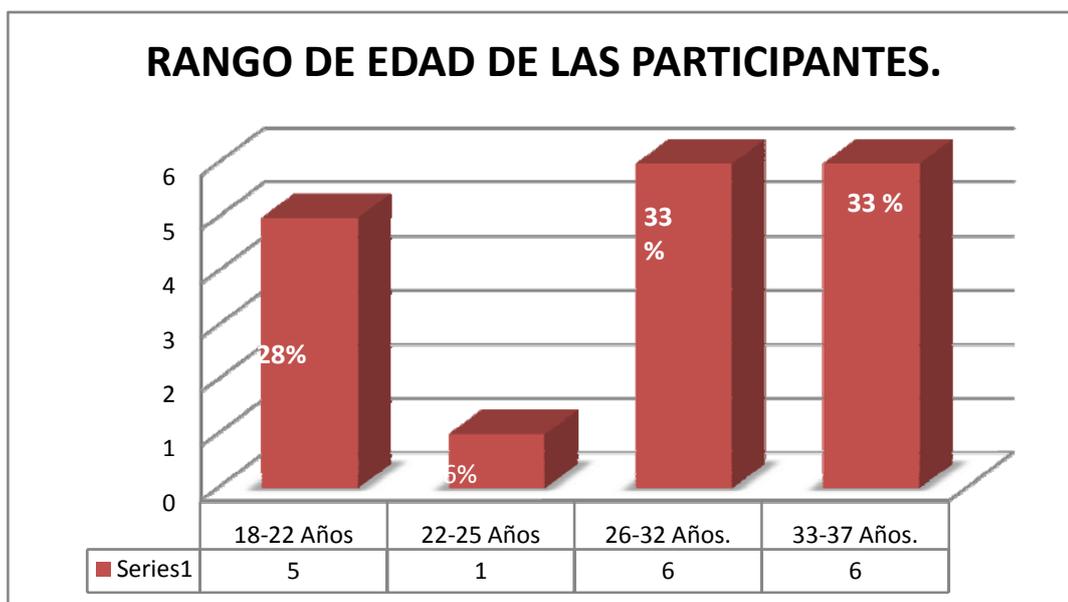
1. Consentimiento informado (Anexo 2)
2. Confidencialidad.
3. Respeto por sus respuestas.
4. Privacidad.
5. Autonomía

9. RESULTADOS Y ANALISIS.

A continuación se presenta el análisis de datos obtenidos de las 18 pacientes participantes en el estudio. En primer lugar se describen algunas características socio demográficas; posteriormente, se presenta y se analiza la información siguiendo el orden de los objetivos planteados para la investigación, teniendo en cuenta la teoría de Madeleine Leininger, teoría de la diversidad y universalidad del cuidado.

9.1 ANALISIS DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

GRAFICO 1. DISTRIBUCION POR EDAD DEL GRUPO DE MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008

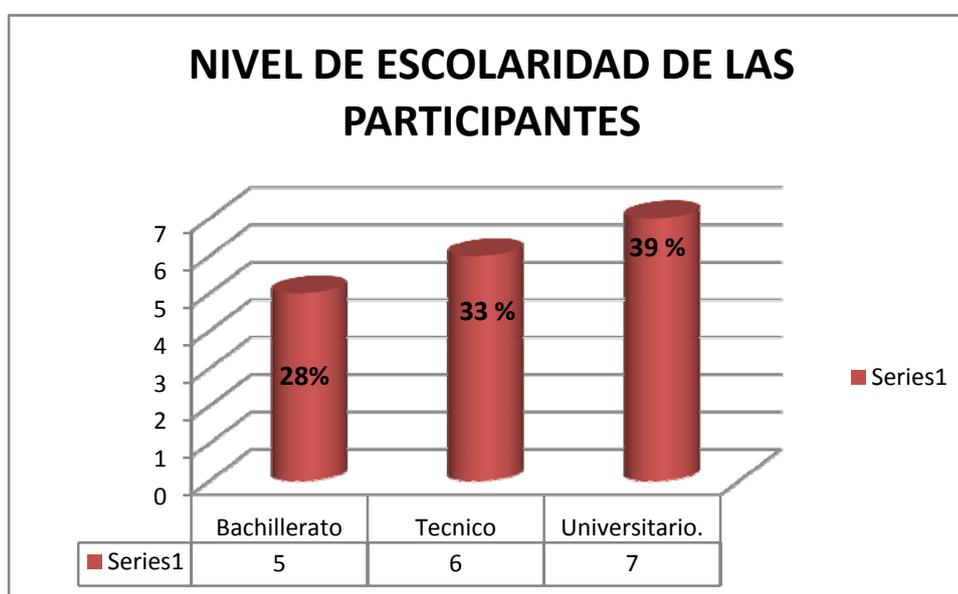


Fuente: Encuesta y Entrevista Semiestructurada Realizado por Estudiantes de Enfermería En Una Institucion De Tercer Nivel De Atencion. Bogota D.C. Octubre 2008

Las 18 mujeres participantes en el estudio se encuentran en un rango de edad de 18 a 37 años, de las cuales un 33% lo conforman las mujeres que están en un rango de edad de 26 a 32 años y el otro 33% se encuentran mujeres con edad de 33 a 37 años; seguido por el 28% que se encuentra en un rango de edad de 18 a 22 años, y por último encontramos un 6% pertenecientes al rango de edad de 22 a 25 años.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica no se encuentran estudios en donde se evidencie relación de la edad con los conocimientos o prácticas para manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto

GRAFICO 2. DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008.

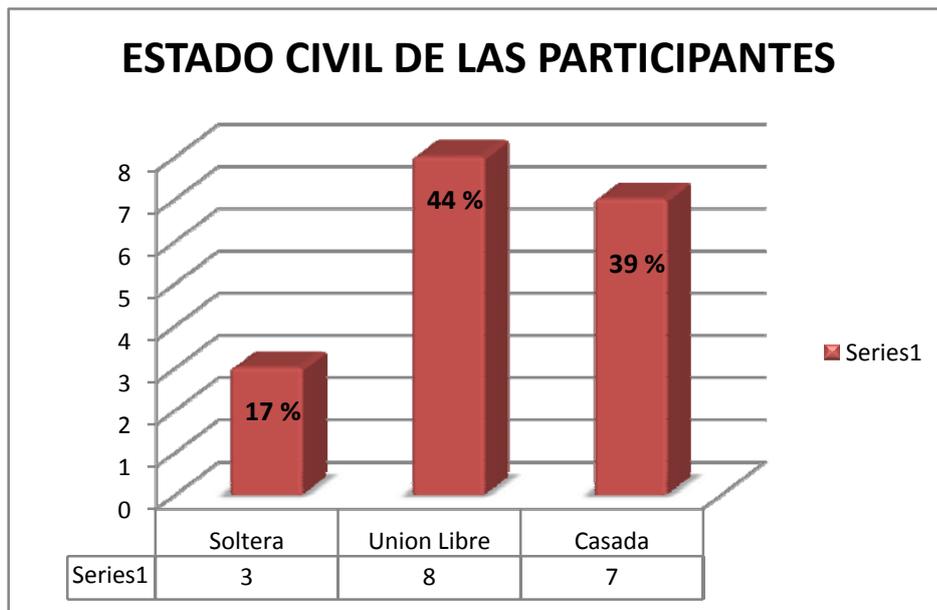


Fuente: Encuesta y Entrevista Semiestructurada Realizado por Estudiantes de Enfermería En Una Institucion De Tercer Nivel De Atencion. Bogota D.C. Octubre 2009

En cuanto al nivel educativo es importante resaltar que el mayor número de las mujeres participantes tienen formación universitaria en un 39%, seguidas por quienes tienen una carrera tecnológica con un 33% y el menor porcentaje se encuentran las participantes que tienen bachillerato completo o que se encuentran en formación con un 28%.

Se realizo la busqueda bibliografica acerca de estudios cientificos o investigaciones que relacionaran el nivel de escolaridad de las mujeres con los conocimientos y practicas para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto y no se encontro. Esto puede ser un factor protector puesto que evidenciamos durante la investigacion que a mayor escolaridad las mujeres poseen mas conocimiento y tecnicas que se relacionan para manejar el dolor en el momento del trabajo de parto y parto.

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE MUJERES PUÉRPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE ATENCIÓN BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008.

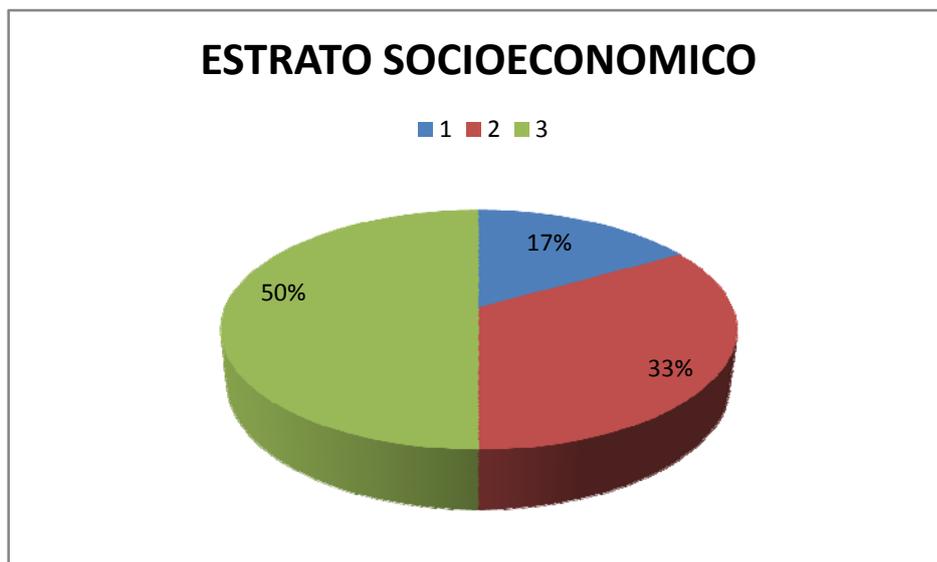


Fuente: Encuesta y Entrevista Semiestructurada Realizado por Estudiantes de Enfermería En Una Institución De Tercer Nivel De Atención. Bogotá D.C. Octubre 2008

Teniendo en cuenta el estado civil se puede identificar que el mayor número de participantes 44% se encuentra en unión libre, seguidas de parejas establecidas formalmente o casadas con un 39% y finalmente encontramos las mujeres solteras, sin ningún tipo de relación con un 17%.

Por medio de la revisión bibliográfica en bases de datos no se encontraron investigaciones que relacionaran el estado civil de las mujeres y la influencia de los conocimientos y prácticas de cuidado para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto

GRAFICO 4. DISTRIBUCION POR ESTRATO SOCIOECONOMICO DEL GRUPO DE MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION, BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008.



Fuente: Encuesta y Entrevista Semiestructurada Realizado por Estudiantes de Enfermería En Una Institucion De Tercer Nivel De Atencion. Bogota D.C. Octubre 2008

Teniendo en cuenta el estrato socioeconómico se encontró, que el 50% de la población estudiada se encuentra en el estrato socioeconómico 3 seguido del estrato 2 con un 33% y por último encontramos, el estrato 1 con un 17%.

Es posible que la distribución por estrato socioeconómico obedezca a la situación global de la afiliación al régimen contributivo de los estratos 2 y 3, siendo frecuente que los estratos más bajos pertenezcan al régimen subsidiado, en tanto que los estratos más altos acuden a un sistema de

salud de medicina prepagada. Sin embargo evidenciamos que el total de las participantes pertenecían al régimen contributivo ya sea como cotizante o beneficiaria.

GRAFICO 5. DISTRIBUCION POR ASISTENCIA AL CURSO PARA LA PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE POR LAS MUJERES PUERPERAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DE ATENCION. BOGOTA D.C. OCTUBRE 2008.



Fuente: Encuesta y Entrevista Semiestructurada Realizado por Estudiantes de Enfermería En Una Institucion De Tercer Nivel De Atencion. Bogota D.C. Octubre 2008

Durante el estudio se indagó sobre la participación al curso de la preparación de la maternidad y la paternidad, encontrando en un porcentaje de 56% el grupo de mujeres que asistieron y en un 44% el grupo de mujeres que no asistieron

La asistencia al curso de la preparación de la maternidad y la paternidad ha demostrado diferencias significativas en el nivel de conocimientos y aplicación de los mismos, como lo demuestra el estudio realizado por Lucia Arias “Diferencia entre los conocimientos de trabajo de parto y puerperio entre mujeres preparadas en el curso psicoprofilactico y las que no los son”, en donde se identifico como ventajas: la duración del trabajo de parto y del puerperio fue inferior en el grupo de estudio; el 90% del grupo de estudio aplico los conocimientos adquiridos durante el curso psicoprofilactico y los describen como de gran ayuda para manejar la ansiedad y el dolor, en comparación con las mujeres del grupo control: Ellas vivenciaron la experiencia como negativa; durante el periodo expulsivo, todas las mujeres del grupo de estudio lograron un pujo efectivo. En el puerperio, las madres de este grupo, aplicaron los conocimientos adquiridos al cuidado Del recién nacido⁸⁵.

La gran mayoría de las participantes manifestaron que en el curso de la preparación de la maternidad y la paternidad aprendieron como manejar la respiración y refirieron que esto fue de gran ayuda en el momento del parto, ya que les permitió disminuir el dolor en el trabajo de parto y parto.

⁸⁵Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=85937&indexSearch=ID> Consultado el: 15 de Septiembre 2008.

9.2 CONOCIMIENTOS ACERCA DEL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

En cuanto al conocimiento o significado que tienen las mujeres participantes en el estudio acerca del dolor, cada mujer tiene percepciones diferentes, se puede evidenciar que hay dos connotaciones o puntos de vista contrarios, se puede definir el dolor como una experiencia positiva o por el contrario como una experiencia negativa.

En el grupo de mujeres que perciben el dolor como una experiencia positiva o manejable, se pudo identificar: *“el dolor para mi es algo manejable, grande y satisfactorio, que es parte del ser humano, como se ríe también se llora” (...)* *“considero que es una molestia física, mental o sentimental” (...)* *“pienso que es algo que lo estremece a uno, pero pasa” (...)* *“una manifestación física de una alteración orgánica, indescriptible y estremecedor pero es bueno sentirlo por qué se sabe que algo anda mal”.*

El dolor durante el parto es una experiencia a la cual le temen la mayoría de las mujeres, especialmente cuando no se tiene información suficiente y objetiva, algunas mujeres lo viven como algo insoportable, muy marcado, una experiencia emocionalmente negativa, lo cual se pudo observar en la investigación: *“Algo horrible, insatisfactorio, difícil de manejar” (...)* *(...) “la máxima exaltación del sufrimiento como tal”(...* *“lo peor que le puede pasar a uno”(...* *(...) “Algo muy subjetivo, difícil, no me gusto” (...)* *“Algo terrorífico” (...).*

9.2.1 PERCEPCION DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

En cuanto a la descripción o percepción del dolor experimentado durante el trabajo de parto, se pudo identificar que algunas mujeres lo perciben como experiencias positivas (maneable) o negativas, de acuerdo a sus vivencias.

Dolor como experiencia negativa: *“El dolor que yo experimente fue inexplicable” (...), “para mi el dolor fue demasiado fuerte, difícil de manejar y aceptar” (...), “el dolor que yo sentí fue fuerte rápido e intenso”(…) “no me gusto, es el dolor máximo”(…) “El dolor experimentado fue severo, duro e insoporable, desesperante, pero es necesario saber manejarlo y es preciso relajarse”(…) “Algo traumático, horrible, agonizante, el dolor es muy tenaz”(…) “nunca en la vida lo había sentido” (...)* *“algo indescriptible, un dolor de muela es algo mínimo, considero que en mi parto tuve un dolor máximo” (...)* *“Es algo inexplicable un dolor terrible, además me considero cobarde, trate de manejarlo pero no aguante, cuando me hablaban o me examinaban sentía el dolor mas fuerte” (...)* *“un dolor nada maneable, demasiado fuerte”.*

Dolor como experiencia positiva o maneable : *“una molestia grande, maneable, la recompensa después es muy grata”(…).* *“El dolor es muy severo, es necesario relajarse y saber manejarlo” (...)* *“Es muy tenaz el dolor experimentado, no es difícil de manejar siempre y cuando uno no se desespere” (...)* *“algo moderado pero en comparación con un anterior parto un poco más duro”(…)*

La tolerancia individual al dolor difiere significativamente de una persona a la otra y guarda relación con el estado anímico y el entorno, el dolor está

influenciado por la cultura y la comunidad a la que pertenece el individuo, de ahí que “la sociedad en la que el hombre vive es un factor condicionante para la formación de los patrones de reacción de este”⁸⁶

9.2.2 CONOCIMIENTOS ACERCA DE TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

9.2.2.1 CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA DIETA

En cuanto a los conocimientos relacionados con la dieta para manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto se pudo identificar que no hay un conocimiento específico en el tema, las madres expresaron la importancia de mantener una dieta balanceada con el fin de lograr un embarazo saludable: “*consumir frutas, vegetales y disminuir la ingesta de sal y el consumo de azúcar*”

Algunas madres conocen el uso de aguas aromáticas en el momento del inicio del trabajo de parto: “*tomar agua de manzanilla, hierbabuena e hinojo*”.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica el agua aromática de manzanilla tiene propiedades antiinflamatorias, antisépticas, antiespasmódicas e incluso propiedades sedantes. Por su efecto antiespasmódico rebaja la tensión muscular en los músculos pelvianos.⁸⁷ No se encuentra la razón científica por la cual se usa en el momento del inicio del trabajo de parto, pero las participantes en el estudio manifestaron que el haber tomado esta agua al inicio de las contracciones les disminuía el dolor.

⁸⁶ MORRIS DAVID, La cultura del dolor, histeria, dolor, varon, mujer Santiago de Chile, Andres bello 119-143, 1994

⁸⁷ Disponible en: BOTANICAL ONLINE
<http://www.botanical-online.com/medicinalsembarazo.htm>. consultado el 25 de febrero de 2009

El hinojo tiene propiedades calmantes y relajantes cuando se usa en infusiones e igualmente tiene propiedades antiinflamatorias.⁸⁸ La infusiones de hierbabuena evitan las inflamaciones del hígado y vesícula, los gases intestinales, alivia de los mareos, combinando propiedades estimulantes y sedantes, según el caso. También es útil como calmante de calambres musculares.⁸⁹ Las madres participantes en el estudio refirieron no conocer el mecanismo de acción, afirmando que el conocimiento había sido transmitido de generación en generación.

9.2.2.2 CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO

En cuanto a los conocimientos relacionados con el ejercicio se encontró que las mujeres identifican tres clases de ejercicio: primero los ejercicios o técnicas de respiración, segundo los ejercicios posturales y tercero técnicas de relajación.

9.2.2.3 CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON TECNICAS DE RESPIRACION

Al momento de indagar sobre los conocimientos relacionados con las técnicas de respiración que ayudan para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto las 18 participantes coincidieron en “ *yo tomaba aire profundo, y luego lo botaba lentamente, despues tomaba el aire en cada contraccion y lo botarlo contando hasta 10*”

La adquisición de los conocimientos relacionados con las técnicas de respiración la obtuvieron por medio del curso de la preparación para la

⁸⁸ Ibid

⁸⁹ Ibid

maternidad y paternidad, experiencias previas como partos anteriores y por información de personas allegadas que ya habían tenido un parto.

Las mujeres participantes en el estudio consideran que los conocimientos acerca de las técnicas de respiración son útiles durante el trabajo de parto. Las mujeres participantes en el estudio expresaron lo siguiente: *“por amigas mías me han contando que realizaron ejercicios de respiración y ellas me dijeron que es importante para no sentir tanto dolor, por eso decidí ir al curso psicoprofilactico” (...)* *“en mi parto anterior no le puse mucho cuidado a lo de la respiración y fue muy doloroso, por eso en este decidí profundizar mas acerca de este tema y por eso decidí ir al curso”*

Los patrones de respiración durante el trabajo de parto y parto requieren que la mujer se concentre en la misma. Durante una contracción, los pensamientos son redirigidos de una reacción de dolor, como lo es la tensión, sosteniendo la respiración, hacia una respuesta de respiración relajada que ya ha manejado. Además esto ayuda a dar mejor oxigenación al bebe⁹⁰.

9.2.2.4 CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EJERCICIOS POSTURALES

En cuanto a las técnicas posturales se pudo identificar que las mujeres poseen conocimiento acerca de las más favorables para disminuir el dolor durante el trabajo de parto y parto, así como también cuáles son las más recomendadas, puesto que las habían adquirido por recomendaciones médicas, curso psicoprofilactico o por consultas en diferentes medios de búsqueda acerca del embarazo.

⁹⁰ OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59

Las participantes referían lo siguiente *“acostarse del lado izquierdo ayuda a disminuir el dolor”, (...)* *“estar sentado, con la espalda recta, hace que el dolor disminuya” (...)* *“pegarse a la pared y deslizarse ayuda a que las caderas se ensanchen, y sea más rápido el parto y menos dolorosos”*. Esto proporciona una ayuda a la mujer en el momento del parto.

En cuanto a la revisión bibliográfica encontramos la importancia de conocer acerca de los ejercicios posturales para así poder disminuir el dolor durante el trabajo de parto y parto a continuación se muestran algunas ventajas: actúa como agente equilibrador orgánico y psicológico, fortalece los órganos del bajo vientre y hace más felices y saludables a las mujeres. El ejercicio realizado con frecuencia ayuda a la madre a sentirse mejor, ayuda a aliviar el sentimiento de pesadez y torpeza, contribuye a reducir el dolor y la ansiedad común entre las mujeres embarazadas sedentarias y ayuda a dormir mejor. Todo esto brinda una sensación de bienestar.⁹¹

9.2.2.5 CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON TÉCNICAS DE RELAJACION:

Los conocimientos en cuanto a técnicas de relajación fueron adquiridos durante el curso de la preparación para la maternidad y paternidad; se puede identificar que para las pacientes las técnicas de relajación ayudan para el manejo y control del dolor: *“es preciso relajarse, no acelerarse, ni desesperarse, ya que esto ayuda a tranquilizarme y a manejar el dolor” (...)* *“Es mejor relajarse un poquito más en cada contracción y tomar aire” (...)* *“es necesario evitar gritar y hacer fuerza por que aumenta el dolor”*.

Las técnicas de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental. La relajación en el parto es de importancia decisiva, pues la madre

⁹¹ OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59

está sometida a fuerte tensión emocional, y en esta fase de miedo y tensión puede complicarse el parto.

9.2.3 CONOCIMIENTO ACERCA DE MEDIDAS FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

Para algunas participantes de la investigación las medidas farmacológicas son bien conocidas, la anestesia peridural se convierte en la medida farmacológica más importante, siendo esta una buena opción para disminuir el dolor durante el trabajo de parto y parto: *“sé que es una opción cuando el dolor es inmanejable” (...)* *“el doctor me dijo que no es necesaria para un parto satisfactorio, pero cuando el dolor es muy intenso, se tiene el derecho a pedirla” (...)* *“Ayuda a que el parto no sea tan doloroso eso es lo que yo he leído en internet” (...)* *“se que se la pueden aplicar a uno ya sea si es parto normal o por cesárea y también influye la condición física de la madre”*.

Un pequeño número de participantes han manifestado no conocer el manejo farmacológico: *“No tengo idea acerca de este tratamiento” (...)* *“no sé mucho acerca de la anestesia, porque me da miedo, por muchas historias que he escuchado” (...)* *“yo pienso que lo mejor es llevar un parto natural sin ayuda de ningún medicamento”*.

El parto en su mayoría de casos es doloroso, pero como todo dolor depende de la percepción de cada persona, algunas sentirán más dolor que otras, por lo que la anestesia epidural es una forma de aliviar y hasta suprimir este dolor. Como en toda administración de fármacos, se debe evaluar a la paciente para verificar que no tenga alguna contraindicación en la aplicación

siendo necesario tener una historia clínica que será analizada por el médico, inclusive se debe firmar un documento de aceptación para ello⁹².

La mayoría de las mujeres participantes que conocían acerca de la anestesia peridural para disminuir el dolor en el trabajo de parto y parto, coincidieron en lo siguiente: *“la analgesia Epidural es una muy buena forma para manejar el dolor durante el parto”(…)* *“es un método muy efectivo para ayudar a que no duela mucho” (…)* *“ayuda a disminuir el umbral del dolor correspondiente”(…)*

9.2.4 CONOCIMIENTOS ACERCA DE CREENCIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO RELACIONADAS CON LA CULTURA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la medicina tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y lo define «como prácticas, enfoques conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorpora medicinas basadas en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades».⁹³

La mayoría de las mujeres participantes en la investigación “NO” tienen o poseen algún tipo de creencia que le haya sido transmitida para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, en comparación con un menor grupo

⁹² MELZAK R, ET AL: Labour is still painful after prepared childbirth training. Can Med Assoc J 125;357, 1991.

⁹³ DIBBITS I, TERRAZAS M. Uno de dos: el involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal; revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto; Bolivia: BTAHIPAMU; 2003.

que afirma “SI” tener algún tipo de creencia transmitida para el manejo del dolor.

Dentro de las participantes que afirmaron si tener alguna influencia por parte de su cultura, o algún tipo de creencia transmitida informaron que: *“sé que con el agua de brevo hacerse baños de vapor, en semicunclillas en el baño, esto sirve para dilatar”(...), “mi abuelita y mi mama me han dicho que el tomar aguas aromáticas como de hinojo o manzanilla ayuda a que sea más rápido el parto,”(...), “ en mi familia por mi hermano que es homeópata se conoce que el tomar pastillas homeopáticas en el último mes, 10 pastillas cada 3 horas, me favorece a la dilatación”(...)*

Desde la perspectiva de Madeleine Leininger podemos observar que los anteriores conocimientos que han sido transmitidos por su entorno, en algunas se pueden conservar o mantener, como lo es el de ingerir aguas aromáticas, puesto que las mismas no tienen ningún riesgo para la salud de la madre gestante, en comparación con los que se deben adecuar o rediseñar como lo es la toma de pastillas homeopáticas, puesto que como manifestó la gestante que las consumía *“son preparadas por mi hermano y no se de que están hechas”*, así también como el realizarse baños con agua de brevo puesto que se ha observado que existe un riesgo de sufrir una quemadura en la región pélvica, que puede ser perjudicial tanto para la madre, así como también para el desarrollo normal de un parto. Investigando acerca de la base científica de estos conocimientos en la medicina tradicional y homeopática no se encontró investigaciones que argumentaran la misma.

9.3. PRACTICAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO TRABAJO DE PARTO Y PARTO

9.3.1 PRACTICAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO

Existen múltiples clasificaciones del dolor pero tal vez la más utilizada es aquella basada en su evolución (agudo o crónico) y en la naturaleza de su origen (oncológico vs no oncológico). Existen además otras formas de clasificarlo de acuerdo con su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología y función biológica. Sin embargo, las clasificaciones que tienen implicaciones de tipo diagnóstico y terapéutico quizás sean las de mayor importancia clínica.⁹⁴

A continuación se valorarán las prácticas de cuidado realizadas por las mujeres participantes en el estudio para manejo del dolor durante el embarazo, trabajo de parto y parto y se aplicará la teoría de Madeleine Leininger teniendo en cuenta que dichas prácticas se pueden **Conservar o mantener** bien sea porque causen beneficios y bienestar en la salud de la puerpera o por qué no afecten el estado de salud en forma negativa; **adecuar o negociar** prácticas de cuidado que se deben cambiar o modificar de forma parcial para mejorar el cuidado que se brinda; **rediseñar o reestructurar** las prácticas de cuidado que se deben modificar o sugerirse cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias, ofreciendo un estilo de vida más saludable y provechosa.

⁹⁴ WOOLF CJ. A new strategy for the treatment of inflammatory pain. Prevention or elimination of central sensitization. *Drugs* 1994; 47:1-9.

A continuación se presentaran las practicas de cuidado que realizan las participantes del estudio para manejo del dolor durante el embarazo, posteriormente se presentaran las practicas de cuidado realizadas durante el trabajo de parto y parto.

9.3.1.1 PRACTICAS DE CUIDADO RELACIONADAS CON LA DIETA DURANTE EL EMBARAZO

Al indagar las prácticas de cuidado relacionadas con la dieta, se encontró que las participantes del estudio no lo refieren como tal; se evidencio que durante el embarazo tienen modificaciones con la dieta con el fin de lograr una nutrición balanceada. A continuación se muestran las respuestas dadas por las participantes *“yo no cambie mi alimentación para disminuir el dolor en el parto”(…)* *“ no he escuchado nada acerca de que alimento me podrían ayudar para manejar el dolor”(…)* *“la verdad no creí que cambiando mi alimentación disminuiría mi dolor en el trabajo de parto”(…)*.

Sin embargo se logro identificar que antes del parto toman agua de hierbas aromáticas como de hinojo, manzanilla, hierbabuena como se muestra a continuación; *“mi abuela me daba todas las mañanas antes del desayuno agua de manzanilla dizque porque esto es bueno durante el embarazo y para el parto, pero no se cual es la razón de esto” (...)* *“ a mi una vecina me dijo que tomara agua de hinojo que porque me preparaba para el parto, yo le pregunte al doctor si era malo y me dijo que no”(…)* *“cuando sentía dolorcito bajito tomaba agüita de hierbabuena”(…)* siendo esta una práctica que no perjudica a la mujer gestante ni al hijo por nacer y por tal motivo se debe conservar o mantener.

9.3.1.2 PRACTICAS DE CUIDADO RELACIONADAS CON EL EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO

9.3.1.2.1 TECNICAS DE RESPIRACION COMO PRACTICA DE CUIDADO

Para una correcta relajación durante el parto es esencial controlar el proceso de respiración, que ayudará a controlar el dolor. Hay que entrenar previamente las técnicas respiratorias y la madre debe conocer su frecuencia respiratoria normal, pues a lo largo del parto deberá respirar a ritmo con mayor o menor frecuencia, según las fases del proceso. Además, una adecuada técnica respiratoria permitirá mantener el aporte de oxígeno al bebé en los momentos críticos del nacimiento.⁹⁵

Al indagar la realización de prácticas de cuidado relacionadas con el ejercicio 11 de las participantes afirmaron haberlas realizado durante su embarazo para así como lo referían ellas *“llegar preparadas al parto”*(...). las cuales fueron adquiridas en el curso para la preparación de la maternidad y paternidad responsable, durante su embarazo y refirieron que si les ayudo para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, : *“ yo tomaba el aire y lo botaba lento”*(...) *“botar todo el aire que quede en el estomago y botarlo en intervalos y contar hasta que se acabe”*(...) *“Respirar lentamente tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca”*(...) *“Tomar aire y contar hasta 5 y luego soltarlo lentamente”*. en comparación con 7 participantes las cuales no practicaron ninguna técnica de respiración . *“yo no creí que eso fuera importante para mi parto y para el bebe y por eso no las practique durante el embarazo”* (...) *“por lo que siempre estuve trabajando solo fui escasamente a*

⁹⁵ Ibid

los controles prenatales pero no me interese por aprender a manejar la respiración” (...).

Aplicando la teoría de Madeleine Leininger son prácticas de cuidado que se deben conservar o mantener, puesto que existe evidencia científica de que las técnicas de respiración ayudan a manejar el dolor durante el trabajo de parto, siendo esta una practica que el profesional de enfermería promueve durante el curso de la preparación para la maternidad y paternidad responsable⁹⁶.

9.3.1.2.2 EJERCICIO COMO PRÁCTICA DE CUIDADO

Mantenerse en forma siempre es importante, especialmente durante el embarazo. El ejercicio moderado puede fortalecer los músculos que se usarán en el parto, como los del abdomen, la pelvis y la parte baja de la espalda. Además, el ejercicio puede mejorar la postura y aliviar molestias como tensión en la espalda y calambres en las piernas.

El ejercicio prenatal ayuda a prepararse para el parto al aumentar la resistencia y vigor, consumir calorías que se puede ingerir en exceso, oxigena más la sangre y por consiguiente la del bebé y mejora considerablemente la condición física, indispensable para llevar sin complicaciones las etapas finales del embarazo.⁹⁷

⁹⁶ OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 58

⁹⁷ BEJARANO B. Nancy Lucia, BEJARANO B Martha; Patricia. Preparación Para La Maternidad & Paternidad. Universidad nacional de Colombia

En esta investigación se evidencia que el ejercicio con mayor frecuencia practicado por las participantes durante el embarazo es el de caminar en donde 9 de las participantes afirmaron haberlo realizado y a continuación se presentan algunas de las respuestas dadas: *“yo caminaba 20 minutos diarios, ya sea por la tarde o por la mañana” (...)* *“como mi trabajo quedaba cerca yo me iba caminando” (...)* *“he leído mucho en internet y se que el caminar es bueno y mas cuando uno esta en embarazo”(...)* *“ durante mi embarazo yo me acurrucaba durante aproximadamente 5 minutos y luego caminaba lentamente” (...)* participantes lo realizaron durante su gestación. Seguido la realización de yoga por medio de 2 participantes: *“el yoga me ayudo a descubrir la nueva mujer que despierta en ti ejercicios, por medio de este se desarrolla la flexibilidad y la creatividad”(...)* · *“Aprendi a manejar la relajación a través de la respiración y tambien que la meditación como vía para la libertad interior”(...)*. Solo una participante realizo ejercicios como el de hacer 10 cunclillas diarias para anchar las caderas, nadar, realizar ejercicios para la cadera, y asistir y realizar los ejercicios enseñados por el curso psicoprofilactico; *“yo hacia ejercicios para anchar las caderas como en cunclillas, estoy en un grupo de natacion y ademas nadaba durante el embarazo y a parte de eso realizaba todo lo que aprendi en el curso”(...)* Y otra participante *“ yo hacia ejercicio recostandome en la pared con la espalda recta inclinandome y deslizandome hasta quedar sentada” (...)*

Según la teoría de Madeleine Leininger las prácticas de cuidado como el caminar, realizar ejercicios de yoga, y el de realizar cunclillas diarias no representan ningún riesgo para la salud de la madre y por lo tanto ayuda a mantenerse en forma y preparada para el momento del parto ya que durante el embarazo han fortalecido sus músculos y por lo tanto la resistencia de los mismos. Las posiciones verticales (en cuclillas o semicucullillas) facilitan la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta

el diámetro total de la pelvis. Por lo tanto, es posible que las posiciones verticales fomenten el descenso del bebé por el canal de parto. En el momento en que el parto es inminente, probablemente deberá adoptar una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto⁹⁸. Como se hace referencia anteriormente esta práctica de cuidado tiene sustentación científica, por lo tanto se debe preservar y dar a conocer, puesto que no representa ningún riesgo para la madre y ayuda a preparar los músculos pélvicos para el momento del parto,

4 de las participantes manifestaron que no tuvieron en cuenta ninguna practica de cuidado relacionado con el ejercicio. *“No considere que el hacer ejercicio durante el embarazo me ayudaria para el parto, pues me sentia como muy pesada para hacerlos”(...). “Con las molestias como nauseas, vomito me sentia muy desalentada y no tenia fuerzas para hacer el ejercicio”(...)*

Las participantes refieron que el realizar ejercicio durante su embarazo las hacia sentir mas preparadas para el parto como se puede ver a continuacion: *“ a mi el hacer ejercicio me hacia sentir mas preparada para mi parto”(...), “ yo considero que el ejercicio es fundamental para fortalecer los musculos que utilice durante el parto ”(...), “yo realizaba los ejercicios que me enseñaron en el curso”(...).*

⁹⁸ Dirección general de salud de las personas, estrategias sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva, Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical. Perú 2005

9.3.2. PRÁCTICAS DE CUIDADO RELACIONADAS CON CREENCIAS DURANTE EL EMBARAZO:

En la investigación solamente 2 de las participantes afirmaron haber realizado prácticas culturales durante el embarazo para disminuir el dolor en el trabajo de parto y parto, dichas prácticas fueron adquiridas por medio de familiares y han sido transmitidas de generación en generación.

Dentro de las practicas encontramos: la realizacion de baños con agua de breo, *“yo hice baños de vapor con agua de brevo en el ultimo mes en tres ocasiones y a la tercera rompi fuente”(...)* y se evidencio que ademas otra de las participantes tomaba pastillas homeopaticas en el ultimo mes de embarazo para hacer mas rapido el parto y experimentar menos dolor a continuacion se muestra la practica de cuidado realizada por la participante: *“yo tome 10 pastillas cada tres horas durante el ultimo mes para acelerar la dilatacion esto lo hice porque me lo recomendo mi hermano que es homeopata”(...)*.

Las practicas de cuidado anteriormente enunciadas según la teoria de Madeleine Leininger; son practicas de cuidado que se deben reestructurar o rediseñar puesto que la realizacion de baños de vapor en ocasiones puede producir quemaduras en la region pelvica, igualmente el consumo de pastillas homeopaticas, en la cual la participante desconoce el compuesto activo y demas de la misma, puede producir algun riesgo que afecte la salud de la madre y del hijo por nacer.

Los profesionales de enfermería responsables del cuidado debemos reconocer las prácticas de cuidado que tiene la mujer para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto, de tal manera que se brinde un cuidado

cercano a la realidad cultural de la mujer y coherente con sus expectativas, como lo propone Madeleine Leininger en su teoría de la diversidad y universalidad del cuidado.

9.3.3 PRACTICAS DE CUIDADO REALIZADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO.

9.3.3.1 PRACTICA DE CUIDADO RELACIONADO CON LA DIETA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Del total de las mujeres entrevistadas 15 manifestaron no haber hecho modificaciones en su dieta durante inicio de las contracciones, en comparación con 3 participantes que si modificaron su dieta con el objetivo de manejar el dolor durante el trabajo de parto.

De las participantes que modificaron su dieta durante el inicio del trabajo parto afirmaron haber tomado alguna agua aromática “*tome agua aromática de manzanilla y de hierbabuena para disminuir el dolor, y en mi caso me ayudo mucho*” (...) “*tome agua de manzanilla y las contracciones se sentían menos*”. Según la revisión bibliográfica el agua aromática de manzanilla tiene propiedades antiinflamatorias, antisépticas, antiespasmódicas e incluso propiedades sedantes. Por su efecto antiespasmódico rebaja la tensión muscular en los músculos pelvianos.⁹⁹ No se encuentra la razón científica por la cual se usa en el momento del inicio del trabajo de parto, pero las participantes en el estudio manifestaron que el haber tomado esta agua al inicio de las contracciones les disminuía el dolor.

⁹⁹Disponible en: BOTANICAL ONLINE <http://www.botanical-online.com/medicinalsembarazo.htm>. consultado el 25 de febrero de 2009.

La infusiones de hierbabuena evitan las inflamaciones del hígado y vesícula, los gases intestinales, alivia de los mareos, combinando propiedades estimulantes y sedantes, según el caso. También es útil como calmante de calambres musculares.¹⁰⁰ Las madres participantes en el estudio refirieron no conocer el mecanismo de acción, afirmando que el conocimiento había sido transmitido de generación en generación.

Esta practica de cuidado se debe conservar y mantener puesto que la ingesta de aguas aromaticas no perjudica el desarrollo normal del trabajo de parto, e igualmente que el de dejar de comer un poco. *“deje de comer para no tener el estomago tan lleno, por que una amiga me conto que durante el parto a ella le habian dado ganas de hacer del cuerpo” (...)*. Segun la teoria de Madeleine Leininger esta ultima practica se debe adecuar o negociar aunque las aguas aromaticas no son perjudiciales. La paciente durante el trabajo de parto debe tenera ayuno por el riesgo de anestesia en el caso de cesarea.

9.3.3.2 EJERCICIOS

Durante el trabajo de parto y parto las practicas utilizada en relacion al ejercicio fueron la respiracion y adopcion de diferentes posiciones.

9.3.3.3 TÉCNICAS DE RESPIRACION COMO PRACTICA DE CUIDADO

De las 18 participantes en el estudio 16 practicaron alguna técnica de respiración durante el trabajo de parto y parto para manejo del dolor, afirmando que esta practica es de gran beneficio, ya que el dolor en el parto fue mucho mas manejable: *“ el medico me decía que mientras me examinaba*

¹⁰⁰ Ibid

yo debía respirar rápido como un perrito” (...) “la enfermera me indico que respirara lentamente, en el pujo tomar aire y puja esto también lo recordé de lo aprendido en las clases del curso” (...) “ yo tomaba aire profundo y contaba hasta 5 y lo soltaba” (...) “Sostenía el aire y expulsaba por la boca” en comparación con 2 mujeres participantes que manifestaron que las técnicas de respiración no le ayudaron para disminuir el dolor en el trabajo de parto. A continuación se muestra las respuestas: “no me funciona la respiración, no me podía concentrar” (...) “la enfermera me hacia las recomendaciones para respirar pero no podía hacerlas por que el dolor era muy fuerte”.

Las técnicas de respiración durante el trabajo de parto y parto como practica de cuidado se debe mantener y conservar, porque esta ayuda a mejorar la oxigenación durante el trabajo de parto y beneficia al hijo por nacer, por otro lado ayuda a distraer del momento doloroso para así sea menos insatisfactoria la experiencia del trabajo de parto y parto¹⁰¹.

9.3.3.4 ADOPCION DE POSICIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO PARA EL MANEJO DEL DOLOR.

Del total de las participantes 9 manifestaron haber adoptado alguna posición para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto, informando que el cambio de postura las hacía sentir más cómodas en el momento en que tenían las contracciones

Al indagar que posiciones adoptaban se obtuvo como respuesta: “*en cada contracción yo me acomodaba como semisentada como a 45 grados*”, “*me acomodaba en la camilla acostada de lado y cambiaba, cuando me cansaba*”, “*en la contracción me acostada normalmente, boca arriba*”, “*yo*

¹⁰¹ OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 58

levantaba la cadera haciendo fuerza con las piernas, cuando las contracciones eran fuertes”(...) “al inicio del las contracciones cuando estaba en mi casa, me arrodillaba cuando comenzaba la contracción, pero recostada en el pecho sacando la cola y con la cabeza abajo tomando aire despacio” (...) “Duraba de un solo lado cuando empezaba la contracción”(...) “yo cuando comencé a sentir las contracciones me recostaba sobre la pared y me deslizaba hasta quedar sentada, eso lo hacia antes de llegar al hospital” (...). Según la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado estas practicas de cuidado se deben conservar y preservar exceptuando, la que hace referencia a la posición de cubito dorsal (acostada boca arriba) ya que la presión que ejerce el útero sobre la vena cava disminuye la irrigación útero placentaria y sumado al estrés de la contracción puede causar estado fetal insatisfactorio.¹⁰²

9.3.4 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

En cuanto al tratamiento farmacológico durante el trabajo de parto en la institución de III nivel en donde se realizo el estudio, 15 de las participantes si solicitaron la administración de la analgesia epidural independientemente de que se la fueran aplicar o no, en comparación con 3 participantes que afirmaron no necesitarla por que el dolor durante su trabajo de parto y parto no había sido inmanejable.

Al indagar si se le fue administrada la anestesia epidural o no como método para el manejo del dolor durante su trabajo de parto, 13 de las mujeres participantes en el estudio afirmaron que si le aplicaron este tratamiento farmacologico, para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, y 5

¹⁰² BURROUGHS A : Evolución de un parto y nacimiento normales. En. Burroughs A: Enfermería Maternoinfantil. 7ª ed. . México: McGraw-Hill/Interamericana; 1999. p.154-175

participantes no alcanzaron a acceder a este tratamiento por que como ellas refirieron *“el trabajo de parto se encontraba muy bien, segun lo que me decia mi medico, pues no la necesitaba”*.

La administración de la anestesia peridural durante el trabajo de parto, es una practica utilizada frecuentemente, aunque no es practica que depende de la mujer sino de otro (equipo de salud). La anestesia epidural produce disminución de la sensación del dolor, tiene efecto prolongado sin perjudicar al feto, por tal motivo es una práctica que se debe conservar o mantener.

9.3.5 PRACTICAS DE CUIDADO RELACIONADAS CON CREENCIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Al indagar sobre practicas de cuidado durante el trabajo de parto y parto relacionadas con creencias se encontro que solamente una participante la habia realizado: *“yo me arrodille y saque la cola para que se ensanchen las caderas, con la cabeza abajo tomando aire lentamente para facilitar el trabajo de parto y parto y estar menos expuesta al dolor”*. Esta practica cultural realizada por la participante fue transmitida por sus familiares en distintas generaciones.

La paciente refiririo que el personal de salud que se encontraba con ella le permitio la realizacion de la practica. En base a la teoria de Madeleine Leininger es un cuidado que se debe preservar puesto que ayuda a disminuir el dolor durante el trabajo de parto y parto, y no se evidencia ningun riesgo para la salud de la madre o del niño por nacer.

Respecto a las practicas religiosa se logro obtener los siguientes resultados, de las participantes en el estudio 5 realizaron practicas realcionadas con creencias religiosas; 2 de las mujeres se encomendaron a Dios para que todo saliera bien ,*”yo rece el rosario con mi marido durante todo el embarazo para que todo saliera bien” (...)* *“apenas me empezaron las contracciones me encomendé a Dios pidiéndole que no pasara nada malo y que mi bebe naciera sano”*, 1 participante se santiguo en el momento de iniciar su trabajo de parto para que ella y su hijo salieran sanos.*”yo me eche la bendicion apenas senti las ganas de pujar y le pedi a la virgencita, ayudame a que no duela tanto”* Otras 2 participantes rezaron el rosario antes de salir de la casa, porque esta es la costumbre ese día no podía faltar. *“cuando yo rompi fuente, senti que todavía tenia tiempo, prepare a los niños para el colegio espere que pasara el pico y placa, luego en el carro rezamos el rosario camino al hospital porque todos los días lo hacemos y ese fue el momento que encontramos para hacerlo”*.

En general las creencias religiosas acerca de las prácticas de cuidado para el manejo del dolor durante el trabajo de parto se deben conservar, puesto que no afectan negativamente la salud materno fetal. Desde el punto de vista de Madeleine Leininger es un cuidado acorde con la cultura y como enfermeros debemos mantenerlas siempre y cuando estas no afectan de forma negativa la salud.

Desde la óptica de la cultura, mirar el cuidado humano y las creencias religiosas, implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura. Sin cuidado, en palabras de Leonardo

Boff¹⁰³, *los seres humanos no podrían serlo. No podría concebirse la vida misma si no existiera el cuidado.* Sin él, la persona pierde su estructura, pierde sentido y muere. Este hecho marca la existencia humana y muestra el verdadero origen del cuidar que por estar influido por la cultura, es diverso, plural y universal.

¹⁰³ BOFF L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 33-35.

10. CONCLUSIONES

La muestra de la investigación estuvo conformada por 18 participantes identificándose en las características sociodemográficas que El rango de edad de las participantes es de 18 a 37 años predominando el grupo de 26 a 32 con un 33% y de 33 a 37 años con un porcentaje de 33%, en cuanto a la escolaridad de las participantes se observó que prevalece la educación universitaria, en relación al estado civil predominan las mujeres en unión libre con un 44% y en cuanto al estrato socioeconómico evidenciamos que prevalece el estrato 3 con un 50%.

A lo largo de la investigación se observó que el 56% afirmaron haber asistido al curso de la preparación para la maternidad y paternidad responsable, lo cual mostro una diferencia significativa en cuanto a los conocimientos y practicas de cuidado para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.

En cuanto a los conocimientos y la percepción del dolor entre el grupo de mujeres se pudo observar que algunas lo definían como una experiencia positiva *“una molestia grande, manejable, la recompensa es muy grata”* en comparación con otro grupo que lo expresaba el dolor como una experiencia negativa *“algo horrible , insatisfactorio, difícil de manejar y aceptar”*.

Los conocimientos que poseían las participantes acerca de medidas no farmacológicas para manejar el dolor en el trabajo de parto y parto fueron clasificados de la siguiente manera: la dieta *(el grupo de participantes refirió que conocen acerca del consumo de aguas aromaticas durante el embarazo, como lo son la de manzanilla, hinojo y hierbabuena para que no duela tanto)*

respecto al ejercicio: técnicas de respiración se encontró que la mayoría de las participantes coincidieron en lo siguiente (*Yo tomaba aire profundo, y luego lo botaba lentamente, después tomaba el aire en cada contracción y lo botarlo contando hasta 10*”), en relación con las técnicas de adopción de posiciones o ejercicios posturales las mujeres refirieron conocer acerca de la adopción de posturas tales como (*“Acostarse del lado izquierdo ayuda a disminuir el dolor”, “estar sentada, con la espalda recta, hace que el dolor disminuya”, “pegarse a la pared y deslizarse ayuda a que las caderas se ensanchen, y sea más rápido el parto y menos dolorosos”*). Respecto a las técnicas de relajación se encontró que las mujeres conocen acerca de esta medida y su importancia en profundizar el conocimiento durante el embarazo *“es preciso relajarse, no acelerarse, ni desesperarse, ya que esto ayuda a tranquilizarme y a manejar el dolor”, “es mejor relajarse un poquito mas en cada contracción y tomar aire”, “es necesario evitar gritar y hacer fuerza por que aumenta el dolor”*. En cuanto al tratamiento farmacológico para el manejo del dolor un grupo significativo de mujeres afirmo que si conocía acerca de esta medida y manifestó lo siguiente, *“Sé que es una opción cuando el dolor es inmanejable”, “el doctor me dijo que no es necesaria para un parto satisfactorio, pero cuando el dolor es muy intenso, se tiene el derecho a pedirla”*.

Las prácticas de cuidado, durante el embarazo y el trabajo de parto, para el manejo del dolor en las mujeres participantes encontramos que las mujeres lo practicaron y se dividió de la siguiente manera: la dieta (*como el tomar aguas aromáticas durante el embarazo y al inicio del trabajo de parto, “mi abuela me daba todas las mañanas antes del desayuno agua de manzanilla dizque porque esto es bueno durante el embarazo y para el parto, pero no se cual es la razón de esto”, “cuando sentía dolorcito bajito tomaba agüita de hierbabuena”* en cuanto al ejercicio y técnicas como: la respiración las

mujeres manifestaron “ *yo tomaba el aire y lo botaba lento*”, “*botar todo el aire que quede en el estomago y botarlo en intervalos y contar hasta que se acabe*”, “*respirar lentamente tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca*”, “*tomar aire y contar hasta y luego soltarlo lentamente*”. En relación con la adopción de posiciones, técnicas de relajación, entre otras como: el caminar, hacer yoga, las mujeres estudiadas afirmaron que todas las medidas anteriormente mencionadas fueron efectivas en el momento del parto y para el manejo del dolor.

Por todo lo anterior se debe instar a los estudiantes y profesionales de enfermería a no dejar de lado los conocimientos y practicas de cuidado para así poder concretar un cuidado teniendo en cuenta la dimensión cultural de cada persona, en este caso en especial de las mujeres que sean atendidas en un ámbito hospitalario para así proporcionar un ambiente mas tranquilo y cómodo para el trabajo de parto y parto y así poder manejar el dolor.

Para terminar se puede observa que brindar cuidado a partir de la cultura, en el manejo del dolor durante el trabajo de parto son importantes puesto que las mujeres son una gran fuente de información, lo cual puede ayudar a brindar un cuidado integral, basándose en la teoría de Madeleine Leiniger la enfermera deberá decidir si las practicas de cuidado se deben conservar, negociar o reestructurar.

11. RECOMENDACIONES

- Para efectos de futuras investigaciones se propone la presente investigación como base para que los estudiantes y profesionales de enfermería profundicen más acerca del tema y así poder brindar un cuidado congruente con la cultura.
- Es necesario que esta investigación se retome para ser aplicada en instituciones hospitalarias en los servicios de ginecobstetricia, para así brindar un cuidado integral congruente con la cultura y no dejar de lado los conocimientos y practicas de cuidado que poseen las mujeres para el manejo del dolor en el trabajo de parto.
- Se recomienda que en la institución objeto de estudio se den a conocer los resultados, para así mismo hacerlos aplicables a los protocolos de la misma, para promover y aplicar un cuidado congruente con la cultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. ANAND, K. J. 5. y CRAIG, K. D.: «New perspectives on the definition of pain», *Ram*, 2006, 67: 3-6.
2. Antología: Dolor quinto signo vital. Universidad Nacional de Colombia I semestre de 2005.
3. ACHURY S. DIANA. Investigación en enfermería imagen y desarrollo: Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. Numero 1 Vol. 9. Enero – junio 2007.
4. VÁSQUEZ TRUISSI, Marta Lucía. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural una necesidad en un mundo cambiante. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*.
5. BEJARANO BELTRAN, Nancy Lucia. (Y Otros). Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre asegura un hijo sano y fuerte. *Revista avances de enfermería*. 33- 48p. Bogota.2003.
6. SALAZAR Edy. DUQUE Ma. Claudia. *Terrenos 2. Comunidades indígenas y negras*. 1992/1993.
7. REYNOLDS F. Labour pain and analgesia. En: Porter J, Russell R, Scrutton M. *Pain relief in labour*. London BMJ 1997; 3-16.
8. HOLDCROFT A, MORGAN M. An assessment of the analgesic effect in labour of pethidine and 50 percent nitrous oxide in oxygen (Entonox). *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1994; 81: 603-7.
9. NETTELEBLADT P, FAGESTROM CF, UDDENBERG N. The significance of reported childbirth pain. *J Psychosom Res* 1996; 20:215-21.
10. RANTA P, JOUPPILA M, SPALDING T, KANGAS-SAARELA A, HOLLMEN R. JOUPPILA Parturients' assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. *Int J Obstet Anaesth London* 1994; 3:193-8.
11. Ibid

12. MELZACK R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1995; 1: 277- 99.
13. CORBETT, C. A. & CALLISTER, L. C. (2000, February). Nursing support during labour. Clinical Nursing Research, 9 (1), 70-83.
14. MUÑOZ DE RODRÍGUEZ, Lucy. Líneas de Investigación Prácticas de Cuidado Materno Perinatal. EN: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia.
15. MISHELL, M. Methodological Studies: Instrument Development. En: Advances Desing in nursing research. Library of Congreso-calaloging-in publication, (1999); P. 244-246.
16. Diccionario de medicina mosby. Editorial océano 4 edición.
17. Disponible en:
http://www.malvinassalud.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=28. Consultado 11 de marzo de 2008.
18. Desplazados: así serán atendidos. Disponible en:
<http://www.derechoydesplazamiento.net/spip.php?article356> Consultado el: 29 febrero 2008.
19. VÁSQUEZ Martha Lucía, Colombia Médica Vol. 36 N° 3 (Supl 2), 2005 (Julio-Septiembre) "La Dieta" Como Camino Para Asegurar Un Hijo Sano: Una Mirada Desde El Mundo Urbano De Las Adolescentes. Luz Ángela Argote, Enf., Mag. Enf.1, A Enf., Ph.D.
20. DUQUE María Claudia Enfermería Y Cultura: Espacio De Encuentro Para El Cuidado De Personas Y Colectivos. EN: Páramo.
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria>
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth, a practical guide 1999; Disponible en:
<http://www.who.int/library/country/trunks/contents/indx> Consultada el: 20 de octubre de 2008.
22. VASQUEZ Martha Lucia. El Cuidado De Enfermería Desde La Perspectiva Transcultural: Una Necesidad En Un Mundo Cambiante. Disponible en:

www.cuidadosculturales\MADELEINELEININGER_archivos\RevistaInvestigaciónyEducaciónenEnfermería.htm Consultado el; 12 de AGOSTO 2007.

23. MARRINER TOMEY, A. Modelos y teorías de enfermería. Quinta edición, Madrid: Mosby / Doyma 2003, p. 507.
24. Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.
25. Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.
26. Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.
27. Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.
28. Óp. Cit. Pág. 14. Referencia No. 22.
29. OP Cit: Pag 19.
30. SANCHEZ HERRERA, BEATRIZ, Abordajes teóricos parra comprender el dolor humano, p. 4.2007
31. DE SOUZA, LUIS. Dolor en la fase activa del trabajo de parto. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_15.pdf Consultado el: 13 Agosto 2008
32. Ibíd.
33. WALDENSTROM U, BERGMAN V, VASELL G. The complexity of labor pain: experiences of 278 women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1996 Dec; 17(4): 215-28.
34. ANARTE MT, ESTEVE R, LÓPEZ AE, RAMÍREZ C, CAMACHO L. The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain. Revista Española de Neuropsicología. 2006; 3(4): 46-62.
35. VELTING DM. Effects of coping and mastery models on pain tolerance. Dissertation Abstracts International. 1996; 56(10-B): 5785.
36. ROKKE PD, LALL R. The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. Cognitive Terapy and Research. 1992; 16(1): 53-65.

37. HARKAPAA K. Relationships of psychological distress and health locus of control beliefs with the use of cognitive and behavioral coping strategies in low back pain patients. *Clin J Pain*. 1991 Dec; 7(4): 275-82.
38. LAZARO C, CASERAS X, TORRUBIA R, BANOS JE. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2003 May; 50(5): 230-6.
39. BONNEL AM, BOUREAU F. Labor pain assessment: validity of a behavioral index. *Pain*. 1985 May; 22(1): 81-90.
40. BECK C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep; 50(5): 275-85.
41. READING AE, COX DN. Psychosocial predictors of labor pain. *Pain*. 1985; 22(3): 309-15.
42. MCCREA H, WRIGHT ME, STRINGER M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37(6): 493-503.
43. SÁNCHEZ PERRUCA M^a ISABEL, FERNÁNDEZ Y FERNÁNDEZ MATILDE, BENITO DE LA IGLESIA NOELIA. Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como Diagnósticos de Enfermería. DICIEMBRE 01/ENERO 02
44. M.E. ROMERO ROY, J.F, JIMENO SALGADO. Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista. *MEDICINA NATURISTA* ISSN 1576-3080 2005.
45. CIBELE CUNHA LIMA DA MOTTA¹ CARMEN LEONTINA OJEDA OCAMPO MORÉ. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta, Vol. XV N^o1: Pág. 55-71. 2006
46. SMITH CA, COLLINS CT, CYNA AM, CROWTHER CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltda.
47. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) Consultada el 26 de Agosto 2008.

48. JOSE GUZMAN OLIVARES, analgesia en el trabajo de parto. Mitos, expectativas y evidencia Ed. 3. Pág. 110-120. 2004
49. NISWANDER KR. Manual de Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento. Salvat, 2004.
50. RAMANATHAN, S: Obstetric Anesthesia. Lea y Febiger Philadelphia, 1998, pág 116.
51. GONZALEZ AÑAZCO. Rodrigo. Departamento de anestesiología, clínica los condes. Disponible en: http://www.anestesiologia.cl/auxiliares/anestesia_regional.php Consultado el: 14 agosto 2008
52. RAMANATHAN S, ARIMENDY J, AND TURNDORF H: The biochemical profile of a well oxygenated human fetus. *Anesthesiology* 61:A397, 1994. Disponible en: http://bebes.sutterhealth.org/laboranddelivery/ld_reganesthesia.cfm Consultado el 17 de noviembre de 2008
53. BENSTOM, R. La terapéutica física en el tratamiento del dolor. Clínicas anesthesiologicas. 1990. Steim, JM. Barcelona: Salvat, 154-64
54. Ibid.
55. SABATINO, H. Y NOGUEIRA, S. (2004). Obstetricia en el último milenio. En J. Cortés (Ed.), *Obstetricia general* (pp. 22-23). Madrid: Ramón Areces.
56. BOSSY, J. Acupuntura, hipnosis y dolor. Monografía. Sandoz, 1992.
57. MC CAFFERY, M; BEEBE, A. Dolor: Manual clínico para la práctica de Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1992.
58. PÉREZ ÁLVAREZ, M. "Médicos, Pacientes y Placebos: El factor psicológico en la curación". Ed. Pentalfa. Oviedo, 1990.
59. MONSALVE VERGARA CÉSAR AUGUSTO, Curso de preparación a la maternidad y paternidad. Secretaria de salud de Bogota D.C. 2005
60. Ibid

61. BOCH VALDÉS, F; RABÍ MARTÍNEZ, MC; HERNÁNDEZ ARTEAGA, M; GARCÍA JACOMINO, JC. Resultados obtenidos en pacientes con dolor sometidos a tratamiento. Ed. 4. 2005
62. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59
63. M.E. ROMERO ROY, J.F. JIMENO SALGADO. Reflexiones sobre el manejo del dolor desde la enfermería naturista. 2005.
64. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59
65. Ibid
66. Ibid
67. Ibid
68. Cuidados En El Parto Normal: Una Guía Práctica informe Presentado Por El Grupo Técnico De Trabajo Organización Mundial De La Salud Ginebra. Departamento De Investigación Y Salud Reproductiva. 1996.
69. DURÁN ESCRIBANO M. Diagnósticos enfermeros. Instrumentos para la atención de cuidados. Rol de Enfermería 1993; 182 (10):33-39.
70. RODRIGO LUIS MT. Diagnóstico Enfermero. Rol de Enfermería 1997; 222 (2):27-31.
71. MARTÍN ROBLEDO E., GARCÍA LÓPEZ F., ASENJO ESTEVE A. Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de implantación. Rol de Enfermería 1997; 225 (5): 57-63.
72. DAROQUI AGUSTÍ MP., NOVO MUÑOZ MM., ESPINOSA RAMOS O. RODRÍGUEZ GÓMEZ JA., LÓPEZ SOCORRO AD. Indicadores bibliométricos de los Diagnósticos de Enfermería en la base de datos MEDLINE. Enfermería Científica 1998; 198-199 (9-10): 5-9.
73. VÁQUEZ SÁNCHEZ MA., BUENO FERRÁN M., CASALS SÁNCHEZ JL., GARCÍA CABALLERO JM. Diagnósticos de Enfermería sobre riesgos. Rol de Enfermería 1998; 237 (5): 27-32.
74. PALAU OLIVER MA., GALLEGO CAMINERO G., MIRÓ BONET M. Mamografía. Cuidados de Enfermería. Enfermería Científica 1997; 186-187 (9-10): 12-14.

75. CARROLI G, BELIZÁN J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
76. ELBOURNE DR, PRENDIVILLE WJ, CARROLI G, WOOD J, MCDONALD S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
77. FRASER WD, TURCOT L, KRAUSS I, BRISSON-CARROL G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford.
78. GUPTA JK, NIKODEM VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2003 Número 2. Oxford.
79. STEVEN L. BLOOM, M.D., DONALD D. MCINTIRE, PH.D., MARY ANN KELLY, R.N., HEIDI L. BEIMER, R.N., REBECCA H. BURPO, C.N.M., MARCY A. GARCIA, C.N.M., AND KENNETH J. LEVENO, M.D. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. Volume 339:76-79 July 1998
80. CHALMERS I., GARCÍA J., POST S. Hospital policies for labours and delivery, in *Effective care in pregnancy and childbirth*. Ed.: Chalmers I et al. 2 ed.. New York, Oxford University Press, 1993.
81. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Apoyemos la maternidad saludable. Washington DC, 1998.
82. LARGUÍA A.M. Maternidades Centradas en la Familia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1998; 17:103-109.
83. DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Ministerio de Salud de Argentina. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. Bs. As. 2004.
84. DONAT COLOMER F: Fisiología del parto. En: Donat Colomer F. *Enfermería Maternal y Ginecológica*. Madrid: Masson.; 2000. p.305-326

85. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=85937&indexSearch=ID> Consultado el: 15 de Septiembre 2008.
86. MORRIS DAVID, La cultura del dolor, histeria, dolor, varon, mujer Santiago de Chile, Andres bello 119-143, 1994
87. Disponible en: BOTANICAL ONLINE
88. <http://www.botanical-online.com/medicinalsembarazo.htm>. consultado el 25 de febrero de 2009.
89. Ibid
90. Ibid
91. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59
92. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 59
93. MELZAK R, ET AL: Labour is still painful after prepared childbirth training. Can Med Assoc J 125;357, 1991.
94. DIBBITS I, TERRAZAS M. Uno de dos: el involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal; revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto; Bolivia: BTAHIPAMU; 2003.
95. WOOLF CJ. A new strategy for te treatment of inflamatory pain. Prevention or elimination of central sensitization. Drugs 1994: 47:1-9.
96. Ibid
97. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 58
98. BEJARANO B. Nancy Lucia, BEJARANO B Martha; Patricia. Preparación Para La Maternidad & Paternidad. Universidad nacional de Colombia
99. Dirección general de salud de las personas, estrategias sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva, Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical. Perú 2005

100. Disponible en: BOTANICAL ONLINE <http://www.botanical-online.com/medicinalsembarazo.htm>. Consultado el 25 de febrero de 2009.
101. Ibid
102. OP. Cit. Pag: 47 Referencia No. 58
103. BURROUGHS A : Evolución de un parto y nacimiento normales. En. Burroughs A: Enfermería Maternoinfantil. 7ª ed. . México: McGraw-Hill/Interamericana; 1999. p.154-175
104. BOFF L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 33-35.

ANEXO 1.



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación.

Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación:

MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN UN GRUPO DE MUJERES PUERPERAS, EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2008

Persona a cargo del estudio Lina Maria Rodríguez Gómez.

Martha Isabel Vargas Aguilar

Dónde se va a desarrollar el estudio: Institucion III Nivel de Atencion

Información General del Estudio de Investigación

El propósito de esta investigación es identificar los conocimientos y conocer las prácticas de cuidado que utiliza la mujer en estado de embarazo para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Ayuda a proporcionar un cuidado de enfermería a la mujer gestante con un enfoque cultural, teniendo en cuenta que el conocimiento por parte del personal de salud de las prácticas de cuidado, nos facilita brindar una atención integral en las instituciones de salud. Es favorable por que cada individuo tiene

comportamientos diferentes basados en creencias y valores culturales los cuales deben ser respetados.

OBJETIVO GENERAL:

Describir los conocimientos y prácticas de cuidado de un grupo de mujeres puérperas para el manejo del dolor en el proceso de parto, hospitalizadas en una Institución de Tercer Nivel de Atención en Salud, durante los meses de agosto a octubre de 2008.

Beneficios de Participar en este Estudio

Es benéfico participar ya que sus resultados permitirán brindar cuidado de enfermería integral relacionado con los conocimientos y prácticas de cuidado que tienen las mujeres gestantes para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato la confidencialidad se garantizara, este estudio es de carácter de educativo.

Participación Voluntaria La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento.

Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse con

LINA MARIA RODRIGUEZ GOMEZ.

TEL: 2677343

MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR.

TEL: 4181260



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Enfermería

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Enfermería

Título de la investigación:

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN UN GRUPO DE MUJERES PUERPERAS, EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, DURANTE SEGUNDO SEMESTRE DE 2008

Persona a cargo del estudio Lina Maria Rodríguez Gómez.

Martha Isabel Vargas Aguilar

Consentimiento

De manera libre YO: _____ doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación de carácter educativo y DOY PERMISO DE SER PARTE DE LA INVESTIGACIÓN en donde se indagaran las practicas de cuidado que tienen las mujeres embarazadas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

_____ Firma Nombre	_____ INVESTIGADO	_____ Fecha
_____ Firma Nombre	_____ INVESTIGADOR	_____ Fecha
_____ Firma Nombre	_____ INVESTIGADOR	_____ Fech

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACION

ANEXO 2.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Facultad de Enfermería

**ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO PARA MANEJO DEL
DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	
1.1 EDAD _____	1.4 ESTRATO SOCIOECONÓMICO: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
1.2 ESCOLARIDAD: Primaria _____ Bachillerato _____ Técnico _____ Universitario _____ Otro: _____ Cual? _____	1.5 OCUPACIÓN: Ama de Casa _____ Empleada _____ Desempleada _____ Independiente _____ Estudiante _____ Otro _____ Cual _____
1.3 ESTADO CIVIL: Soltera _____ Casada _____ Unión Libre _____ Separada _____ Viuda _____	1.6 ASEGURADORA: Régimen Subsidiado _____ Régimen Contributivo _____ Vinculado _____

2. GINECOBSTETRICOS	
Paridad: G P C A V	Se ha realizado CCU: Si ____ No ____
Menarquía: 9-12 años ____ 13-15 años ____ 15 años o más ____	Si su respuesta es sí, cuando fue su última citología: Hace 6 meses ____ 6 mese a 1 año ____ Más de 1 año ____ Cual fue el reporte Normal____ Alterado____
Sexarquia: menor de 11 años ____ 12-13 años ____ 14-16 años ____ 20 años o más ____	Su embarazo fue planeado Si____ No____ Su embarazo fue aceptado Si____ No____ Asistió al curso de preparación para la maternidad y paternidad Si____ No____

ANEXO 3.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Facultad de Enfermería

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

1. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL DOLOR:	
1.1 Para usted que DOLOR?	1.5 Como adquirió los conocimientos para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto: Internet____ Revista____ Familiares____ Curso de la preparación de la maternidad y la paternidad ____ Otro____
1.2 Cómo definiría usted el dolor durante el trabajo de parto y parto?	1.6 Tiene algún conocimiento acerca del tratamiento farmacológico que se le puede brindar a una mujer durante el trabajo y parto para manejo del dolor SI____ NO____ Cuales____ Que conoce acerca de dicho tratamiento
1.3 Qué medidas o practicas conoce para manejar el dolor durante el trabajo de parto y	1.7 Conoce algún tipo de creencia que le haya sido trasmitida para manejar el dolor durante el trabajo

parto?	de parto y parto. SI ___ NO___ Cuales_____
1.4 Cuéntenos en que consiste o que conoce acerca de cada una de estas prácticas para manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto?	1.8 En qué consiste dicha creencia

2. PRACTICAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO	
2.1 Que practicas de cuidado ha realizado durante su embarazo para disminuir o manejar el dolor durante su trabajo de parto y parto?	2.4 Durante su embarazo practico alguna técnica de respiración que le permitiera prepararse para manejar del dolor durante el trabajo de parto y parto. SI___ NO___ En que consistían las técnicas de respiración que Ud. Realizo :
2.2 Durante su embarazo modifico su dieta con el objetivo de disminuir el dolor durante el trabajo	2.5 Que posiciones adopto para manejar el dolor durante su embarazo trabajo de parto?

<p>practico algún ejercicio o adopto una posición en la que le favoreciera para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Cuales _____</p>	<p>cuidado durante su trabajo de parto y parto para manejar el dolor?</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Cual _____</p>
<p>3.2 Durante su trabajo de parto y parto practico alguna técnicas de respiración para el manejo del dolor?</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Cuales _____</p>	<p>3.6 Tuvo apoyo de su pareja o de algún miembro de su familia para llevar a cabo estas practicas de cuidado.</p>
<p>3.3 Pidió que le administraran algún medicamento para manejar el dolor durante su trabajo de parto:</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Cual _____</p>	<p>3.7 Utilizo creencia mística o Rito para manejar el dolor experimentado durante su trabajo de parto</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Cual _____</p>