



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Percepciones y creencias de las gestantes sobre la analgesia en el trabajo de parto

Juan Camilo Amaya Restrepo

Universidad Nacional de Colombia
Departamento Especialidades Quirúrgicas
Anestesiología y Reanimación
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
2021

Percepciones y creencias de las gestantes sobre la analgesia en el trabajo de parto

Juan Camilo Amaya Restrepo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Anestesiología y Reanimación

Director:

David Alberto Rincón Valenzuela
Médico especialista en Anestesia, Magister en Epidemiología
Profesor Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia
Departamento Especialidades Quirúrgicas
Anestesiología y Reanimación
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia

2021

Dedicatoria

Dedicado a mis padres quienes con todo su esfuerzo y apoyo he logrado todas las metas que me he propuesto, su ejemplo como profesionales y asesoría constante permitieron llevar a cabo este documento.

A Yesica quien me ha acompañado incondicionalmente estos años, y cuyo amor me ha animado a dar siempre lo mejor y a no darme por vencido nunca.

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de los residentes de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Bosque. Muchas gracias por el tiempo invertido en la recolección de datos.

Resumen

Introducción: El parto es uno de los eventos más dolorosos que experimenta una mujer. La analgesia es una opción muy frecuente para manejar el dolor durante el trabajo de parto, proporciona un alivio eficaz del dolor, logrando una experiencia satisfactoria para la madre. Múltiples estudios han evaluado el conocimiento del personal de salud con respecto a la analgesia intraparto, pero muy pocos centrados en las expectativas y experiencia de las maternas sobre la analgesia del parto.

Objetivo: Evaluar el conocimiento, creencias, actitudes y oportunidad de analgesia durante el trabajo de parto de gestantes atendidas en tres hospitales en Bogotá.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluó la experiencia sobre la analgesia en trabajo de parto de 313 gestantes admitidas en trabajo de parto o programadas para la inducción del parto en la USS Materno Infantil de Bogotá de la Subred integrada de salud Centro Oriente y la USS Calle 80 de la Subred integrada de salud Norte.

Resultados: Se recolectaron 313 encuestas de gestantes con una mediana de edad de 22 años. El tipo de analgesia administrado fue opiáceo Intravenoso/Intramuscular: 73,6% y Epidural 26%, el 69,3% no asistió a la clase de educación para el parto. El 48,2% desconocían sobre algún tipo de analgesia. La mayoría de las pacientes tienen pocos mitos y creencias sobre la analgesia. La media de la puntuación de dolor disminuyó en 4,3 puntos en el grupo de analgesia

epidural y en 1,95 puntos en el grupo de opiáceos IV/IM. La asistencia al curso de preparación no influyó en la probabilidad de solicitar analgesia.

Conclusiones: Hay un desconocimiento previo en más de las pacientes sobre las diferentes técnicas analgésicas durante el trabajo de parto. No hay mitos y creencias en la mayoría de las pacientes, las fuentes de información exploradas son consideradas por las encuestadas como poco importantes y el curso psicoprofiláctico no tiene una influencia sobre la decisión de solicitar analgesia. La analgesia disminuye los puntajes de dolor con una diferencia entre la analgesia epidural y los opioides parenterales.

Palabras clave: (Analgesia Obstétrica, Analgesia Epidural, Satisfacción del paciente, conocimiento).

Abstract

Introduction: Childbirth is one of the most painful events that a woman will experience. Analgesia is an option for managing pain during labor, providing effective pain relief, achieving a satisfactory experience for the mother. Multiple studies have evaluated health care providers' knowledge of intrapartum analgesia, but very few focus on mothers' expectations and experience with labor analgesia.

Objective: To evaluate the knowledge, beliefs, attitudes, and opportunity for analgesia during labor of pregnant women attended at the Materno Infantil USS of the Subred Centro Oriente and the USS Calle 80 and Simón Bolívar of the Subred Norte in Bogotá.

Methodology: Cross-sectional descriptive study

Results: 313 surveys were collected from pregnant women with a median age of 22 years. The type of analgesia administered was Intravenous/Intramuscular opioid: 73.6% and

Epidural 26%, 69.3% did not attend the childbirth education class. 48.2% were unaware of any type of analgesia. Most patients have few myths and beliefs about analgesia. The mean pain score decreased by 4.3 points in the epidural analgesia group and by 1.95 points in the IV/IM opioid group. Attendance at the preparation course did not influence the likelihood of requesting analgesia.

Conclusions: There was a lack of knowledge about different analgesic techniques during labor. Epidural analgesia offers significantly greater pain reduction compared to parenteral opioids. The psychoprophylactic course does not influence the decision to require analgesia.

Keywords: Analgesia, Obstetrical; Analgesia, Epidural; Patient Satisfaction; Knowledge

Contenido

| | Pág. |
|-----------------------------------|-------------|
| Resumen | V |
| Lista de gráficos | IX |
| Lista de tablas | X |
| Introducción | 11 |
| 1. Problema y Objetivos | 12 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 12 |
| 1.2 Objetivos | 12 |
| 1.2.1 Objetivo General | 12 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 12 |
| 2. Marco teórico | 13 |
| 3. Materiales y métodos | 21 |
| 3.1 Materiales. | 21 |
| 3.2 Métodos | 21 |
| 3.3 Plan de análisis estadístico | 25 |
| 3.4 Aspectos éticos | 26 |
| 4. Resultados | 27 |
| 4.1 Discusión | 34 |
| 5. Conclusiones y recomendaciones | 37 |
| 5.1 Conclusiones | 37 |
| 5.2 Recomendaciones | 38 |

Lista de gráficos

| | Pag |
|---|------------|
| Gráfico 1. Conocimiento de tipos de analgesia en el trabajo de parto | 29 |
| Gráfico 2. Fuentes de información sobre analgesia durante el trabajo de parto | 29 |
| Gráfico 3. Mitos y creencias sobre la analgesia en el trabajo de parto | 30 |
| Gráfico 4. Deseo de solicitar analgesia en diferentes momentos del parto | 31 |
| Gráfico 5. Efecto de la analgesia durante el trabajo de parto..... | 32 |
| Gráfico 6. Efecto del tipo de analgesia durante el trabajo de parto | 33 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Variables | 23 |
| Tabla 2. Características sociodemográficas | 27 |
| Tabla 3. Intensidad del dolor durante las contracciones, según tipo de analgesia | 32 |

Introducción

El parto es uno de los eventos más dolorosos que probablemente experimente una mujer, es frecuente que las embarazadas sientan miedo al dolor que se encontrarán durante el trabajo de parto y los métodos de alivio del dolor disponibles.

El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. Existen múltiples estrategias para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, como la analgesia epidural, los opioides parenterales y la analgesia con agentes inhalados. El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por factores como: las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor.

La analgesia es una opción muy frecuente para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto, proporciona un alivio eficaz del dolor con buena seguridad tanto para la madre como para el feto, logrando una experiencia satisfactoria para la madre. La falta de conocimiento sobre el proceso del nacimiento puede influir en la actitud de una mujer para buscar alivio del dolor, mientras que una mujer con conocimientos puede comprender los diferentes eventos que se suceden durante el trabajo de parto y ver positivamente su dolor como un signo de progreso.

Múltiples estudios han evaluado el conocimiento de los obstetras y el personal de enfermería con respecto a la analgesia intraparto. Sin embargo, se han realizado muy pocos estudios centrados en las opiniones, expectativas y experiencia de las maternas sobre la analgesia del parto en general.

Con este trabajo se pretende identificar y evaluar los conocimientos, las creencias y la disponibilidad de la analgesia durante el trabajo de parto en mujeres embarazada en tres hospitales de Bogotá D.C

1. Problema y Objetivos

1.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es el conocimiento, las creencias y la oportunidad de analgesia durante el trabajo de parto de gestantes atendidas en tres hospitales en Bogotá D.C.?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Evaluar el conocimiento, creencias, actitudes y oportunidad de analgesia durante el trabajo de parto de gestantes atendidas en tres hospitales de Bogotá.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en tres hospitales de Bogotá D.C.
2. Explorar el conocimiento, las creencias y la actitud de las pacientes con respecto a la analgesia durante el trabajo de parto.
3. Evaluar la severidad del dolor antes y después de la analgesia recibida.
4. Evaluar la influencia de la asistencia al curso de preparación para el parto sobre la experiencia con la analgesia en el trabajo de parto

2. Marco teórico

El componente afectivo o emocional del dolor cumple una función comunicativa, de modo que la experiencia intensa del dolor en primera persona se convierte en una realidad de segunda persona a través de la expresión emocional. Chapman describió un modelo conceptual de la experiencia del dolor para subrayar la complejidad e individualidad del fenómeno del dolor (1).

En el modelo de Chapman, los estímulos nocivos o nociceptivos se reciben e interpretan centralmente a través de la interacción de una amplia variedad de variables emocionales, motivacionales, sociales, culturales y cognitivas únicas para el individuo. Con el uso del modelo de Chapman, se entiende que la naturaleza del dolor del parto comienza con una comprensión de los estímulos nociceptivos que pueden ser percibidos centralmente por la paciente e interpretados como dolor (1).

Durante la fase de dilatación del parto (primera etapa), predomina el dolor visceral, con estímulos dolorosos (nociceptivos) que surgen de la distensión mecánica del segmento uterino inferior y la dilatación cervical. Los mecanorreceptores de alto umbral en el miometrio también pueden generar estímulos nociceptivos en respuesta a las contracciones uterinas, particularmente en trabajos prolongados. El aumento de la intensidad del dolor comúnmente observado con la progresión de la dilatación puede atribuirse parcialmente a un umbral de activación reducido en los mecanorreceptores, y a la estimulación por quimiorreceptores producida por la estimulación repetida de las contracciones uterinas. Estos estímulos nociceptivos de la fase de dilatación se transmiten predominantemente a los ganglios de la raíz nerviosa posterior en T10 hasta L1. Al igual que otros tipos de dolor visceral, el dolor de parto se puede referir progresivamente a la pared abdominal, la región lumbosacra, las crestas ilíacas, las áreas glúteas y los muslos. Aunque prácticamente todas las mujeres refieren dolor abdominal bajo durante las contracciones, entre el 15% y el 74% también pueden experimentar dolor lumbar

relacionado con la contracción que para algunas es continuo, incluso entre las contracciones. A medida que avanza el trabajo de parto a la fase de descenso (primera etapa tardía y segunda etapa), el dolor somático predomina por la distensión y la tracción en las estructuras pélvicas que rodean la bóveda vaginal y por la distensión del suelo pélvico y el periné. Estos estímulos se transmiten a través del nervio pudendo a través de las ramas anteriores de S2 a S4. En la asta dorsal de la médula espinal, los estímulos nociceptivos se procesan y se transmiten a través del tracto espinotalámico al tálamo, el tronco encefálico y el cerebelo, donde se produce el análisis espacial y temporal, y al sistema hipotalámico y límbico, donde se originan las respuestas emocionales y autonómicas. A nivel de la asta dorsal, se estimula la actividad motora y refleja simpática y la modulación de la transmisión del impulso nociceptivo puede ocurrir a través de varios sistemas inhibidores complejos activados en muchos niveles supra espinales del sistema nervioso central. La modulación del impulso nociceptivo es una explicación probable de los efectos reductores del dolor de las terapias anti-irritativas, como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, la acupuntura y la moxibustión (1).

El dolor durante el parto puede ser muy intenso y muchas mujeres embarazadas se muestran muy ansiosas por el dolor que experimentarán. Ha habido mucha controversia desde el inicio del alivio del dolor en el parto hasta la fecha. Según la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la solicitud materna representa una justificación suficiente para el alivio del dolor. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos también afirma que "el parto resulta en un dolor severo para muchas mujeres. No hay ninguna otra circunstancia en la que se considere aceptable que una persona experimente dolor intenso no tratado, susceptible de intervención segura, mientras se encuentra bajo la atención de un médico "(2).

Independiente de la edad y del déficit cognitivo y de comunicación, la información reportada por el paciente es la evidencia más precisa y confiable de la existencia del dolor y su intensidad. Dado que no se dispone de una medida objetiva, la información sobre la localización e intensidad del dolor, en la práctica clínica, depende de la descripción y cuantificación reportada por este. Las escalas de puntuación, diseñadas para cualificar o estimar el dolor, se utilizan como la medida más precisa y fiable para evaluar la intensidad del dolor y la respuesta al tratamiento del paciente. Las escalas se dividen en dos grupos:

unidimensionales y multidimensionales. Las escalas unidimensionales, sólo miden la intensidad, mientras que las escalas multidimensionales evalúan de forma más integral tanto la intensidad como la percepción del dolor. Las escalas unidimensionales más utilizadas en la práctica clínica son: la puntuación numérica (NRS, por su sigla en inglés), la análoga visual (VAS, por su sigla en inglés), la verbal (VRS, por su sigla en inglés) y la de dolor facial (FPS, por su sigla en inglés) (3).

La escala visual análoga (VAS) es la más utilizada para estimar la intensidad y el grado de alivio del dolor con el tratamiento. Se pide al paciente que seleccione un punto, en una línea trazada vertical u horizontalmente, que exprese la intensidad del dolor que percibe. La VAS es una escala continua de 100 mm de longitud, en el cual el punto 0 significa "sin dolor" y el punto 100 "el peor dolor imaginable"(4).

La escala de puntuación numérica (NRS) es una escala sencilla de 11 puntos validada en diferentes tipos de pacientes. La NRS es un instrumento de uso común que requiere que el paciente califique la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10, en la que 0 indica que no hay dolor y 10 refleja el peor dolor posible. Las puntuaciones de dolor en esta escala se pueden interpretar como: 0=sin dolor, 1-3 = dolor leve, 4-6= dolor moderado, 7-10 = dolor severo. Los datos obtenidos se recolectan e interpretan fácilmente. Su utilidad radica en que los pacientes, más que relatar si quieren analgesia, desean expresar la intensidad de su dolor con un número. La ventaja de esta escala sobre la VAS es que además de su simplicidad en la puntuación, ofrece la posibilidad de ser administrada tanto por escrito como verbalmente. (5).

La escala verbal (VRS) y de dolor facial (FPS) son útiles para que el personal de salud identifique los pacientes que tienen dolor, pero no lo expresan. Consisten en una serie de afirmaciones que describen la intensidad del dolor. A los pacientes se les dice que elijan la palabra o imagen que mejor describe la intensidad de su dolor. El número de descriptores utilizados oscila entre cuatro (ninguno, leve, moderado, severo) y 15. Es de utilidad limitada en pacientes con déficit cognitivo o educación limitada, además, que no proporcionan el número de opciones disponibles con la EVA o la NRS. La escala de dolor facial, en comparación con las otras escalas, se relaciona menos con la intensidad del

dolor debido a que los pacientes usualmente asocian las expresiones faciales con angustia emocional más que con dolor (3).

La mayoría de las publicaciones coinciden en la buena correlación entre las escalas VAS y NRS para la evaluación del dolor, es decir, miden esencialmente lo mismo y son medidas "más puras" (aunque no necesariamente completamente "puras") de la intensidad del dolor, comparado con la VRS o la FPS. En 2005 Williamson y Hogart, reportan que las tres escalas son válidas, confiables y apropiadas para su uso (6). De las tres, la EVA es la más difícil de aplicar, la NRS es la de mejor sensibilidad, produce datos que pueden analizarse con fines de auditoría, y es la más aceptada por los pacientes. Así mismo, Hjermsstad MJ et al., en una revisión sistemática de la literatura evaluaron el rendimiento de estas escalas para estimar el dolor, encontraron que cuando se compararon con la EVA y la VRS, la NRS tiene un mejor rendimiento en 15 de 19 estudios y fue el instrumento de medición utilizado en 11 estudios sobre la base de mayores tasas de satisfacción, mejor capacidad de respuesta y por facilidad de uso (7).

La importancia de evaluar la intensidad del dolor mediante una escala radica en determinar cuál cambio en el nivel de puntuación representa una diferencia clínicamente importante para los pacientes (cuando el paciente logra tal alivio de dolor que no necesita dosis de refuerzo). Los datos de los estudios que evalúan el impacto de la analgesia suelen ser difíciles de interpretar porque no es evidente cual cambio es importante clínicamente para nuestros pacientes. Por ejemplo, resultados que muestran diferencias en el promedio de la puntuación antes y después de la analgesia, pueden ser difíciles de aplicar a la práctica clínica debido a que las puntuaciones varían ampliamente y las diferencias medias de los grupos podrían reflejar grandes cambios en unos pocos pacientes, pequeños cambios en muchos pacientes o cualquier combinación de estos resultados en otros (8,9). Varios estudios han tratado de encontrar cambios clínicamente importantes en la intensidad del dolor utilizando la escala de puntuación (NRS, de 0 a 10) o la escala visual análoga (VAS). De estas escalas, se derivan dos medidas de la intensidad del dolor: la diferencia absoluta en la intensidad del dolor (DAID) antes y después del tratamiento y el porcentaje de la diferencia de intensidad del dolor (%DID), que es la DAID dividida por la intensidad del dolor inicial multiplicada por 100. Como puntos de referencia de la diferencia de intensidad del dolor en la escala de 0 a 10: las disminuciones de 1 punto de la DAID o del 10% al 20%

de la %DID representan cambios mínimamente importantes, reducciones de 2 puntos de la APID o del 30% de la %DID corresponden a un alivio moderado, y disminuciones de 4 puntos de la DAID o del 50% de la %DID corresponden a un alivio sustancial (10).

Un estudio realizado por Melzack et al., evaluó la intensidad del dolor en 141 mujeres canadienses en trabajo de parto. Utilizando el Índice de Clasificación del Dolor de la MPQ lo compararon con pacientes con otros síndromes de dolor y encontraron que las puntuaciones medias del dolor en el parto eran más altas en mujeres nulíparas y multíparas que puntuaciones medias registradas previamente para pacientes ambulatorios con dolor lumbar, dolor de cáncer no terminal, dolor de miembro fantasma, neuralgia post herpética, dolor odontológico o dolor artrítico. Los autores encontraron que el 25% de mujeres nulíparas y el 9% de mujeres multíparas consideraron su dolor de parto como horrible o insoportable. Igualmente reportan como el dolor cambia de acuerdo con el momento del trabajo de parto, antes de 5 cm de dilatación, el 24,4% de las mujeres encuestadas describió su dolor como horrible o insoportable, mientras que después de 5 cm de dilatación, el 46,2% lo reportó como tal. Es interesante observar cómo algunas mujeres a pesar de calificar su dolor como 4 en una escala de 1 a 5, no estaban dispuestas a usar términos como "horrible" o "insoportable" porque "la experiencia positiva de dar a luz les impedía usar palabras con connotaciones tan negativas"(11).

El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por factores como las expectativas de la mujer, la duración del trabajo de parto y la intensidad del dolor. Algunas mujeres consideran que el dolor del parto es muy severo y debe ser mitigado porque puede dar lugar a traumas psicológicos, mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. Las formas eficaces de alivio del dolor no están necesariamente asociadas a una mayor satisfacción con la experiencia del parto y, a la inversa, el fracaso del método elegido puede conducir a la insatisfacción (12).

La Guía colombiana de atención del parto recomienda que toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveer métodos adecuados para el alivio del dolor (13).

La elección y las exigencias del alivio del dolor difieren entre países y culturas, y también la disposición a enfrentar y soportar el dolor del parto. El dolor del parto puede estar asociado con efectos adversos tanto en la madre como en el feto, principalmente por los niveles elevados de catecolamina en plasma, los cambios respiratorios y los cambios asociados en la pCO₂ y el pH (14). Además, el dolor intenso puede resultar en un parto prolongado. Por lo tanto, es importante brindar a las mujeres embarazadas, la educación sobre las opciones y la disponibilidad de analgesia efectiva en el trabajo de parto para garantizar que reciban un manejo óptimo del dolor durante el parto (15).

Hoy en día, existen múltiples estrategias para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, como la analgesia epidural, los opioides parenterales y la analgesia con agentes inhalados. Según las directrices de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y el Colegio de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), se recomienda la analgesia epidural como la modalidad analgésica más flexible, efectiva y menos depresiva para el sistema nervioso central en obstetricia (16).

La analgesia epidural es ampliamente reconocida y se utiliza como un método eficaz para aliviar el dolor en el trabajo. Proporciona un alivio casi completo del dolor de parto (en 90% a 95% de los casos) si se administra temprano y no impide el progreso de la primera etapa del parto. La analgesia epidural para el trabajo de parto y el parto implica la inyección de un agente anestésico local (lidocaína o bupivacaina) y / o un opioide (morfina o fentanilo) en el espacio epidural lumbar. El agente inyectado se difunde a por el espacio epidural, donde actúa principalmente sobre las raíces nerviosas espinales y, en menor medida, sobre la médula espinal y los nervios paravertebrales para inhibir la transmisión de los impulsos de dolor (14).

Sin embargo, los anestesiólogos se enfrentan ocasionalmente con mujeres que no pueden recibir este tipo de analgesia de parto debido a contraindicaciones absolutas o relativas, mujeres que desean alternativas a la analgesia epidural por razones personales o en ocasiones a dificultades técnicas que dificultan su administración. Finalmente, hay muchos lugares en el mundo que no ofrecen de rutina analgesia epidural, o lo hacen sólo de forma muy limitada (15).

Otra forma de analgesia del parto es la analgesia por inhalación con Óxido nitroso. En principio, este método garantiza que la madre permanezca despierta y los reflejos laríngeos permanezcan intactos. Sin embargo, la evidencia disponible es controversial sobre la eficacia como analgésico del parto (15,17).

La analgesia para el parto es ampliamente utilizada en países de altos ingresos, pero no en países de medianos y bajos ingresos. En los países de altos ingresos la evaluación de la analgesia se centra en la elección de los métodos y las complicaciones, mientras que en los países de medianos y bajos ingresos el problema gira en torno a la concientización, la aceptabilidad y la disponibilidad de analgesia durante el trabajo de parto. Se han realizado varios estudios sobre el tema que demuestran que múltiples factores afectan las actitudes de las mujeres hacia el alivio del dolor en el parto. Estos incluyen el conocimiento y la disponibilidad de la analgesia en el trabajo de parto. Un estudio realizado en Uganda con 1293 participantes, solo el 7% de los participantes tenían conocimiento de analgesia obstétrica. De las madres multíparas, a pesar de haber sido atendidas en un hospital de referencia, el 87,9% no habían tenido analgesia en sus partos. La razón más común para rechazar la analgesia del parto fue experimentar un parto natural (2).

Otros estudios describen que el alivio efectivo del dolor con analgesia epidurales un tema clave en las expectativas de las mujeres, pero algunas percibieron como aspectos negativos y desafíos que el tiempo de espera para recibir la analgesia fue demasiado tarde en el trabajo de parto, o que el efecto de la analgesia se desvaneció demasiado pronto. Otros temas en las experiencias de mujeres con analgesia neuro axial fueron la falta de información y efectos adversos, principalmente sobre el bienestar fetal y materno (18).

Una revisión sistemática de la literatura (19) que incluyó 24 estudios de diseño cualitativo, evaluó el punto de vista y experiencia de las mujeres sobre las opciones farmacológicas y no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto realizados en países de ingresos medio-alto y alto. Quince de estos estudios evaluaron las opciones farmacológicas (epidural, analgésico opioide). Cuando analizaron el momento y la razón de solicitar o no analgesia, se documentó que algunas mujeres tomaron la decisión desde el control prenatal y lo hicieron con base en experiencias previas (positivas o negativas) de

un parto previo libre de analgesia, por mensajes recibidos a través de medios de comunicación, por personal de salud durante clases de preparación para el parto o por amigos o familiares. La razón de su decisión se basó en el miedo al dolor y en la necesidad de mantener el control durante el trabajo de parto. Mientras que otras mujeres tomaron la decisión en un momento crítico del trabajo de parto cuando se sentían fuera de control, sin energía y el dolor era intolerable e inmanejable. Los autores documentaron reportes contradictorios sobre la efectividad de los diferentes métodos para aliviar el dolor; unos estudios reportaron que la epidural y los opioides tuvieron una influencia positiva en el dolor. Por el contrario, otros estudios reportaron que la epidural y los opioides fueron ineficaces (19)

Adicionalmente, los autores documentaron que las dificultades asociadas a la epidural y los opioides se relacionan con dolor en el momento de su aplicación, persistencia del dolor o presión luego de la aplicación de la analgesia, necesidad de refuerzo, demoras en su administración e incluso aplicación demasiado tarde para ser efectivo (19).

3. Materiales y métodos

3.1 Materiales.

Se diseñó un instrumento estándar de recolección de la información de las características sociodemográficas de las pacientes, el conocimiento y percepciones sobre la analgesia mediante unas preguntas que incluían: tipo de analgesia recibida, conocimiento previo sobre la analgesia durante el trabajo de parto, asistencia a la clase de preparación para el parto y la información suministrada durante este sobre analgesia, factores que influyen en la decisión de solicitar analgesia previo a internación para el trabajo de parto, la intensidad del dolor evaluado con la escala de puntuación numérica (NRS) antes y después de la analgesia (NRS, 0–10, que consiste en una línea recta marcada en cada extremo con "sin dolor" y "peor dolor imaginable"), la influencia del dolor durante el trabajo de parto para la solicitud de la analgesia, y la experiencia sobre la analgesia recibida.

La encuesta fue aplicada directamente por el investigador principal y los estudiantes de posgrado de ginecología durante el puerperio inmediato.

3.2 Métodos

- **Definición del método:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluó mediante un cuestionario la experiencia sobre la analgesia en trabajo de parto de las gestantes atendidas en el USS Materno Infantil de Bogotá de la Subred integrada de salud Centro Oriente y dos hospitales de la subred integrada de salud Norte.

- **Población y muestra.**

- Población: Fueron elegibles para participar en este estudio las gestantes admitidas en trabajo de parto o programadas para la inducción del parto en la USS Materno Infantil de la Subred integrada de salud Centro Oriente y las USS Calle 80 y Simón Bolívar de la Subred integrada de salud Norte.

- **Muestra y cálculo del tamaño de la muestra:**

Teniendo en cuenta un estimado de 3000 partos al año con un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5%, y proporción de satisfacción del 65% con la analgesia obstétrica, se calculó un tamaño de muestra de 313 pacientes.

- **Criterios de selección:**

- Criterios de inclusión:
 1. Mujeres mayores de 14 años que recibieron analgesia durante el trabajo de parto.
 2. Gestantes en trabajo de parto espontáneo.
 3. Gestantes programadas para inducción de trabajo de parto.
- Criterios de exclusión:
 1. Mujeres puérperas de cesárea programada.
 2. Discapacidad cognitiva.
- Criterios de eliminación:

Gestantes con criterios de inclusión que diligencien incompleta la encuesta

- **Variables.**

Tabla 1. Variables

| Nombre de Variable | Definición | Codificación | Nivel de medición |
|---------------------------------------|--|---|-------------------|
| EDAD | Número de años | 14-50 | Razón |
| ESTADO CIVIL | Estado civil | 1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Separada 5. Viuda 6. otro | nominal |
| EDUCACIÓN | Nivel de educación | 1. Analfabeta 2. Primaria Incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Universitaria o tecnólogo | Nominal |
| Afiliación | Tipo de Afiliación al SSS | 1. Vinculado 2. Subsidiado 3. Contributivo 4. Sin dato | Nominal |
| ESTRATO | Estrato socioeconómico | 1 - 6 | Ordinal |
| PARIDAD | Número de hijos nacidos después de 20 semanas de gestación | 0 – 20 | Ordinal |
| Dolor inicial | Dolor percibido antes de iniciar las contracciones | NRS, escala numérica, 0–10 cm, donde 0: "sin dolor" y 10: "el peor dolor imaginable". | Ordinal |
| Dolor intraparto | Dolor percibido durante las contracciones | NRS, escala numérica, 0–10 cm, donde 0: "sin dolor" y 10: "el peor dolor imaginable". | Ordinal |
| Satisfacción | Grado de satisfacción con la administración de la analgesia | NRS, escala numérica, 0–10 cm, donde 0: "nada satisfecha" y 10: "muy satisfecha". | Ordinal |
| Vía del parto | Vía por el cual se produjo el nacimiento del recién nacido | 1.Espontáneo 2.Instrumentado 3.Cesárea | Nominal |
| Tipo de analgesia | Tipo de analgesia recibida durante el trabajo de parto | 1.Opiaeo Intravenoso/intramuscular 2.Epidural 3.Inhalatoria | Nominal |
| Expectativa previa sobre la analgesia | concepto que describe mejor lo que pensaba acerca de solicitar una analgesia antes de ingresar al hospital | 1. "Estaba segura de que quería solicitar una analgesia tan pronto como llegara al hospital". 2. "Pensaba que probablemente solicitaría una analgesia, pero quería esperar el mayor tiempo posible". 3. "No estaba segura si solicitaría o no analgesia, mi | Nominal |

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------|
| | | plan era esperar a ver qué pasaba". 4. "No deseaba solicitar analgesia". | |
| Expectativa intraparto de analgesia | concepto que describe mejor lo que pensaba acerca de solicitar analgesia durante el trabajo de parto | 1. "Estaba segura de que quería solicitar analgesia inmediatamente". 2. "Pensaba que probablemente solicitaría analgesia, pero quería esperar el mayor tiempo posible". 3. "No estaba segura si solicitaría o no analgesia, mi plan era esperar a ver qué pasaba". 4. "No deseaba solicitar analgesia". | Nominal |
| Educación para el parto | Asistencia a curso de preparación de la maternidad | 1. SI 2. NO | Nominal dicotómica |
| Horas de educación | Número de horas que asistió a clases de preparación para la maternidad | 1 a 50 | Razón |
| Tipo de Clase | Enunciado describe mejor la forma como se mencionó la analgesia en la clase | 1. La clase muy anti-analgesia. 2. La clase ligeramente anti-analgesia. 3. La clase ni anti-analgesia ni pro-analgesia, era neutral. 4. La clase ligeramente pro-analgesia. 5. La clase muy pro-analgesia | Nominal |
| Fuente de información | Importancia de las fuentes de dónde obtuvo la información que la ayudó a tomar la decisión de solicitar o no analgesia (Muy importante, algo importante Nada importante) | 1. Leyendo libros o revistas 2. Hablando con amigos y parientes 3. En mi clase de educación para el parto 4. Leyendo información en internet | Nominal |
| Creencias | Creencias sobre el efecto de la analgesia | 1. El bebé puede verse afectado 2. Las contracciones pueden debilitarse. 3. Incapacidad para pujar. 4. Puede llevar a cesárea o uso de espátulas. 5. Puede que no funcione 6. Otros | Nominal |
| Temores | Temores o Tabúes del efecto de la analgesia durante el trabajo de parto | 1. Miedo a la aplicación de la analgesia 2. Deseo de una experiencia de parto natural 3. Preocupaciones sobre los riesgos de la analgesia 4. Umbral de dolor alto | Nominal |

| | | | |
|--|--|--|---------|
| | | 5. Interferencia con la lactancia materna 6. Retraso en la recuperación postparto 7. Dolor de espalda crónico 8. Recomendaciones de amigos o familiares contra la analgesia | |
| Demora o no aplicación de la analgesia | Una vez solicitada la analgesia se demoró su administración o no se administró | 1. Si 2. No | Nominal |

Fuente: Elaboración propia

Sesgos:

1. Se desarrolló un instrumento consensuado por los investigadores y se capacitó a estudiantes de postgrado de Anestesiología y Obstetricia para la recolección de datos.
2. Se acompañó a las encuestadas durante el diligenciamiento del cuestionario para resolver dudas.

3.3 Plan de análisis estadístico

La información se obtuvo mediante un instrumento de recolección de datos previamente diseñado.

Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y de dispersión, las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y relativas.

La escala de puntuación numérica (NRS) se usó para medir el nivel subjetivo de dolor en un rango de 0 (que representa la ausencia de dolor) a 10 (el peor dolor imaginable). La diferencia mínima clínicamente importante se definió como una disminución de 3 o más puntos en la escala NRS. El efecto según el tipo de analgesia se evaluó como el cambio de la media de intensidad del dolor (antes y después de la experiencia con la analgesia

intraparto) mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. Un valor P de dos colas $<0,05$ se consideró significativo.

Para evaluar el efecto de la asistencia a la clase de educación para el parto sobre la probabilidad de solicitar analgesia antes de que comenzaran las contracciones dolorosas, la toma de decisiones en términos del momento de la solicitud de analgesia y los efectos percibidos para la analgesia, se utilizó la prueba de Chi². La variable independiente fue la asistencia a la clase de educación para el parto, y la variable dependiente el resultado evaluado.

Todos los análisis se realizaron con EPI – INFO 7.

3.4 Aspectos éticos

Durante el desarrollo de la investigación se cumplió con los principios éticos de Respeto por la autonomía, Beneficencia y Justicia. Así mismo se acató la resolución número 8430 del 4 de Octubre de 1993 emanada por el Ministerio de Salud relacionada con riesgos mínimos para la salud y según la cual, en su artículo número once, el presente trabajo clasifica como una investigación sin riesgo ya que: “ no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta ”.

Se le pidió un consentimiento informado previo a la realización de la entrevista y se garantizó la confidencialidad de los datos. El proyecto fue aprobado por los comités de ética de la Universidad Nacional (acta 016 – 189 del 23 agosto 2019) la Subred Centro Oriente (Acta 15 del 25 septiembre 2019) y la Subred Norte (Acta 25 del 19 septiembre 2019)

4. Resultados

Se recolectaron un total de 334 encuestas entre octubre 2019 y junio 2020, Se excluyeron 21 encuestas por estar repetidas, por diligenciamiento insuficiente o por falta de datos. Finalmente, se incluyeron en el análisis de datos, 313 encuestas.

1. Características sociodemográficas de las pacientes

La mediana de la edad de las pacientes fue de 22 años (rango 15 a 41), mediana de 1 parto (rango 1 a 5), el 76.6% pertenecen a un estrato bajo, la mayoría tienen un nivel educacional de secundaria completa (48,9%), unión libre (70,6%) y estaban afiliadas al régimen subsidiado (55.37%).

El tipo de analgesia administrado fue opiáceo intravenoso/intramuscular: 73,6%, epidural 26% y un paciente refirió haber recibido analgesia inhalada. La vía de parto más frecuente fue parto vaginal espontáneo (84.03%), seguido de parto por cesárea (12.78%) y 10 (3.19%) partos fueron instrumentados. (Tabla 2)

Tabla 2. Características sociodemográficas

| Variable | Número | Variable | Número |
|-------------------------|--------|---------------------|--------------|
| Edad | | Estado Civil | |
| Mínimo | 15 | Soltera | 77 (24.6%) |
| Mediana | 22 | Unión Libre | 221 (70.6%) |
| Máximo | 41 | Casada | 15 (4.8%) |
| Número de partos | | Afiliación | |
| Mínimo | 1 | Subsidiado | 173 (55.27%) |
| Mediana | 1 | Vinculado | 63 (20.13%) |
| Máximo | 5 | Contributivo | 67 (21.41%) |
| | | Sin Dato | 10 (3.19%) |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|--|--------------------------|--------------|
| Estrato | | | Tipo de analgesia | |
| Bajo | 239 (76.6%) | | Opioide | 236 (75.4%) |
| Medio | 12 (23.1%) | | Epidural | 76 (24.28%) |
| Alto | 1 (0.3%) | | Inhalado | 1 (0.32%) |
| Educación | | | Tipo de Parto | |
| Primaria incompleta | 10 (3.2%) | | Espontáneo | 263 (84.03%) |
| Primaria completa | 8 (2.5%) | | Instrumentado | 10 (3.19%) |
| Secundaria incompleta | 62 (19.8%) | | Cesárea | 40 (12.78%) |
| Secundaria completa | 153 (48.9%) | | | |
| Universitario/Tecnólogo | 80 (25.6%) | | | |

Fuente: Elaboración propia

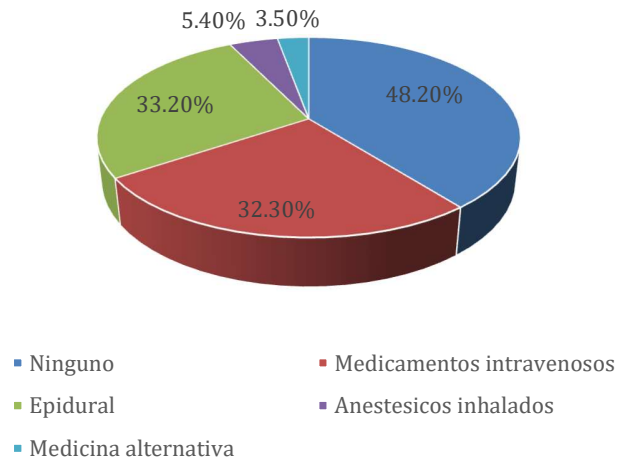
Una proporción importante (69,3%) no asistió a la clase de educación para el parto.

En cuanto a la forma cómo se mencionó la analgesia durante las clases, el 52,13% de las pacientes refirieron que fue neutral (ni a favor ni en contra). El 16% lo refirieron como muy pro analgésica, 11.7% ligeramente pro analgésica, el 10,6% muy anti analgésica y el 9.6% ligeramente anti analgésica.

2. Conocimiento, creencias y actitud de las pacientes con respecto a la analgesia durante el trabajo de parto.

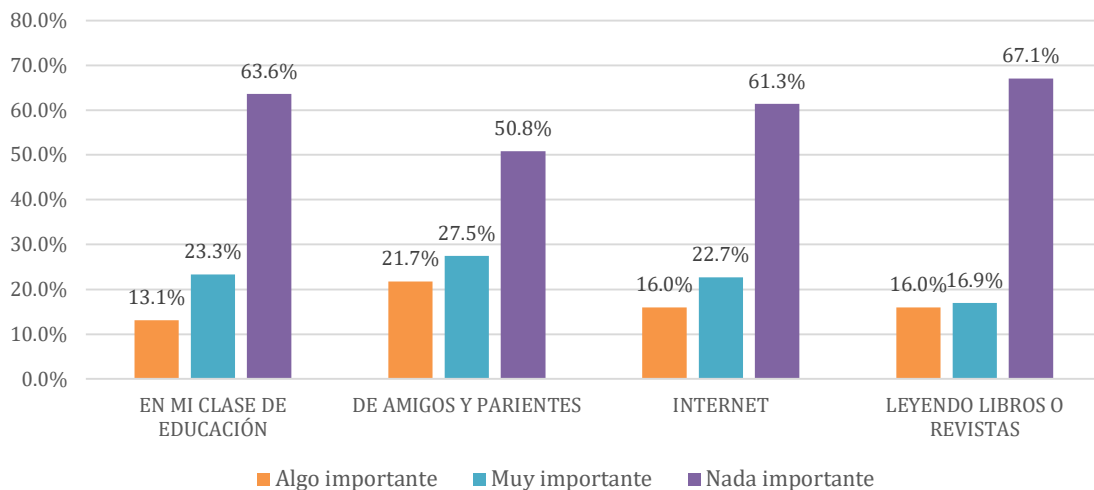
Casi la mitad de las pacientes (48,2%) desconocían sobre algún tipo de analgesia. De las que tenían conocimiento, en igual proporción (33,2% cada uno) refirieron conocer el uso de analgesia intravenosa/intramuscular y epidural para el trabajo de parto. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Conocimiento de tipos de analgesia en el trabajo de parto



De acuerdo con las fuentes consultadas por las pacientes para obtener información sobre analgesia durante el trabajo de parto, se encontró que la mayoría de las pacientes refieren que las fuentes propuestas en la encuesta fueron poco importantes para informarse, como se presenta en el gráfico 2:

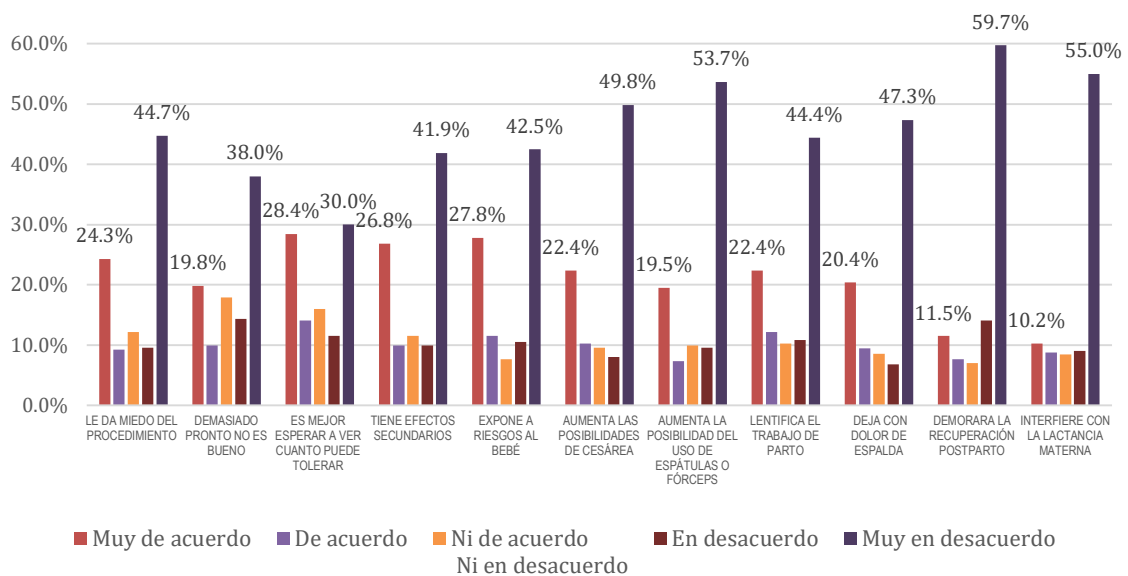
Gráfico 2. Fuentes de información sobre analgesia durante el trabajo de parto



Con respecto a las creencias sobre la analgesia durante el trabajo de parto (Gráfico 3), en todos los ítems propuestos sobre posibles miedos, temores y preocupaciones que

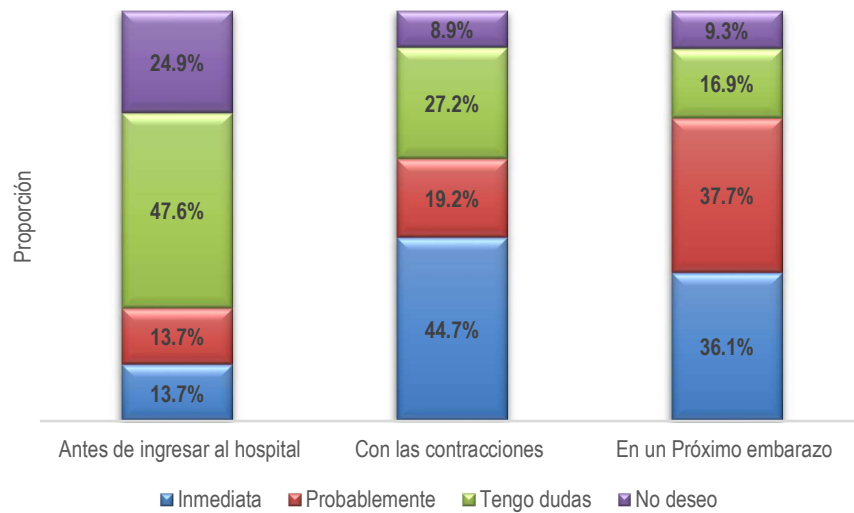
podieron influir sobre la decisión de no solicitar la analgesia, se evidenció que la mayoría de las pacientes concuerdan que influenciaron muy poco en su decisión. Se evidencia en hasta un tercio refieren un mayor deseo de un parto natural y temor sobre los efectos adversos del procedimiento, riesgos para el bebe y a un posible aumento de la cesárea

Gráfico 3. Mitos y creencias sobre la analgesia en el trabajo de parto



Cuando se indagó sobre el deseo de tener analgesia durante el trabajo de parto en tres momentos: antes de ingresar al hospital, cuando las contracciones se volvieron muy dolorosas y al final de la experiencia del trabajo de parto y parto, como se muestra en el gráfico 4, la tendencia cambia, es así como de inicialmente no querer analgesia a tenerla lo más pronto posible y recomendarla o desearla en un próximo embarazo. Lo cual, puede estar en relación con la no asistencia a clases de preparación para el parto, el desconocimiento de técnicas analgésicas disponibles y la experiencia previa con la analgesia durante el trabajo de parto.

Gráfico 4. Deseo de solicitar analgesia en diferentes momentos del parto



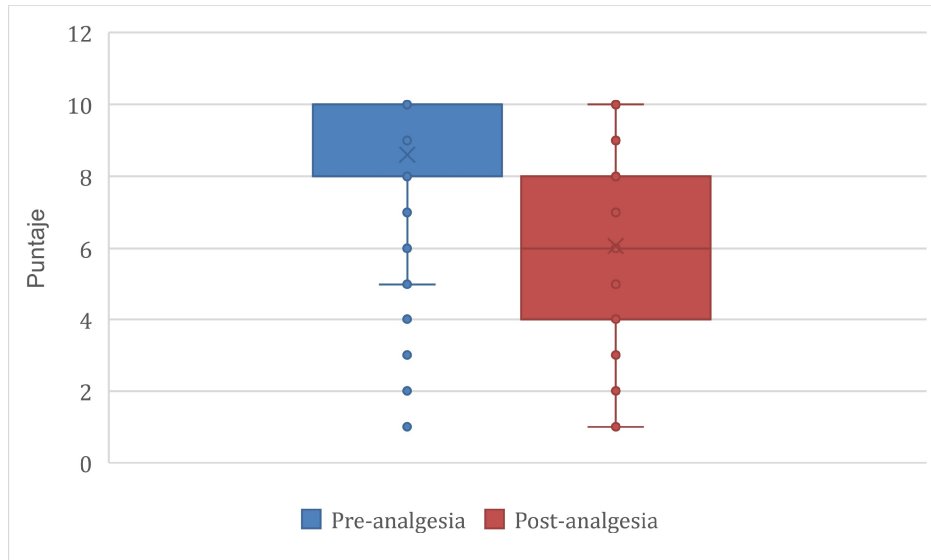
Satisfacción con la analgesia

El 64,2% (201) de las pacientes refirió que no hubo demora en la administración de la analgesia. La mediana de la puntuación de satisfacción con la analgesia fue de 9/10 (rango Inter cuartil, 7-10) para el grupo de epidural y 7/10 (rango Inter cuartil, 5-9) para el grupo de opiáceos IV/IM.

3. Intensidad del dolor durante las contracciones antes y después de la administración de la analgesia.

Durante el trabajo de parto el 3,19% de las pacientes refirieron el dolor como leve, el 10,54% como moderado y el 86,25% como un dolor severo (es decir, reportó una puntuación de 7-10 en la escala NRS)

Gráfico 5. Efecto de la analgesia durante el trabajo de parto



La intensidad del dolor relacionado con las contracciones uterinas disminuyó luego de la administración de la analgesia en los dos grupos de tratamiento. La media de la puntuación de dolor en la NRS disminuyó en 4,3 puntos en el grupo de analgesia epidural y en 1,95 puntos en el grupo de analgesia con opiáceos IV/IM. (Tabla 3.)

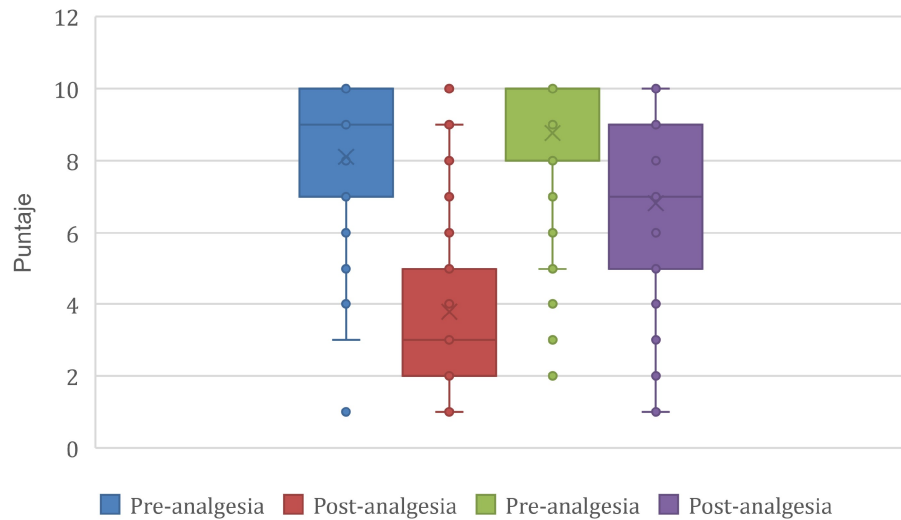
Tabla 3. Intensidad del dolor durante las contracciones, según tipo de analgesia

| | Pre-analgesia | Post-analgesia | Pre-analgesia | Post-analgesia | Pre-analgesia | Post-analgesia |
|-------------------|------------------|-----------------|---------------------------|----------------|------------------|----------------|
| | Población Total | | Intravenosa/Intramuscular | | Epidural | |
| Media (DE) | 8.61 (± 2.01) | 6.08 (±2.77) | 8.77 (± 1.77) | 6.82 (±2.4) | 8.11 (± 2.56) | 3.78 (±2.5) |

Fuente: Elaboración propia

La prueba de Wilcoxon muestra una diferencia estadísticamente significativa en el cambio de la intensidad de dolor entre la analgesia epidural y la analgesia parenteral con opiáceos ($P = 0,0001$). (grafico 6)

Gráfico 6. Efecto del tipo de analgesia durante el trabajo de parto



Con la analgesia obstétrica epidural 57/76 (75%) pacientes refirieron una mejoría clínica del dolor durante el trabajo de parto (es decir, reportaron una disminución de 3 o más puntos en la escala NRS) comparado con 91/236 (38,5%) con opioides IV/IM.

- Influencia de la asistencia al curso de preparación para el parto sobre la experiencia con la analgesia en el trabajo de parto.

Se encontró que la asistencia al curso de preparación no tuvo una asociación en cuanto a la probabilidad de solicitar analgesia 1 semana antes del ingreso hospitalario ($\text{Chi}^2 = 0.41$; $p=0.52$), ni con el aumento del dolor con las contracciones ($\text{Chi}^2 = 1.63$; $p=0.20$), así como tampoco para un próximo parto ($\text{Chi}^2 = 0.44$; $p=0.50$).

4.1 Discusión

Este estudio describe el conocimiento de la analgesia durante el trabajo de parto en mujeres de tres instituciones de salud públicas de Bogotá, que evidencia sus conocimientos, percepciones y experiencia con analgesia peridural y opioides en el alivio del dolor. En un estudio realizado en Arabia Saudita donde evaluaron los conocimientos sobre analgesia peridural encontraron un porcentaje de desconocimiento de la existencia de esta técnica en hasta un 37%, muy similar al encontrado en nuestro estudio, también llama la atención como diferentes determinantes evaluados por esos mismos autores, se asocian con desconocimiento de la analgesia peridural entre estos: una edad materna avanzada, baja escolaridad y bajos ingresos económicos, que coincidiendo con las características demográficas de nuestro estudio; puede explicar en parte no solo el desconocimiento sobre este método de analgesia (33%), sino en general de todas las estrategias evaluadas (48,2%). (20)

En la literatura se ha indagado sobre otros factores que puedan influenciar la decisión de solicitar analgesia, principalmente peridural, tal como se evidencia en el estudio de Ezeonu et.al, donde un 48.4% y un 64,5% de las maternas concordaban en que los efectos secundarios y un deseo de un parto natural, respectivamente, eran uno de los factores que influenciaban la decisión de no solicitar analgesia peridural (14). Con estos hallazgos de la literatura se esperaba una importante influencia de diferentes factores personales y culturales sobre la solicitud de analgesia, sin embargo, nuestros resultados no son consistentes con esos hallazgos en el sentido que la mayoría de nuestras pacientes no refieren un miedo o creencia específica que influya su decisión para solicitar analgesia. Sin embargo, un porcentaje importante refiere temores sobre efectos secundarios, riesgos para el bebé y aumento de parto por cesarea.

La información y el conocimiento influyen en las decisiones de las mujeres de tener analgesia durante el trabajo de parto. En diferentes artículos se ha evaluado la influencia de diferentes fuentes de información sobre analgesia durante el trabajo de parto, siendo la más frecuente la dada por familiares/amigos e internet, en estos artículos concluyen que

este factor puede influir de forma negativa en la toma de decisiones para la solicitud de la analgesia al no ser fuentes confiables de información (2,14). Estos factores en las maternas encuestadas probablemente no ejerzan un efecto significativo debido a que la mayoría concuerdan en que ninguna de las opciones propuestas fue una fuente importante de información. De estas opciones sobresale la clase de educación (curso psicoprofiláctico), ya que es donde se esperaría que las maternas recibieran una información sobre la analgesia, sin embargo con los resultados encontrados se evidencia como la asistencia al curso de preparación no impactó en el deseo de solicitar analgesia durante el trabajo de parto, probablemente por una poca asistencia a estos en nuestra población, sumado a que a las que si asistieron, les hablaron muy poco de analgesia durante el trabajo de parto.

Estos resultados son similares a los encontrados por Harkins, donde las diferentes fuentes de información no se asociaron con una mayor probabilidad de solicitar analgesia (21). Por otra parte, Alakeely et.al. proponen en su estudio que los médicos deberían ser la fuente primaria de información, explicar los riesgos y beneficios, principalmente en el tercer trimestre. También muestran como después de sesiones educativas sobre analgesia peridural, más mujeres expresan su deseo de recibir este tipo de técnica durante el trabajo de parto (22). El anestesiólogo es el profesional que tiene mayor conocimiento sobre este tipo de técnicas, sin embargo, a nuestro conocimiento no hay artículos que evalúen el efecto de la valoración preanestésica durante el seguimiento antenatal y el deseo de solicitar analgesia durante el trabajo de parto, como tampoco es común en nuestra población la asistencia a esta consulta durante los controles prenatales en gestantes de bajo riesgo programadas para parto vaginal.

La falta de información se ha relacionado en diferentes estudios como un factor asociado a la no solicitud de analgesia peridural (23), una tendencia que también se evidencia en nuestro estudio en donde se evaluó la probabilidad subjetiva de solicitar analgesia una semana antes del ingreso al hospital y como un 72,5% de las maternas refirieron no estar seguras o no deseaban solicitarla, sin embargo al iniciar el trabajo de parto se observó un cambio en esa tendencia hacia querer inmediatamente o probablemente analgesia, un fenómeno ya descrito por Ranta et.al., quienes encontraron que de las mujeres que no deseaban analgesia finalmente un 52% la solicitaron al experimentar el dolor durante el trabajo de parto(24). También refleja como la actitud frente la analgesia cambia durante el

transcurso del trabajo de parto (25). La proporción de deseo de solicitar analgesia durante el trabajo de parto se mantiene de una manera similar en el deseo de solicitar nuevamente analgesia en un próximo embarazo. Esta experiencia positiva con la analgesia se ha visto estudiado en otras poblaciones donde se ha encontrado que el haber recibido analgesia peridural en un embarazo previo, es un factor que aumenta de forma estadísticamente significativa la probabilidad de solicitar nuevamente este tipo de técnica durante la gestación actual (20).

El grado de dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es calificado como moderado a severo (26). En nuestro estudio la gran mayoría, más del 80% de las pacientes, refirieron un dolor severo. Se han utilizado herramientas para la medición de la intensidad del dolor, siendo las más frecuentes la escala visual análoga y la NRS, que van en una escala de 0 a 10 y de 0 a 100. En nuestro estudio utilizamos la escala NRS al ser más simple de diligenciar por los pacientes de acuerdo a lo sugerido por Karcioğlu. (5)

La literatura reporta puntuaciones de dolor más bajas en las pacientes que reciben analgesia epidural comparado con las pacientes que reciben opiáceos. En un metaanálisis que incluyó 1133 mujeres y 5 estudios, reportó una diferencia de medias estandarizadas de -2.64 puntos a favor de la analgesia epidural. (27) Datos que concuerdan con lo encontrado en este estudio donde las puntuaciones de dolor postanalgesia son significativamente más bajas en las mujeres que recibieron analgesia epidural comparado con las que recibieron opioides. En este sentido, en nuestro estudio hubo reportes contradictorios de la eficacia de los opioides en cuanto al alivio del dolor, algunas mujeres reportaron disminuciones significativas en el puntaje postanalgesia, mientras que otras reportaron disminución no significativa en el puntaje del dolor postanalgesia, hallazgos que se relacionan con lo reportado Moran et.al, quienes en su estudio cualitativo con 19 mujeres que recibieron opioides intramusculares informan resultados contradictorios, también dado que para algunas mujeres el control del dolor “fue brillante”, principalmente cuando lo usaron en combinación con analgesia inhalada, mientras que para otras mujeres en su alivio de dolor fue ineficaz hasta el punto que refirieron “sentir todo” y “no hubo diferencia” en el dolor durante las contracciones antes y después de la analgesia.(28)

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio son extrapolables a una población primigestante joven, de estrato socioeconómico bajo que en su gran mayoría reciben analgesia con opioides. Mas de la mitad de la población incluida en nuestro estudio tiene poco o ningún conocimiento previo sobre las diferentes técnicas analgésicas durante el trabajo de parto.

Aunque la mayoría de las pacientes tiene pocos mitos y sobre la analgesia durante el trabajo de parto, se resalta que para una tercera parte de estas mujeres tiene preocupación sobre los posibles efectos secundarios, efectos sobre el bebe e interfiere en su deseo de tener un parto natural. Las pacientes buscan poca información sobre la analgesia intraparto y le dan poca importancia a diferentes fuentes de información.

El curso psicoprofiláctico no tiene una influencia significativa sobre la decisión de solicitar analgesia, explicado por la poca disponibilidad de este y la inadecuada información que reciben las gestantes sobre la analgesia intraparto.

El dolor durante el trabajo de parto es considerado por la mayoría de las pacientes como severo, la analgesia administrada disminuye los puntajes en la escala que evalúa la intensidad del dolor. Sin embargo, hay una diferencia significativa entre la técnica epidural y los opioides administrados vía intravenosa o intramuscular siendo la primera superiora a la segunda.

El deseo de solicitar analgesia cambia en diferentes momentos del trabajo de parto, de no desearla antes de ingresar al hospital hasta un deseo inmediato durante las contracciones y permanece en el posparto al referir que la mayoría de las pacientes volverían a solicitar estas intervenciones en un futuro parto,

La satisfacción con la experiencia de la analgesia durante el trabajo de parto en general es buena.

5.2 Recomendaciones

1. Promover la asistencia al curso psicoprofiláctico y diseñar para que dentro de su contenido se incluya un énfasis especial en la importancia del parto humanizado que incluye el papel de la analgesia epidural.
2. Considerar la inclusión de la valoración preanestésica durante el control prenatal, donde el anestesiólogo pueda discutir con la paciente los beneficios, riesgos y complicaciones de la analgesia epidural y obtener de antemano un consentimiento informado libre de un contexto éticamente inadecuado.
3. Reevaluar el uso de la analgesia parenteral con opioides dado su poco impacto en la disminución de los puntajes en la escala de dolor presentan como una serie de aspectos que se podrían realizar en un futuro para emprender investigaciones similares o fortalecer la investigación realizada.

A. Anexo: Consentimiento informado

Investigador principal: JUAN CAMILO AMAYA RESTREPO. Estudiante de postgrado en Anestesia y Reanimación

Contacto: 3142192546

Nombre de la paciente: _____

ID: _____

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer los siguientes apartados:

1. Justificación: este estudio se realiza con el fin de conocer las percepciones y creencias sobre la analgesia que usted en el trabajo de parto
2. Objetivo: A Ud. se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como fin evaluar la experiencia frente a la analgesia administrada durante su trabajo de parto.
3. Beneficios académicos: En estudios realizados por otros investigadores en otros países, se ha evidenciado el cumplimiento de las expectativas y la satisfacción con la analgesia administrada durante el trabajo de parto, en Colombia se desconocen estudios sobre este aspecto. Este conocimiento permitirá orientar programas en los cuales otras pacientes puedan beneficiarse de este conocimiento.

Procedimiento: en caso de aceptar participar, se diligenciará un formato que contiene datos personales así: número de cedula, nivel educativo, estado civil, etc.

Aclaraciones:

- Su participación es completamente voluntaria. Si acepta, facilita un proceso de investigación médica y académica en el área de Anestesiología y Obstetricia. Si se niega, no afecta de ninguna forma la calidad de la atención que se le preste.
- No existen riesgos asociados para usted.
- No obtendrá ningún beneficio directo. La encuesta será realizada por médicos de la Universidad Nacional y no determinarán cambios en el diagnóstico ni en la conducta realizada por el médico tratante.
- No tendrá que hacer gasto alguno.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo investigador.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Si acepta participar, se le solicita que firme esta forma de consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Yo, _____ con número de identificación: _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y ACEPTO participar en esta investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

N.º Identificación: _____

Testigo 1: _____

B. Anexo: Formulario de recolección de datos

Documento de Identidad N.º _____ Institución; _____

1. Edad:

2. Estado civil:

Soltera Unión Libre Casada Separada Viuda
Otro

3. Nivel de educación:

Analfabeta Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria
Incompleta Secundaria Completa Universitaria o
tecnólogo

4. Tipo de Afiliación al sistema general de seguridad social en salud:

Vinculado Subsidiado Contributivo Sin dato

5. Estrato:

6. Número de hijos nacidos después de 20 semanas de gestación

7: Tipo de parto: Espontáneo Instrumentado Cesárea

8: Tipo de analgesia: Intravenosa/Intramuscular Epidural Inhalada

9. ¿Asistió a la clase de educación para el parto? Si No

¿A cuántas horas en total asistió? _____

10. ¿Cuál enunciado describe mejor la forma como se mencionó la analgesia en la clase?

La clase era muy anti-analgesia.

- La clase era ligeramente anti-analgesia.
- La clase no era ni anti-analgesia ni pro-analgesia, era neutral.
- La clase fue ligeramente pro-analgesia.
- La clase fue muy pro-analgesia.

11. ¿Cuáles opciones de analgesia durante el trabajo de parto conoce?

- Medicamentos intravenosos
- Epidural
- Anestésicos inhalados
- Medicina Alternativa
- Ninguna

12. ¿Cuál afirmación describe mejor su pensamiento acerca de solicitar analgesia antes de ingresar al hospital: (por favor seleccione sólo uno)

- "Estaba segura de que quería solicitar analgesia tan pronto como llegara al hospital".
- "Pensaba que probablemente solicitaría analgesia, pero quería esperar el mayor tiempo posible".
- "No estaba segura si solicitaría o no analgesia, mi plan era esperar a ver qué pasaba".
- "No deseaba solicitar analgesia"

13. Antes de la analgesia, cuánto dolor sentía durante las contracciones (marque la línea):

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| sin dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | el peor dolor imaginable |

14. Cuánto dolor sentía durante las contracciones luego de la administración de la analgesia (marque la línea)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| sin dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | el peor dolor imaginable |

15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su pensamiento sobre solicitar analgesia una vez sus contracciones se volvieron dolorosas: (por favor seleccione sólo uno)

- "Estaba segura de que quería solicitar analgesia inmediatamente".
- "Pensaba que probablemente solicitaría analgesia, pero quería esperar el mayor tiempo posible".
- "No estaba segura si solicitar o no analgesia, mi plan era esperar a ver qué pasaba".
- "No deseaba solicitar analgesia"

16. Califique la importancia de cada una de las siguientes fuentes de dónde obtuvo la información que la ayudó a tomar la decisión de solicitar o no analgesia: (por favor califíquelos todos)

| | Muy importante | Algo importante | Nada importante |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Leyendo libros o revistas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hablando con amigos y parientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En mi clase de educación para el parto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leyendo información en internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Indique que tan de acuerdo o en desacuerdo esta con los siguientes conceptos con respecto a la Analgesia durante el trabajo de parto que podría influir en la decisión de solicitar analgesia: (por favor califíquelos todos)

| | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo Ni en desacuerdo | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le da miedo del procedimiento para aplicar la analgesia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia expone a riesgos al bebé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es mejor tener primero un trabajo de parto: ver cuánto puedo tolerar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es mejor tener un parto natural, sin analgesia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No es bueno tener la analgesia demasiado pronto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia lentifica el trabajo de parto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia tiene efectos adversos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia aumenta las posibilidades de una cesárea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia aumenta la posibilidad del uso de espátulas o fórceps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia demora la recuperación postparto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La analgesia interfiere con la lactancia materna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La analgesia deja dolor de espalda. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. ¿Considera Ud. que se demoró la administración de la analgesia? Si No

19. ¿Qué tan satisfecha quedó Ud. con el uso de la analgesia durante el trabajo de parto

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Muy Insatisfecha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muy Satisfecha |

20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor lo que piensa hoy acerca de solicitar analgesia si tuviera un próximo embarazo?: (por favor seleccione sólo uno)

- "Estoy segura de solicitar analgesia inmediatamente ingrese al hospital".
- "Probablemente solicitaría analgesia, pero esperaría el mayor tiempo posible".
- "No estoy segura de sí solicitaría o no analgesia, prefiero esperar a ver qué pasa".
- "No deseo solicitar analgesia".

Bibliografía

1. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5):S16–24.
2. Nabukenya MT, Kintu A, Wabule A, Musingo MT, Kwizera A. Knowledge, attitudes and use of labour analgesia among women at a low-income country antenatal clinic. *BMC Anesthesiol*. 2015 Dec 7;15(1):98.
3. Thong ISK, Jensen MP, Miró J, Tan G. The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scand J Pain*. 2018 Jan 26;18(1):99–107.
4. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986 Oct;27(1):117–26.
5. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *Am J Emerg Med*. 2018 Apr;36(4):707–14.
6. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005 Aug;14(7):798–804.
7. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jun;41(6):1073–93.
8. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain*. 1976 Jun;2(2):175–84.
9. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983 Sep;17(1):45–56.
10. Chauny J-M, Paquet J, Lavigne G, Marquis M, Daoust R. Evaluating acute pain intensity relief. *Pain*. 2016 Feb;157(2):355–60.
11. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J*. 1981 Aug 15;125(4):357–63.

12. Kenyon S, Ullman R, Mori R, Whittle M. Care of healthy women and their babies during childbirth: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2007 Sep 29;335(7621):667–8.
13. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. 2013.
14. Ezeonu P, Anozie O, Onu F, Esike C, Mamah J, Lawani L, et al. Perceptions and practice of epidural analgesia among women attending antenatal clinic in FETHA. *Int J Womens Health*. 2017 Dec;Volume 9:905–11.
15. Weibel S, Jelting Y, Afshari A, Pace NL, Eberhart LH, Jokinen J, et al. Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parenteral methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 13;
16. ACOG Practice Bulletin. Number 36, July 2002. Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstet Gynecol*. 2002 Jul;100(1):177–91.
17. Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen AL. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;
18. Attanasio L, Kozhimannil KB, Jou J, McPherson ME, Camann W. Women's Experiences with Neuraxial Labor Analgesia in the Listening to Mothers II Survey. *Anesth Analg*. 2015 Oct;121(4):974–80.
19. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reprod Health*. 2019;16(1).
20. Ali Alahmari S, Almetrek M, Alzillae A, Hassan W, Ali Alamry S. Knowledge, attitude, and practice of childbearing women toward epidural anesthesia during normal vaginal delivery in Alsanayeah Primary Health Care in Khamis Mushait. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(1):99.
21. Harkins J, Carvalho B, Evers A, Mehta S, Riley ET. Survey of the Factors Associated with a Woman's Choice to Have an Epidural for Labor Analgesia. *Anesthesiol Res Pract*. 2010;2010:1–8.
22. Alakeely MH, Almutari A khalaf, Alhekail GA, Abuoliat ZA, Althubaiti A, Aboltai LAR, et al. The effect of epidural education on Primigravid Women's decision to request

- epidural analgesia: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–6.
23. Shidhaye R V., Galande M, Bangal VB, Smita J, Shidhaye UR. Awareness and attitude of Indian pregnant women towards labour analgesia. *Anaesthesia, Pain Intensive Care*. 2012;16(2):131–6.
24. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmén A, Jouppila R, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain - options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995 Jan;39(1):60–6.
25. Orbach-Zinger S, Bardin R, Berestizhevsky Y, Sulkes J, David Y, Elchayuk S, et al. A survey of attitudes of expectant first-time fathers and mothers toward epidural analgesia for labor. *Int J Obstet Anesth*. 2008 Jul;17(3):243–6.
26. Aziato L, Acheampong AK, Umoar KL. Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 22;17(1):73.
27. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 21;
28. Moran VH, Thomson G, Cook J, Storey H, Beeson L, MacArthur C, et al. Qualitative exploration of women's experiences of intramuscular pethidine or remifentanyl patient-controlled analgesia for labour pain. *BMJ Open*. 2019 Dec 23;9(12):e032203.