

Factores Maternos y Médicos Asociados con la Elección de Administración de Analgesia Obstétrica Peridural

Hernández-Torres A, MA

Médico Anestesiólogo del Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala.
Salud de Tlaxcala. Calpulalpan, Tlaxcala, México.

Resumen

Objetivo: Identificar los factores que determinan la elección de analgesia obstétrica en la paciente en trabajo de parto en el Hospital General de Calpulalpan.

Métodos: Se trata de un estudio transversal donde se encuestaron a 51 pacientes en puerperio fisiológico quienes no habían recibido analgesia obstétrica internadas en el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala.

Resultados: Se encontró que el promedio de edad, el nivel de estudios, el número de embarazos y la experiencia previa de recibir una analgesia obstétrica no determinan la elección de la paciente sobre la administración de analgesia obstétrica

peridural y que las pacientes multiparas suelen aceptar más frecuentemente que se les administre analgesia obstétrica peridural.

Conclusiones: La elección de las pacientes de usar analgesia obstétrica peridural no depende del nivel socioeconómico, ni del número de gestaciones ni de la experiencia previa de recibir analgesia obstétrica. Se expone un déficit considerable en la comunicación paciente-ginecoobstetra-anestesiólogo.

Palabras clave: analgesia obstétrica peridural, dolor obstétrico, trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 60% de las mujeres, o 2.4 millones cada año se le administra analgesia epidural o combinada para evitar el dolor obstétrico en EUA. La analgesia obstétrica epidural es una de las técnicas más frecuentemente utilizadas en el trabajo de parto en recientes años. Sin embargo, en el Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala, el porcentaje de pacientes que reciben analgesia peridural obstétrica es inferior al 5%. Las posibles razones relacionadas a esta condición es que la paciente rechaza el bloqueo peridural por el temor a las complicaciones, o bien que la indicación de administrar analgesia epidural es establecida por el ginecoobstetra encargado de la atención del parto, quien no considera la decisión materna. Existen consideraciones que apoyan el uso de analgesia peridural obstétrica como disminuir ansiedad, estrés, disminuir liberación de catecolaminas, mejorar el flujo sanguíneo uteroplacentario, disminuir el gasto cardiaco, disminuir las resistencias periféricas y el consumo de oxígeno, mitigar el síndrome de estrés postraumático. Sin embargo también tiene efectos secundarios como incrementar la frecuencia de partos instrumentados o cesáreas y partos prolongados, incrementar los requerimientos de oxitocina y producir efectos neonatales); además también pueden presentarse complicaciones asociadas a la técnica como síndrome de cefalea postpunción de duramadre, lesiones neurales, hematomas epidurales, raquia masiva, intoxicación por anestésicos locales, efectos adversos a opioides epidurales (depresión respiratoria, sedación, mareo, náusea, vómito, retención urinaria). Por lo tanto, es necesario, que la paciente sea informada de los riesgos y beneficios proporcionados con la administración de analgesia obstétrica peridural para obtener su decisión informada y consensar sobre las indicaciones obstétricas para su administración. Este estudio identifica algunas causas relacionadas con la no aceptación de analgesia obstétrica peridural a las pacientes en trabajo de parto en el Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala.

Pacientes y Métodos

Se trata de un estudio transversal donde se encuestaron a 51 pacientes en puerperio fisiológico quienes no habían recibido analgesia obstétrica internadas en el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala.

El cuestionario de evaluación fue diseñado para cumplir con el objetivo de este estudio, mediante preguntas orientadas a identificar características demográficas, antecedentes ginecoobstétricos, motivos que evitaran la administración de analgesia obstétrica considerados por la paciente y por el médico quien atendió el parto.

Se consideraron los lineamientos para la realización de investigación en humanos contemplados en la legislación mexicana en materia de salud y las normas éticas para la experimentación en humanos. Se obtuvieron los correspondientes consentimientos informados.

Se incluyeron a las pacientes quienes desearan participar en el estudio y quisieran contestar el cuestionario que estuvieran en puerperio fisiológico y no se les hubiera administrado analgesia obstétrica peridural, atendidas en las salas de labor y expulsión del Hospital General de Calpulalpan. Y se excluyeron a las pacientes que no desearan participar en el estudio.

Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico STATA versión 10.0, para las variables numéricas se utilizaron medias y desviación estándar, mientras que para las variables cualitativas se utilizaron proporciones. Finalmente se realizó comparación de medias mediante regresión lineal y comparación de proporciones utilizando la prueba de χ^2 , considerando un valor $p < 0.05$ como significativo.

Resultados

Se encuestaron 51 pacientes en puerperio fisiológico quienes fueron atendidas en el servicio de Tococirugía del Hospital General de Calpulalpan, Tlaxcala. Las pacientes fueron ingresadas por el servicio de Ginecoobstetricia para la vigilancia de la evolución de su trabajo de parto en labor y atención de su parto en sala de expulsión, después ingresadas al piso de ginecoobstetricia para la vigilancia del puerperio fisiológico, momento en que fueron encuestadas sobre su opinión sobre la analgesia obstétrica peridural.

Respecto a las características demográficas de la población de estudio, el promedio de edad de las pacientes fue de 25 años, el 82.3% reportó profesar la religión católica, el 49% reportó un máximo nivel de estudios de secundaria, y el 82.3% reportó ser ama de casa con un ingreso mensual menor a \$2,000.00 mensuales en un 76.5% (Tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de las pacientes atendidas en el servicio de Tococirugía del Hospital General de Calpulalpan.

Media de Edad (años)	25.15 (± 6.9)
Nivel de estudio	
Primaria	13.73%
Secundaria	49.02%
Preparatoria	25.49%
Normal superior	5.88%
Licenciatura	5.88%
Religión	
Católica	82.35%
Cristiana	13.73%
Testigo de Jehová	3.92%
Ocupación	
Ama de casa	82.35%
Empleada	17.65%
Ingresos mensuales	
Inferior a \$2,000.00 mensuales	76.47%
Superior a \$2,000.00 mensuales	23.53%

Con el propósito de evaluar la relación al nivel de estudios y su relación con la aceptación de la analgesia obstétrica peridural se encontró lo siguiente:

Tabla 2. Nivel de estudios y aceptación de analgesia obstétrica peridural.

NIVEL DE ESTUDIOS	RECHAZA ANALGESIA OBST.	ACEPTA ANALGESIA OBST.	p
Primaria	5%	17%	0.22
Secundaria	64%	41%	0.11
Preparatoria	23%	26%	0.81
Normal superior	0%	8%	0.11
Licenciatura	5%	5%	1.0

Mostrando que el nivel de estudios no es una causa que determine la decisión de recibir analgesia obstétrica, sin diferencia significativa entre cada nivel educativo.

Una de las variables que mostraron mayor relación con la aceptación de la analgesia obstétrica fue el número de partos. Las pacientes multíparas mostraron mayor porcentaje de aceptación de la analgesia que de rechazo (Tabla 3)

Tabla 3. Número de partos y aceptación de analgesia obstétrica peridural.

PACIENTES	RECHAZO A ANALGESIA OBSTETICA PERIDURAL	ACEPTACIÓN A ANALGESIA OBSTETICA PERIDURAL	p
Primíparas	58%	47%	0.42
Secundíparas	41%	26%	0.29
Multíparas	0%	26%	0.004

Encontrándose que las pacientes multíparas suelen aceptar que se les administre analgesia obstétrica peridural con diferencia significativa ($p < 0.05$).

En relación a los motivos por los que las pacientes no desean recibir analgesia obstétrica, encontramos los siguientes:

Tabla 3. Motivos que expresaron las pacientes que no deseaban analgesia obstétrica.

MOTIVOS QUE EXPLICARON LAS PACIENTES QUE NO ACEPTARON ANALGESIA OBSTÉTRICA	
Ningún motivo específico	47%
Miedo a las reacciones secundarias	23%
Deseo de sentir un parto "normal"	12%
Evitar efectos sobre el neonato	6%
Sincronizar los pujos con las contracciones	6%
No lo cree necesario	6%

También se interrogó a las pacientes sobre la cantidad de dolor que tuvieron durante su estancia en sala de labor y sala de expulsión demostrando un valor de 8.8.

Tabla 4. Cantidad de dolor expresado por la paciente en sala de labor y expulsión.

	EVA PARA DOLOR (110) _ D.S.
Escala visual análoga de dolor referido por pacientes en Sala de Labor	8.82 ± 1.03
Escala visual análoga de dolor referido por pacientes en Sala de Expulsión	8.88 ± 1.12

En la tabla 5 se comparó que pacientes suelen tener más dolor, quienes deseaban o quienes no deseaban la administración de analgesia obstétrica peridural en la sala de expulsión y labor demostrando que no hay diferencia en la intensidad de dolor en ambos grupos.

Tabla 5. Comparación entre intensidad de dolor entre el grupo que no aceptó analgesia obstétrica peridural con las pacientes que rechazaron la analgesia obstétrica.

	Rechazo a analgesia peridural	Aceptación a analgesia peridural	p
EVA LABOR	8.64 ± .25	8.9 ± .17	0.394
EVA EXPULSIÓN	8.76 ± .27	8.94 ± .19	0.602

Ahora, en cuanto a los motivos médicos que no permitieron que se administrara analgesia obstétrica a nuestras pacientes fue el siguiente:

Tabla 6. Motivos o causas que contraindicaron la analgesia obstétrica peridural.

CAUSAS O MOTIVOS QUE CONSIDERARON LOS MÉDICOS QUE CONTRAINDICARON LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA OBSTÉTRICA PERIDURAL	
Rechazo del procedimiento por la paciente	39%
Sin un motivo específico	17%
Posibilidad de infecciones locales o sistémicas	12%
Alteraciones de la coagulación	12%

Lo cuestionable es que mientras por un lado las pacientes opinaron a favor de la administración de analgesia obstétrica, por otro, los médicos suponen que las pacientes rechazan el procedimiento, sin contar con un documento que exprese su rechazo. Lo cual expone la falta de comunicación entre médico ginecoobstetra y paciente.

Discusión

Se dice que el método analgésico ideal para el trabajo de parto debe ser una técnica que no interfiera con el proceso del trabajo de parto, que mantenga el estado de despierto de la madre, al igual que la integridad del feto y del recién nacido. Por lo tanto los métodos de elección involucran fármacos que no modifiquen la actividad uterina y no atraviesen la barrera placentaria (Casillas-Sánchez B 2009). La analgesia obstétrica peridural es un método analgésico para el dolor durante el trabajo de parto que produce efectos favorables: disminuir ansiedad, estrés, disminuir liberación de catecolaminas, mejorar el flujo sanguíneo uteroplacentario, disminuir el gasto cardiaco, disminuir las resistencias periféricas y el consumo de oxígeno, mitigar el síndrome de estrés postraumático (Hawkins JL 2010). Pero, tiene algunos efectos secundarios o colaterales como: incrementar la frecuencia de partos instrumentados o cesáreas y partos prolongados (O`hana HP 2008), incrementar los requerimientos de oxitocina y producir efectos neonatales (Capogna G 2004) (Kamel C 2009)) y además tiene complicaciones relacionadas con la técnica anestésica por sí misma: como síndrome de cefalea postpunción de duramadre, lesiones neurales, hematomas epidurales, raquia masiva, intoxicación por anestésicos locales, efectos adversos a opioides epidurales (depresión respiratoria, sedación, mareo, náusea, vómito, retención urinaria). Todo esto hace que la decisión de administrar analgesia obstétrica peridural se sitúe en una balanza donde intervienen la decisión de la paciente, del ginecoobstetra y del anestesiólogo. La decisión de la paciente es inamovible, sin embargo puede suceder que se trate de una decisión mal informada o influenciada por el medio. Shytt et al, demuestra que la decisión de usar analgesia obstétrica peridural es influenciada no solamente por la paciente y su contexto sino también por la práctica cultural local (Schytt y Waldenström 2010). Le Ray C et al, refieren que los factores que determinan que la paciente rechace la analgesia obstétrica sea una situación social desfavorable, o bien que la causa por la que no se administre analgesia es que su parto fuera atendido en una unidad de maternidad pequeña donde no hubiera anestesiólogo disponible. (Le Ray, y otros 2008). Por el contrario, en este estudio encontramos que la causa de la elección a la administración de analgesia obstétrica peridural por la paciente no está relacionada a edad, nivel socioeconómico, nivel de estudios, número de embarazos, o la experiencia de su administración, no así para la cantidad de partos; es decir, en general, las pacientes hubieran deseado que se les administrara analgesia peridural durante su estancia en labor y en sala de expulsión. Expresaron que la cantidad de dolor padecido en ambas salas fue hasta de 8 en una escala visual análoga del 1 al 10. Las pacientes expresaron que no tenían un motivo específico para rechazarla, y los siguientes motivos fueron el miedo a las reacciones secundarias o complicaciones o su efecto sobre el neonato. En comparación, los ginecoobstetras expresaron que el principal motivo por lo que no deciden indicar analgesia obstétrica fue porque las pacientes rechazan la técnica y no la autorizan.

Conclusión

El rechazo a la analgesia obstétrica peridural no depende de las características sociodemográficas de las pacientes.

La decisión de administrar analgesia obstétrica peridural casi siempre depende de la decisión del médico ginecoobstetra que atenderá el trabajo de parto y el período expulsivo, quien no suele considerar la decisión de la paciente o supone que la paciente rechaza la técnica.

La indicación de analgesia obstétrica peridural es el dolor obstétrico, sin embargo, desde la perspectiva obstétrica se requiere determinar signos o características específicas que indiquen la analgesia obstétrica peridural que eviten la posibilidad de complicar un trabajo de parto o favorecer que la finalización del embarazo ocurra vía cesárea.

Se requiere que las pacientes sean mejor informadas sobre las ventajas y desventajas de la administración de analgesia obstétrica peridural para obtener su consentimiento informado apropiadamente.

Además se requiere mejorar la comunicación médico ginecoobstetra-paciente-anestesiólogo con la finalidad de ofrecer a la paciente una adecuada atención.

Bibliografía

Capogna G, Camorcio M. «Epidural Analgesia of Childbirth.» *Pediatr Drugs* 6, nº 6 (2004): 375-386.

Caracostea G, Stamatian F, Liberintiu M, Herghea D. «The influence of maternal epidural analgesia upon intrapartum fetal oxygenation.» *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 20, nº 2 (February 2007): 161-165.

Casillas-Sánchez B, Zepeda-López V. «Analgesia Obstétrica Moderna.» *Anestesia en México* 21, nº 1 (2009): 12-22.

Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. «Regional Anesthesia and analgesia for labor and delivery.» *The New England Journal of Medicine* 348, nº 4 (Jan 2003): 1533-4406.

Hawkins JL. «Epidural analgesia for labor and delivery.» *The New England Journal of Medicine* 362, nº 16 (April 2010): 1533-4406.

HGC, anestesiólogos. libreta de registro de procedimientos anestésicos. Calpulalpan, Tlaxcala, 2011.

Kamel C. «Analgesia obstétrica y lactancia materna.» *Informe Médico* 11, nº 6 (2009): 321-329.

Le Ray, C, F Goffinet, M, Gare, I M Palot, y Bl Blonde. «Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia.» *Birth*, 2008: 171-178.

O`hana HP, et al. «The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women.» *The journal of maternal-fetal and neonatal medicine* 21, nº 8 (August 2008): 517-521.

Schytt, E, y U Waldenström. «Epidural analgesia for labor pain: whose choice?» *Acta Obstet Gynecol*, 2010: 238-242.