



Departamento Promoción de la  
Salud de la Mujer y el Recién Nacido

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# *MANEJO DEL DOLOR EN EL PARTO*

RITA AVENDAÑO

ACADÉMICA –MATRONA

MG EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD



# *DOLOR ¿QUÉ ES EL DOLOR?*

“Dolor de cualquier etiología no directamente relacionada con un proceso neoplásico, asociada a una condición médica crónica o una duración extendida más allá del tiempo esperado en la recuperación del tejido injuriado y afectando adversamente la función o el bienestar del individuo”

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”.

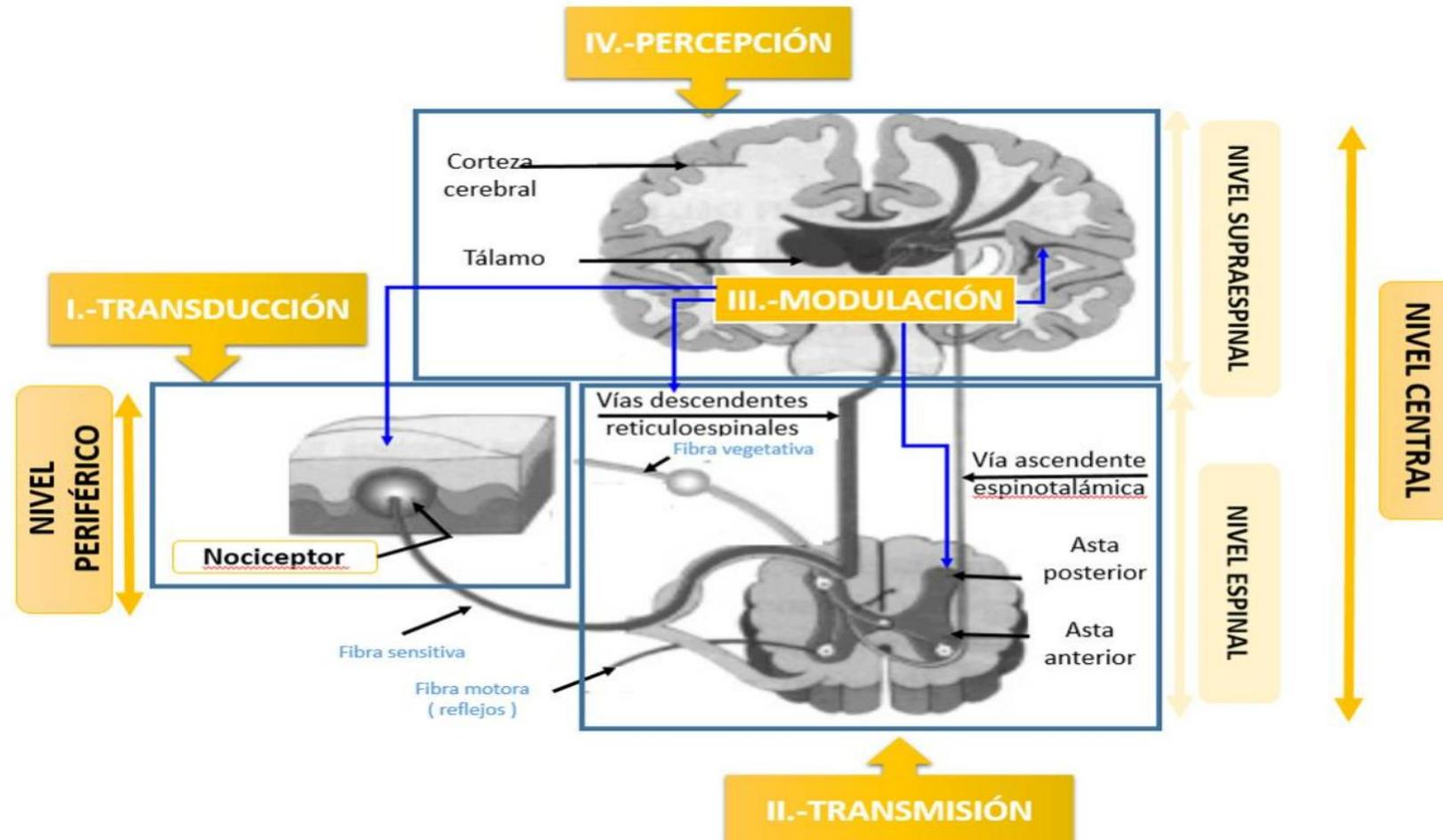
# El sistema nervioso

## Rol de :

- Defensa al detectar amenazas en el entorno externo
- Cognición (anticipación, valoración),
- Señalización de una lesión tisular incurrida .
- Dar respuesta a estímulos nocivos en base a cuatro procesos

- 
- 1) **Transducción**: Proceso que involucra a los **nociceptores** (receptores) de la terminación nerviosa por el cual los estímulos nocivos detectados son convertidos en actividad eléctrica en las terminaciones sensoriales de los nervios;
  - 2) **Transmisión**: Es la propagación de los impulsos nerviosos en forma de potenciales de acción a través de los axones del sistema nervioso sensorial nociceptivo.
  - 3) **Modulación**: Es el proceso mediante el cual se modifica la transmisión nociceptiva, a través de diversas influencias neurales (sinapsis), similares a aquellos procesos inherentes a cualquier otra sensación y son intrínsecos de la dimensión sensorio discriminativa del dolor.
  - 4) **Percepción**: Es el proceso final mediante el cual la transducción, transmisión y modulación interactúan con la psicología propia del individuo, y genera la experiencia emocional final y subjetiva que se percibe como dolor, que siempre trae sensaciones de desagrado y deseo de evasión, que integran la experiencia dolorosa y que se refiere como los aspectos afectivo motivacionales del dolor y donde participan diferentes centros del **encéfalo**.

# RESPUESTA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



# *ORIGEN DEL DOLOR*

- **Dolor nociceptivo**

- Activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad)
- Suele haber una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión

- **Dolor neuropático**

- Estimulo directo del SNC o una lesión de los nervios periféricos (no terminales sensitivas)
- Hiperalgnesia; y aparece sin que haya una causa identificable
- Patológico: no tiene ninguna utilidad como mecanismo de defensa
- Hormigueo, picazón, quemazón, opresión, punzadas o descargas eléctricas

- **Dolor psicógeno**

- No estimulación nociceptiva ni alteración neuronal. Causa psíquica (depresión, hipocondría) o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos

# *DOLOR NEUROPÁTICO*

**Dolor somático**, cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular.

Localizado-punzante-variable

- **Dolor visceral**, que se debe a lesiones o disfunciones de los órganos internos, aunque hay vísceras que no duelen, como el hígado o el pulmón.

Profundo, continuo -se irradia incluso a zonas alejadas del punto de origen.

Suele acompañarse de síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, sudoración).

# *DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO*

## Complejo síndrome somático-emotivo

Matización de dicho dolor depende de las características socioculturales de la mujer

**Factores físicos** (*edad, paridad, condiciones del cuello uterino, relación entre el tamaño fetal y el canal del parto, fatiga, insomnio, etc.*)

**Factores psicológicos** (*miedo, ansiedad, ignorancia, falta de información, embarazo no deseado, etc.*) pueden aumentar la sensación de dolor

**Factores de índole cultural, racial y étnica** Modificar el comportamiento de la paciente frente al parto.

## •**Primera etapa del parto (o período de dilatación):**

- **Fase latente:** Lapso que media entre el inicio del trabajo de parto y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.
- **Fase activa:** Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación.
  - A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm).
    - En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal.
  - En la fase aceleratoria predomina la dilatación.
  - En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.

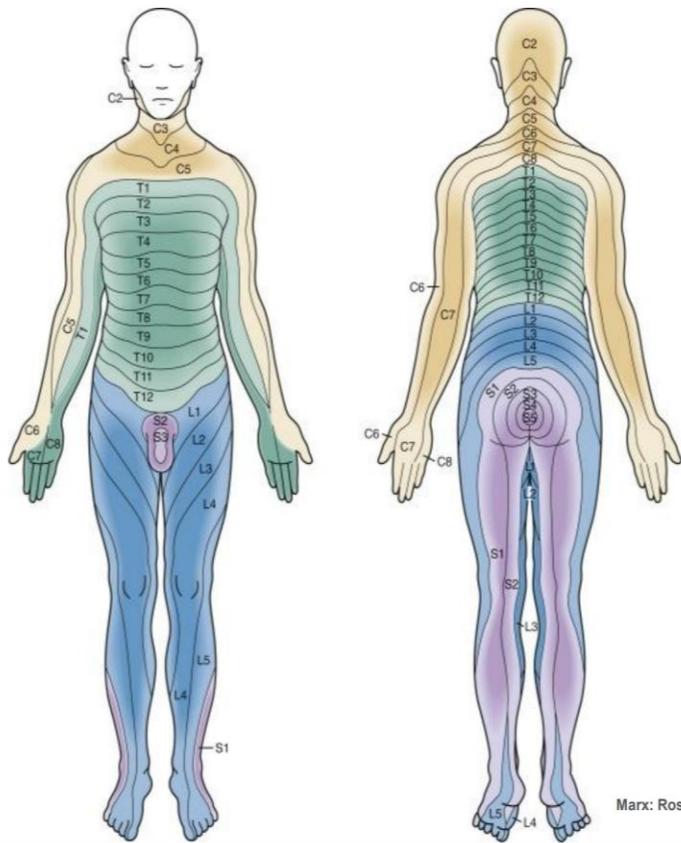
•**Segunda etapa del parto (o período de expulsivo):** Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

•**Tercera etapa del parto (o período del alumbramiento):** Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta.

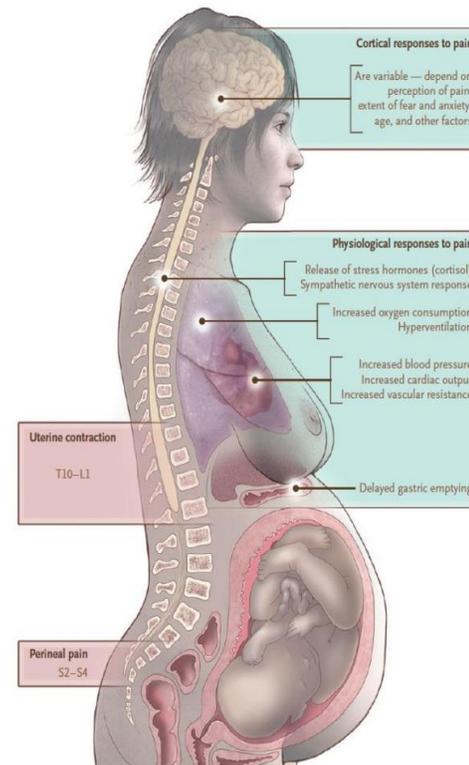
# NEUROFISIOLOGIA DEL DOLOR EN PARTO

Neurofisiología del dolor de parto			
Etapa del parto	Estímulo	Tipo de dolor	Vía del dolor
Primera	Estiramiento del segmento uterino inferior y el cuello uterino	Visceral	Nervio hipogástrico inferior y medio
	Activación de quimiorreceptores uterinos por contracciones uterinas		Plexo aórtico Plexo pélvico superior Cadenas simpáticas torácicas y lumbares inferiores Raíces nerviosas espinales T10-L1
Segunda	Estiramiento de la vagina	Somático	Nervio pudendo
	Tracción de ligamentos uterinos y órganos pélvicos Distensión de los músculos del piso pélvico		Rama genital del nervio genitofemoral Nervio ilioinguinal Nervio cutáneo femoral lateral Raíces nerviosas espinales T10-S4

Extraída de: Meera N, González M, Trehan G, Kamel I. Pain Management During labor part 1: pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. Topics in Obstetrics & Gynecology. July 2016;36(11):2.



Marx: Rosen's Emergency Medicine, Mosby, 7th ed. 2009.

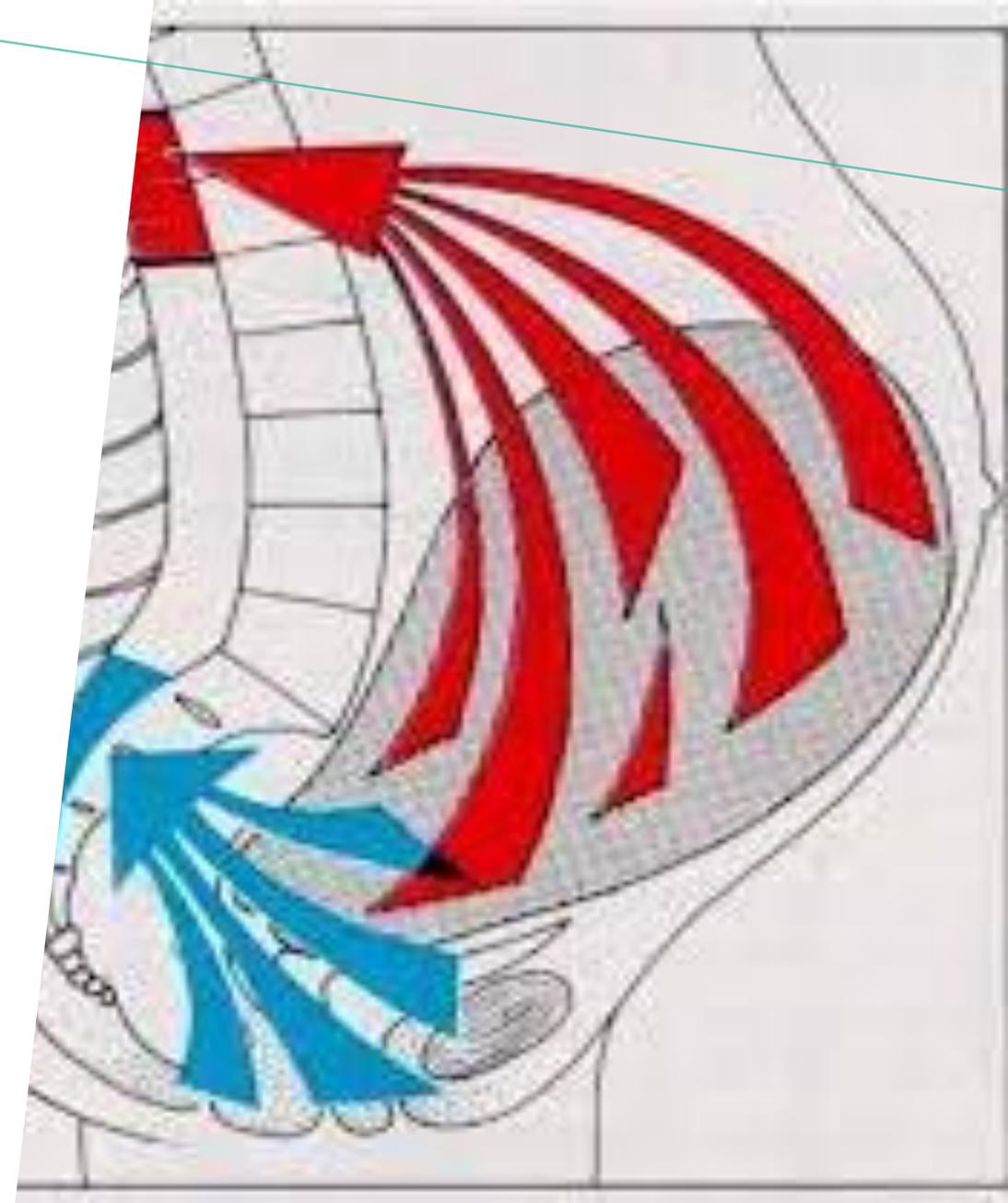


Hawkins, J. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 326, pp 16. April 22, 2010.

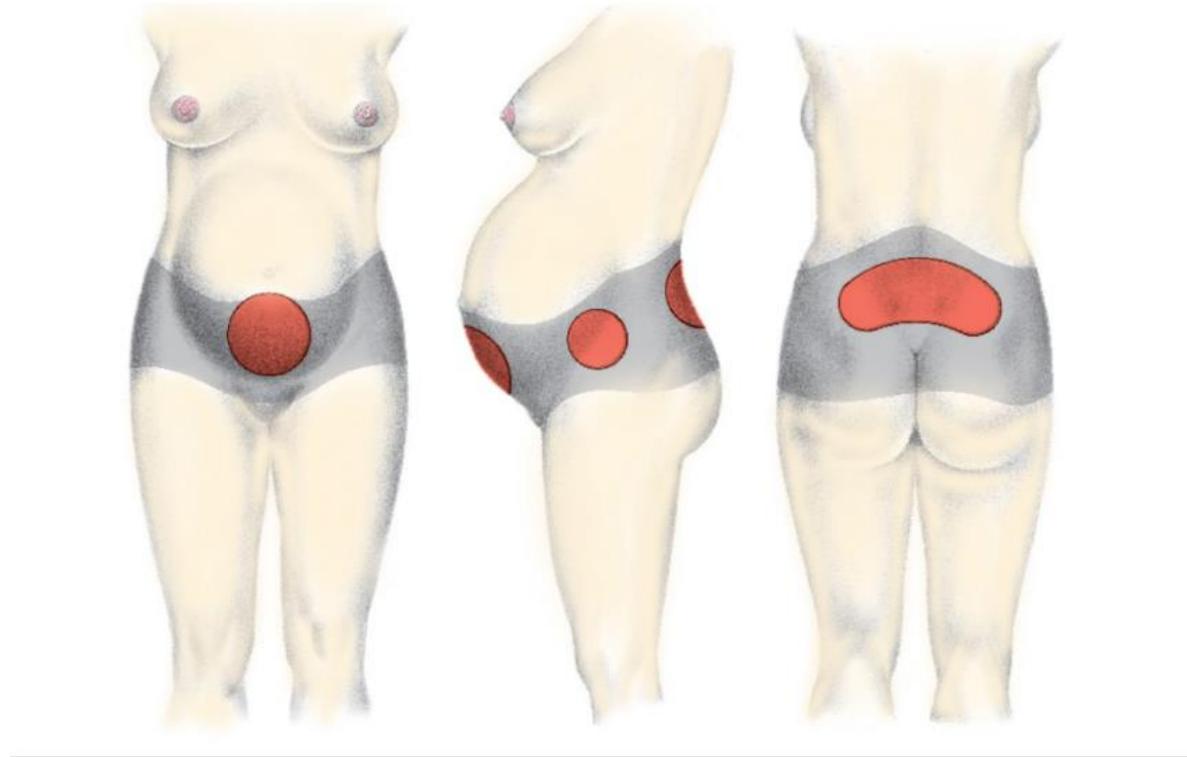
# VIAS DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

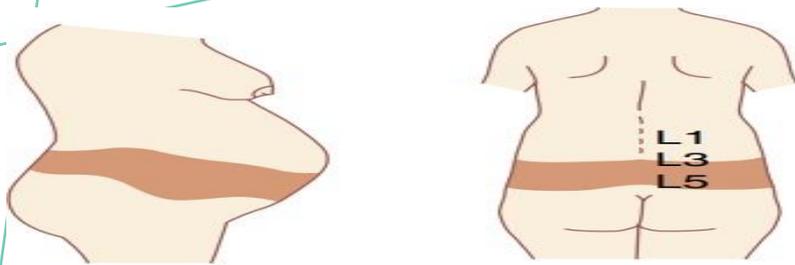
# *INERVACIÓN MOTORA*

- Inervación motora del cuerpo uterino: raíces nerviosas de **T5 a T10**
- Inervación sensitiva del cuerpo y cuello uterino: inicia en el plexo uterino, pasa al plexo hipogástrico, integrándose a la médula espinal a nivel de **T10, T11, T12 y L1**
- Inervación sensitiva de la parte alta de la vagina: pasando por el plexo hipogástrico, a los segmentos medulares **sacros S2, S3 y S4**
- La parte baja de la vagina, la vulva y el periné: inervados por el nervio pudendo, que se integra en los **segmentos sacro**

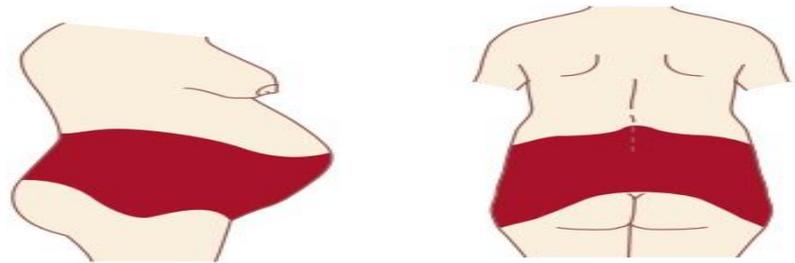


## Distribución del dolor durante la primera etapa





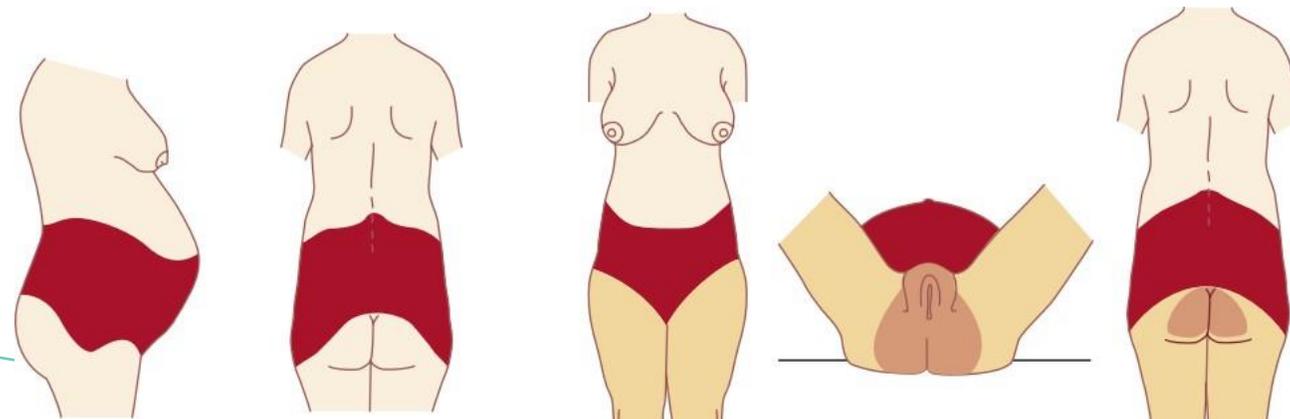
A Early first stage



B Late first stage

Pain intensity: 

Mild
Moderate
Severe



B Late first stage

C Early second stage

### Dolor visceral o cólico

Útero y el cuello uterino: Se produce por distensión de los mecanorreceptores uterinos y cervicales y por isquemia de los tejidos uterinos y cervicales

La señal de dolor ingresa a la médula espinal después de atravesar las ramas comunicantes blancas T10, T11, T12 y L1

Dolor de parto puede referirse a:

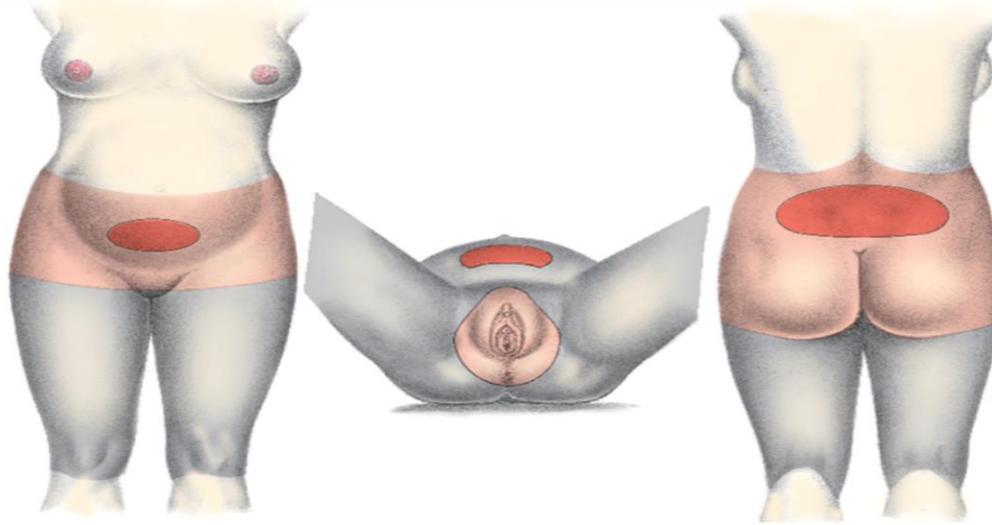
- pared abdominal,
- región lumbosacra
- crestas ilíacas,

La transición (dilatación cervical de 7 a 10 cm) se refiere al cambio de la primera etapa tardía a la segunda etapa del trabajo de parto

La transición se asocia con una mayor entrada nociceptiva a medida que la mujer comienza a experimentar dolor somático por distensión vaginal

## Dolor durante el parto

¡Distribución del dolor durante la fase activa de la primera etapa y la primera fase de la segunda etapa



**Fuente:** *Cuidados en enfermería materno-infantil, 12ª ed.*  
Lowdermilk, D.L.  
Disponible en [ClinicalKey](#)

Por lo general, durante la mayor parte de la primera etapa del parto, la mujer solo siente molestias durante las contracciones y no siente dolor entre estas. Algunas mujeres, especialmente aquellas cuyos fetos están en una posición posterior, experimentan dolor continuo en la parte inferior de la espalda relacionado con las contracciones incluso en el intervalo entre las contracciones. A medida que avanza el parto y el dolor se vuelve más intenso y persistente, las mujeres se fatigan y se desaniman, y muchas veces tienen dificultades para afrontar las contracciones.

Al final de la primera etapa del parto y en la segunda etapa, la mujer tiene dolor somático, que suele describirse como intenso, agudo, ardiente y bien localizado. Este dolor se debe a:

- \* Distensión y tracción en el peritoneo y los soportes del cuello uterino durante las contracciones.
- \* Presión contra la vejiga y el recto.
- \* Estiramiento y distensión de los tejidos perineales y el suelo pélvico para permitir el paso del feto.
- \* Laceraciones de los tejidos blandos (p. ej., cuello uterino, vagina y perineo).

Segunda etapa : dolor más intenso

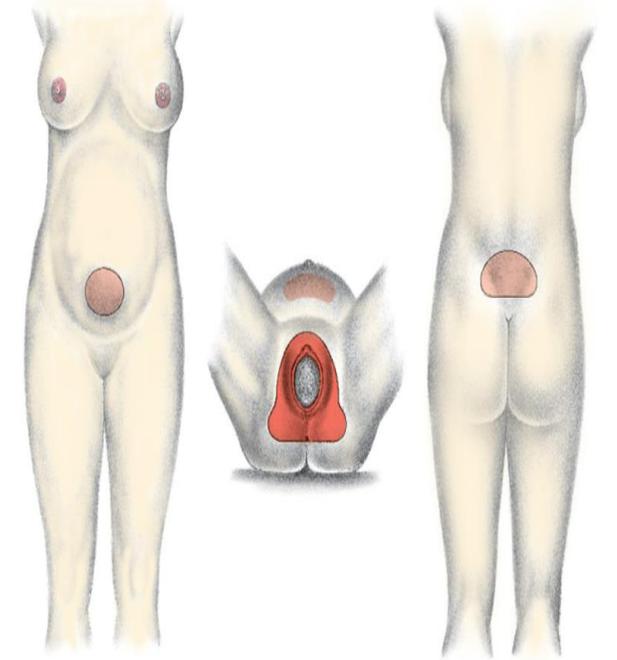
Dolor visceral por **contracciones uterinas y estiramiento cervical** + dolor somático por **distensión de los tejidos vaginal y perineal**

La señal de dolor somático se transmite a la médula espinal a través del nervio pudendo (S2, S3 y S4)

Experimenta **presión rectal y una necesidad imperiosa de "pujar"** y expulsar el feto a medida que la parte que se presenta desciende hacia la salida pélvica

## Dolor durante el parto

Distribución del dolor al final de la segunda etapa y en el alumbramiento



Fuente: *Cuidados en enfermería materno-infantil*, 12ª ed.  
Lowdermilk, D.L.  
Disponible en [ClinicalKey](#)

**TABLA 26-2.** Comparación entre dolor somático y visceral durante el trabajo de parto

	Dolor somático	Dolor visceral
Ubicación 1 <sup>ra</sup> etapa	Sacro bajo* y muslos	Abdomen (T <sub>10</sub> -L <sub>1</sub> ), dorso bajo y ano
Ubicación 2 <sup>da</sup> y 3 <sup>ra</sup> etapa	Sacro, vagina, vulva y periné (S <sub>2-4</sub> )	Lumbar bajo y sacro (estructuras pelvianas)
Irradiación	Dermatomas perineales	Viscerotoma (dolor referido)
Carácter	Punzante y definido	Vago, cólico
Temporalidad	Constante	Periódico
Síntomas asociados	Náuseas	Náuseas, vómitos, sensación de enfermedad

		Inervación	Raíces
Útero	Cuerpo	Motora	T5 - T10
		Sensitiva	T10 - L1
Vagina	Cuello	Sensitiva	T10 - L1
		Sensitiva	S2 - S4
Vulva y periné		Sensitiva	S2 - S4

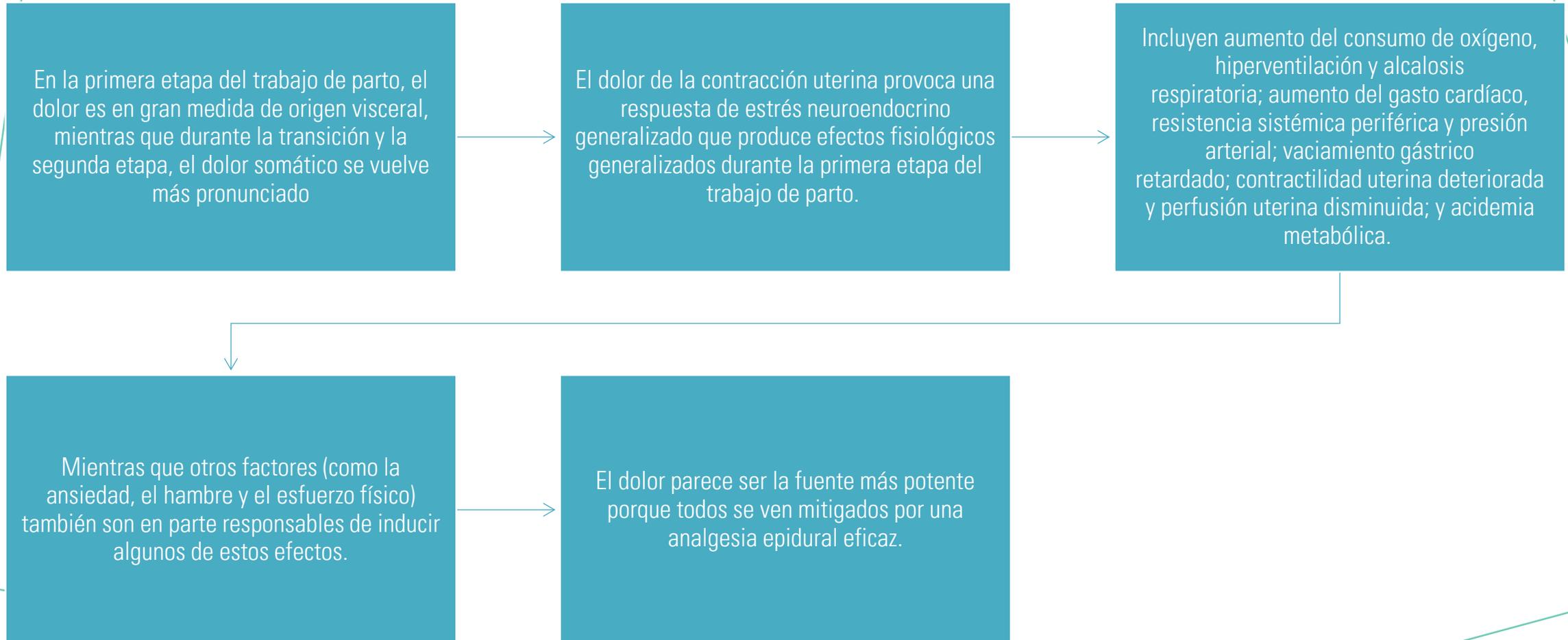
**Tabla 1. Efectos maternos y fetales del dolor**

**Efectos maternos y fetales del dolor**

Efectos maternos	Efectos fetales
Aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial	Disminución de la perfusión uteroplacentaria por contracciones
Alcalosis	Hipoxemia
Desplazamiento a la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina	Acidosis
Aumento de la secreción gástrica y disminución de la motilidad gástrica	Vasoconstricción de la arteria uterina
Dolor crónico después del parto	
Depresión	

Extraída de: Meera N, González M, Trehan G, Kamel I. Pain Management During labor part 1: pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. Topics in Obstetrics & Gynecology. July 2016;36(11):3.

# *EFECTOS DEL DOLOR EN EL PARTO*



# *EVALUACION DEL DOLOR*



# *OBJETIVOS GUIA ANALGESIA DEL PARTO GES CHILE*

Mejorar la calidad del proceso de atención del parto y la satisfacción de las usuarias respecto al grado de analgesia.



Disminuir la variabilidad de la atención y las inequidades en el manejo del parto.

Apoyar la definición del régimen de garantías explícitas en salud, en lo que a la analgesia del parto se refiere.

Aportar recomendaciones a los profesionales de salud sobre el manejo de la analgesia durante el parto, basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos, y adecuadas al contexto nacional.

# *MATRONAS/MATRONES*

- La participación de la matrona o matrn en estas actividades es fundamental



Apoyo psicoemocional continuo.  
Capacitacin profesional continua  
EMPATÍA





*MÉTODOS  
FARMACOLÓGICOS*

**ANESTESIA** Ausencia de sensibilidad a los estímulos obtenida por la administración de fármacos anestésicos para realizar algún tipo de intervención o terapia

**ANALGESIA**  
Pérdida o abolición de la sensibilidad dolorosa

# *LOS MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA ANALGESIA DE PARTO*

Regional

Neuraxial

Bloqueos  
periféricos

Local

Inhalatoria

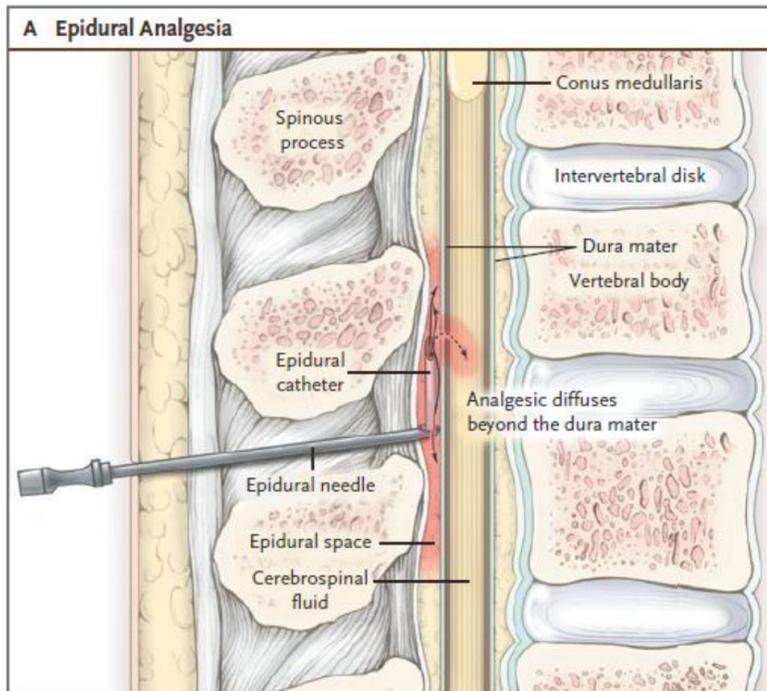
Sistémica:  
Intravenosa o  
Intramuscular

# *ANESTESIA Y ANALGESIA NEURAXIAL*

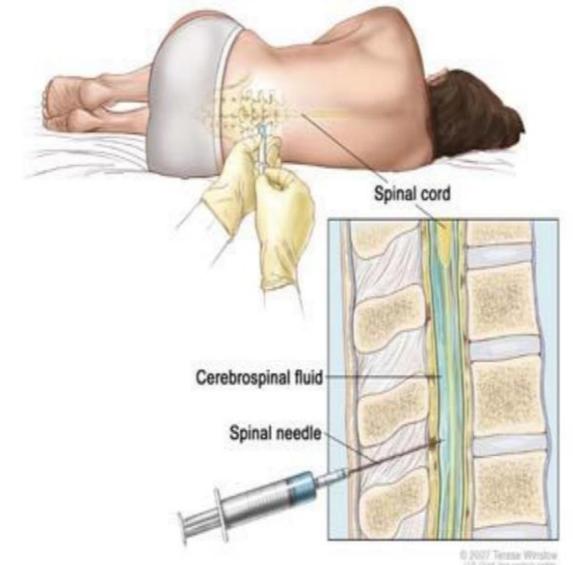
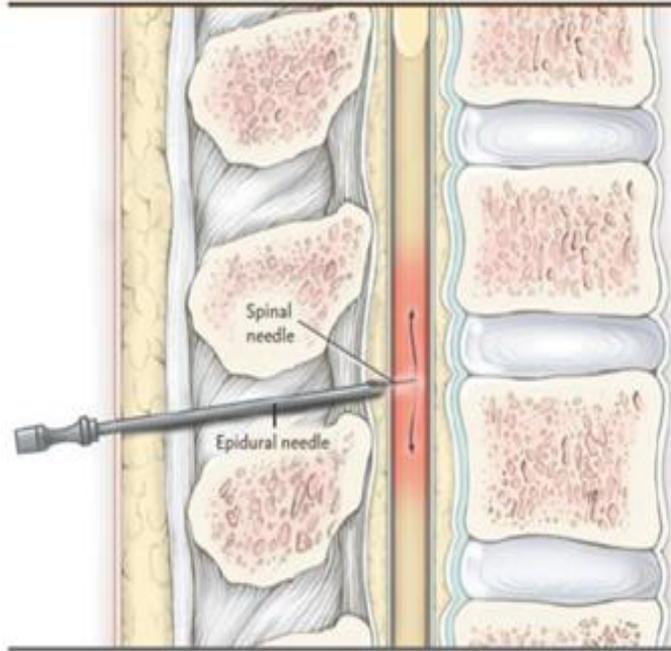
Anestesia y Analgesia neuraxial: el concepto neuraxial significa que se accede al neuroeje (neuroaxis), en el espacio epidural o en el espacio subaracnoideo, para la administración de agentes anestésicos locales y/o analgésicos opioides.

Las técnicas involucradas en el concepto de anestesia/analgesia neuraxial son la Epidural o Peridural, la Espinal o Raquídea, y la Combinada Espinal –Epidural

# TIPOS DE ANALGESIAS NEUROAXIALES



**B Combined Spinal-Epidural Analgesia**



# *ANESTESIA PERIDURAL*

Se administra en zona de cauda equina

Entre L2 y L4

Primera dosis incluye fentanilo y bupivacaina

Los refuerzos solo bupivacaina

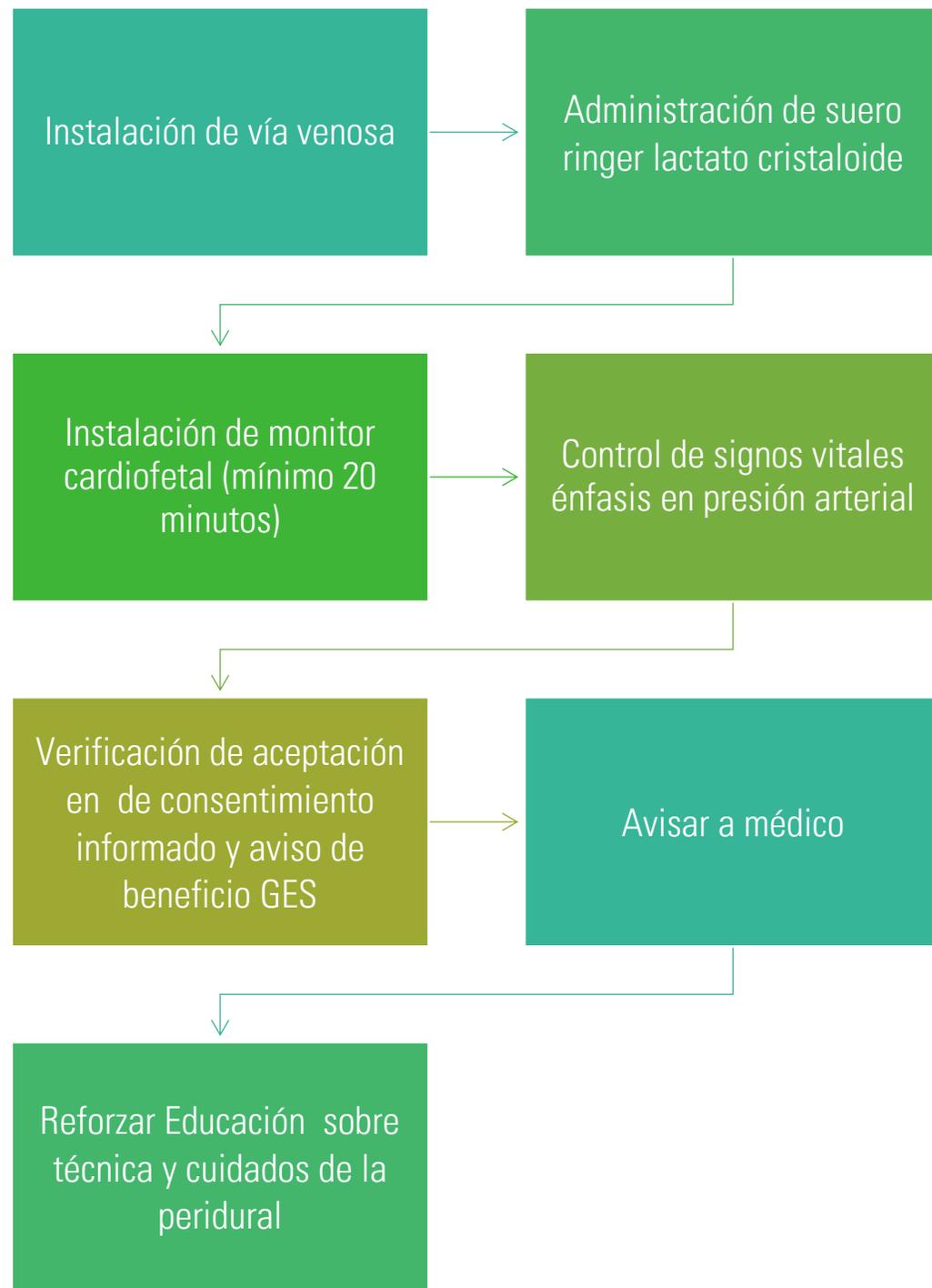
Se usa una jeringa de baja resistencia, un trocar y un catéter epidural.

Procedimiento estéril y posee riesgos

Posibles efectos en presión arterial, en el feto y contracciones uterinas

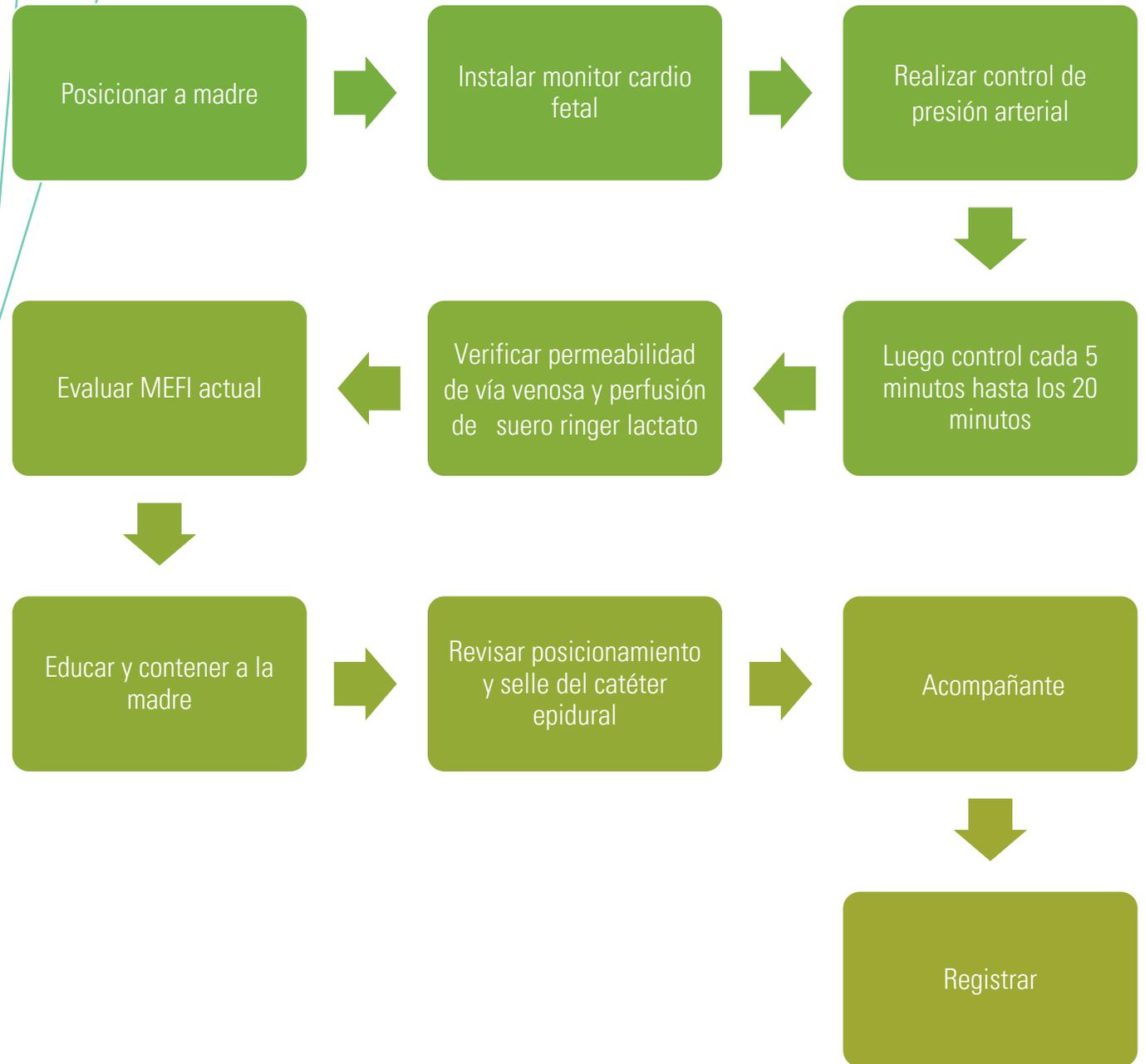


*ROL DE LA  
MATRONA/ÓN:  
ANTES DE  
ADMINISTRACION  
A. PERIDURAL Y  
TRABAJO CON  
EQUIPO MÉDICO*

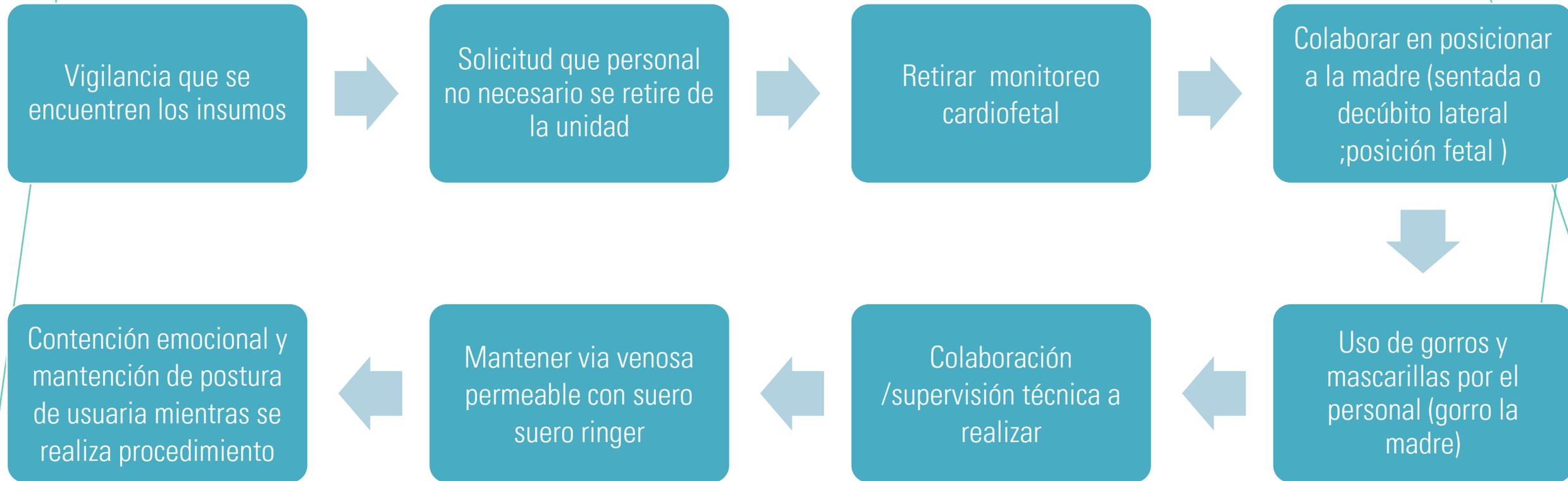


*POST  
ADMINISTRACIÓN  
A. PERIDURAL:*

*TRABAJO EN  
EQUIPO*



# *DURANTE ADMINISTRACIÓN A. PERIDURAL*



# *INDICACIONES*

Se sugiere indicación de analgesia neuraxial preferente en las siguientes condiciones:  
Primigesta menor 16 años.

Patologías maternas que requieran manejo estricto del dolor:  
ej. Pre eclampsia, Cardiopatías, enfermedades psiquiátricas.

- *“No hay ninguna otra circunstancia en la que se considera aceptable para un individuo experimentar un dolor grave sin tratamiento. Sin embargo, bajo el cuidado de medicxs, en ausencia de una contraindicación, la solicitud de la persona es suficiente para una indicación médica de aliviar el dolor durante el parto”*

# CONSIDERACIONES ESPECIALES



Enfermedades del sistema cardiovascular: valvulopatías, arritmias.



Enfermedades neuromusculares: miastenia gravis, esclerosis múltiple, escoliosis, secuelas de trauma espinal.



Enfermedades del sistema respiratorio: Asma severa. Enfermedades del sistema endocrino: Diabetes descompensada, enfermedades Tiroideas. Obesidad mórbida.



Enfermedades hematológicas: hemoglobinopatías y coagulopatías.



Otras situaciones especiales: edema severo o deformidades de cara, boca, cuello o vía aérea, artritis severa de cuello, bocio severo, historia previa de complicaciones anestésicas.

## EVALUACION PREOPERATORIA

### **RIESGO ANESTÉSICO:**

ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

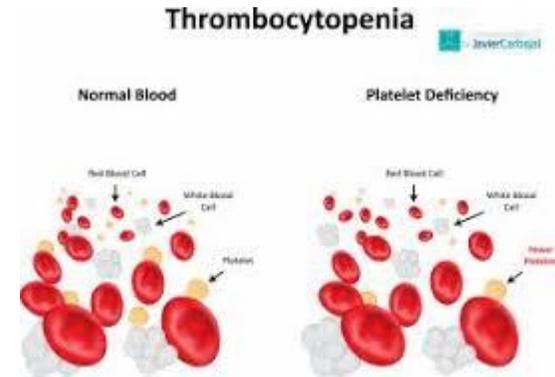
- \*\* ASA 1: paciente sano, sin alteraciones físicas ni metabólicas.
- \*\* ASA 2: paciente con alteración leve a moderada de su estado físico que no interfiere con su actividad diaria.
- \*\* ASA 3: paciente con trastornos físicos o metabólicos severos que interfieren en su actividad diaria.
- \*\* ASA 4: paciente con trastornos severos, con peligro constante para la vida.
- \*\* ASA 5: paciente moribundo, con pocas expectativas de vida en las próximas 24 horas sea intervenido o no.



# CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA

Tratamiento  
anticoagulante - Shock  
hipovolémico. -  
Infección en zona de  
punción. - Alergia  
conocida a  
Anestésicos Locales.

Rechazo de la  
paciente.



Existen variados tipos  
de coagulopatías,  
adquiridas o  
congénitas.  
Plaquetopenia. Menor  
a 60 mil

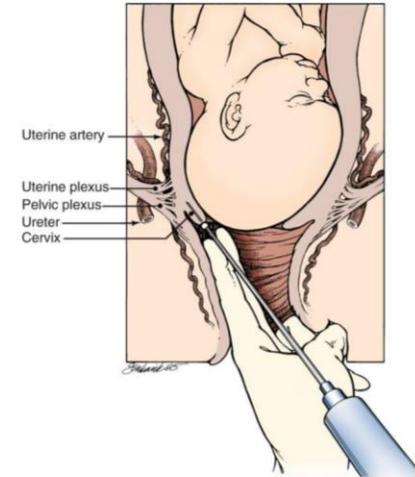
Trastornos de  
coagulación.

# BLOQUEOS REGIONALES

- Son formas menos recomendadas de analgesia regional en trabajo de parto: los bloqueos paracervicales y pudendos, se realizan en condiciones excepcionales, de emergencia durante el expulsivo

## Bloqueo paracervical

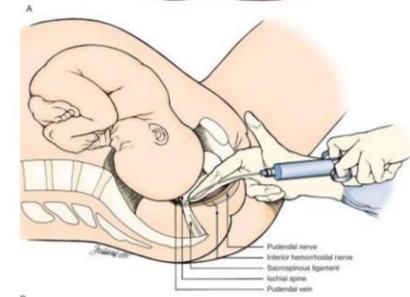
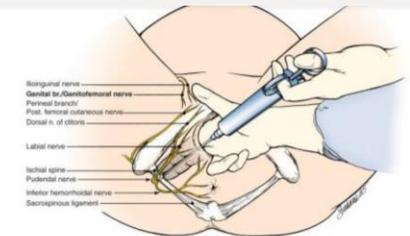
- Buena analgesia sólo durante el 1º periodo del trabajo de parto
- Se inyecta lidocaína o clorprocaína, de 5 a 10 ml al 1% a ambos lados del cuello a las 3:00 y 9:00 del cuadrante del reloj



Gabbe, S., et. al. *Normal and Problem Pregnancies, Print for Elsevier*, 5th ed, 2009.  
Cunningham FG, et.al. *Obstetricia de Williams*. Ed. McGraw-Hill. 22ª ed. 2006.

## Bloqueo pudendo

- Introdutor con aguja de 15 cm y calibre de 22
1. El extremo del inductor se coloca sobre la mucosa vaginal por debajo de la espina ciática
  2. Inyecta 1 ml de lidocaína al 1%
  3. Avanzar hasta tocar el ligamento sacrociático menor e infiltrar con 3 ml
  4. Al disminuir resistencia infiltrar con 3 ml y posteriormente se insertan los 10 ml restantes



Gabbe, S., et. al. *Normal and Problem Pregnancies, Print for Elsevier*, 5th ed, 2009.  
Cunningham FG, et.al. *Obstetricia de Williams*. Ed. McGraw-Hill. 22ª ed. 2006.

# *ANESTESIA LOCAL*

- Las alternativas locales de infiltración perineal utilizadas son el uso de Lidocaína al 2 % o diluida al 1 % en suero fisiológico.



# *ANALGESIA INHALATORIA*

El N2O es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efecto cortos, no deprime 13

Sin embargo, no ejerce un efecto analgésico potente en Trabajo de Parto activo



No afecta la contractilidad uterina, no afecta al feto o al recién nacido, ni afecta la lactancia.

# *OXIDO NITROSO, INHALATORIO*



Uso de Óxido nitroso mezclado al 50% con oxígeno



Latencia y efectos cortos (no tan potentes en fase activa)



Autoadministración con vigilancia



Junto a opioides mejor eficacia, más riesgos



Técnica debe aspirarse durante la contracción



Respiración normal entre contracciones



Puede producir mareos o náuseas

# *UTILIZACION OXIDO NITROSO*



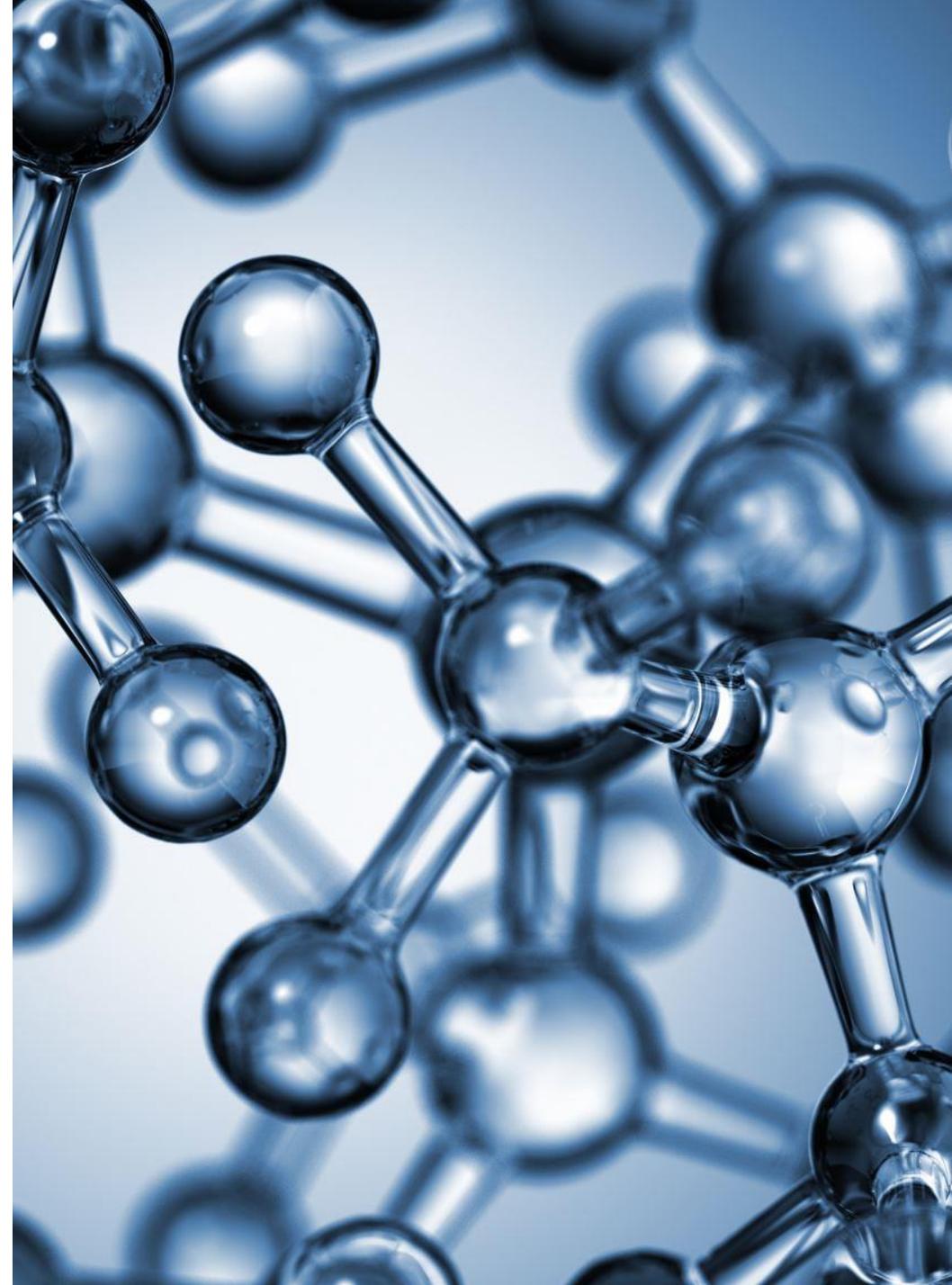
Instruir a la mujer sobre la técnica y sobre expectativas razonables de alivio del dolor, explicarle que el N<sub>2</sub>O puede hacerla sentir levemente mareada y/o nauseosa.



La técnica de inhalación intermitente debe iniciarse inmediatamente al momento de ser percibida una contracción uterina.



La mascarilla de inhalación debe ser retirada entre contracciones y respirar normalmente.



# *SINTESIS EVIDENCIA OXIDO NITROSO*

Los autores concluyen que el inicio y manejo del óxido nitroso por parte de enfermeras registradas es una opción segura y costo-efectiva para el dolor de parto. Puede ser especialmente beneficioso en hospitales que no tienen cobertura de anestesia interna 24/7.

## RECOMENDACIÓN TRATAMIENTO

INFORME DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES

Guía de Práctica Clínica de Analgesia del parto - 2019

PREGUNTA: EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE (MENOS DE 5 CM DILATACIÓN)

¿SE DEBE "USAR ÓXIDO NITROSO" EN COMPARACIÓN A "USAR MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS"?

# ANALGESIA SISTÉMICA INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR

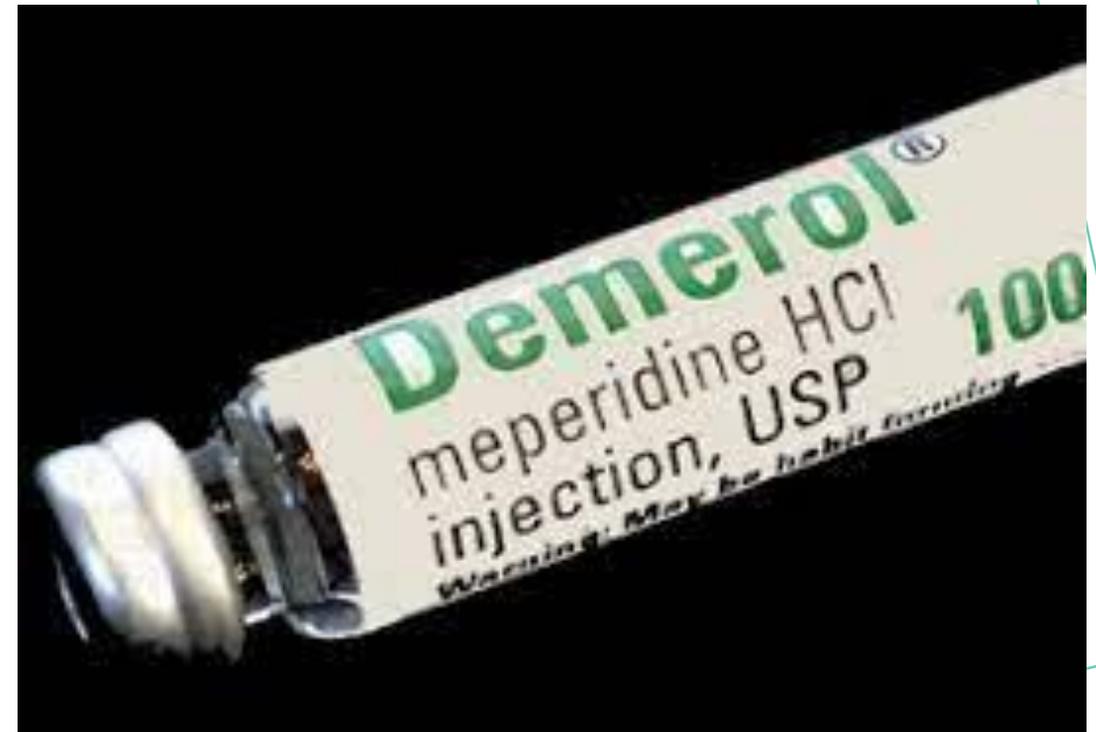
Los analgésicos opioides han sido utilizados en analgesia del trabajo de parto. La experiencia es limitada y sus efectos y eficiencia son discretos.

El agente más utilizado es la Meperidina, se obtienen mayores niveles de alivio del dolor con la vía IV, en lugar de la IM.

El uso de nuevos opioides de acción ultracorta como Remifentanyl en infusión, no está exento de complicaciones respiratorias severas maternas y neonatales.

Considerando el lento metabolismo de los opioides en el recién nacido, se han planteado posibles efectos no deseados, principalmente depresión respiratoria.

\*\*\*\*uso sólo en situaciones excepcionales: ejemplo traslado de la madre en situación de trabajo de parto inicial, u otras situaciones alejadas del momento del parto.



*MÉTODOS NO  
FARMACOLÓGICOS*

# *MANEJO NO FARMACOLÓGICO*

---

Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominal.

---

Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto, tacto, masajes, acupresión sin agujas, aromaterapia.

---

Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio-analgesia, bio-retroalimentación durante clases prenatales.

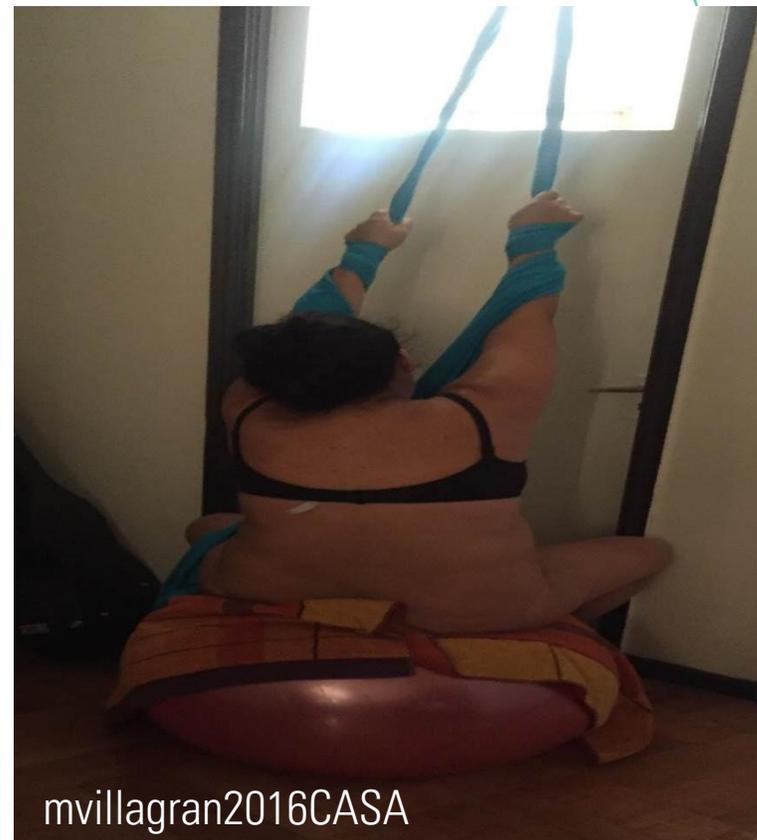
# USO REBOZO O DEL FULAR



- *SopORTE*
- *Alivio*
- *Movimiento*



mvillagran2015EscObste



mvillagran2016CASA



## *USO DEL REBOZO...*

- Técnica Mexicana
- Permite reconfortar a la gestante
- Disminuye molestias físicas
- Favorece el inicio del trabajo de parto
- Relaja y disminuye el dolor en la fase activa del t de P
- Ayuda a la orientación y acomodación del feto al canal de parto





## *DEAMBULACIÓN*

Caminar alrededor del lugar de ubicación, La usuaria debe estar acompañada

Efecto controversial, algunos dicen que disminuye la solicitud de analgesia peridural y puede disminuir el dolor del trabajo de parto en 1 hora

El efecto de la gravedad colabora en el descenso fetal, hay menor compresión de la zona lumbar.

# *BALÓN KINÉSICO*

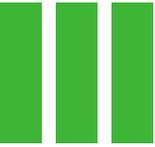


Uso del balón acompañada,  
cubrir balón con sabanilla  
limpia, movimientos rotatorios  
y saltatorios

Trabaja los músculos del suelo  
pélvico, el elevador del ano y  
coccígeo pubo y fascia pélvica



Disminución del dolor,  
favorecer la dilatación y el  
posicionamiento, encajamiento  
y descenso fetal



# *MEDIDAS BALÓN KINÉSICO*

Talla 1.53 cm o menos : pelota de 45 cm.

Talla de 1.55 cm a 1.70 cm. : pelota de 55 cm.

Talla entre 1.73 cm y 1.85 cm.: pelota de 65 cm

Talla de 1.88 cm o más : pelota que mida 75 cm.

# *LENTEJA DE PARTO*

- Similar al balón
- Permite mayor movilidad
- Fácil de transportar
- Inflable
- Colabora en mayor índice de parto eutócico
- Como Apoyo
- Para Alinear



FIGURA 7: Mujer acostada en decúbito lateral





*CAMBIOS DE POSICIÓN*

# *TÉCNICAS QUE ACTIVAN LOS RECEPTORES SENSITIVOS PERIFÉRICOS*



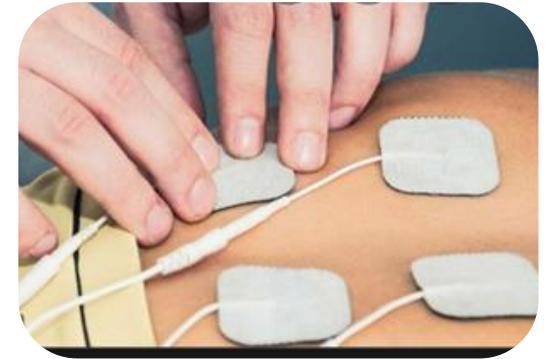
Guateros o compresas (se prefiere calientes)



Acupuntura (disminución del dolor y dilatación del cuello uterino)



Acupresión (manejo del dolor)



TENS (Estimulación eléctrica transcutánea)

# *TENS*

- ✓ **Transmisión de impulsos eléctricos de bajo voltaje desde un generador portátil a batería a la piel a través de electrodos de superficie**
- ✓ **Para realizar TENS, generalmente se coloca un par de electrodos paravertebralmente al nivel de T10-L1 y otro al nivel de S2 a S4**



# *MASAJES DURANTE CONTRACCIÓN UTERINA*

- Se realizan en la zona lumbar al momento de la contracción
- Con dedos o manos en forma de puños
- Disminuyen la sensación de dolor en el trabajo de parto



# *USO DE CALOR*

Duchas tibias en parto



Esta si es la técnica

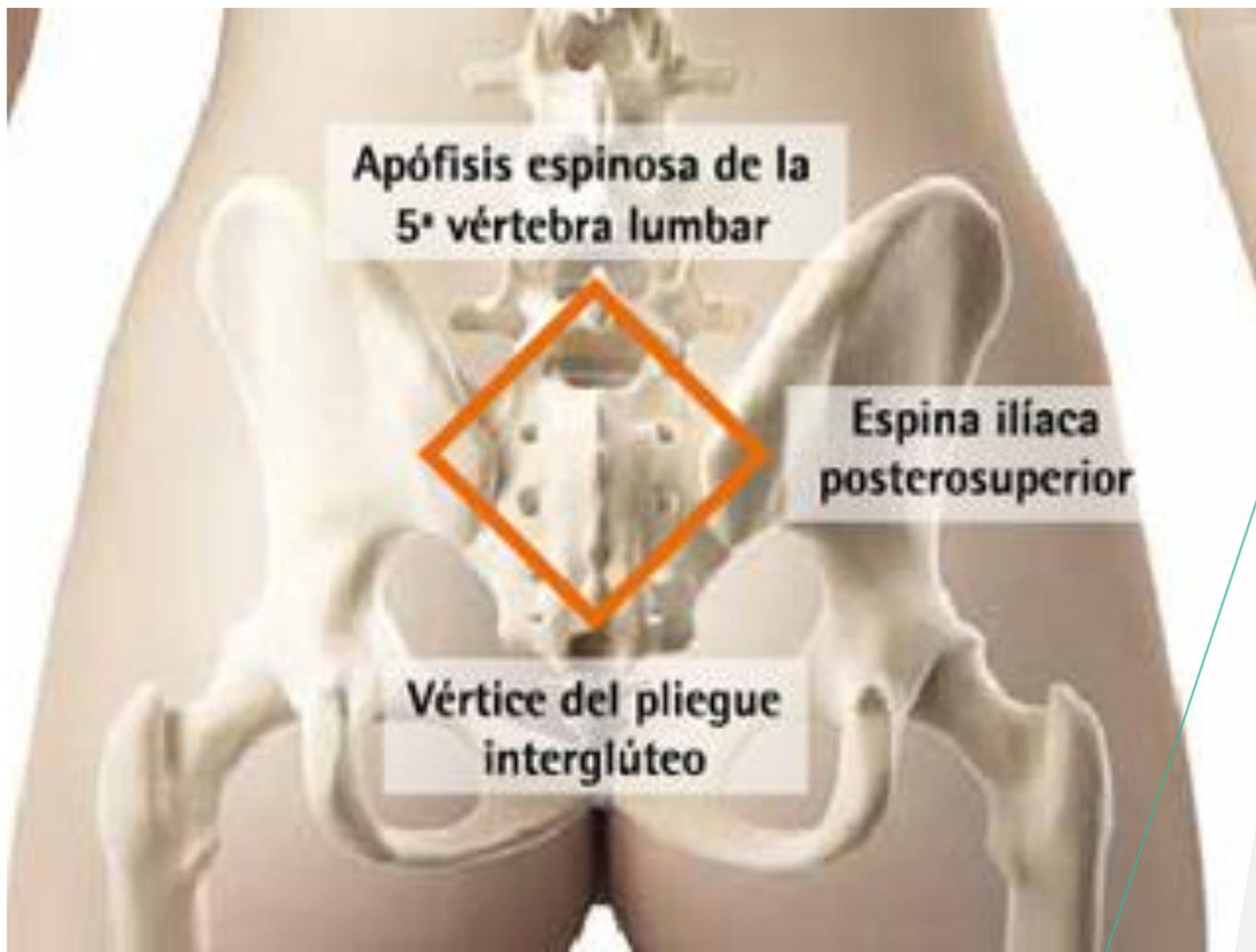


Impulsos de agua



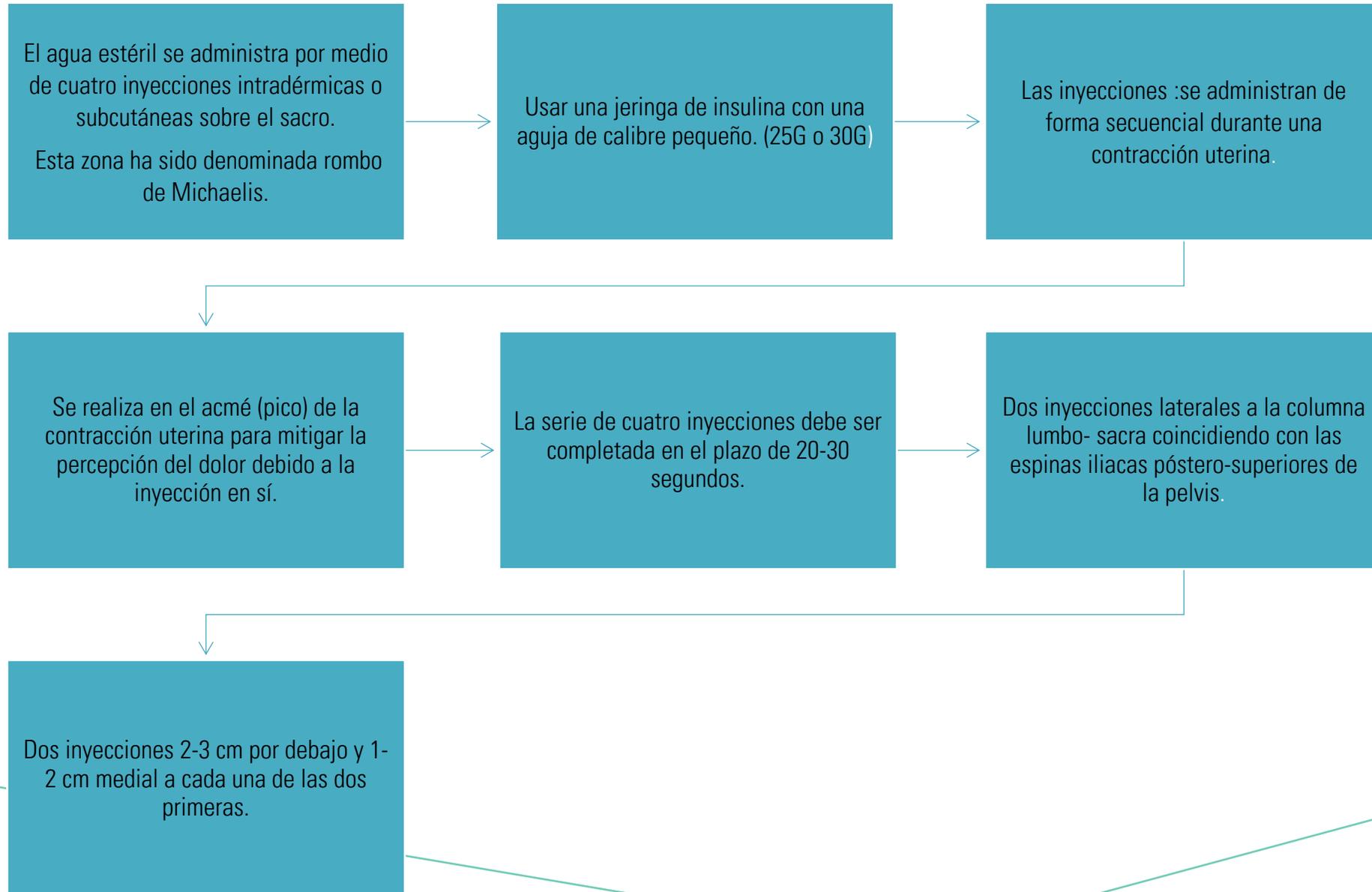
Bañera tibia (inmersión)





*INYECCION DE  
LIQUIDO  
ESTERIL EN EL  
TRIANGULO DE  
MICAELIS (ZONA  
LUMBAR)*

# TÉCNICA





*TÉCNICAS  
INHIBITORIAS  
INDEPENDIENTES*



# *AROMATERAPIA*

- Técnica complementaria
- Mejora el estado de ánimo
- Eficacia
- Cuidado con los aceites a utilizar
- Deben conocer las técnicas de uso, uso profesional





# *HIPNOSIS*

- La hipnosis consiste en una alteración de la conciencia que se caracteriza por conseguir una mayor facilidad de sugestión en el paciente, pudiendo modificarse en este la memoria, la percepción espacio-temporal e incluso algunas funciones fisiológicas involuntarias (Pérez, 2006)
  - Efectividad cuestionable (estudios controversiales)
  - Alivia el dolor, no causa efecto analgésico
-



---

Audio  
analgesia y  
musicoterapia

Música puede relajar  
disminuyendo pulso P/A, FR  
y aumento de endorfinas

---

Musicoterapia tiene efectos  
en aspectos afectivos  
cognitivos y psicomotriz

---

Mejora estado de animo y  
tranquiliza a la gestante

---

## Distracciones

- El fijar la atención a otros estímulos provoca una disminución de la sensación de dolor

## Yoga, relajación, respiración otros

- Colaboran en la relajación de la usuaria

## Lo mas importante es :

- El acompañamiento continuo durante el parto
- Acompañante significativo,
- Educación de procedimientos
- Contención Emocional
- Guía en el proceso de parto

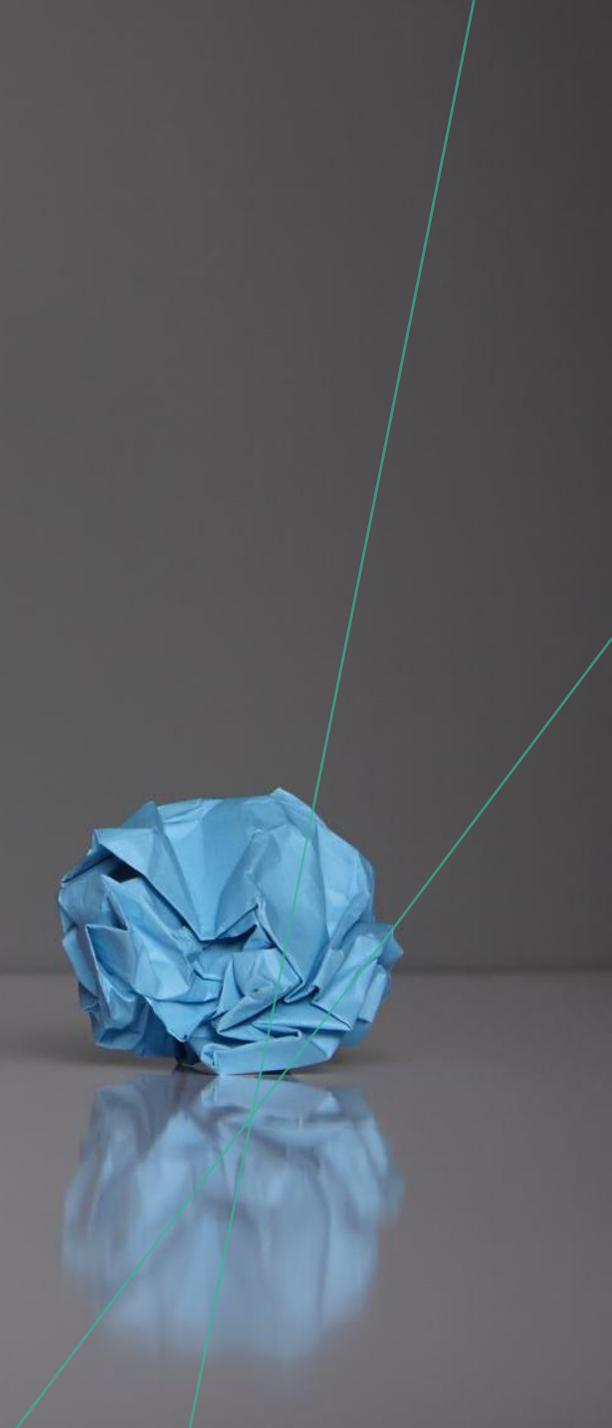
*Las técnicas como la hipnosis, acupuntura y Acupresión requieren un conocimiento previo, tanto del profesional como de la parturienta, la fase de pródromos de parto o el trabajo de parto activo no es el momento ideal para utilizarlos si anteriormente no se han informado de ellos, podría ocasionar más ansiedad e incapacidad para relajación.*

*El acompañamiento, el apoyo, los masajes y caricias son intervenciones que las mujeres aprecian, les hacen sentirse cuidadas y les producen bienestar, demuestran menos dolor que las mujeres que reciben atención habitual, y no se han encontrados inseguros ni para ellas ni para el feto, aunque se necesitan investigaciones posteriores para asegurar una relación significativa . No hay contraindicaciones para su práctica, por lo que se recomienda como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto .*

*El uso de la pelota de partos ha demostrado una disminución de la ansiedad y del dolor durante el proceso de parto y un aumento del índice de partos eutócicos .*

*La utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación, sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, la tasa de partos quirúrgicos y el bienestar neonatal.*

*IDEAS  
CENTRALES*



El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional de una mujer en trabajo de parto y parto.



Este manejo incluye alternativas farmacológicas y no-farmacológicas.



En la fisiología del proceso, existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o transmitidas entre generaciones, en el entorno socio-cultural y las expectativas individuales ante este evento.

*DOLOR EN  
EL  
PARTO*

Contracciones uterinas

Presión del polo fetal en cuello uterino y zona pélvica

Miedos, ansiedad, inseguridad

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio apuntan a ciertos indicadores que pueden promover un desarrollo integral para todos, especialmente las mujeres.

Dos de estos objetivos son particularmente relevantes para nosotros:

- Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.

- Mejorar la salud materna.

Competencia profesional: las mujeres tienen derecho a recibir atención médica que cumpla con criterios de excelencia, así como una actitud profesional y respetuosa de los profesionales de la salud.



Este aspecto también incluye la renuncia a promover o ejecutar intervenciones que violen los derechos humanos.



La autonomía y confidencialidad de las mujeres: esto incluye el respeto a sus valores y su participación en la provisión de los servicios médicos.



Responsabilidad frente a la comunidad: los profesionales de la salud se involucran en la educación pública, la expansión del acceso a una salud apropiada y la defensa de los derechos de las mujeres en términos de su salud sexual y reproductiva.

# *ROL DEL EQUIPO DE SALUD*

El equipo profesional debe favorecer:

Que la madre pueda adoptar las posiciones que le sean más cómodas.

La deambulación según sus propias necesidades.

La realización de masajes que resulten efectivos sobre todo cuando los aplican la pareja y/o acompañante, a quienes idealmente se prepara durante el período prenatal.

La aplicación de compresas calientes, a temperatura tolerable, en zonas de máxima tensión (ingle, sacro, periné).

La realización de esquemas respiratorios adecuados, que ayudan a la mujer frente al dolor.

El apoyo farmacológico según las posibilidades locales y deseo de la mujer.





- Permitir que las mujeres decidan sobre los métodos para aliviar el dolor, lo que implica decidir si quieren o rechazan el uso de la epidural y, si la desean, en qué momento.
- Que la mujer decida las posiciones para dar a luz y cuándo pujar durante el parto.
- Poder elegir al acompañante durante el alumbramiento.
- Asegurar un cuidado respetuoso y una buena comunicación entre la mujer y el equipo médico.
- Respetar la privacidad y confidencialidad.
- Informar a las madres que no hay una duración estándar establecida de la primera fase del parto, ya que esta puede variar de mujer a mujer.
- No realizar episiotomías a menos que sea realmente necesario.
- Realizar corte tardío del cordón umbilical.
- Practicar el contacto piel con piel durante la primera hora después del parto para prevenir hipotermia y ayudar a iniciar la lactancia.



*gracias*

# BIBLIOGRAFIA

*American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology 2010;112:1-15.*

*Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 59 Suppl:S9.*  
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Analgesia-del-Parto.pdf>

<https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/5098f7032b67219d0ca9da2f69d86815.pdf>

[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)

[https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/Obstetrical analgesia and anesthesia.](https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/Obstetrical%20analgesia%20and%20anesthesia)  
*In: Williams Obstetrics, 24th ed, Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS (Eds), McGraw-Hill Education, New York 2014. p.506.*

*Mårtensson L, Wallin G. Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:633.*

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>