

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA**



**“LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO DE ANALGESIA OBSTÉTRICA EN EL
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA”**

POR:

DR. EFRÉN ANCHONDO PÉREZ

**TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA**

CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, MEXICO

AGOSTO 2024

Dr. Said Alejandro De la Cruz Rey
Secretario de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Chihuahua

Dra. Megny González Ramírez
Jefatura de Enseñanza Médica del Hospital Central del Estado

Dra. Karla Gisela Díaz Renova
Profesora Titular de la Materia de Anestesiología
Del Hospital Central del Estado

Dr. Eduardo Chávez Quezada
Director de Tesis Médico Adscrito de Anestesiología

Dra. Rocío Orozco Zavala
Tutora de Tesis Médica Adscrita de Anestesiología

M en C. Dr. Martín Cisneros Castolo
Profesor Académico Asociado de FM y CB de UACH

RESUMEN

El dolor provocado por el trabajo de parto se ha estudiado a profundidad, y se ha determinado que además de generar estrés psicológico y emocional, tales como estrés postraumático, depresión postparto, genera también alteraciones fisiológicas intensas tales como una importante liberación de catecolaminas, aumento del gasto cardiaco, taquipnea y aumento de la actividad muscular, lo que en conjunto puede comprometer la integridad y poner en peligro la vida del binomio, es por eso que la analgesia obstétrica es un procedimiento en el cual se describen diferentes técnicas con el fin de disminuir al máximo dicho dolor del trabajo de parto para que de esta manera sea una experiencia no traumática para las madres, la analgesia neuroaxial es el método analgésico de predilecto denominado "gold estándar" y resulta más efectivo a cualquier modalidad analgésica; garantizando seguridad y bienestar en todas las fases del parto.

Palabras clave: Analgesia, dolor, estrés, neuroaxial, parto, postparto, obstétrica.

ABSTRACT

The pain caused by labor has been studied in depth, and it has been determined that in addition to generating psychological and emotional stress, such as post-traumatic stress, postpartum depression, it also generates intense physiological alterations such as a significant release of catecholamines, increased cardiac output, tachypnea and increased muscular activity, which together can compromise the integrity and endanger the life of the binomial, that is why obstetric analgesia is a procedure in which different techniques are described in order to minimize the pain of labor so that in this way it is a non-traumatic experience for mothers, neuraxial analgesia is the preferred analgesic method called "gold standard" and is more effective than any analgesic modality; guaranteeing safety and well-being in all phases of childbirth.

Keywords: Analgesia, pain, stress, neuraxial, childbirth, postpartum, obstetric.



**MEDI
CHIHUAHUA**

Chihuahua, Chih. A 02 de AGOSTO del 2024.
Oficio HC/EM507/2024
Asunto: **LIBERACION DE TESIS**

DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY
SECRETARIO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMEDICAS
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA
PRESENTE.-

La que suscribe, Jefa de Enseñanza Médica del Hospital Central del Estado.

HACE CONSTAR

Que el **DR. EFREN ANCHONDO PEREZ**, residente de la especialidad de **ANESTESIOLOGIA** de TERCER Año, entregó en forma su tesis:

“LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO DE ANALGESIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO.”

Así mismo manifiesto que no tiene adeudo alguno en éste Hospital, y después de valorar su caso en el comité de investigación del Hospital se autoriza liberación de su tesis para continuar con sus trámites.

Se expide la presente a petición del interesado para los fines que le convengan, en la ciudad de Chihuahua, Chih. a los 02 días del mes de AGOSTO del 2024.



Megny González Ramírez
ATENTAMENTE
DRA. MEGNY GONZÁLEZ RAMÍREZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA MÉDICA
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
“Dr. Jesús Enrique Grajeda Herrera”
Tel. 614. 429. 33. 00 Ext. 16526 y 16527



SECRETARÍA
DE SALUD

ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

“2024, Año del Bicentenario de fundación del estado de Chihuahua”

Calle Tercera No. 604, Col. Centro, Chihuahua, Chih
Teléfono (614) 429-3300
www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud

ÍNDICE

1.- Introducción.....	1
2.- PROBLEMA A ESTUDIAR.....	2
Marco Teórico	2
Marco Conceptual.....	7
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
Pregunta de investigación.....	13
Justificación.....	13
Hipótesis.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Material y métodos.....	14
4. Grupo de estudio.....	15
Criterios de Selección.....	15
5. Tamaño de la muestra.....	15
6. Selección de la muestra.....	16
7. Variables de Estudio.....	16
Variable dependiente.....	16
Variable independiente.....	17
8. Análisis Estadístico.....	18
9. Recursos: Humanos, Físicos, Financieros, Fuentes de financiamientos.....	18
10. Consideraciones Éticas.....	20
11. Metodología Operacional.....	21
12. Cronograma de Actividades.....	22
13. Sección de resultados.....	23
14. Discusión.....	29
15. Conclusión.....	31
16. Recomendaciones.....	33
17.- Referencias Bibliográficas.....	34
18. Anexos.....	40



1.- Introducción.

La gestión de protocolos o procedimientos en el ámbito de la salud es de vital importancia; nos permiten dar seguimiento al trabajo diario, estandarizar guías diagnósticas y de tratamiento. Son herramientas esenciales para la evaluación del desempeño, comparar resultados y establecer metas.

Abren un panorama de las actividades diarias que se realizan y por lo tanto permitan hacer perfectibles o por lo menos mejorar ciertos pasos del procedimiento. En nuestra institución no contamos con tal protocolo para la selección, manejo y aplicación de analgesia obstétrica, tal falla nos impide proporcionar atención digna y de calidad a la paciente en trabajo de parto.

Por esta razón se ideó este estudio, con el propósito de gestionar la implementación de un protocolo específico que permita tanto al médico anesthesiólogo como al gineco-obstetra, seguir un proceso desde el internamiento hasta la culminación del trabajo de parto y su atención posterior, que disminuya los eventos adversos, complicaciones y que por consiguiente aumente la satisfacción de la paciente.

El dolor de trabajo es innecesario, completamente evitable, compromete la integridad tanto física y mental de la madre y provoca cambios fisiopatológicos en el feto. Es entonces menester tratarlo de forma integral y efectiva.



2.- PROBLEMA A ESTUDIAR.

Marco Teórico

“Era un dolor tan violento que de pronto dejaba de ser dolor para transformarse en una cualidad del ser” **Doris Lessing.**

El trabajo de parto es un proceso fisiológico dinámico y mecánico, con características particulares; su inicio, progreso y término depende de la interacción tres factores; *las fuerzas* (músculo uterino y pared abdominal), *los pasajes* (conjunto de estructuras anatómicas que conforman el canal de parto) y *el pasajero* (el feto), éste último, siendo en extremo susceptible a los efectos depresores de los fármacos y de las diferentes técnicas tanto anestésicas como analgésicas que se puedan implementar. Lo antes mencionado desencadena **dolor** con características, intensidad y comportamiento peculiares, se identifican en éste, dos componentes; **visceral** (principalmente difuso, provocado por las contracciones uterinas y la dilatación cervical) y **somático** (durante el periodo expulsivo siendo más intenso, asociado al estiramiento de los tejidos blandos perineales. Cada uno de estos componentes supone un requerimiento farmacológico distinto para su control, cada técnica que se pretenda utilizar para este propósito tendrá que mantener en todo momento la integridad física y fisiológica *materno-fetal*. ^{(1) (2) (5)}

Históricamente el dolor provocado por el trabajo de parto ha sido estigmatizado, es bien visto y esperado su padecer, esto dentro de un contexto sociocultural, pero también dentro de uno médico-científico. Los métodos analgésicos durante el trabajo de parto fueron considerados, en su momento, como perjudiciales y moralmente inaceptables. Actualmente el dolor de trabajo de parto se ha estudiado a profundidad, así se concluye, que no sólo provoca **estrés psicológico y emocional** (trastorno de estrés postraumático, depresión postparto), además provoca **alteraciones fisiológicas intensas** que afectan tanto a la madre como a el feto. Desencadena la aparición de:



1) Importante incremento y liberación de catecolaminas, que a su vez compromete la efectividad de las contracciones uterinas y del flujo sanguíneo uterino.

2) Aumento del gasto cardíaco, que consecuentemente aumenta la precarga y el consumo metabólico de oxígeno miocárdico, lo cual puede ser catastrófico en pacientes con cardiopatía previa.

3) Taquipnea y aumento de la actividad muscular, que conlleva a alcalosis respiratoria y/o acidosis metabólica, aumento de requerimiento metabólico y deshidratación. Y como se mencionó antes, todo lo anterior es en detrimento del binomio, provocando de igual manera; hipoxia fetoplacentaria y acidosis fetal. ^{(5) (8)}

Por todo esto, el dolor de trabajo de parto no es beneficioso ni ofrece ventajas, y tiene que ser manejado de manera oportuna e integral, por razones humanitarias, éticas y médicas. Es tiempo que el estigma de que el dolor obstétrico es “**aceptable o permitido**”, sea borrado de la mente tanto del Gineco-obstetra como de la del Anestesiólogo. Es aquí donde entra la **Analgésia Obstétrica**, de la cual se describen diferentes técnicas durante el transcurrir de los años. Un principio básico en la anestesia y analgesia obstétrica dice: “La selección del método y la técnica depende en todo momento de la condición obstétrica y del estado físico del binomio”(Carrillo Esper & Rivera Flores, 2006). La verdadera y única indicación para administrar analgesia obstétrica es el dolor de la paciente, independientemente de otros factores, siempre individualizando el método según la condición clínica de la paciente y el feto. ^{(3) (11)}

Como menciona Manrique Muñoz, et al ⁽³⁾ “La analgesia neuroaxial; es el método analgésico de elección (“*gold standard*”) y resulta superior a cualquier modalidad analgésica; es seguro y efectivo en todas las fases del parto”. En lo que respecta a la técnica: se coloca a la paciente en decúbito lateral, se ubica el espacio intervertebral (ya sea, L4-L5 o L3-L4), se localiza el espacio peridural (técnica de pérdida de resistencia o uso de solución salina) y por ultimo se coloca un catéter número 18 – 16 para infusión del anestésico. ⁽⁴⁾



Tabla 1. Métodos analgésicos para el trabajo de parto

Métodos no farmacológicos	
Eficacia demostrada	Apoyo durante el parto
Eficacia variable	Inyección dérmica de suero estéril
	Inmersión en agua
Eficacia poco documentada	Psicoprofilaxis
	Hipnosis
	Acupuntura
Ineficacia demostrada	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea(TENS)
Métodos farmacológicos	
Analgésia neuroaxial	Analgésia epidural
	Analgésia combinada espinal-epidural
Analgésia parenteral	Remifentanilo
	Meperidina
Analgésia inhalatoria	Óxido nítrico
	Sevoflurano a bajas dosis
Analgésia local	Bloqueo paracervical
	Bloqueo pudendo

(Manrique Muñoz, S. M., & Guasch Arévalo, E. G., 2016).

La paciente obstétrica requiere analgesia individualizada, selectiva y balanceada, ya sea, espinal, peridural o combinada. Debemos atender actualmente, a administrar tal analgesia evitando efectos adicionales, que no sean los deseados.

(2)

Cabe destacar que la aplicación de analgesia obstétrica peridural no afecta el número de cesáreas realizadas (no aumenta índice de cesáreas) ni disminuye los valores de APGAR neonatal. Independiente a esto se ha encontrado fuerte asociación con el aumento en la incidencia de parto instrumentado, que está relacionado con el tipo y dosis de fármacos utilizado en el periodo expulsivo, no es necesariamente dependiente de la técnica, sino de la experiencia del médico anestesiólogo. Sin embargo, a pesar de tener buena eficacia y margen de error, como toda técnica, no está exenta de complicaciones. Estas las podemos dividir en aquellas que se presentan durante el peri-parto: distribución inadecuada del anestésico en el espacio peridural, que resultaría en lateralización de la analgesia



(16,4%), punción hemática (8,7%), parestesias (8,2%), múltiples punciones/dificultad en realizar la técnica (5,2%), analgesia ineficaz (2,7%), hipotensión (2,5%), y en aquellas que se presentan en el postparto; lumbalgia (18,5%), retención urinaria (3,4%), cefalea post-punción dural (1,4%) y neuropatías periféricas (0,9%).

(3) (4)

Hemos mencionado ya, las ventajas y beneficios de la administración de analgesia durante el trabajo de parto, lo que sobrepasa la posible presencia de efectos deletéreos o eventos adversos por aplicación de la misma, pero independiente esto, hay ciertas circunstancias que privan o contraindican el llevar a cabo tal técnica.

Contraindicaciones para Analgesia Epidural y Espinal.

- **Negación de la paciente o imposibilidad para su cooperación.**
- **Aumento de la presión Intracraneal secundaria a la presencia de tumoración.**
- **Infección de tejidos blandos o piel en el sitio de punción.**
- **Franca coagulopatía.**
- **Anti-coagulación farmacológica reciente.**
- **Hipovolemia.**
- **Poca experiencia o entrenamiento inadecuado en ejecución de la técnica.**
- **Recursos insuficientes (personal, equipo, etc.) para monitoreo y resucitación.**

(Chestnut, 2014)

“Todo lo que hacemos es un proceso” ...Pitágoras.



La gestión, protocolización de esquemas de actuación médica, estandarización de procedimientos, y el cambio en hábitos del quehacer diario de los profesionales de la salud, siempre es muy complicado.

Siempre en la implementación de los mismos existirá renuencia al cambio, incertidumbre y problemas de adaptabilidad, a pesar de adecuar cambios materiales y estructurales. Este fenómeno impactará en la relación médico – paciente, sobre todo en aquellos elementos que presenten un “duelo” más intenso al cambio, resultará sobre todo en quejas e inconformidad por parte del paciente. Podemos hablar de la “Gestión de Procesos” como el elemento central de la mejora continua en la calidad de la atención. Dentro del ámbito de la salud, se ha acuñado diferente terminología para describir tal gestión, podemos hablar de; protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas, vías críticas, cuidados estandarizados, circuitos asistenciales, diagramas matriciales, mapas de procesos, etc. Pero todos son parte del mismo concepto y podemos denominarles genéricamente como **“Gestión y mejora de procesos”**. Suponen orden lógico y secuencial de las tareas, para obtener los resultados buscados, necesarios y satisfactorios según la encomienda.

Se fundamenta en la visión que otorga en conjunto, de las actividades y de las herramientas con las que podemos actuar controlando, mejorando o incluso rediseñando el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los pacientes y de acuerdo a los recursos e infraestructura de nuestra institución. Es aquí donde radica la importancia de implementar en nuestro medio hospitalario, un proceso de atención que no sólo es necesario, además es normativo y auditable. La intención del establecimiento de tal protocolo es el disminuir en medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer indicaciones médicas, quirúrgicas y en este caso el manejo analgésico de la paciente en labor de parto. El objetivo de la gestión de procesos o protocolos en el sector salud sigue siendo contestar a la pregunta:



¿Son satisfactorios los cuidados que prestamos en nuestros centros de salud y hospitales?, y para demostrar esto hay que darle substancia y ponerlo en número, lo cual es la intención de este estudio. ^{(6) (7) (13)}

Marco Conceptual.

Los cambios sociales y económicos durante el siglo XX, junto con el avance de la ciencia y las tecnologías sanitarias, impulsaron el desarrollo de un enfoque más tecnológico del proceso de nacimiento. Durante este siglo, se construyeron modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que se fueron implantando en la atención sanitaria, y la asistencia al parto ha permanecido bajo esta influencia, iniciándose así una etapa de creciente medicalización. Sin embargo, a finales del siglo XX, la Organización mundial de la salud (OMS) instó a revisar este modelo porque no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Siguiendo estas recomendaciones, se produjo un cambio en la asistencia a la mujer gestante, donde se intenta atender a los factores individuales, así como los familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, valorando aspectos como el estado emocional, y el sentido de la dignidad y autonomía durante el parto ^{(20) (21)}. En esta línea, han surgido iniciativas para otorgar mayor libertad a la mujer sobre cómo vivir esta experiencia de manera más satisfactoria para ella, propiciando su participación en decisiones relativas a su atención durante el proceso de parto. Ante esta realidad, es fundamental conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de parto y puerperio inmediato en el entorno hospitalario, pues la satisfacción percibida con la atención durante el parto y el puerperio permite identificar áreas de mejora en nuestra atención clínica diaria, así como incrementar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y sus familias ^{(19) (22)}.

En este Hospital Central del Estado, durante el año 2022, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos:



TABLA GENERAL

Unidad médica	Especialidad	Tipo de anestesia	Procedimientos
CHIHUAHUA	Gineco obstetricia	GENERAL	117
		REGIONAL	2,606
		SEDACIÓN	260
		LOCAL	1,130
		COMBINADA	12
		NO USÓ	10,237
		Total	14,362
	Total		14,362

PROCEDIMIENTOS

Unidad Médica	Especialidad	Tipo de parto	Tipo de anestesia	Procedimientos
CHIHUAHUA	Gineco obstetricia	No aplica	GENERAL	72
			REGIONAL	380



			SEDACIÓN	212
			LOCAL	22
			COMBINADA	11
			NO USÓ	2,199
			Total	2,896
		Eutócico	GENERAL	16
			REGIONAL	412
			SEDACIÓN	38
			LOCAL	1,077
			NO USÓ	4,992
			Total	6,535
		Distócico Vaginal	GENERAL	1
			REGIONAL	13
			SEDACIÓN	6
			LOCAL	16
			NO USÓ	65
			Total	101
		Cesárea	GENERAL	28
			REGIONAL	1,801
			SEDACIÓN	4



			LOCAL	15
			COMBINADA	1
			NO USÓ	2,981
			Total	4,830
		Total		14,362
	Total			14,362
Grand Total				14,362

DESGLOSE

Unidad médica	Especialidad	Tipo de parto	Tipo de atención obstétrica	Tipo de anestesia	Procedimientos
CHIHUAHUA	Gineco obstetricia	No aplica	N/A	GENERAL	46
				REGIONAL	239
				SEDACIÓN	17
				LOCAL	6
				COMBINADA	11
				NO USÓ	1,410
				Total	1,729
			Aborto	GENERAL	26
				REGIONAL	141



				SEDACIÓN	195
				LOCAL	16
				NO USÓ	789
				Total	1,167
			Total		2,896
		Eutócico	Parto	GENERAL	16
				REGIONAL	412
				SEDACIÓN	38
				LOCAL	1,077
				NO USÓ	4,992
				Total	6,535
			Total		6,535
		Distócico Vaginal	Parto	GENERAL	1
				REGIONAL	13
				SEDACIÓN	6
				LOCAL	16
				NO USÓ	65
				Total	101
			Total		101
		Cesárea	Parto	GENERAL	28



			REGIONAL	1,801
			SEDACIÓN	4
			LOCAL	15
			COMBINADA	1
			NO USÓ	2,981
			Total	4,830
		Total		4,830
	Total			14,362
	Total			14,362
Grand Total				14,362

De los datos obtenidos, las pacientes que no recibieron ninguna clase de atención para el parto representan el 71.27% del total de pacientes que fueron atendidas en este hospital, lo cual es una cifra alarmante ya que corresponde a casi 3 cuartas partes del total de pacientes, y acorde a lo que hemos mencionado con

antelación, recalcando que la analgesia obstétrica es un derecho al cual tiene acceso toda paciente obstétrica que cumpla con los requisitos físicos y laboratoriales, así como de su consentimiento, aquí nos encontramos ante una problemática de otra índole: la falta de información a las pacientes, quienes en muchas ocasiones ignoran completamente que pueden beneficiarse al ser candidatas para una analgesia obstétrica.

Son muchos los factores que intervienen e interfieren con una correcta atención hospitalaria, la falta de disposición por parte del personal médico y



enfermería, la carga de trabajo que en ocasiones sobrepasa a la capacidad hospitalaria de esta Institución y la falta de conocimiento por parte de la población,

todo lo anterior contribuye de manera directa que la atención medica no se incluya de manera rutinario a una analgesia obstétrica a todas aquellas pacientes que se encuentran en trabajo de parto activo o bien que se someterán a una inducto-conducción del trabajo de parto, logrando con esto una verdadera atención integral a la paciente embarazada.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Pregunta de investigación.

¿La implementación de un protocolo para estandarizar el manejo y aplicación de analgesia durante el trabajo de parto permitirá aumentar la cantidad de analgesias obstétricas aplicadas a pacientes en trabajo de parto o sometidas a inducto-conducción del trabajo de parto?

Justificación.

Según la información proporcionada por el Departamento de Estadística de nuestro hospital en el año 2022 de atendieron 6535 partos de los cuales sólo a 1527 llegaron a término con analgesia adecuada (23.36%), dichos datos obtenidos son alarmantes. Este panorama es más que inaceptable, según estándares internacionales más **70% de los partos** deberían ser conducidos con analgesia adecuada, esta práctica mejora la evolución del mismo (menor estancia intrahospitalaria) así como su desenlace (menor incidencia de complicaciones), aumenta la satisfacción de las pacientes y resulta en menor número de quejas y conflictos. Y que mayor justificación de implementar un protocolo que no existe y que no hay antecedente del establecimiento de algo similar en nuestra institución, pero que sin dudas es normativo y es motivo de sanción su inexistencia. Contamos con personal específico para la atención de estas pacientes, con insumos y recursos adecuados. Es necesario de igual manera acabar con el estigma de que el dolor de



parto es necesario y debe ser permitido, el hacer esto es una mala práctica y debe ser erradicada ⁽²⁴⁾.

Hipótesis.

- **Hipótesis alterna:**

- La implementación de un protocolo para estandarizar el manejo y aplicación de analgesia obstétrica aumentara la cantidad de analgesias obstétricas aplicadas en las pacientes durante el trabajo de parto.

- **Hipótesis nula:**

- La implementación de un protocolo para estandarizar el manejo y aplicación de analgesia obstétrica no aumentara la cantidad de analgesias obstétricas en las pacientes durante el trabajo de parto.

Objetivo general.

Aumentar la cantidad de analgesias obstétricas aplicadas en las pacientes atendidas bajo la implementación del protocolo en el área de toco-cirugía durante su trabajo de parto.

Objetivos específicos.

- Determinar características socio-demográficas de las pacientes.
- Desarrollar operatividad y normatividad del protocolo.
- Emitir recomendaciones para la mejora en la atención de la paciente.

Material y métodos.

1. Tipo de estudio

Experimental.

2. Diseño de estudio.

Ensayo clínico, aleatorizado, abierto.



3. Población de estudio.

Pacientes que ingresen al área de Tococirugía del Hospital Central del Estado, específicamente al área de labor, ya se programadas para inducto-conducción o durante el trabajo de parto.

4. Grupo de estudio.

Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión.

- Pacientes que ingresen al área de labor para inducto-conducción o durante el trabajo de parto.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que contesten encuesta.

Criterios de Exclusión.

- Paciente en las que este contraindicada la punción lumbar, ya sea por deformidades en la columna, coagulopatías, masa cerebral que condicione a hipertensión endocraneana o infección de piel y tejidos blandos en el lugar de la punción.
- Pacientes en estado de choque hipovolémico.
- Pacientes programadas para operación cesárea.
- Paciente analfabeta.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes a las que se les realice cesárea de urgencia.
- Pacientes con complicaciones de trabajo de parto (distocias o parto instrumentado).
- Falta de información o llenado inadecuado de la encuesta.

5. Tamaño de la muestra.

- Nivel de confianza – 95%.



- Poder de la prueba – 80%.
- Proporción de sujetos a estudiar:

	Aplicación	No aplicación
Si protocolo	90%	10%
No protocolo	60%	40%

- Tamaño de muestra = 94 pacientes.

6. Selección de la muestra.

No Probabilística. Con técnica consecutiva incluyendo a las pacientes conforme vayan llegando y vayan cumpliendo los criterios de selección.

ASIGNACION ALEATORIA

- Se realización de números aleatorios.

7. Variables de Estudio.

Operacionalización de variables.

Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
PROTOCOLO	Documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud y se usan en aspectos críticos que	1.- Aplicado 2.- No aplicado	Nominal



	exigen apego total a lo señalado.		
--	-----------------------------------	--	--

Variable independiente

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos	Razón
Peso	Volumen de un cuerpo expresado en kilogramos.	Kilogramos	Razón
Talla	Altura medida en cm desde el vértex hasta los pies.	Cm	Razón
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre el peso y talla de un individuo.	Kg/m ²	Razón
Número de embarazos	Número de gestaciones que llegaron a término y se mantiene producto vivo.	Gestas	Razón
Situación laboral	Si cuenta con trabajo u ocupación viable.	1.- Si 2.- No	Nominal
Nivel de estudios	A qué grado de escolaridad	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria	Ordinal



	completo de forma íntegra	4.- Universidad	
--	---------------------------	-----------------	--

8. Análisis Estadístico.

- 1.- Análisis univariado proporciones simples y relativas de las variables dicotómicas y de las continuas medidas de tendencia central y de dispersión.
- 2.- Análisis bivariado riesgo relativo, intervalos de confianza 95% χ^2 valor de la p, t de Student para muestra pareadas y t de Student para muestras independientes.
- 3.- Análisis multivariado; análisis estratificado y modelo de regresión logística múltiple.

9. Recursos: Humanos, Físicos, Financieros, Fuentes de financiamientos.

Recursos humanos:

1. Anestesiólogos de base (4).
2. Residentes de Anestesiología (7).
3. Ginecólogo de base (4).
4. Residentes de Ginecología y Obstetricia (10).
5. Enfermeras (3 en el área de labor por turno).
6. Director de tesis (1).
7. Asesores de tesis (1).

La presente investigación se realizó con la colaboración de los residentes de anestesiología, adscritos de anestesiología, personal de enfermería en el área de labor y tococirugía.



Recursos Físicos:

Hojas de registro:

- Analgesia obstétrica.
- Parto gramá.
- Consentimiento informado (3; internamiento, anestesia, estudio).

Sala de Labor:

- 10 camas.
- 10 monitores para seguimiento continuo de signos vitales.
- 5 cardio-tocógrafos.

Sala de Expulsión:

- 2 camas.
- 2 máquinas para administrar anestesia.
- 2 monitores para seguimiento continuo de signos vitales.
- 2 servo cunas.

Material e Insumos:

- Equipo para anestesia epidural, marca *DURAL III*.
- Anestésicos locales (lidocaína, bupivacaína).
- Opioides (fentanilo).
- Yodopovidona.
- Gasas.
- Jeringas.
- Guantes estériles.
- Equipo de bloqueo espinal/epidural.



Durante el estudio se contó con las instalaciones del Hospital Central Universitario del Estado de Chihuahua, así como los materiales y fuentes primarias de información del expediente clínico.

Material e Insumos por paciente:

- Equipo para anestesia epidural, marca *DURAL III*; \$ 286.17
- Anestésicos locales; bupivacaína = \$ 44.00, lidocaína= \$ 65.00
- Opioides (fentanilo); \$68.30
- Yodopovidona; 1L = \$ 250.00
- Gasas; \$27.50
- Jeringas; 5cc = \$6.00, 10cc = \$13.00, 20cc = \$17.00
- Guantes estériles; 2 pares = \$18.00
 - Total: \$794.97

Los gastos del presente estudio fueron cubiertos por la dependencia de afiliación del paciente sin generar costos adicionales para el paciente o la institución.

10. Consideraciones Éticas.

Este protocolo cumple con los lineamientos de la FDA y a los estatutos en materia de investigación de la Ley General de Salud, los cuales establecen que no se debe de retirar el tratamiento establecido bajo alguna Norma o Guía de práctica clínica para fines de investigación. Al ser un ensayo clínico, este protocolo será sometido al Comité de Investigación y al Comité de Ética.

Nos apegaremos a las normas éticas de toda investigación biomédica, según la declaración de Helsinki y al artículo 17 del reglamento de investigación en seres humanos de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, fracción II.

Se explicará a cada uno de los pacientes los pasos y procedimientos del estudio, así como riesgos y beneficios, tanto en forma verbal como por escrito y se solicitará el consentimiento informado para su participación.



El posible beneficio es poder identificar una alternativa segura y eficaz para proveer a nuestras pacientes una adecuada analgesia obstétrica, y además disminuir efectos adversos por otras terapéuticas.

Se garantizará la confidencialidad de los datos, cumple con la NOM-004 del expediente clínico y ley de transparencia de los datos personales.

11. Metodología Operacional.

Se ingresará a la paciente por Admisión independientemente si se encuentra programada para inducto-conducción o si acude por presentar trabajo de parto. Se internará en el área de tococirugía, específicamente en la sala de labor, dónde, se le abrirá expediente, se canalizará una vena periférica de adecuado calibre y se iniciará monitoreo continuo de los signos vitales, así como de la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina. Posterior a esto se ofertará la aplicación de la analgesia obstétrica, dando a conocer a la paciente beneficios, riesgos y potenciales complicaciones inherentes al procedimiento, así como las características del mismo y como se procederá para su aplicación. Se iniciará el procedimiento sólo y mientras se tengan los consentimientos debidamente llenados y firmados.

El siguiente paso es colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo, descubriendo la espalda, se realiza asepsia y antisepsia de la zona a puncionar (zona lumbar supra yacente a las vértebras L3, L4 y L5), se procede a puncionar con aguja 22G la piel y ligamentos propios de la columna vertebral aplicando anestésico local, posterior a esto se realiza punción con aguja Tuohy #17 en la zona previamente anestesiada hasta llegar a los ligamentos intervertebrales y que la aguja se encuentre fija; se procede al avance de la aguja al momento de realizar presión con el embolo de una jeringa especial para percibir pérdida de resistencia, cuando esta se logra se introduce catéter peridural de 3 a 5 cm en posición cefálica, se realiza marcaje del mismo con lidocaína al 2% + epinefrina, si no se obtiene alteración hemodinámica (taquicardia o hipertensión), se procede a la fijación del catéter y se por terminado el procedimiento.



La dosis subsecuente de anestésico y narcótico dependerá de la evolución de cada paciente. Durante el puerperio inmediato se otorgará a la paciente la encuesta de satisfacción y se dará apoyo para el llenado adecuado de la misma.

12. Cronograma de Actividades.

	Julio 2023	Agosto 2023	Septiembre 2023	Noviembre 2023	Noviembre 2023	Diciembre 2023	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Marzo 2023	Marzo 2023
Inicio de Anteproyecto	X										
1ª revisión		X									
Corrección final		X									
Entrega al comité local de investigación			x								
Inicio real del estudio				x							
Recolección de datos Captura de datos				x	x	x					
Análisis de datos						x	X				
Resultados preliminares							X	X			
Conclusiones y recomendaciones									X		
Informe final										x	
Presentación en evento académico											x



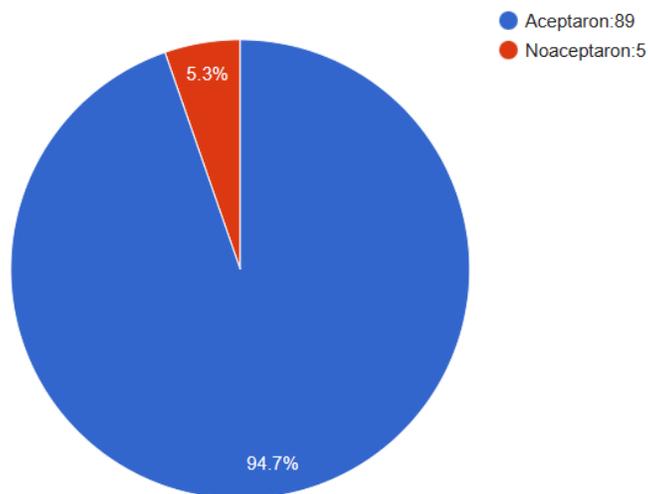
13. Sección de resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el presente estudio los cuales consisten en una muestra de 94 pacientes, de los cuales el 94.69% acepto la analgesia obstétrica, demostrándose el alto índice de aceptación de dicho procedimiento, por lo que la implementación de este protocolo de analgesia obstétrica de manera como parte del abordaje y tratamiento de las pacientes en trabajo de parto y/o programadas para inducto-conducción del trabajo de parto representa una mejora considerable en la calidad de atención de dichas pacientes.

Pacientes totales

Característica del paciente	Número de pacientes	Porcentaje
Acepto analgesia	89	94.69%
No acepto analgesia	5	5.31%

Pacientes totales de la muestra





Características generales de las pacientes.

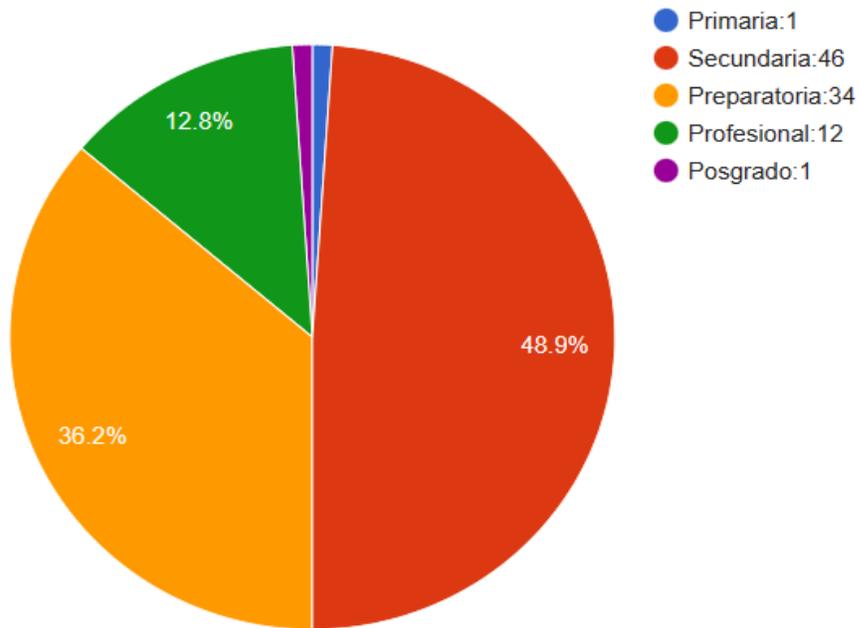
Las características de las pacientes que se muestran a continuación representan a una población en edad reproductiva, con parámetros antropomorfos en un promedio adecuado para la población de nuestro Estado de Chihuahua, con una media de pacientes jóvenes de 22 años, con peso y talla adecuados para la edad.

Característica	Media (SD)	Min-Max
Edad	22.2 Años (4.5)	18-36
Peso	76.3 Kg (6.44)	61-69
Talla	157 Cm (4.43)	150-170

Escolaridad de las pacientes

El nivel de estudios de las pacientes objeto del presente estudio, se observa que casi el 50%, tiene estudios de nivel medio, y tan solo el 12.8% tienen una carrera profesional, lo que demuestra que la mayoría población de pacientes que se atienden en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Estado, no cuentan con una preparación académica de nivel profesional y con un porcentaje casi mínimo con un nivel de posgrado.

Grado de escolaridad	Número de pacientes	Porcentaje
Primaria	1	1.1%
Secundaria	46	48.9%
Preparatoria	34	36.2%
Profesional	12	12.8%
Posgrado	1	1.1%



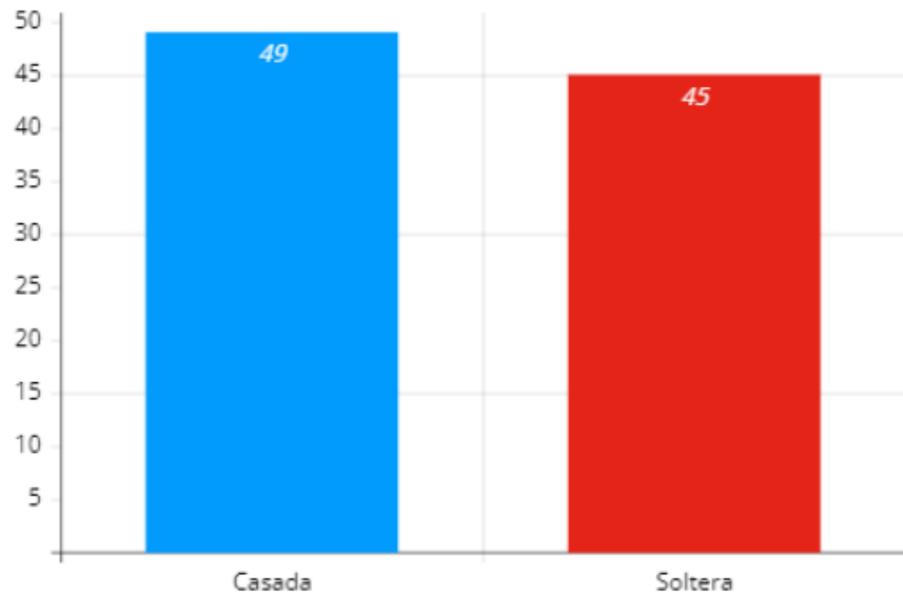
Estado civil de las pacientes

En lo que respecta al estado civil de las pacientes que formaron parte del presente estudio podemos observar que el 52.1 son casadas, representando un poco más de la mitad del total de la muestra total, lo que es relevante debido que el núcleo familiar es fundamental para el desarrollo de una persona adecuado, y que le permita crecer en un ambiente familiar de manera correcta.

Estado civil	Número de pacientes	Porcentaje
Casada	49	52.1%
Soltera	45	47.9%



Estado civil



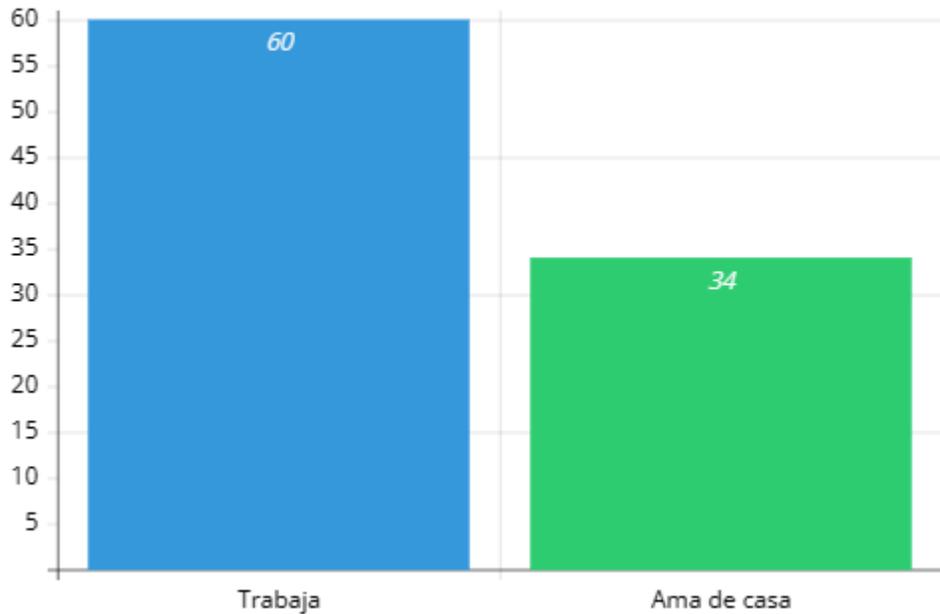
Ocupación de las pacientes

La situación laboral hoy en día, es equitativa para el hombre y la mujer incluso cuando las mujeres tienen hijos, como se puede observar, el 63.8%, es decir, más del 50% del total de las pacientes, tienen un trabajo y por lo tanto contribuyen económicamente al sustento del hogar.

Ocupación	Número de pacientes	Porcentaje
Ama de casa	34	36.2%
Trabaja	60	63.8%



Ocupación



Características en los grupos que aceptaron y no aceptaron la analgesia.

A continuación, se muestra una tabla comparativa entre las pacientes, tomado en cuenta su estado civil y su situación laboral, y la correlación que existe respecto a la aceptación de la analgesia obstétrica.

Características	Aceptó analgesia	No aceptó analgesia	p
Estado civil			
Casada	49	0	0.022
Soltera	40	5	
Ocupación			
Ama de casa	31	3	0.348
Trabaja	58	2	

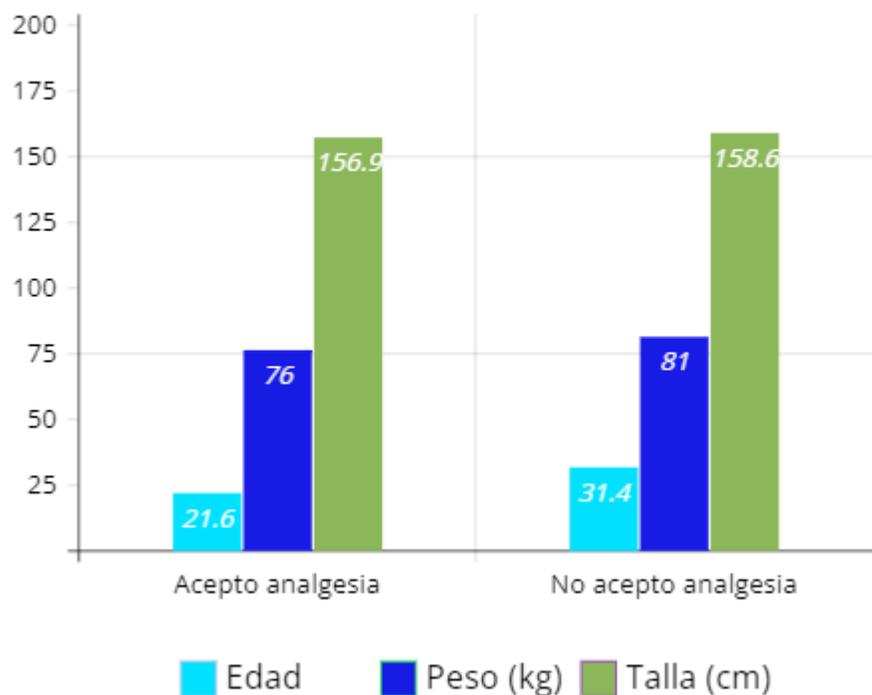


Comparación de características entre ambos grupos de pacientes

En la siguiente tabla se observan las características físicas y su correlación con la aceptación de la analgesia obstétrica,

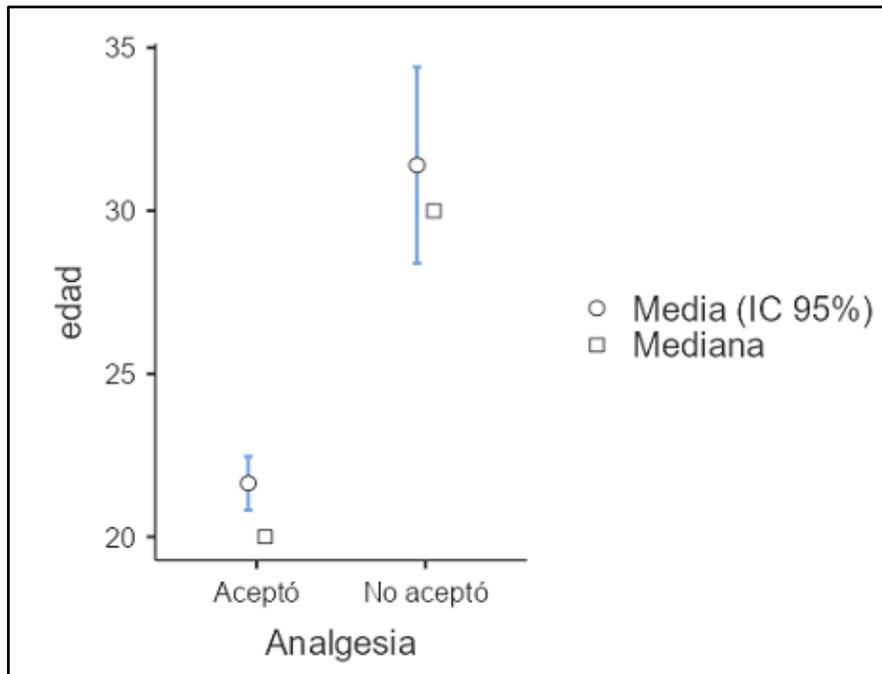
Característica	Aceptó analgesia	No aceptó analgesia	p
Edad	21.6	31.4	.001
Peso	76	81	.22
Talla	156.9	158.6	.4

Características entre ambos grupos





Grafica de comparación entre los grupos que aceptaron y no aceptaron analgesia respecto a la edad



14. Discusión

Dentro de todos los aspectos que existen para valorar la correcta atención de las pacientes en trabajo de parto o inducto-conducción del trabajo de parto, una labor de carácter trascendental consiste en garantizar el bien estar de las pacientes durante todo el tiempo que permanezcan en trabajo de parto y durante su estancia hospitalaria, para lograr lo anterior el personal de salud está obligado a brindar una serie de servicios mediante la atención correcta como prestadores de servicios de salud que son, siendo una de estas tareas la del control del dolor de las pacientes



que se encuentran en trabajo de parto, dicha labor, recae específicamente en el médico anesthesiólogo, ya que siendo el encargado de manejar el dolor en los pacientes debido a que cuenta con el entrenamiento y conocimientos especializados en esta área, recae en el la responsabilidad y obligación de salvaguardar el bien estar de las pacientes, controlando correctamente el dolor que puedan llegar a presentar en cualquier momento durante su trabajo de parto, y durante todo el tiempo que permanezcan en el hospital.

Desde hace ya varias décadas, se estableció que toda paciente embarazada tiene derecho a que se le otorgue el servicio de la analgesia obstétrica como un beneficio al cual es acreedora, de tal manera que su experiencia en el trabajo de parto no se traumática, o bien poco placentera, sin embargo, desafortunadamente, ese beneficio no se ofrece de manera rutinaria como parte de un protocolo de abordaje a dichas pacientes, debido a razones que son difíciles de exponer, siendo entre otras: la falta de personal capacitado, la falta de personal suficiente, la falta de insumos, la falta de conocimientos por parte de los pacientes sobre el tema, la falta de interés por parte del personal médico, entre otras, de tal manera que conforme el tiempo transcurre se hace una costumbre negativa de no ofrecer ese servicio, y por consiguiente las pacientes al desconocer que cuentan con ese derecho no lo solicitan y al final su experiencia en cuanto al trato hospitalario y en cuanto al proceso de parto no es satisfactoria debido a que presentaron un dolor constante y con una magnitud muy elevada y que no se atendió de manera adecuada o simplemente no se hizo de ninguna manera.



En este estudio, se realizó una investigación con el propósito precisamente de comprobar que al ofrecer la analgesia obstétrica de manera rutinaria con un protocolo establecido, y como parte de un abordaje integral de las pacientes embarazadas en trabajo de parto activo y/o programadas para inducto-conducción del trabajo de parto, la aceptación de las pacientes de este procedimiento sería positiva en un porcentaje alto, permitiendo así poder ser atendidas de un modo digno y correcto tratando y manejando el dolor correctamente en todas y cada una de las etapas del trabajo de parto y durante toda su estancia hospitalaria.

La intención del presente trabajo de investigación tiene como objetivo establecer un protocolo de una analgesia obstétrica, que sea ofrecido como parte de un tratamiento completo e integral, que se les debe de brindar a las pacientes embarazadas, las cuales independientemente de su situación laboral, económica, académica y social, y aun desconociendo que son acreedoras de dicho derecho, se les debe de ofrecer sin excepción alguna.

15. Conclusión

La analgesia epidural consiste en un procedimiento, para el cual quien lo va a realizar necesita contar, con el conocimiento y entrenamiento necesario para poder realizarlo de manera correcta y satisfactoria, siempre salvaguardando la salud, así como la integridad de las pacientes, teniendo en cuenta que se ha realizado una valoración anestésica previamente a cada una de las pacientes a quienes se les va



A realizar a todas las pacientes que fueron participes en el presente estudio de investigación, una vez que se confirmó que reunieron los criterios adecuados como candidatas a la realización del procedimiento se les explico previamente en que consiste el procedimiento de la analgesia obstétrica, se les explico cual es su finalidad y los beneficios que representa; así como también, se les explicó los riesgos que representa, la aceptación por parte de las pacientes fue casi de la totalidad de aquellas a quienes se les ofreció, independientemente de su preparación académica, cultural, situación civil o laboral, debido a que en cuanto lograban entender que la finalidad del procedimiento era disminuir y controlar el dolor, su reacción era positiva casi de inmediato, demostrando de esta manera que el dolor que las pacientes pueden sufrir durante el trabajo de parto puede alcanzar una intensidad difícil de explicar incluso por ellas mismas, ya que como es necesario recordar, el dolor es algo subjetivo y cada persona lo percibe y lo tolera de una manera diferente, sin embargo, no por esto nadie es capaz de minimizar la intensidad del dolor que otra persona manifiesta tener.

La aceptación del procedimiento de la analgesia obstétrica que se evidencia en el presente estudio hace constar que es fundamental que se ofrezca de manera rutinaria para de esta manera poder ofrecer un servicio digno y calidad todas aquellas pacientes que sean atendidas en el Hospital Central del Estado de Chihuahua debido a que desafortunadamente no existe hasta este momento la oferta de dicho servicio aun a pesar de que el hospital cuenta con la infraestructura y personal con la capacitación adecuada para poder hacerlo.



16. Recomendaciones

A los médicos ginecólogos, para que hagan del conocimiento de las pacientes de que existe el procedimiento de la analgesia obstétrica.

A las pacientes, que se documenten lo mas posible acerca de cómo serán atendidas en el hospital y que pregunten si existe algo para que no tengan tanto dolor durante le parto.

A los médicos anesthesiólogos, para que comenten con los médicos ginecólogos para que en conjunto ofrezcan el servicio de la analgesia obstétrica.

A las autoridades u directivos del Hospital Central del Estado de Chihuahua, para que estén contacto con el área de Tococirugía, y estén al tanto de la manera en la cual se está atendiendo a las pacientes en dicha área.

Al departamento de Anestesiología, para que se comience a realizar estos procedimientos de manera rutinaria.

Al director del Hospital Central del Estado de Chihuahua, para que contemple la posibilidad de crear un puesto de medico anesthesiólogo específicamente para la aplicación de analgesias obstétricas.

A los médicos residentes de anestesiología, para que estén en comunicación con sus maestros y médicos adscritos y propongan la realización de analgesias obstétricas.



17.- Referencias Bibliográficas.

1. Casillas-Sánchez DB, Zepeda-López DVA. Artículo de Revisión Analgesia Obstétrica Moderna. 2009;21(1):11. Disponible en: https://www.academia.edu/18358816/Analgesia_Obstetrica_Moderna
2. Carrillo Esper R, Rivera Flores J. Anestesiología en ginecología y obstetricia. Clínicas Mexicanas de Anestesiología. 2006;27(7):45. Disponible en: <https://editafil.com/producto/anestesiologia-en-ginecologia-y-obstetricia-clinicas-mexicanas-de-anestesiologia-vol-1/>
3. Manrique Muñoz SM, Guasch Arévalo EG. Actualización de los protocolos asistenciales de la Sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR. 2016:156. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/2017-protocolos_sedar-2a_edpdf.pdf
4. Gomezese OF, Ribero BE. Analgesia obstétrica: situaciones actuales y alternativas. Rev Colomb Anestesiol. 2017;45(2):132-135. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472017000200010
5. Chestnut D. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 5th ed. Elsevier Saunders; 2014:42. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/chestnuts-obstetric-anesthesia-principles-and-practice/chestnut/978-1-4557-4866-2>
6. Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y



- seguridad. 2007;14(8):123-130. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000200005
7. Quintana MV, et al. SATISFACCIÓN Y CALIDAD EN ANALGESIA DEL PARTO. Anest Analg Reanim [online]. 2013;26(2):6-6. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000200006
8. Datta S, et al. Obstetric Anesthesia Handbook. DOI 10.1007/978-0-387-88602-2, C Springer Science+Business Media, LLC 2005:336-343. Disponible en: <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-2828-adf7bb09df.pdf>
9. Salinas PH, et al. Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(2):103-108. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200007
10. Reynolds F. Labour analgesia and the baby: Good news is no news. Int J Obstet Anesth. 2011;20(1):38-50. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21146977/>
11. Martínez SL. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Gestión Clínica. 2019;65(5):310-321. Disponible en:
https://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
12. Andalucía, Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2001:8(5):145-153. Disponible en:



https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c952f3_guia_diseno_primera.pdf

13. URIBE T, Claudia; CONTERAS M, Aixa y VILLARROEL D, Luis. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2014, vol.79, n.3 [citado 2024-03-20], pp.154-160. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000300002&lng=es&nrm=iso
14. Muñoz-Sellés E, Goberna-Tricas J, Delgado-Hito P. La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: Conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. 2020;8(4):214-222. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-153568>
15. Hospital Regional Universitario de Málaga. Manejo del Dolor Perioperatorio en la UGC de Obstetricia y Ginecología. 2019;19(6):221-225. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=tw7XZ2II47A%3D&tabid=304>
16. Carrillo RG, Castillo MM, Acuña VR, Lagunes LL, León AC, Ramón FM. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. 2016;21(6):354-361. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7293555>
17. García RY, Anaya GJL, Acosta LMB, et al. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(4):485-492.



Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400006

18. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit. 2012;26(3):236-242. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009
19. Quintana DMV, Torrado DMJ, Núñez DM, Bouchacourt JP, Álvarez. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. S.f.;13(26):6-6. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/317447953>
20. SATISFACCION_Y_CALIDAD_EN_ANALGESIA_DEL_PARTO Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fonet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: Alternativas en caso de fallo de la epidural. An Sist Sanit Navar. 2014;37:17. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010
21. Hidalgo Cabrera MC, Rodríguez Gómez-Lama C, López Blanco M, Moreno Abril E, Pulido Barba M. Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el trabajo del parto. Rev Calid Asist. 2011;26(4):251-255. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X11000479>
22. Ofberg K. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J. 2003;79(935):505-510. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1742837/>



23. Sánchez-Vásquez U, García-Bravo M, Zumaya-Mancilla G, Popoca-Mondragón X, Chávez-Ramírez MA. Analgesia obstétrica en la paciente con síndrome de Stickler: un reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Anesthesiol.* 2021;44(2):139-142. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/99018>
24. Perdomo Perdomo MB, Carrillo González EM, Hernández González S, Rodríguez Chimeno Á, Espinosa Domínguez E. Experiencia clínica con la implantación de un protocolo multidisciplinar de cefalea postpunción dural. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):543-561. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3782/2019>
25. González Acevedo JA, García Villamizar SY, Daza Arrieta AM, Sará NH, Astudillo Mayorga JA, López Rodríguez CS, et al. Anestesia epidural obstétrica: actualización. *Ciencia Latina.* 2022;6(4):4541-4554. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2954
26. Braga A de F de A, Carvalho VH, Braga FS da S, Pereira RIC. Bloqueo combinado raquiperidural para analgesia de parto. Estudio comparativo con bloqueo peridural continuo. *Braz J Anesthesiol.* 2019;69(1):7-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.08.002>
27. Herrera Gómez PJ, Medina PA. Los problemas de la analgesia obstétrica. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2014;42(1):37-39. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.09.006>
28. Moreno-Santillán AA, Celis-González C, Posadas-Nava A, et al. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(06):368-373.



29. Silva Lira IM, Silva Melo SS, Oliveira Gouveia MT. Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. Enfermería Global. 2020;(58):226-236.
30. Benavides-Navarro A. Beneficios de la hidroterapia en el trabajo de parto. Estudio de revisión. MUSAS. Rev Investig Mujer Salud Soc. 2020;5(1):22-46. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/MUSAS/article/view/363257>



18. Anexos

1.- Analgesia del Parto. HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Consentimiento informado para aplicación de analgesia Obstétrica.

No firme nada si no ha leído y comprendido y si no se ha llenado esta hoja

EI QUE SUSCRIBE C. _____AUTORIZO AL DR. (A) _____

RESIDENTE DE 3erº AÑO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO, para que me efectúe el procedimiento de analgesia obstétrica, se me ha informado que los riesgos de dicho procedimiento son:

Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, comezón, dolor de espalda o en le sitio de colocación del catéter, hasta severas tales como alteraciones cardiovasculares (frecuencia cardiaca baja o presión arterial baja), descompensación de enfermedades que pudiera padecer, reacciones alérgicas a los medicamentos administrados, disfunción del catéter colocado, infección en el sitio de colocación, todas ellas pueden llegar a causar secuelas permanentes o incluso fallecimiento.

Por lo que habiendo entendido claramente las complicaciones anteriores autorizo al Dr. (A) _____ RESIDENTE DE TERCER AÑO EN ANESTESIOLOGÍA A REALIZAR LA APLICACIÓN DE ANALGESIA OBSTERICA DESLINDANDOLO DE TODA RESPONSABILIDAD MEDICO LEGAL DESCRITAS EN EL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

NOMBRE Y FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

DR. EFRÉN ANCHONDO PÉREZ, RESIDENTE DE
TERCER AÑO DE ANESTESIOLOGÍA

TESTIGO UNO

TESTIGO DOS



2.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

	HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
Nombre	
Edad	
Peso	
Talla	
IMC	
Situación Laboral	
Nivel de estudios	



3.- Protocolo de Analgesia Obstétrica.

