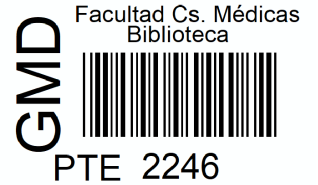


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Relación entre el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto y calidad de lactancia materna, según paridad y nivel educativo en mujeres que parieron por vía vaginal en una maternidad pública de la ciudad de Granadero Baigorria durante el segundo semestre del 2020

Por: Silvina Barraza

Directora:

Lic. Esusy, Denise

Asesora:

Dra. Graciela Simonetti

Rosario, 13 de Diciembre de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica tesina

*“Para cambiar el mundo
primero hay que cambiar
la forma de nacer”*

Michel Odent

Resumen

El trabajo de parto es el evento fisiológico que culmina con el nacimiento de un bebé. Pero a pesar de ser un momento tan especial, muchas veces el dolor que lo acompaña hace que las futuras madres necesiten algún tipo de analgesia para sobrellevar mejor el sufrimiento. La analgesia que se puede utilizar en este período puede ser farmacológica o no farmacológica.

Objetivo: Determinar si el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto influye en la calidad de la lactancia materna según paridad y nivel educativo en mujeres sanas, que parieron por vía vaginal, en un servicio de internación conjunta de una Institución pública de la ciudad de Granadero Baigorria durante el último semestre del año 2020.

Método: Estudio de abordaje cuantitativo no experimental, analítico, de medición transversal y prospectivo, en 218 mujeres mayores de 16 años, que parieron por vía vaginal un bebé sano, a término, con peso adecuado para la edad gestacional, apgar 9/10, que decidieron amamantar a sus hijos, y se encuentran internadas en el servicio de internación conjunta de la maternidad pública de la ciudad de Granadero Baigorria.

Los datos serán recolectados mediante la observación del binomio madre- hijo y sus historias clínicas. Estos datos serán volcados en un checklist confeccionado específicamente para este proyecto, se registrarán los resultados en una base de datos utilizando el software Epi Info 3.5.4 y se analizarán utilizando la estadística descriptiva.

Palabras clave: Tipo de analgesia, trabajo de parto, lactancia materna, paridad, nivel educativo, binomio madre -hijo, historias clínicas.

ÍNDICE GENERAL

	<u>Pág.</u>
Resumen y Palabras clave	3
Índice General	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y Objetivos	8
Marco Teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	30
Sitio o contexto de investigación	30
Población y muestra	31
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	32
Personal a cargo de la recolección de datos	34
Plan de análisis	35
Plan de trabajo y Cronograma	38
Anexos	
I- Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	39
II-Instrumento de recolección de datos	40
Bibliografía	43

Introducción

El trabajo de parto es uno de los momentos más sorprendentes y movilizantes que atraviesan las mujeres durante su embarazo, el mismo, finaliza con la expulsión del feto del vientre materno dando como resultado el nacimiento del bebé.

Es un proceso complejo y son muchos los factores involucrados en el mismo; dentro de estos, los cambios hormonales y las modificaciones de las estructuras anatómicas abdomino pélvicas son los responsables del dolor percibido por las embarazadas durante esta etapa.

Para que esta experiencia sea atravesada exitosamente y recordada como un evento agradable por la mujer y por toda su familia es necesario que el equipo de salud colabore con la madre en el control del dolor.

Para esto existen diversas técnicas que se pueden clasificar como farmacológicas y no farmacológicas.

Dentro de las técnicas farmacológicas, la epidural es un tipo de analgesia que se emplea en diversos campos de la medicina; durante el trabajo de parto se utiliza para aliviar el dolor producido por las contracciones. Es una técnica invasiva porque para administrarla es necesario acceder al espacio epidural ubicado entre las vértebras lumbares y colocar un catéter a través del cual se irá introduciendo la medicación analgésica.

Las recomendaciones para utilizar esta analgesia varían según el tipo de parto. Durante un trabajo de parto normal, se recomienda realizarla cuando se haya establecido que la embarazada está en franco trabajo de parto, es decir, que tenga al menos 3 o 4 cm de dilatación, que las contracciones sean rítmicas e intensas (3 cada 10 minutos) y que el cuello del útero esté borrado al menos en un 50% (Gómez, 2019).

Cuanto más tarde se inicie la administración, serán menores las interferencias que produzca sobre el proceso del parto. Esta técnica no debería realizarse cuando el trabajo de parto está muy avanzado (8-9 cm de dilatación) debido a que la analgesia epidural demora en iniciar su efecto y para cuando alcance su efecto máximo la paciente podría estar ya en fase expulsiva. Por otro lado la analgesia epidural no está libre de riesgos y tiene además efectos secundarios, por lo que se debe analizar cuidadosamente la relación riesgo- beneficio, ya que existen métodos no farmacológicos para el alivio del dolor que podrían utilizarse. Algunos de ellos son, el acompañamiento, la libre movilidad y la inmersión en agua (Gómez, 2019).

En la práctica clínica se observa que los recién nacidos a término por vía vaginal cuyas madres han recibido analgesia epidural durante el trabajo de parto suelen presentar dificultades para comenzar con la lactancia durante la primera hora de nacidos.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, los resultados encontrados son escasos y contradictorios; en la mayoría de los artículos se concluye con la necesidad de continuar con las investigaciones para arribar a una teoría más exacta y clara sobre la relación existente entre la analgesia epidural y la lactancia materna.

Por otro lado, la autora de este proyecto pudo corroborar que las publicaciones y artículos de revistas y páginas web dedicadas a temas relacionados con la maternidad, aseguran que la analgesia epidural durante el trabajo de parto afecta la lactancia materna al producir efectos tanto en la madre como en el recién nacido. En la madre disminuyendo la llamada “bajada de la leche” y en el recién nacido produciendo somnolencia y dificultades en la succión entre otros.

Para Herrera Gómez (2015), la administración de analgesia epidural a la embarazada durante el trabajo de parto se encuentra asociada con efectos no deseados en el recién nacido. Entre ellos, un leve descenso del índice de Apgar al minuto y a los 5 minutos y un aumento del riesgo de que ese recién nacido necesite ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Además asegura que la administración de analgesia epidural está asociada a un retraso en el inicio precoz de la lactancia materna. Por su lado Vázquez Soto (2012), refiere que la dosis de analgésico que llega al recién nacido por vía sanguínea es ínfima, por lo que la repercusión sobre el bebé es mínima, pero admite que podría disminuir el reflejo de succión del recién nacido a corto plazo.

Algunos de los antecedentes encontrados expresan que cuando el recién nacido y su madre realizan contacto piel a piel (COPAP) durante la primera hora posterior al parto, existe una relación inversa dependiente de la dosis entre la administración de fentanilo endovenoso y la prendida del bebe al pecho materno (Kajsa Brimdyr, 2015).

Otros autores mencionan que hay estudios que relacionan la administración de analgesia epidural con problemas en la lactancia materna (Magdaleno del Rey, 2011), e incluyen dentro de las consecuencias obstétricas de dicha analgesia, el trabajo de parto prolongado y un mayor riesgo de tener un parto instrumental, siendo las mujeres que recibieron esta analgesia más propensas a abandonar la lactancia durante las primeras 24 semanas que aquellas que no recibieron analgesia epidural durante su trabajo de parto. El tipo de parto y la paridad influyen también en lactancia durante la primera semana, y a su vez el tipo de parto puede tener que ver con las características

de la madre, ya que las madres que eligen métodos no farmacológicos de analgesia pueden ser más propensas a continuar la lactancia durante las primeras 24 semanas (Tovaldsen, 2006).

Finalmente, concluyen que existe una relación entre la analgesia epidural y la aparición de dificultades en la succión del recién nacido, así como cifras menores de lactancia materna exclusiva durante los primeros 2 años del niño. Se relacionan estos efectos negativos con la utilización de fentanilo, por tratarse de un fármaco de la familia de los opiáceos y por lo tanto afectar el comportamiento del recién nacido, alterando momentáneamente funciones básicas como el reflejo de búsqueda y succión (Magdaleno del Rey, 2011).

En contraposición con estos artículos, otros autores concluyen que la analgesia epidural utilizada durante el trabajo de parto no produce ningún efecto sobre el recién nacido (Gómez Hernández, 2009) y que por el contrario, es la forma más efectiva para el tratamiento del dolor del parto y la más utilizada a nivel mundial, ya que resulta inocua tanto para la madre como para el bebé, y el recién nacido nace en perfecto estado de salud y puede iniciar inmediatamente el contacto con su madre y el reflejo de succión para la lactancia se encuentra indemne (Hospital Clínic; Hospital Sant Joan de Déu; Universitat de Barcelona).

Finalmente en otras revisiones bibliográficas se llega a la conclusión de que hace falta un marco conceptual más completo y que a pesar de que los estudios científicos y basados en la evidencia son de concepción estrictamente biomédica, el perfil de las participantes hace muy dudosa la extrapolación de los resultados a la población general (Tovaldsen, 2006).

Así, del análisis detallado de la bibliografía consultada se desprende el siguiente problema de investigación ¿Qué relación existe entre el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto y el inicio de la lactancia materna en mujeres sanas, que parieron por vía vaginal, según paridad y nivel educativo, en un servicio de internación conjunta de una Institución pública de la ciudad de Granadero Baigorria durante el último semestre del año 2020?

El objetivo general del estudio es determinar si el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto retrasa el inicio de la lactancia materna en mujeres sanas, que parieron por vía vaginal, según paridad y nivel educativo, en un servicio de internación conjunta de una Institución pública de la ciudad de Granadero Baigorria durante el último semestre del año 2020.

Para llegar al objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar a las embarazadas según paridad y nivel educativo.
- Identificar los tipos de analgesia utilizada durante el trabajo de parto.

-Detallar cuantos bebés inician la lactancia durante la primera hora de nacidos y cuantos la inician luego de esa primera hora de nacidos.

-Comprobar como es la calidad de la lactancia en los bebés que se prenden al pecho durante la primera hora de vida.

-Detectar similitudes y diferencias en el inicio de la lactancia materna según el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto.

Las hipótesis que se sostienen son las siguientes:

-La lactancia materna es más dificultosa y de comienzo más tardío en bebés cuyas madres recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto que en aquellos cuyas madres recibieron otros tipos de analgesia.

-La administración de analgesia epidural durante el trabajo de parto retrasa el comienzo de la lactancia materna.

-Las madres primíparas, con menor nivel educativo tienen inconvenientes para comenzar con la lactancia durante la primera hora posparto independientemente del tipo de analgesia que reciban durante el trabajo de parto.

-Los hijos de madres que no recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto comienzan la lactancia más prontamente que los hijos de aquellas que si la recibieron.

Los beneficios de la lactancia materna tanto para el binomio como para la sociedad en su conjunto, (relacionados con la salud, la economía y la calidad de vida de la población) son motivos suficientes para realizar esta investigación con el propósito de obtener los datos necesarios para informar a las autoridades correspondientes, para que se tomen las medidas necesarias para:

-Evaluar en qué caso específico es necesario utilizar la analgesia epidural y en cuales casos se podría evitar, y realizar los protocolos de atención correspondientes.

-Capacitar al personal (médico, enfermero, puericultor, etc.) que está en contacto directo con el binomio mamá- bebé durante el puerperio inmediato, para que realice un acompañamiento más cercano y específico en relación a la lactancia cuando la madre haya recibido analgesia epidural.

Marco teórico

El trabajo de parto y el parto son procesos cortos en comparación con lo que dura el embarazo, y son quizás, los eventos más impresionantes y significativos tanto para la madre como para el bebé recién nacido y toda su familia. Estos acontecimientos se encuentran organizados en una secuencia previsible que la mayoría de las veces culmina con una madre y un recién nacido en perfectas condiciones de salud (Borroughs & Leifer, 2004).

En el parto el feto es expulsado del vientre materno gracias a que las contracciones de la musculatura uterina se vuelven rítmicas y regulares. El inicio del trabajo de parto se debería a la interacción de factores maternos, fetales y placentarios (Borroughs & Leifer, 2004).

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el afinamiento y acortamiento (llamado borramiento) y la dilatación del cuello uterino. El trabajo de parto normal puede comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto; en las mujeres primíparas suelen durar en promedio de 12 a 18hs., y en las multíparas los trabajos de parto posteriores se acortan, y tienen una duración promedio de 6 a 8hs (Brown, 2017).

Las pérdidas de pequeñas cantidades de sangre con moco, conocido como tapón mucoso, a través del cuello uterino suelen preceder al trabajo de parto hasta 72hs. El trabajo de parto comienza generalmente con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable, que ablandan el cuello y comienzan a borrarlo y dilatarlo. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia (Brown, 2017).

El trabajo de parto tiene 3 períodos o estadios.

El estadio 1 (desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello, unos 10 cm) a su vez tiene 2 fases, latente y activa.

Durante la fase latente las contracciones irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, con mínimas molestias y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm. El tiempo de duración de esta fase es en promedio de 8 hs en las mujeres primíparas y de 5 hs en las multíparas.

Durante la fase activa, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura de 5 a 7 hs en primíparas y 2 a 4 hs en las multíparas; los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 hs para evaluar la progresión del trabajo de parto. Durante el primer estadio del trabajo de parto, la frecuencia cardíaca y la tensión

arterial maternas y la frecuencia cardíaca fetal deben controlarse continuamente. Las mujeres pueden comenzar a sentir deseos de pujar a medida que el feto desciende a la pelvis. Sin embargo, debe impedirse que pujen hasta que el cuello esté completamente dilatado para que no se desgarre el cérvix y se gaste energía innecesariamente (Brown, 2017).

El estadio 2 es el momento desde la dilatación cervical completa hasta el parto. En promedio, dura unas 2hs. en las primíparas y 1hs. en las multíparas. Puede durar otra hora o más si se usa analgesia (epidural o una anestesia intensa con opiáceos). En el parto espontáneo, las mujeres deben suplementar las contracciones uterinas exclusivamente con los pujos.

El estadio 3 del trabajo de parto comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta. Esta etapa suele durar solo unos minutos, pero puede extenderse hasta 30 minutos (Brown, 2017).

Según González García (2018), el dolor percibido por las embarazadas durante el trabajo de parto es consecuencia de la intensidad de las contracciones uterinas y de los cambios anatómicos que se producen en las estructuras distensibles del canal de parto, es debido a esto, que el objetivo del equipo de salud será controlar éste dolor para que el parto pueda vivido por la futura mamá con mayor tranquilidad y de la forma más natural posible.

El estado psíquico materno es un componente fundamental del trabajo de parto y está demostrado que la ansiedad y el miedo disminuyen la capacidad de la embarazada para atravesar el dolor durante el trabajo de parto (Borroughs & Leifer, 2004).

A lo largo de la historia muchas han sido las teorías acerca del parto y se lo ha rodeado de cierto misterio; en el siglo XVIII la Iglesia Católica se oponía a cualquier acción que pudiese interferir en el “milagro del nacimiento” y, para mediados del siglo XIX se creía que el dolor de parto era exclusivo de las sociedades más modernas, por fortuna rápidamente fue demostrado que el dolor de parto se encuentra en todos los tipos de sociedades y que es influido por diversos factores, tanto psicológicos como físicos.

Debido el avance de la medicina actual en la lucha contra el dolor de todo tipo, se olvida a menudo que el parto es un evento fisiológico, natural y parte del ciclo vital, es justamente, el comienzo mismo de la vida y que el dolor que lo acompaña es complejo y depende de la percepción y el umbral de dolor que posea cada mujer; y no es una enfermedad o un accidente como suele tratarse en muchas oportunidades.

Sin embargo, resulta imprescindible para una buena evolución de los acontecimientos, que dicho dolor sea soportable. Los métodos de relajación y de concentración que aprenden las mujeres durante el embarazo suelen ser de gran ayuda y les permiten sentir seguridad cuando comienza el trabajo de parto (González García, 2018).

Según Borroughs & Leifer (2004), para que la madre pueda afrontar de manera satisfactoria todo el proceso, el idioma, la cultura, las expectativas, el apoyo y la contención son fundamentales. El dolor que se produce durante el trabajo de parto y el parto se caracteriza por ser agudo, con un inicio y final bien definidos y de una intensidad variable.

Durante las primeras fases del trabajo de parto el dolor se localiza en la zona abdominal y lumbar alta y, a medida que este progresa, el dolor se ubica en la zona infraumbilical, lumbar baja y sacra. En la última fase del trabajo de parto aparece en la zona sacra, ano y periné, e incluso puede llegar hasta las piernas.

El dolor que sienten las mujeres durante el trabajo de parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y, en el período expulsivo, por la dilatación de la vagina y del suelo pélvico. El alivio del dolor es de crucial importancia ya que aumenta el bienestar físico y emocional de la madre y por lo tanto debe ocupar un lugar principal dentro de los cuidados que el personal de salud brinda a la embarazada. Para esto resulta necesario realizar una distinción entre anestesia y analgesia (González García, 2018).

Anestesia implica la supresión de la sensibilidad y de la conciencia, mientras que analgesia solo indica la supresión del dolor. Es esta última, la que suele realizarse durante el trabajo de parto normal. Un analgésico ideal debe ser seguro tanto para la madre como para el feto, ser de fácil administración e inicio rápido, proveer analgesia en todas las etapas del trabajo de parto, permitir mantener el esfuerzo materno y facilitar el nacimiento sin procedimientos invasivos (González García, 2018).

Durante el trabajo de parto si es necesario pueden administrarse analgésicos, pero solo la mínima cantidad requerida para disminuir el dolor y mejorar el confort materno, debido a que los analgésicos atraviesan la placenta y podrían deprimir la respiración del neonato. Además, existe el riesgo de que haya toxicidad neonatal porque una vez que se corta el cordón umbilical, el neonato, cuyos procesos metabólicos y excretorios aún son inmaduros, depuran los agentes transferidos mucho más lentamente por metabolización hepática o por excreción urinaria (Brown, 2017).

Hay determinadas ocasiones en que la utilización de la analgesia epidural está contraindicada o es incompleta, siendo necesario ofrecer como alternativa otros métodos para el control del dolor que la mayoría de las mujeres desconocen. El apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto, la libertad de movimientos, las inyecciones de agua estéril y la inmersión en agua han tenido resultados muy positivos en las pruebas científicas. Se requiere de mayores investigaciones para confirmar la efectividad de la acupuntura y de la hipnosis. Estas técnicas pueden utilizarse solas o en combinación con otras, incluida la analgesia farmacológica.

Con estos métodos alternativos es posible lograr una disminución en la instrumentación de partos vaginales, así como de cesáreas, y un incremento de partos vaginales espontáneos cuyas madres resultan más satisfechas con la experiencia. En general, estos beneficios son mayores si el acompañante no es personal del hospital sino que fue la embarazada quien lo eligió y si el apoyo comienza tempranamente (González García, 2018).

La libertad de movimiento y de cambios posturales son de vital importancia para lograr un parto y nacimiento fisiológicos. Existe suficiente evidencia científica que respalda lo que las mujeres basadas en su intuición, a través de diferentes culturas y épocas siempre supieron, y es que los partos en posiciones verticales presentan numerosas ventajas.

El personal de salud debería actuar conforme a este conocimiento, aumentando su confianza y competencia para la asistencia a las mujeres embarazadas en cualquier postura que elijan y creando un entorno que favorezca esa libertad de movimientos (Romero Roy, M.; Carrizosa Moreno, A.; Jimeno, J., 2014).

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa y facilita el nacimiento del recién nacido.

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe alentar y estimular la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto y permitirles que elijan la postura para el expulsivo en mujeres de bajo riesgo (OMS, 2018). La evidencia sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis. (González García, 2018).

La introducción de la postura horizontal en el período expulsivo del trabajo de parto ha tenido lugar de forma relativamente reciente en la historia de la humanidad mientras que la adopción de la postura vertical ha formado parte de la cultura universal a través de los siglos. Sin embargo, la demostración a través de la evidencia científica de las ventajas de la libertad de movimientos y posturas en el parto ha sido necesaria para que el equipo de salud considere necesario replantearse su praxis profesional.

El personal de enfermería debe facilitar la libre elección de la mujer en su postura al dar a luz y favorecer un entorno adecuado para que la mujer pueda elegir sin ningún tipo de inhibiciones aquellas posturas que considere adecuadas para parir a su bebé de acuerdo a su propia escucha corporal (Romero Roy, M.; Carrizosa Moreno, A.; Jimeno, J., 2014).

Como ya se dijo el dolor percibido durante el trabajo de parto es una experiencia subjetiva y su control es de gran importancia porque influye directamente en la satisfacción materna.

Su alivio a partir del uso de terapias alternativas forman parte de los cuidados de enfermería, tal es el caso de la pelota de parto como posible método para el alivio del dolor.

Así, el uso de la pelota de parto o esferodinámia durante la fase de dilatación del trabajo de parto favorece este período logrando que disminuya el dolor en comparación con aquellas embarazadas en trabajo de parto que permanecen en decúbito dorsal, no afectando el tiempo que dura la fase activa de dicho trabajo (Medina, M.; López Areque, A.; Álvarez García, C., 2018).

La inmersión en agua a la temperatura corporal (36-37° C) durante el trabajo de parto produce alivio del dolor de las contracciones y facilita la relajación y la movilidad de la madre. La dilatación progresa más rápidamente, lo que se ha atribuido a una mayor liberación de oxitocina al disminuir la ansiedad y el estrés como consecuencia de la inmersión en agua caliente. La utilización de agua caliente durante el período de dilatación induce en la embarazada relajación y reducción de la ansiedad, estimulando la producción de endorfinas, mejorando la perfusión sanguínea uterina y acortando el tiempo de dilatación mientras que aumenta la sensación de control y bienestar.

La inmersión en agua durante la primera etapa del trabajo de parto reduce el uso de analgesia farmacológica y la duración de este período sin producir efectos adversos en el bienestar del bebé, ni aumento del número de cesáreas o partos instrumentados. Tampoco supone un mayor riesgo de infecciones maternas o neonatales.

La temperatura del agua no debe superar los 37°C y no se aconseja la inmersión en la misma durante un período mayor a 2 horas. Por otra parte es importante que la inmersión se realice cuando la mujer tenga como mínimo 5 cm de dilatación, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y posteriormente oxitocina sintética. La rotura de membranas no contraindica la práctica de inmersión en el agua (González García, 2018).

La inyección intra o subdérmica de 0,05-0,1 ml de agua estéril en la región sacra, luego de 30" de producir prurito o dolor local, causa un alivio de los dolores bajos de espalda durante 60 a 90' y puede ser repetida luego de una hora.

Mediante la administración de agua estéril se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. La analgesia que se produce es exclusivamente para el dolor lumbar, no siendo efectiva para el dolor abdominal o perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación.

Esta intervención no influiría en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, el tipo de parto o el uso de la anestesia epidural. Esta técnica puede ser muy útil para el alivio de los dolores lumbares intensos que a veces se producen durante las primeras etapas del trabajo de parto, en mujeres que desean retrasar la analgesia epidural o cuando la misma está contraindicada o no está disponible. Es un procedimiento fácil de realizar, barato y no tiene riesgos conocidos, excepto el dolor transitorio localizado en la zona de la punción (González García, 2018).

La acupuntura es una técnica de la medicina tradicional china que consiste en la inserción y manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente. Los acupuntores, también utilizan ampliamente esta técnica para el tratamiento del dolor. Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas. Aunque son muchos los estudios que han valorado los beneficios del uso de la acupuntura en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, se han encontrado diferencias significativas respecto al acortamiento de la duración del parto y el menor uso de analgesia, con los datos actualmente publicados, parece poco fundamentada la eficacia analgésica de este método (González García, 2018).

Diversos estudios hacen referencia al tema del uso de la hipnosis como mecanismo de alivio del dolor durante el trabajo de parto, señalando la menor tendencia de las mujeres

embarazadas que han sido sometidas a esta técnica a solicitar otros métodos analgésicos como son los sedantes, la analgesia epidural o el bloqueo regional.

La Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS) es una técnica analgésica utilizada en diversas patologías que se basa en enviar a través de la piel una estímulo nervioso repetidamente para inhibir la transmisión de impulsos nociceptivos a nivel medular, es decir, para interrumpir la conducción de la información dolorosa; en su uso para el trabajo de parto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda siendo la propia embarazada la que, mediante un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica durante las contracciones. Se trata de un dispositivo portátil, que permite a la mujer embarazada tener libre movilidad durante el período de dilatación. El mismo es de un manejo muy sencillo y no tiene ningún tipo de efecto adverso salvo una leve irritación de la piel.

Al ser conectado, la mujer siente un leve cosquilleo cuya intensidad puede ajustarse manualmente, controlando la intensidad de los impulsos de acuerdo al grado de dolor. González García 2018, refiere que no se ha encontrado en la literatura científica una evidencia clara sobre la efectividad analgésica del TENS durante el trabajo de parto y que la asociación que se encuentra entre el uso de esta técnica y el alivio del dolor es débil y no permite concluir acerca de la eficacia del método (González García, 2018).

La Musicoterapia aplicada durante la fase latente del trabajo de parto favorece la relajación y el bienestar de la mujer embarazada; sin embargo durante la fase activa es importante mantener el silencio.

Los fundamentos fisiológicos que se encuentran involucrados en la aplicación de este método son la liberación de endorfinas y la eliminación de los mediadores químicos del stress materno facilitando así la armonía del eje hipotálamo- hipofisario- adrenal- de la madre, traduciéndose esto en mayor bienestar tanto para la mujer como para el feto y a su vez esto traerá un mejor apego madre e hijo (Cruz, S.; Perovich, H.; Peña, E., 2003).

Para muchas mujeres, la presencia de su pareja u otra persona de apoyo (elegida por ella) durante el trabajo de parto suele ser de mucha utilidad y siempre debe alentarse. El apoyo moral de las personas queridas y cercanas a la embarazada, el estímulo constante y las expresiones de afecto pueden reducir la ansiedad y hacer que el trabajo de parto sea menos atemorizante y doloroso. Compartir el estrés del trabajo de parto y poder ver y oír a su niño apenas nace ayuda además a crear fuertes lazos entre los padres y entre los padres y su hijo (Brown, 2017).

Existen otros métodos como la aromaterapia, la homeopatía y otras, cuyo estudio no ha revelado pruebas acerca de su beneficio en el control del dolor de parto (González García, 2018).

Cuando se habla de analgesia farmacológica, la epidural es la técnica más frecuentemente utilizada y consiste en el bloqueo reversible de las raíces nerviosas que se encargan de la transmisión del dolor mediante la inyección en el espacio epidural de un anestésico local.

En la actualidad esta técnica es ampliamente difundida y aceptada por la mayoría de las embarazadas y de la población en general. Así, las mujeres aconsejadas por sus médicos obstetras, debido a que está demostrado que es la medida más eficaz para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto escogen esta analgesia a pesar de no conocer exactamente cuáles son sus beneficios y las potenciales complicaciones que podrían tener. Para González García, 2018 su uso se asocia con frecuencia a hipotensión arterial, disminución en la frecuencia e intensidad de las contracciones, mal posición del bebé, fase expulsiva del trabajo de parto más prolongada, aumento de casos de mujeres con trabajo de parto febril y aumento en la instrumentación de los partos vaginales.

Para su realización la embarazada debe colocarse en decúbito lateral izquierdo, en posición fetal (flexionando las rodillas sobre el abdomen lo máximo posible) o puede también permanecer sentada, siendo esta última la postura que se utiliza con mayor frecuencia. La elección de la posición depende de las características de las pacientes y principalmente de la comodidad y costumbres del médico anestesista.

La colaboración de la mujer embarazada es imprescindible para facilitar la realización de la técnica. Parece difícil lograr que la mujer mantenga esta postura durante las contracciones, pero el personal de enfermería será el encargado de ayudarla a colocarse correctamente y que mantenga esta postura el tiempo que dure el procedimiento, en general sujetándola de los hombros y estableciendo un diálogo cordial y respetuoso con la misma, para que ella se sienta tranquila, a gusto y acompañada por el personal de salud en el momento en que se le pide que se quede quieta a pesar del intenso dolor que siente, y sobre todo se le explique y esté al tanto de lo que esté sucediendo (González García, 2018).

Luego de desinfectar la zona (generalmente con iodo povidona) se localiza el espacio en que se desea realizar la intervención, principalmente en la zona lumbar baja (donde ya no existe médula espinal, sino sólo raíces nerviosas y por lo tanto no hay riesgo de lesión), se infiltra el anestésico local (lidocaína) y después con una aguja más gruesa se localiza el espacio epidural y

se deja un catéter que queda fijado en la espalda a la altura del hombro. Es importante asegurar esta fijación para evitar que el catéter se mueva.

El alivio del dolor aparece aproximadamente a los 15 minutos de administrar la primera dosis por el catéter epidural. Primero la embarazada sentirá que las contracciones son más cortas y luego dejarán de doler o dolerán mucho menos. Las piernas pueden quedar con parestesias (sensación de hormigueo) o sentirse un poco pesadas y, aunque en la actualidad y debido a las bajas dosis de anestésicos que se utilizan se pueden mover con relativa facilidad es importante aclararle a la futura mamá que desde el momento en que se realiza la analgesia epidural ya no podrá levantarse para no correr el riesgo de caerse por insensibilidad y debilidad en sus miembros inferiores (González García, 2018).

El procedimiento debe realizarse bajo técnica aséptica (pintando una amplia zona con solución antiséptica). La punción se realiza en los espacios lumbares entre L2-L3 o L3-L4; se infiltra con lidocaína 2% la piel dejando una pápula subdérmica y luego se continúa con los planos más profundos, siempre aspirando para descartar inyección endovenosa.

Debe reconocerse el espacio peridural o epidural una vez que se atraviesa el ligamento amarillo; para esto se atraviesan piel, celular subcutáneo, ligamentos supraespinoso e interespinoso y ligamento amarillo.

La mano hábil del médico anestesista introduce el trócar, mientras la otra se apoya en la espalda de la paciente ejerciendo resistencia para evitar atravesar la duramadre. Luego se retira el mandril y se pone una jeringa, comprobando previamente que el émbolo se desplace con facilidad, con 2 a 3 cc de aire o solución fisiológica, luego se avanza lentamente el trócar chequeando a intervalos la resistencia a la entrada de aire o de la solución contenida en la jeringa. Al atravesar el ligamento amarillo se siente una pérdida de resistencia en la jeringa. Una vez que el trócar llega al espacio peridural se aspira para comprobar que no salga líquido cefalorraquídeo y que no esté ubicado en un vaso sanguíneo. Luego se retira la jeringa y se administra la solución anestésica y se instala el catéter epidural 3 a 4 cm dentro del espacio epidural. Siempre se debe estar aspirando para verificar que aún se está en el espacio epidural; finalmente se fija el catéter a la piel.

Para cada nueva administración de solución anestésica debe corroborarse que el catéter continúe en la ubicación correcta. Este tipo de analgesia tiene una latencia de 15 a 20 minutos y produce bloqueo sensitivo y simpático en el mismo nivel y bloqueo motor 4 segmentos más abajo (Cerde, 2019).

Las patologías que contraindican la realización de esta técnica son pocas y poco frecuentes, entre las contraindicaciones absolutas se encuentran la infección en sitio de punción, la emergencia obstétrica, las alteraciones de la coagulación, el shock de cualquier etiología y la negación de la paciente a que se le realice el procedimiento.

Dentro de las contraindicaciones relativas se hallan, las pacientes no cooperadoras, la urgencia obstétrica, la hipovolemia no corregida, el aumento en la presión intracraneana, la cardiopatía materna grave y la deformidad anatómica o cirugía previa de columna (Cerde, 2019).

Los escalofríos y la hipotensión arterial suelen ser los efectos secundarios que se presentan con mayor frecuencia y están asociados a la técnica, aunque no siempre están presentes.

De las posibles complicaciones, la más habitual es la cefalea como consecuencia de la punción accidental de la duramadre. Esta suele ser en general de fácil y rápida solución y se controla con reposo y analgésicos (González García, 2018).

Otras de las complicaciones mencionadas por Cerde, que se pueden presentar con esta técnica son la falla del bloqueo o segmentos no bloqueados, es decir, el bloqueo epidural incompleto asociado a mala posición del catéter epidural y como consecuencia mala distribución de la solución anestésica. Su incidencia es de alrededor del 5 al 10% y en caso de presentarse se debe retirar siempre el catéter y realizar la técnica nuevamente. La hipotensión materna es la complicación más frecuente y se la define como una presión sistólica o máxima menor a 100 mmHg. o una reducción de ella en un 25 a 30% con respecto a la presión arterial medida previamente al bloqueo epidural. En general constituye una disminución transitoria y de escasa magnitud que no produce alteraciones ni en la madre ni en el feto.

En embarazos patológicos el feto sólo tolera una disminución de la PA del 15 al 20 %, por eso es imprescindible que el tratamiento se realice pronto y de manera eficaz, junto con una monitorización de los latidos cardíacos fetales estricta durante la administración de la analgesia.

Los síntomas que experimentan las madres producto de la hipotensión arterial son principalmente vómitos y alteraciones de la conciencia, por lo que existe el riesgo potencial de broncoaspiración. Es por esto que, para prevenir la hipotensión, se deben administrar previamente 500 cc de solución fisiológica y mantener preferentemente la posición en decúbito lateral izquierdo luego del procedimiento. Este tratamiento consiste en un aporte extra de volumen, y de ser necesario se pueden administrar 6 mg endovenosos de efedrina (vasoconstrictor) y repetir en caso de ser necesario. También se podría administrar atropina (Cerde, 2019).

Según refiere Cerda, la inyección endovenosa del anestésico local es relativamente frecuente debido a la ingurgitación que presentan las venas epidurales, y esto podría producir cardio y neurotoxicidad. La manera de prevenir esta complicación es aspirando el catéter epidural previo a la inyección de la droga para comprobar que el catéter este correctamente colocado. Otra medida de prevención es el uso de bajas dosis (30 mg de bupivacaína o 100 mg de lidocaína) cuando se administran los refuerzos.

Los síntomas característicos de toxicidad por anestésicos son sabor metálico en la boca, tinnitus, alteraciones visuales y alteraciones de la conciencia. En caso de presentarse alguno de estos síntomas debe suspenderse de inmediato la inyección del anestésico y observar a la paciente con mucho cuidado para evaluar si aparecen signos más tardíamente. Si la paciente comienza con temblores o convulsiones se la debe colocar en decúbito lateral izquierdo y Trendelenburg, para una mejor protección de vía aérea, administrar oxígeno e indicar diazepam o algún barbitúrico según indicación médica (Quintana Puerta, Je.; Cifuentes Hoyos V., 2014).

La perforación de manera accidental de la duramadre tiene una incidencia de alrededor del 0.5 al 2% y produce cefalea por salida de líquido cefalorraquídeo, lo que dependerá del diámetro del trocar que se haya utilizado para realizar el procedimiento. El tratamiento curativo es el parche de sangre autólogo, cuya eficacia es de aproximadamente el 97% y se realiza mediante la inyección de 10 a 15 cc de sangre en el mismo sitio de punción. Además, se debe hidratar abundantemente a la paciente, indicar reposo en decúbito dorsal absoluto sin utilizar almohada y administrar AINEs, cafeína u opioides neuraxiales (Cerda, 2019).

La inyección masiva del analgésico en el espacio subaracnoideo (anestesia espinal total) sucede al perforar accidentalmente la duramadre e inyectar la solución anestésica (que es 5 veces la dosis utilizada para analgesia espinal) en el espacio subaracnoideo. Se produce entonces un severo compromiso hemodinámico y respiratorio. El tratamiento consiste en realizar el soporte de la paciente, manteniendo una adecuada perfusión y ventilación (intubar de ser necesario) (Cerda, 2019).

Las complicaciones neurológicas se relacionan con la posición de la paciente (compresión del nervio ciático y peroneo lateral), compresión de plexo lumbosacro, y por otro lado por complicación anestésica. Se pueden evitar todas estas complicaciones siguiendo una técnica rigurosa, cuidadosa y estando siempre alertas ante la posible aparición de parestesias. Es muy importante preocuparse por la recuperación luego de los bloqueos. Ante cualquier duda se debe

descartar hematoma del neuroeje, el cual constituye una emergencia neuroquirúrgica (Cerde, 2019).

Los casos de retención urinaria se producen generalmente por el bloqueo neuraxial sumado al uso de analgésicos opioides. Sin embargo, se deben descartar edema perineal, hematomas o traumas vesicouretrales.

Según Cerda, los efectos fetales son en general mínimos cuando la analgesia es bien administrada, siendo el score apgar muy similar al de aquellos neonatos cuyas madres no recibieron analgesia epidural durante su trabajo de parto. Aunque se ha descrito en varias oportunidades disminución del tono muscular neonatal con la utilización de lidocaína.

La analgesia neuraxial balanceada no debe interferir en ninguna fase del trabajo de parto, es por esto que se debe utilizar la mínima dosis del anestésico local y luego potenciar su efecto con drogas como α_2 adrenérgico y opioides, evitar la hipotensión materna, limitar el ascenso del nivel anestésico a T10, realizar un manejo activo del trabajo de parto y reservar las dosis mayores de anestésico local para el período expulsivo solo en casos en que sea estrictamente necesario. Se ha visto que la administración de analgesia epidural durante el trabajo de parto aumenta el tiempo que dura un trabajo de parto lo cual no resulta importante si se mantiene una adecuada homeostasis materno fetal.

Las ventajas de la administración de analgesia epidural durante el trabajo de parto incluyen, mayor estabilidad hemodinámica, la posibilidad de realizar un bloqueo gradual alcanzando el nivel deseado lentamente y la inserción y permanencia de un catéter peridural que permite en caso de ser necesario la administración de nuevas dosis y la posibilidad de realizar analgesia postoperatoria (Cerde, 2019).

Los agentes a los que se recurren con mayor frecuencia para realizar analgesia obstétrica son los anestésicos locales (bupivacaína, lidocaína, ropivacaína), los opioides (fentanilo, sufentanilo, meperidina), los agonistas α_2 adrenérgico (epinefrina, clonidina) y los colinérgicos (neostigmina).

Los agentes más utilizados en nuestro medio suelen ser bupivacaína, fentanilo y epinefrina.

La Bupivacaína induce bloqueo sensitivo y motor dependiente de la dosis. Presenta una gran afinidad con las proteínas maternas lo que determina un menor traspaso del anestésico al feto. La morbilidad suele asociarse con la inyección intravascular accidental de la medicación, lo

que produce cardiotoxicidad que puede generar arritmias, depresión miocárdica y convulsiones (Cerde, 2019).

La Lidocaína puede producir taquifilaxis luego de la administración de varias dosis, intenso bloqueo motor y se ha reportado un deterioro en el score neuroconductual de los recién nacidos.

El Fentanilo es un opioide que posee una alta liposolubilidad si se lo compara con la morfina. Su administración por vía epidural potencia el efecto analgésico de los anestésicos locales, permitiendo de esta manera reducir la concentración necesaria de estos para llegar a producir el efecto deseado. Esto se traduce en una disminución del bloqueo motor y un margen de seguridad ante reacciones tóxicas más amplio. El potencial riesgo de depresión respiratoria es similar al de otros opioides utilizados vía epidural (Cerde, 2019).

La Epinefrina utilizada para la realización de bloqueos neuraxiales logra intensificar el bloqueo sensitivo y motor, por su efecto analgésico α_2 y por lograr una mayor penetración de anestésicos locales. Además, es útil como marcador de inyección endovenosa accidental en la inserción del catéter epidural, debido a que aumenta la frecuencia cardíaca materna (Cerde, 2019).

Como conclusión se podría afirmar que el dolor de parto es un dolor agudo, de inicio y final bien definidos y de una gran variabilidad individual. Este hecho explica el que para algunas mujeres sea posible resistir el dolor de parto apoyándose únicamente en sus recursos personales mientras que otras prefieran, necesiten o demanden la administración de analgésicos u otras formas de moderación del dolor.

Así, el método más efectivo para el alivio del dolor durante el trabajo de parto pareciera ser la analgesia epidural.

Basándonos en la literatura actual, las alternativas no farmacológicas de eficacia demostrada que poseen evidencia científica de beneficio en el alivio del dolor durante el trabajo de parto son, el apoyo a la mujer embarazada durante el trabajo de parto, la libertad de movimientos, la inyección dérmica de agua estéril y la inmersión en agua; de eficacia poco documentada, la acupuntura y la hipnosis, mientras que otras técnicas como la musicoterapia, el TENS, la aromaterapia o la homeopatía no han evidenciado hasta el momento ninguna efectividad (González García, 2018).

El efecto de la analgesia epidural sobre los resultados de la lactancia materna sigue sin ser concluyente debido a la inconsistencia de los informes, las diferencias en los tipos de diseño, los criterios de valoración de los estudios y los resultados mixtos.

La asociación entre la administración de analgesia epidural y la organización neuroconductual del recién nacido también es objeto de gran controversia y se ha observado en algunos casos una disminución en el reflejo de succión en recién nacidos cuyas madres recibieron analgesia epidural durante su trabajo de parto (Martin & Vickers, 2018).

Como muchos otros aspectos de la lactancia materna, es probable que la administración de la analgesia epidural durante el trabajo de parto produzca efectos mínimos en aquellas mujeres que tengan una firme intención de amamantar y que cuenten con el apoyo y la contención necesarias, pero puede convertirse en un inconveniente para aquellas mujeres que no estén tan seguras sobre la decisión de amamantar a sus bebés, es por esto, que cuando se ha utilizado analgesia epidural durante el trabajo de parto, se debe tener un especial cuidado en brindar a las madres un adecuado apoyo en cuanto a la lactancia materna y un continuo seguimiento durante el posparto.

Es importante tener en cuenta que todos los opioides atraviesan la placenta con facilidad y esto puede afectar la frecuencia cardíaca fetal. Una vez administrados, se asocian a grados variables de depresión respiratoria y cambios neuroconductuales en los recién nacidos (Martin & Vickers, 2018).

Por su parte el remifentanilo puede asociarse en ciertos casos depresión neonatal y la meperidina debe utilizarse con mucha precaución debido a la mayor incidencia y duración de la depresión respiratoria, la cianosis y la bradicardia en los neonatos. Por su parte madres que recibieron meperidina/petidina intramuscular comunicaron mayores dificultades para establecer la lactancia materna a las 6 semanas posparto (Martin & Vickers, 2018).

Muchos y variados son los factores que influyen sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, el miedo, la vergüenza, la inseguridad y la falta de información muchas veces obstaculizan esta práctica.

Como se describió anteriormente la influencia de la utilización de la analgesia durante el trabajo de parto en la lactancia materna es controversial.

La lactancia materna posee amplios beneficios para la salud tanto de la madre y como del recién nacido. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis

primeros meses de vida y tiene efectos beneficiosos a largo plazo para la salud de la madre y de su hijo, entre ellos se pueden nombrar la reducción del riesgo de padecer sobrepeso y obesidad durante la infancia y la adolescencia (O.M.S., 2019).

Las propiedades de la lactancia materna son múltiples, y entre ella se destacan, al aumento del bienestar psíquico del recién nacido desde el punto de vista afectivo, el incomparable aporte nutricional, el posterior desarrollo de las habilidades relacionadas con el lenguaje a medida que el niño crece, y además inmunológicamente la leche materna tiene un valor importantísimo como se explica a continuación (Castillo, B.; et al., 2009).

Actualmente se ha podido demostrar, en base a estudios científicos, lo que ya es desde principio de los tiempos del saber popular, la madre que amamanta protege al niño de las infecciones a través de su leche.

Desde el momento del nacimiento, a partir del cual el bebé ya puede mamar, la madre produce para él la primera leche llamada calostro, este es un líquido amarillento y espeso, que posee gran cantidad de proteínas, minerales, células y factores solubles de los que carece el neonato, además contiene menos grasa e hidratos de carbono (lactosa) que la leche madura o de continuación (Castillo, B.; et al., 2009).

Además de estos factores medibles, en la leche materna existe también un punto muy importante a considerar, y es la repercusión del fuerte vínculo materno-infantil que se crea con la lactancia materna sobre la inmunidad, cuyo sustrato fisiológico está dado porque tanto durante la lactancia como durante el parto, se pone en juego un complejo mecanismo neurohormonal que influye directamente sobre la inmunidad del bebé (Castillo, B.; et al., 2009).

En el momento del parto se libera gran cantidad de oxitocina (llamada también hormona del amor) que induce comportamientos maternos y bienestar en la mujer, junto con la oxitocina se libera también gran cantidad de endorfinas, lo cual ocurre durante la lactancia, a los pocos segundos de que el bebé comience a succionar, así, gran cantidad de oxitocina y endorfinas pasan al bebé a través de la leche materna, dichas endorfinas provocan una relación de placer entre la madre y el niño que será el sustrato del vínculo materno-infantil.

Estas hormonas oxitocina y endorfinas al producir bienestar y placer tienen un efecto directo sobre la inmunidad, tanto en su parte activa como pasiva (Castillo, B.; et al., 2009).

La provisión de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como

"inicio temprano de la lactancia materna"; de esta manera se asegura que este reciba el calostro rico en inmunoglobulinas que actúan como factores de protección.

El contacto piel a piel de la madre con el recién nacido (COPAP) inmediatamente después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna más tempranamente y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva durante los cuatro primeros meses de vida, así como la duración total de la lactancia materna (O.M.S., 2019).

El contacto inmediato piel con piel (COPAP) con la madre ayuda a los recién nacidos a regular la temperatura corporal y los pone en contacto con bacterias beneficiosas que se encuentran en la piel de las mamás; estas bacterias buenas protegen a los bebés de enfermedades infecciosas y les ayudan a fortalecer sus sistemas inmunológicos (Selim, 2018).

Según diversos estudios los bebés colocados piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura corporal, tienen la glicemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmos cardíaco y respiratorio más estables y menos llanto, tanto en intensidad como en duración.

El elevado nivel de catecolaminas en un recién nacido que ha nacido por parto vaginal estimula el bulbo raquídeo y facilita la orientación olfatoria para encontrar el pezón e iniciar la lactancia materna más prontamente. Por el contrario, se ha comprobado que los bebés que han nacido por cesárea presentan durante el postparto inmediato bajos niveles de catecolaminas y ello les ocasiona mayor dificultad para localizar el pecho a través del olfato, además tienen un mayor riesgo de sufrir distress respiratorio (Inma Marcos, 2019).

Todos los recién nacidos sanos que son colocados piel con piel sobre el vientre de la madre son capaces, si se les deja el tiempo necesario y se encuentran en la posición correcta, de reptar, alcanzar el pecho y mamar por si solos de forma instintiva.

El bebé primero permanece un rato inmóvil y, de a poco, va reptando hacia los pechos de su madre (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda, se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor, y, luego de varios intentos, comienza a succionarla. Este proceso tiene una duración aproximada de 40 minutos, aunque algunos bebés consiguen prenderse al pecho materno en los primeros 15 minutos y otros demoran una hora y media (Inma Marcos, 2019).

Los recién nacidos que pasaron por este proceso tuvieron un índice mayor de éxito en la lactancia y mayor duración de la misma y sus madres tuvieron menos problemas relacionados con grietas del pezón y mala posición.

La primera toma del pecho materno produce un pico altísimo de oxitocina, esta hormona hace que se contraiga fuertemente el útero previniendo el riesgo de que se produzcan hemorragias. La oxitocina produce además un importante efecto antiestrés del que se benefician madre e hijo (Inma Marcos, 2019).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la UNICEF para una alimentación infantil óptima son mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar una alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, conservando la lactancia materna al menos hasta los 2 años de edad, manteniendo siempre el acompañamiento médico (Martínez Galán, 2017).

Sin embargo, tanto el número de madres que deciden iniciar la lactancia materna como la duración de la misma han sufrido variaciones a lo largo del tiempo debido a la falta de uniformidad de criterios en los profesionales sanitarios y a las presiones publicitarias de las grandes empresas de sucedáneos de la leche materna (leches maternizadas) que han llevado al fracaso de la lactancia materna. Así, luego de la Segunda Guerra Mundial, la misma fue siendo abandonada de manera progresiva, y para los años setenta llegó a niveles mínimos en países como Estados Unidos.

Desde entonces se han realizado campañas para promover la lactancia materna, que han logrado un aumento progresivo de la misma pero sin llegar a los niveles recomendados a por la Organización Mundial de la Salud. Las tasas bajas y el abandono precoz del amamantamiento acarrear considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos (Martínez Galán, 2017).

Los beneficios tempranos de la lactancia materna incluyen disminución de la tasa de mortalidad en los recién nacidos prematuros, disminución de la morbilidad infantil debida a infecciones del sistema digestivo, respiratorio, urinario y del oído medio, y disminución de la cantidad de enfermedades atópicas que suelen presentarse durante los primeros seis meses de vida.

La lactancia materna ofrece también protección contra la aparición de enfermedades en la niñez, como la diabetes mellitus insulino dependiente de inicio juvenil, el aumento de la presión arterial, la obesidad y la aparición de enfermedades en etapas posteriores de la vida, como las enfermedades atópicas. También se asocia la lactancia materna con un mayor desarrollo cognitivo (Martínez Galán, 2107).

Todo lo explicado hasta aquí habla por sí solo de la importancia de la lactancia materna, su nexos con la inmunidad al eximir al neonato de padecer enfermedades respiratorias, diarreicas, así como procesos atípicos, los cuales traen como consecuencia que estos niños que no sean amamantados sean usuarios frecuentes de los hospitales pediátricos con enfermedades infecciosas, maloclusión, que posteriormente se traduce en situaciones desfavorables que afectan e intervienen en la vida de toda la familia.

Algunos estudios refieren que los niños alimentados a base de fórmulas (leches maternizadas) presentan más problemas de adaptación social que aquellos niños que han sido amamantados (Castillo, B.; et al., 2009).

Además de todos los beneficios antedichos que presenta para los recién nacidos, la lactancia materna tiene importantes efectos sobre la salud materna, como son, la menor incidencia de cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas de cadera en las mujeres que han amamantado.

Ofrece también muchos beneficios sociales, como la reducción de las tasas de morbimortalidad infantil, la contribución a una población infantil sana y segura y favorece la no violencia (Martínez Galán, 2017).

La lactancia materna es beneficiosa también para la economía de un país, ya que permite ahorros económicos por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche artificial; desde el punto de vista doméstico suprime la necesidad de comprar leche en fórmulas, biberones y aparatos de esterilización; desde el punto de vista nacional se elimina el empleo de divisas para la importación de leches, el abastecimiento y almacenamiento en hospitales, se eliminan los gastos por cuidados hospitalarios, derivados de las enfermedades diarreicas y del aumento de los servicios para la planificación familiar. Además, ayuda a la conservación del medio ambiente, aspecto sumamente beneficioso para la sociedad y los tiempos en que vivimos (Castillo, B.; et al., 2009).

Para amamantar, es importante que la madre esté motivada y tranquila, y el bebé, sostenido y seguro.

Existen distintas posiciones para amamantar y es bueno ir variándolas tanto para la madre como para el niño. Sin embargo, cualquiera sea la posición que adopte la madre siempre es conveniente cumplir con algunas recomendaciones; antes de dar la teta, la madre debe lavarse bien las manos con abundante agua y jabón, sentarse cómodamente, con la espalda apoyada, llevar el bebé hacia el pecho, y no el pecho al bebé, fijarse que el bebé esté bien prendido al pecho, con la boca abierta abarcando toda la areola y no solamente el pezón, el labio inferior debe permanecer

evertido, las mejillas se deben ver redondeadas –no debe hacerse el huequito en las mismas- y se tiene que oír y principalmente ver tragar al bebé. (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Es importante que la madre busque ante todo su comodidad y tenga en cuenta antes de comenzar a dar el pecho a su bebé, tener los elementos necesarios a mano, como vaso con agua, toallita para el bebé, almohadas, mantas de abrigo, teléfono y prever ir al baño para que una vez que comience con la lactancia no tenga que interrumpir el momento para ir en busca de algún elemento que necesite, sobre todo durante los primeros meses, cuando la lactancia se está instalando y muchas veces resulta dificultoso que el bebé se prenda al pecho adecuadamente.

Durante la succión no debe sacarse a la fuerza el pezón de la boca del bebé porque eso puede lastimar el pezón de la mamá produciéndole grietas que son muy dolorosas y corren el riesgo de infectarse; para evitarlo, hay que introducir suavemente un dedo limpio (generalmente el meñique) en la comisura de boca del bebé, entre la mandíbula superior y la inferior, y cuando la presión negativa provocada por la succión desaparece, es cuando se debe retirar al niño del pecho.

Para mantener una correcta postura, la cabeza y el cuerpo del bebé deben estar alineados con el abdomen de la mamá ("panza con panza"), la cara del niño debe estar frente al pecho, y su nariz contra el pezón, todo el cuerpo del bebé debe quedar sostenido en su regazo (y no sólo la cabeza o la cola).

Es importante que la madre mire a su hijo a los ojos, ya que a través de la mirada se refuerza el vínculo, además se debe alimentar al bebé a libre demanda, esto quiere implica ofrecerle el pecho cada vez que este lo pida, sin importar la hora ni el tiempo entre cada toma. (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Diferentes investigaciones evidencian un incremento de la lactancia materna en relación con la edad de la madre (Bacanu), según (Becerra Bulla 2015) esto se encuentra estrechamente relacionado con la influencia del nivel educativo de la madre sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, ya que diversos estudios demuestran que el bajo nivel de escolaridad se relaciona con un abandono más temprano de la misma por diversos motivos, entre ellos se destacan, la pronta incorporación de líquidos, alimentos sólidos y leche de fórmula y principalmente la precepción de no bajada de leche de parte de las mismas. A su vez múltiples estudios han demostrado que haber amamantado anteriormente favorece el inicio de la lactancia materna exclusiva (Sacristán, 2011).

El inicio y mantenimiento de la lactancia materna son procesos muy vulnerables a las influencias externas que pueden provocar un fracaso en muchas mujeres a pesar de su deseo de amamantar.

La intención de amamantar es un factor determinante a la hora de iniciar esta, y en especial en relación a la duración de la lactancia materna exclusiva (Martínez Galán, 2017).

Florence Nightingale en su teoría hablaba de estos factores externos a los que se refería como entorno y aseguraba que el bienestar del paciente se encuentra íntimamente relacionado con la ventilación, la temperatura, la iluminación y el ruido, entre otros factores (Alligood, M.; Tomey, A., 2005). En el área de la maternidad, la manipulación de estos elementos, manteniendo los ambientes adecuadamente ventilados, con una temperatura adecuada, y bajos estímulos luminosos y auditivos, aseguran la intimidad de la paciente, colaborando con la relajación de la futura madre y facilitando el afrontamiento del dolor durante el trabajo de parto, beneficiando dicho proceso y favoreciendo el bienestar del binomio. Del mismo modo estos factores son los que contribuirán para que el inicio de la lactancia materna sea exitoso o por el contrario resulte dificultoso.

Para Virginia Henderson la empatía era fundamental y afirmaba que todo profesional de enfermería debe ponerse en el lugar de sus pacientes para saber cuáles son sus necesidades (Alligood, M.; Tomey, A., 2005) y es desde la empatía la mejor manera de abordar al binomio, cualquiera sea el momento por el que estén atravesando, trabajo de parto, parto o puerperio inmediato, entendiendo a todos estos eventos como de gran vulnerabilidad y de necesidad de apoyo constante.

Del mismo modo, Watson afirma que la enfermería es una ciencia humana y hace hincapié en la necesidad de sensibilizar a los individuos con respecto a los aspectos humanos y el cuidado (Alligood, M.; Tomey, A., 2005); es por esto que el personal de enfermería que se desempeña en el área de maternidad debe tener una sensibilidad especial para poder solidarizarse con las familias que están atravesando un momento tan sensible como es el nacimiento de un hijo.

Con respecto al bienestar de la familia y la sociedad Betty Neuman en su teoría propone que el enfoque de la persona en su totalidad ayuda tanto a los individuos como a los grupos a alcanzar un buen nivel de salud y que especifica que la intervención de enfermería debe ser preventiva y debe intentar reducir los factores estresantes y las condiciones adversas (Alligood, M.; Tomey, A., 2005); es por esto que es muy importante que Enfermería este atenta y de respuesta a las necesidades de cada paciente expresadas tanto en la comunicación verbal como no verbal.

Ida Jean Orlando hace referencia a estos aspectos y pone especial énfasis en el significado del dolor y en su alivio. Y utiliza el proceso de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente mediante acciones reflexivas y el alivio del dolor.

Otra de las teóricas, Madeleine Leininger, fundadora de la enfermería transcultural, la define como un área enfocada en el cuidado holístico de los individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible y culturalmente competente a las personas de culturas diversas. (Alligood, M.; Tomey, A., 2005). Esa teoría es de importancia fundamental, debido a que son diversas las culturas de las mujeres embarazadas y sus familias que asisten a la maternidad y es necesario conocerlas para poder comprenderlas y acompañarlas de una manera holística.

Según Newman, el objetivo de la enfermería no es solamente promover la salud o prevenir la enfermedad, sino ayudar a la gente (a las embarazadas, en este caso en particular) a utilizar su fuerza interior a medida que alcanza un nivel de conciencia superior. (Alligood, M.; Tomey, A., 2005).

Son muchas las teorías que se pueden y deben aplicar para lograr una atención integral y de calidad a la mujer durante el trabajo de parto y puerperio inmediato.

Luego de recorrerlas, es posible darse cuenta de la importancia que tiene la atención de enfermería en esta etapa de la vida de las mujeres y sus familias; y desde allí pensar que todo el personal de salud, y específicamente el personal de enfermería tiene la obligación y el privilegio de acompañar a la mujer y su familia para que logren empoderarse del evento quizás más trascendente y maravilloso de sus vidas.

MATERIAL y MÉTODO

Tipo de estudio o Diseño Metodológico

La investigación tendrá un abordaje cuantitativo, de tipo no experimental u observacional, analítico, transversal, prospectivo.

Será cuantitativo, debido a que se seleccionaron las variables en estudio y se las operacionalizó en función al marco conceptual. Su finalidad será contrastar teorías previamente formuladas.

Los datos serán analizados mediante la constatación de frecuencias y asociaciones a través de aplicaciones de test estadísticos- matemáticos.

No experimental, porque las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación y analítico, ya que plantea hipótesis tendientes a la verificación y explicación de las relaciones causales entre las variables.

Según la cantidad de mediciones que se realizarán será una investigación transversal porque las variables se medirán simultáneamente en un solo momento.

Según el momento de ocurrencia de los hechos será prospectivo, debido a que se inicia con la exposición a una supuesta causa (tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto), para determinar la aparición o no del efecto estudiado (calidad de la lactancia materna).

Sitio de Investigación

Para realizar la investigación es necesario definir las características que debe tener el contexto donde se llevará a cabo, para esto se debe realizar una exploración y convalidación de sitio (anexo I), y verificar si éste reúne las características necesarias. De esta manera se controlarán las amenazas relacionadas con la historia, la maduración y la inestabilidad del ambiente experimental.

Dicha convalidación se efectuó en dos maternidades públicas de 3er. nivel de la ciudad de Rosario durante los días 4 y 5 de Noviembre del 2019.

El primer efector que se visitó fue una maternidad céntrica de la ciudad, en la que se realiza la mayor cantidad de partos anuales.

En la misma, se dialogó con la supervisora del turno 18-24hs y con la jefa del departamento de Enfermería a la que se le entregó la nota para solicitar su autorización para la realización de la prueba de convalidación de sitio, pero la misma fue luego elevada al comité de docencia de la institución. Debido al tiempo de demora y los requisitos solicitados por dicho comité, este efector fue descartado para la elaboración del proyecto.

El segundo efector que se visitó fue una maternidad perteneciente a un hospital público, ubicado en la ciudad de Granadero Baigorria, al norte del Gran Rosario que presta servicios a la población de Granadero Baigorria, la zona norte de la ciudad de Rosario e Ibarlucea, y es en esta Institución donde se realizará la investigación durante el último semestre del año 2020, debido a que luego de una entrevista a la Jefa de Departamento de Enfermería y a la Jefa del servicio, se comprobó que el sitio seleccionado reúne las características requeridas para el estudio.

Según datos recolectados del report de enfermería del área quirúrgica, del libro de partos médicos y de la consulta a los jefes de obstetricia de dicha maternidad, la cantidad anual de partos es de aproximadamente 1800.

Luego de la entrevista, la jefatura de la institución concedió las autorizaciones correspondientes, aprobando que la autora del proyecto ingrese a la institución para la realización de la prueba piloto.

Finalmente la elección de dicha Institución se realizó porque en la misma se encuentra la población y las variables que se desean medir en esta investigación, se pueden utilizar los instrumentos y es posible el acceso a la institución.

Población y Muestra

Criterios de inclusión/ exclusión

La unidad de análisis será cada una de las mujeres sanas, mayores de 16 años, que parieron por vía vaginal un bebe sano, a término, con peso adecuado para la edad gestacional, apgar 9/10, que decidieron amamantar a sus hijos, y se encuentran internadas en el servicio de internación conjunta de la maternidad pública céntrica de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre del 2020. Así como cada una de las historias clínicas de esas pacientes.

Quedarán excluidas:

- Puérperas que hayan recibido algún tipo de ayuda de parte del personal de salud para iniciar la lactancia materna
- Madres que sufran durante la primera hora de puerperio atonía uterina o dolor que no le permita hacerse cargo de su hijo.
- Recién nacido que sufra apnea, cianosis o episodios de ahogo o llanto e irritabilidad excesiva durante la primera hora de vida.
- Historias clínicas u hojas de anestesia incompletas o con letra ilegible.
- Historias clínicas que no contengan la hoja de anestesia de madres que hayan recibido analgesia epidural durante su trabajo de parto.

La elección de la población específica y los criterios de exclusión detallados para esta investigación permitirán eliminar aquellas amenazas relacionadas con la regresión, selección y mortalidad experimental.

El tipo de muestreo será no probabilístico, accidental, debido a que la elección de las unidades de análisis no depende de la probabilidad sino de las características específicas de esta investigación. Debido a que en la maternidad en donde se realizará el proyecto efectúa aproximadamente 1800 partos anuales, y la observación se realizará durando un bimestre, la muestra será de 169 mujeres, considerando un riesgo del 5% y un porcentaje de confiabilidad del 95%.

En caso de que durante un bimestre no se llegará a completar la muestra estipulada, el período de observación podría extenderse el tiempo que sea necesario.

Los resultados de la investigación poseerán validez (externa) solo para la población en estudio, los mismos no podrán extrapolarse debido a que la población es específica y tiene los atributos necesarios en el período de tiempo estipulado.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos recolectados serán volcados en un checklist (Anexo II) confeccionado especialmente para la investigación. El mismo será utilizado con todas las pacientes, y se señalará con una cruz la opción correcta. Se respetará el principio de justicia, debido a que la recolección

de datos será anónima y confidencial y en ningún momento se registrará el nombre de la paciente o su bebé y todas las pacientes serán evaluadas con el mismo instrumento.

El checklist sirve como guía básica para la investigación, permitiendo la verificación de cada uno de los aspectos importantes del estudio, indica en cada una de las etapas y para cada uno de los elementos que se desea observar, las comprobaciones a llevar a cabo, los documentos, los registros, las personas, etc., permite ir anotando los resultados, de forma que no se pierda ningún dato.

La información es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo, logrando uniformidad en el tipo de información obtenida debido a que quién realice la observación no necesita ser arduamente entrenado.

La variable *Tipo de analgesia administrada durante el trabajo de parto*, es cualitativa compleja, de función independiente y posee dos dimensiones:

La 1ra. Dimensión es “No Farmacológica” y sus indicadores son, libertad de movimiento, musicoterapia, pelota de parto y apoyo/ acompañamiento continuo durante el parto.

La 2da. Dimensión es “Farmacológica” y sus indicadores son, Bupivacaína, Fentanilo y Epinefrina.

La variable *Calidad de la lactancia materna*, es de tipo cualitativa simple, de función dependiente y sus indicadores son, el bebé se prende al pecho durante la primera hora de vida, tiene la boca bien abierta (como un bostezo), se prende desde la aréola, el labio inferior se encuentra evertido, el mentón y la nariz están tocando el pecho de la madre, las mejillas se ven redondeadas, realiza mamadas lentas y profundas, se puede ver u oír tragar al bebé.

La variable *Paridad*, es cuantitativa discontinua, de función independiente, y tiene dos indicadores, primíparas o multíparas.

La variable *Nivel educativo*, es cualitativa simple, independiente y sus indicadores son, primario completo, primario incompleto, secundario completo, secundario incompleto, terciario completo y terciario incompleto.

La prueba piloto se desarrolló durante los días 7 y 8 de Noviembre de 2019, en la misma institución donde se llevará a cabo el estudio, debido a que la internación de mujeres que han parido por vía vaginal es de 36hs, y al momento de seleccionar las unidades de análisis ninguna de las participantes de la prueba piloto continuará internada, controlando así la amenaza de difusión de tratamiento.

Dicha actividad se realizó en 5 mujeres y sus hijos recién nacidos que presentaban los mismos criterios de inclusión /exclusión que la población seleccionada para el estudio.

El objetivo de dicha prueba fue identificar aquellos enunciados que pudieran estar mal formulados, que fueran pocos claros o difíciles de observar.

Luego de la realización de la prueba piloto, se comprobó que los enunciados eran claros y fáciles de comprender y observar.

Además, se verificó que los ítems proporcionan los datos suficientes para la realización del estudio.

Finalmente, la recolección de datos se llevará a cabo de lunes a viernes en el horario de 14 a 20hs en los meses de Julio y Agosto del año 2020, y se realizará la observación en el momento en que el binomio llega a la habitación de la sala de internación conjunta.

La técnica utilizada será observacional, por un lado se observará la primera prenda del bebé al pecho materno, en el momento en que el binomio llega a la habitación y luego se recopilarán los datos necesarios de la historia clínica de la paciente. De esta manera durante el estudio las participantes no estarán expuestas a daños físicos ni psicológicos, debido a que la observación se realizará a una distancia prudente y en absoluto silencio con el respeto necesario para no interferir en un momento tan íntimo y personal, acatando así, el principio de beneficencia.

Por otro lado todas las participantes del estudio firmarán un consentimiento informado (Anexo II), en donde se detallará la finalidad del estudio y la posibilidad de retirarse del mismo en caso de desearlo. Este documento podrán firmarlo en la internación durante el trabajo de parto, manteniéndose de esta manera el principio de respeto a la dignidad humana.

Personal a cargo de la recolección de datos

Para la aplicación del instrumento, no será necesario el adiestramiento de personal, ya que será aplicado por la autora del proyecto. Quedando controlada la amenaza relacionada con la conducta del experimentador.

Plan de análisis

Los datos se recolectarán en la sala de internación conjunta durante la primera hora del puerperio, luego se registrarán los resultados en una base de datos, para lo cual se utilizará como soporte informático el software Epi Info 3.5.4.

Para su posterior análisis, se realizará una estadística descriptiva y se utilizarán tablas y gráficos para describir la información recogida.

La variable Paridad se representará en un gráfico de torta.

La variable Nivel educativo en un gráfico de barras simples.

Las variables “Tipo de analgesia epidural y Calidad de lactancia materna” se representarán en una tabla de doble entrada.

El instrumento de recolección de datos cuenta con 6 ítems en total; los primeros 2 ítems corresponden a las variables “Nivel educativo” y “Paridad”, los 2 puntos siguientes corresponden a la variable “Tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto” (farmacológica- no farmacológica) y los 2 últimos a la variable “Calidad de lactancia materna”.

Para la variable “**Tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto**” se utilizará una escala de medición nominal, cada indicador fue codificado con una letra con la finalidad de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable. La prueba estadística descriptiva que se utilizará para analizar estos datos será el porcentaje, la moda, medidas de dispersión y concentración.

Dimensión 1: Analgesia no farmacológica

Indicadores:

- (a) Libertad de movimiento
- (b) Musicoterapia
- (c) Pelota de parto
- (d) Apoyo continuo durante el parto

Dimensión 2: Analgesia farmacológica (epidural)

Indicadores:

(A) Bupivacaína

(B) Epinefrina

(C) Fentanilo

Quedando la variable reconstituida de la siguiente manera:

Dimensión no farmacológica

-La presencia de uno o más de cualquiera de los indicadores indica: “*Analgesia no farmacológica*”

Dimensión farmacológica

-La presencia de solo uno de los indicadores indica: “*Analgesia farmacológica simple*”

-La presencia de más de uno de los indicadores indica: “*Analgesia farmacológica compleja*”

-La presencia de al menos un indicador de cada dimensión indica: “*Analgesia combinada*”

Para la variable “**Calidad de la lactancia materna**” se utilizará una escala de medición ordinal, a cada indicador que mide la variable se le asignó un valor numérico a los fines de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable. Se utilizarán para medir estos datos frecuencia porcentaje, mediana y moda.

Indicadores:

- (1) El bebé se prende al pecho durante la primera hora de vida
- (2) Tiene la boca bien abierta (como un bostezo).
- (3) No se prende solo del pezón sino también de parte de la areola (zona oscura que lo rodea).
- (4) El labio inferior está volcado hacia afuera.
- (5) El mentón y la nariz del bebé están tocando el pecho de la madre.
- (6) Las mejillas se ven redondeadas.
- (7) Realiza mamadas lentas y profundas, a veces con pausas.
- (8) Se puede ver u oír al bebé tragar.

A mayor valor, mayor será la calidad de la lactancia materna, quedando reconstruida la variable de la siguiente manera:

De 1 a 12: Baja de calidad lactancia materna.

De 13 a 24: Moderada calidad de lactancia materna.

De 25 a 36: Alta calidad de lactancia materna.

Con respecto a la escala de medición de las variables “**Nivel educativo**” (ordinal) y “**Paridad**” (razón), se transformarán en ambos casos a una escala nominal según las necesidades del estudio.

La prueba que se utilizará para medir la variable Paridad será el porcentaje y para la variable Nivel educativo se utilizarán porcentaje, moda, medidas de dispersión y medidas de concentración.

Los indicadores que miden dichas variables fueron codificados con la finalidad de poder cuantificarlos y luego tabular los mismos tal como se mencionan a continuación:

Paridad: Indicadores:

(P) Primíparas

(M) Multíparas

Nivel educativo: Indicadores:

(I) Primaria incompleta

(II) Primaria completa

(III) Secundaria incompleta

(IV) Secundaria completa

(V) Terciario incompleto

(VII) Terciario completo

Luego se cruzarán las variables Tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto con Calidad de lactancia materna y Calidad de la lactancia materna con Paridad y Nivel educativo y se consultará a un profesional estadístico para la evaluación de los resultados finales.

Plan de trabajo

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Recolección de datos						
Tabulación de datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración y redacción de conclusiones						
Redacción y Entrega Final del Informe						

Anexo I

Guía para el estudio exploratorio

- ¿La Institución autoriza la recolección de datos para la investigación?.....
- ¿La Institución permite que se publiquen los datos recogidos?.....
- ¿Las historias clínicas de las pacientes se encuentran completas (edad, paridad, nivel educativo) y son accesibles para realizar la recolección de datos?.....
- ¿Las historias clínicas tienen fojas de anestesia completas, en las cuales figuren dosis, cantidad de inyecciones y medicación utilizada?.....
- ¿Cuál es la cantidad de partos anuales que se realizan en la maternidad?.....
- ¿Es posible realizar la observación en el momento en que comienza la lactancia del recién nacido?.....
- ¿Las historias clínicas cuentan con registros médicos y/o de enfermería que describan y especifiquen el momento en que comienza la lactancia?.....
- ¿Tiene la institución una política que apoye la lactancia materna exclusiva?.....
- ¿Respete la institución la decisión de la madre de amantar o no a su hija/o?.....
- ¿Se realizan en la institución talleres o capacitaciones sobre lactancia materna destinado al personal de salud? ¿Y para las madres?.....

Anexo II

Instrumento de recolección de datos

Checklist

Marcar con una (x) la/s opción/es que correspondan

Variables: Paridad y Nivel educativo

#Nivel de escolaridad:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciario incompleto
- Terciario completo

#Paridad:

- Primípara
- Multípara

Variable: Tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto

#Analgesia no farmacológica

- Libertad de movimiento
- Musicoterapia
- Pelota de parto
- Apoyo/Acompañamiento continuo durante el parto

#Analgesia farmacológica (epidural)

- Si
- No

En caso de respuesta afirmativa, droga/s administradas:

Bupivacaína

Epinefrina

Fentanilo

Variable: Calidad de la lactancia materna

#La primera prendida al pecho materno se produjo:

Durante la primera hora de vida del recién nacido

Luego de la primera hora de vida del recién nacido

#Cuando el bebé se prende al pecho materno:

Tiene la boca bien abierta (como un bostezo).

No se prende solo del pezón sino también de parte de la areola (zona oscura que lo rodea).

El labio inferior está volcado hacia afuera.

El mentón y la nariz del bebé están tocando tu pecho.

Las mejillas se ven redondeadas. Hace mamadas lentas y profundas, a veces con pausas.

Se puede ver u oír al bebé tragar

Consentimiento informado

Yo (nombre y apellido) _____, he sido informada por la Enfermera Barraza Silvina, estudiante de 5to. año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, quién desarrolla un trabajo de investigación en esa institución acerca de la relación existente entre el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto y la calidad de la lactancia materna y he podido realizar las preguntas necesarias sobre el estudio. Es por ello que:

- 1) Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo permitiendo ser observada junto a mi hijo/a durante el amamantamiento en la primera hora posparto.
- 2) Permito que la información recabada se utilice, sin dar a conocer mi identidad, con el fin que pretende su investigación.
- 3) Acepto que tenga acceso a todos los datos que figuran en mi historia clínica, los que no serán revelados y serán mantenidos en el anonimato.
- 4) Estoy de acuerdo en que toda la información recolectada quedará registrada y será presentada en un informe escrito que será evaluado por docentes de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas.
- 5) He sido informada que puedo retirar mi colaboración en la investigación en cualquier momento que lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- 6) Doy mi autorización sin haber recibido coerción alguna.

Firma:

Rosario,.....

Bibliografía

- Alligood, M.; Tomey, A. (2005). Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. Modelos y Tendencias en Enfermería (Quinta ed.). Madrid, España.
- Becanu R. (s.f.). La Influencia de la edad materna en la lactancia. Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real, España. Disponible en http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_actividades/co2-1.pdf
- Becerra Bulla, F. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 2: 217-227 20/02/2015 Departamento de Nutrición Humana. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C., Colombia. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Borroughs, A.; & Leifer, G. (2004). Enfermería MaternoInfantil (8° ed.). Interamericana.
- Brown, H. (2017). Manejo del trabajo de parto normal. Manual MSD, Duke University Medical Center. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
- Castillo, B.; et al. (2009). Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *MEDISAN* [online]. 13(4) Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013&lng=es&nrm=iso
- Cerda S. (2019) “Anestesia en Obstetricia” Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Departamento de Ginecología y Obstetricia. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/anestesia_obstetricia_1.pdf
- Clínic, Hospital; Déu, Hospital Sant Joan de; Barcelona., Universitat de. (s.f.). “Protocolo: Asistencia a la gestante en sala de partos”. Barcelona, España.
- Cruz, S.; Perovich, H.; Peña, E. (2003). La música en el trabajo de parto. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 68(1), 68-74.
- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (2019). Consejos básicos sobre Lactancia Materna. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Disponible en <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti4.php>

Gómez, A. (2019). Asociación El Parto es Nuestro.

doi:<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-epidural>

Gómez Hernández, A. (Mayo-Agosto de 2009). Analgesia durante el trabajo de parto y su influencia sobre el estado neuroconductual del recién nacido. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 8(2).

González García R.; Márquez Carrasco, A.; Mera Domínguez, S. (Enero-Junio 2018). Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. *Revista Enfermería Docente*, 110: 80-84

Herrera Gomez, A. (21 de Septiembre de 2015). Valoración de la analgesia epidural en el parto. Factores obstétricos y neonatales. Granada.

Hospital Clínic; Hospital Sant Joan de Déu; Universitat de Barcelona. (s.f.). Fetal Medicine Barcelona. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia-a-la-gestante-en-sala-de-partos.html>

Inma Marcos (2019). La importancia de la primera hora tras el parto para el éxito de la lactancia materna. *Alba Lactancia Materna 2013-2019* Disponible en <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-importancia-de-la-primera-hora-para-el-exito-de-la-lactancia-materna/>

Kajsa Brimdyr, e. c. (2015). The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin to Skin during the First Hour After Birth. *Wiley publicaciones periódicas*, 42 (4): 319-328.

Magdaleno del Rey, G. (2011). Relación entre analgesia epidural durante el trabajo de parto y la lactancia materna. *Reduca. Serie matronas*, 3(3), 53-74.

Martin, E., & Vickers, B. (2018). Protocolo clínico ABM, Analgesia y anestesia periparto de la madre lactante. *Breastfeeding Medicine*, 13(3).

Martínez Galán (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Rev. Enferm. Univ.*, 14(1).

Medina, M.; López Areque, A.; Álvarez García, C. (2018). Evidencia científica: Esferodinámica en el trabajo de parto. Andalucía, España.

- Organización Mundial de la Salud (2019). Inicio temprano de la Lactancia. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Obtenido de [doi:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf)
- Quintana Puerta, J.; Cifuentes Hoyos V. (2014). Toxicidad sistémica por anestésicos locales. *Rev CES Med*, 28(1), 107-118.
- Romero Roy, M.; Carrizosa Moreno, A.; Jimeno, J. (2014). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8(1), 23-30.
- Sacristán M. (2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla León. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria *Revista Pediátrica de Atención Primaria* 13(49). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004
- Selim, L. (2018). La lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica. Unicef para cada niño. Obtenido de <https://www.unicef.org/es/historias/lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>
- Tovaldsen, S. (2006). La analgesia epidural durante el trabajo de parto y la lactancia materna: un estudio de cohortae prospectivo. *Diario Internacional*, 1:24.
- Vázquez Soto, M. (2012). Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo. Ceuta, España: Intituto Nacional de Gestión Sanitaria.

