UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE MONAGAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR"
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES QUE RECIBEN ANALGESIA EPIDURAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR ABRIL-OCTUBRE DEL 2020.

AUTORA:

Dra. Sindy Aneleiram Carrillo Utrera

Trabajo especial de grado como requisito parcial para optar al título de

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Maturín Mayo, 2021.

VICERRECTORADO ACADEMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ACTA N°

Núcleo de: MONAGAS
Postgrado en: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO

Nosotros, ELIO LAREZ, ANELSIE MONTSERRAT, DAMARYS ALARCÓN, integrantes del jurado por la Comisión Coordinadora del Postgrado en: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Para examinar el Trabajo de Grado titulado **EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES QUE RECIBEN ANALGESIA EPIDURAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR ABRIL- OCTUBRE DEL 2020.**

Presentado por el (la) SINDY ANELEIRAM CARRILLO UTRERA
Con cedula de identidad N° V-19.067.054, a los fines de cumplir con el registro legal para optar al grado de: ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado al postulante en sesión privada celebrada hoy, a las 8:00 AM en EL SALÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el jurado decidió APROBARLO (Aprobarlo o Improbarlo) por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo SE (Se/no se) ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador del Postgrado en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

En la ciudad de MATURÍN, a los CATORCE días
Del mes de MAYO del año 2021.

Jurado Examinador

Prof. ANELSIE MONTSERRAT
C.I 12.151.368
Prof. ELIO LAREZ
C.I 5.335.950
Prof. DAMARYS ALARCON
C.I 16.711.904
Coordinador del Programa de Postgrado ANELSIE MONTSERRAT
C.I 12.151.368

INDICE

INDICE ..... **iii**
INDICE DE GRAFICOS ..... **iv**
RESUMEN ..... **v**
SUMMARY ..... **v**
INTRODUCCIÓN **1**
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION **11**
OBJETIVOS GENERAL 11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11
MARCO METODOLOGICO **12**
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 12
UNIVERSO 12
POBLACIÓN Y MUESTRA 12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN 12
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 13
RESULTADOS **16**
DISCUSIÓN **21**
CONCLUSIONES **24**
RECOMENDACIONES **26**
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **27**
ANEXO **29**
HOJA DE METADATOS **34**

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Grupo etario de las gestantes que acudieron al área de admisión de sala de parto Divino Niño Jesús Del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar con embarazo simple entre las 37 semanas y 41 semanas más 6 días en fase activa de trabajo de parto con 6cm sin ninguna contraindicación para la analgesia epidural. 17
Gráfico 2. Alteraciones hemodinámicas y reacciones adversas que presentaron las gestantes que recibieron analgesia epidural. 17
Gráfico 3: Alteraciones del bienestar fetal registrados en el cardiotocografo. 18
Gráfico 4. Cambios registrados durante el periodo de descenso y dilatación del trabajo de parto en pacientes con analgesia epidural. 18
Gráfico 5-A: Vía de finalización del trabajo de parto en pacientes con analgesia epidural. 19
Gráfico 5-B: Apgar de los recién nacidos de las gestantes que recibieron analgesia epidural. 19
Gráfico 6: Eficacia de la analgesia epidural para el control del dolor en gestante durante el trabajo de parto. 20
Gráfica 7: Grado de satisfacción de las gestantes que recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto. 20

RESUMEN

Objetivo: evaluar el trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural. Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar abril- octubre del 2020. **Metodología**: esta investigación es un estudio prospectivo, enfoque cuantitativo, documental, no experimental, descriptivo de corte transversal. Población y muestra fue la misma 100 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, al ingresar al área de admisión de sala de parto Divino Niño Jesús. El 75% tenían edades comprendidas entre 20 años – 30 años, y el 25% entre 31 - 40 años. El 50% de las gestantes con analgesia epidural presentaron alteraciones hemodinámicas y reacciones adversas, el 100% de las gestantes que recibieron analgesia epidural en fase activa del trabajo parto no presentaron ninguna alteración del bienestar fetal registrada en el cardiotocografo y el puntaje de apgar de estos RN fue de 8pts al min y 10pts a los 5min siendo la vía de finalización el parto eutócico simple, el trabajo de parto de las pacientes que recibieron analgesia epidural el promedio de acortamiento de dilatación y descenso fue de 40 minutos en el 40% de las primigestas y de 70 minutos en el 37% de las multíparas, se observo que el 40% de las pacientes refirieron dolor moderado, 45% refirieron dolor intenso y el 15% refirieron dolor muy intenso y el 80% de las pacientes refirieron estar satisfecha con el procedimiento. **Palabras claves**: analgesia epidural obstétrica.

SUMMARY

Objective: to evaluate of labor in pregnant women who receive epidural analgesia. Dr. Manuel Núñez Tovar University Hospital April-October 2020. **Methodology:** this research is a prospective study, quantitative, documentary, non-experimental, descriptive cross-sectional approach. Population and sample was the same 100 patients, who met the inclusion and exclusion criteria, upon entering the admission area of the Divino Niño Jesús delivery room. 75% were between 20 years - 30 years old, and 25% between 31-40 years. 50% of the pregnant women with epidural analgesia presented hemodynamic alterations and adverse reactions, 100% of the pregnant women who received epidural analgesia in the active phase of labor did not present any alteration of the fetal well-being registered in the cardiotocograph and the apgar score of these NB was 8pts at min and 10pts at 5min, the way of completion being simple eutocic delivery, the labor of the patients who received epidural analgesia, the average shortening of dilation and descent was 40 minutes in 40% of the cases. Primiparas and 70 minutes in 37% of the multiparous women, it was observed that 40% of the patients referred moderate pain, 45% referred intense pain and 15% referred very intense pain and 80% of the patients reported being satisfied with The procedure. **Key word**: obstetric epidural analgesia.

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos es reconocida históricamente esta frase, según la biblia dice "parirás a tu hijo con dolor" Gn 3:16, buscando llenar a las mujeres de valor para enfrentar un proceso natural y muy doloroso como es el parto. Esta frase, que se conoce desde hace muchos siglos, cuando los recursos científicos eran francamente limitados, se pudiera entender que era una forma de analgesia, la cual estaba basada en la fe. Sin embargo hoy no perdemos la fe en Dios ni en la Biblia, pero tenemos otras herramientas, que sin incrementar significativamente el riesgo materno fetal, nos permiten llevar a cabo un trabajo de parto más tranquilo, agradable y hasta disfrutar a plenitud, ese proceso natural. (1)

El dolor durante el primer periodo de la labor surge a partir del útero y de los anexos durante las contracciones y es de naturaleza visceral, el dolor depende en gran parte de la dilatación del cuello uterino y del segmento uterino inferior, su distensión mecánica, estiramiento y desgarro subsiguiente durante las contracciones. Durante el segundo periodo, la estimulación nociceptiva continúa por las contracciones del cuerpo uterino, por la distensión del segmento uterino inferior y dilatación del cuello uterino, igualmente por la presión ejercida sobre las estructuras pélvicas. En contraste con el dolor visceral propio del primer periodo, el dolor somático que se experimenta durante el parto es intenso y muy bien localizado. (1)

La analgesia epidural es el tratamiento más efectivo disponible en la actualidad para controlar el dolor durante el trabajo de parto y es el método de elección, ya que comparado con otras modalidades (técnicas con opioides no neuroaxiales) provee un óptimo nivel de analgesia, sin sedación materna y mínimo paso transplacentario de fármacos al feto. (2)

La anestesia epidural es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal, se anestesiará la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado, permitiendo el alivio de la sensación de dolor durante el parto y rebaja el nivel de ansiedad de la madre y posibilita usar técnicas instrumentales (fórceps o ventosa) sin necesidad de aplicar otro tipo de anestesia. (3)

Sin embargo, el momento óptimo para iniciar la analgesia epidural sigue siendo controversial y su uso en la fase latente del trabajo de parto es todavía motivo de debate. Por consiguiente, antes del 2002 las guías y lineamientos clínicos del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomendaban que la administración de analgesia epidural en parturientas nulíparas debía ser evitada hasta que la dilatación cervical alcanzara al menos 5.0 cm. (4)

Son varias las contraindicaciones que existen para la analgesia peridural, en cuyo caso debemos considerar si esta es absoluta o relativa, siendo las contraindicaciones absolutas las siguientes; negación del paciente, coagulopatias (plaquetas 50.000), infección sistémica, hipertensión endocranena y las relativas; inestabilidad hemodinámica, cardiopatía de gasto fijo (ejemplo; estenosis aortica), infección local, hipovolemia. (1)

La administración de anestésicos locales peridural se realiza con el objetivo de producir principalmente bloqueo de fibras motoras, lo que se conoce como bloqueo diferencial, entre los más conocidos en nuestro medio se encuentran la lidocaína al 1% y 2%, la cual tiene una latencia corta, pero está relacionada con mayor bloqueo motor, mayor neurotoxicidad y menor tiempo de duración de su acción, es ideal en el momento próximo al parto, en el periodo expulsivo cuando se requiere un efecto rápido y efectivo. (1)

Entre los anestésicos más utilizados en nuestro medio tenemos la bupivacaína la cual tiene un mayor tiempo de latencia en comparación con la lidocaína, pero un efecto más prolongado y menor grado de bloqueo motor (mayor bloqueo diferencial). Produce un bloqueo de la conducción nerviosa al reducir la permeabilidad de la membrana al sodio disminuyendo la velocidad de despolarización de la membrana y aumentando el umbral de la excitabilidad eléctrica es mayor su cardiotoxicidad por lo que está proscrita su administración endovenosa. (1)

Por esta razón han aparecido moléculas similares pero más segura como la levopubivacaina y la ropivacaina que son esteroides esteroisomeros de la bupivacaina, que los hacen ser menos cardiotóxico, conservan adecuada duración de acción y adecuado bloqueo diferencial aunque son menos potentes, con similares resultado en el efecto analgésico y anestésico alcanzado. (1)

Las complicaciones asociadas a la analgesia epidural son la analgesia fallida o insatisfactoria, punción dural durante el abordaje, cefalea post punción, hematoma peridural, lesión neurológica temporal o permanente, anestesia espinal total, toxicidad por anestésicos locales e hipotensión. (1)

Las epidurales en el trabajo de parto no aumentan la tasa de cesáreas, mejora la puntuación de dolor y satisfacción materna en comparación con analgésicos sistémicos, y es la opción analgésica más eficaz para el trabajo de parto. Los regímenes modernos de dosificación epidural para el trabajo de parto (ej. Bupivacaína al 0.0625% a 0.1% con 2-4 mcg/mL de Fentanilo o 0.4 mcg/mL de Sufentanilo) reducen la dosis total de anestésico local requerida y el bloqueo motor. Existen diferentes regímenes para la administración de analgesia epidural en el trabajo de parto, las prácticas actuales son: bolo intermitente administrado por médico, analgesia epidural controlada por la paciente, bolos epidurales intermitentes programados o infusiones continuas. (5)

Se debe aclarar que la anestesia se define como la ausencia de sensibilidad a los estímulos obtenida por la administración de fármacos anestésicos para realizar algún tipo de de intervención o terapia. Y la analgesia se define como la pérdida o abolición de la sensibilidad dolorosa. (5)

Todo trabajo de parto con analgesia epidural debe ser con monitorización materna y fetal, según la OMS, La cardiotocografía (CTG) es una prueba de detección utilizada en el embarazo para identificar fetos con riesgo de desarrollar hipoxia, el cardiotocógrafo es un quipo para la detección de frecuencia cardiaca fetal por ultrasonido (efecto Doppler), detección del movimiento fetal y la actividad uterina por método no invasivo. (6)

El trabajo de parto es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso superior a 500g. Se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto. (6)

Para que ocurra el parto, es preciso un canal de parto adecuado y una contracción uterina regular y adecuada, los otros factores que hay que considerar en el pronóstico del parto son: actitud, situación, presentación y posición fetal, los cuales se pueden determinar clínicamente mediante palpación abdominal, examen vaginal y auscultación del foco fetal. (7)

También es precisa una contracción uterina adecuada para que se desencadene y se lleve a cabo el trabajo de parto. Los componentes de la contracción uterina son los siguientes; Presión basal: es la presión más baja que se registra entre contracciones durante el periodo de relajación uterina. Estas cifras varían de 8 a 12 mmHg. Intensidad: Es la presión máxima que alcanza la contracción uterina,

expresada en mm de Hg, y los valores normales durante el trabajo de parto oscilan entre 30 y 60mmHg. Las contracciones uterinas no producen dolor hasta que la intensidad sobrepasa los 15 mmHg con respecto a las cifras basales. Entre las causas que producen el dolor se encuentran las siguientes; hipoxia de las células miometriales durante la contracción, compresión de los ganglios nerviosos en el cuello uterino y segmento uterino inferior, distensión del cuello uterino durante la dilatación, distensión del peritoneo durante el descenso y expulsión. (7)

Otro de los componentes de la contracción uterina es la frecuencia es una expresión del intervalo entre contracciones, o sea, el periodo entre dos contracciones consecutivas. Durante el embarazo las contracciones son irregulares en cuanto a frecuencia e intensidad, pero durante el trabajo de parto se vuelven más regulares y ocurren con una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos. (7)

El cálculo de la duración de una contracción uterina depende de una definición precisa del inicio hasta el término, con respecto a la línea basal y tiene una relación no proporcional con su amplitud. La contracción se puede percibir por palpación durante unos 45 a 60 segundos y la paciente la siente por unos 35 a 50 segundos. La duración total de la contracción por registros internos es de 200 segundos (Schulman and Romney, 1970) (7).

Para que el parto se lleve a cabo, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna, la cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara. El feto debe seguir una serie

de movimientos de adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”. (7,8)

Descenso, depende fundamentalmente de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las multíparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento. (8)

Flexión se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. Mediante este movimiento, el feto sustituye el diámetro occípito-frontal de 11,5 cm por el sub-occípito-bregmático de 9,5 cm. (7)

Encajamiento se considera cuando la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. Una vez que la cabeza se encaja, la sutura sagital está usualmente a mitad de camino del diámetro pubo-sacro. En este caso la cabeza está sinclítica; sin embargo, el asinclitismo es relativamente frecuente y puede ser de dos formas: anterior Cuando la sutura sagital se dirige hacia el promontorio del sacro y el hueso parietal que se palpa es el anterior. Posterior Cuando la sutura sagital se dirige hacia el pubis y el hueso que se palpa es el parietal posterior. (7)

En la Rotación interna el feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Extensión es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la

base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. (7)

Rotación externa Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también "restitución". Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. De esta manera, habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis del pubis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. (7)

El trabajo de parto clásicamente se divide en tres períodos. Primer período, va desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa, dura como promedio 6 horas en la multípara y 8 horas en la primípara. Segundo período, se extiende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto, dura como promedio de 15 a 30 minutos en la multípara y de 30 a 45 minutos en la primípara. Tercer período, va desde el nacimiento del feto hasta la expulsión completa de la placenta y sus membranas dura como promedio de 5 a 10 minutos. (7)

Los países de América Latina ven la analgesia epidural como una opción prohibitiva debido a los costos que implica, debido a la necesidad de personal especializado para su manejo y administración, así como la necesidad de equipo especial. Además, es bien conocido para cualquier médico dedicado al cuidado de la salud de la mujer, que el parto tácitamente conlleva un nivel de dolor importante, "comparado únicamente con el dolor que produce la amputación de los dedos". (2)

El abordaje del dolor del parto siempre ha estado rodeado de un aura de incomprensión y profundo desconocimiento, no será hasta la publicación de “el parto sin dolor”, de Nikolaiev (1953), y la difusión de los métodos psicoprofilácticos, de Lamaze (1950), cuando se populariza el tratamiento del dolor en el parto. En muchos países de Europa, este fenómeno se daría más tarde, al publicarse Principios y Práctica de la Analgesia y la Anestesia en Obstetricia, de Bonica (1975). Se inicia así la introducción de la analgesia epidural en obstetricia. (2)

Desde entonces hasta la actualidad, los avances tecnológicos (nuevas agujas, catéteres, filtros, equipos desechables, monitorización) y farmacológicos (nuevos anestésicos locales), junto al interés creciente de las nuevas generaciones de anestesiólogos por las técnicas regionales, auspician un nuevo interés por la analgesia obstétrica.

La ansiedad y miedo al parto y a todo lo que rodea la analgesia epidural ha disminuido transmitiendo una hoja informativa a las pacientes sobre la técnica, las ventajas, los riesgos reales y la realidad que se va a encontrar la gestante cuando llegue al hospital en relación a la analgesia epidural obstétrica todo esto partiendo de un buen control prenatal.

Desde el año 2002, el ACOG publico el siguiente enunciado: “En ausencia de contraindicación médica la sola solicitud de la madre es suficiente indicación médica para iniciar el uso de analgésicos durante la labor del parto”.

El significado de analgesia obstétrica es control del dolor durante el proceso del trabajo de parto, y hasta la expulsión del producto, efectuado por un médico especialista en anestesiología. El suministro de la misma exige ciertas condiciones como son: presencia de tres contracciones uterinas en diez minutos con una duración de cuarenta segundos cada una y una dilatación cervical de cinco centímetros, antes

de esta dilatación y aunque ya exista dolor no es muy conveniente aplicarla porque existe la posibilidad de que el trabajo de parto se haga más lento o inclusive se detenga. La analgesia para la labor y el parto ha evolucionado sorprendentemente hasta el desarrollo de técnicas muy seguras tanto para la madre y su feto y que permitan el deseado "parto sin dolor".

La analgesia epidural ofrece ciertas ventajas en el trabajo de parto; alivio parcial del dolor obstétrico, no produce depresión neonatal, mejora la circulación útero-placentaria, propicia la relajación y cooperación de la madre, disminuye los requerimientos maternos de oxigeno y previene la hiperventilación materna.

El dolor obstétrico se define como el síntoma o sensación desagradable causado por la contracción del musculo uterino y el paso del feto por el canal del parto siendo esta la causa más frecuente de dolor en la embarazada. La analgesia obstétrica evita durante el trabajo de parto el malestar materno dado por esta sensación de dolor, que opaca la grata experiencia de dar vida a un nuevo ser, además de producir analgesia inhibe de forma total o parcial la respuesta neuroendocrina al dolor. (4)

Este estudio de evaluar el comportamiento del trabajo de parto en gestantes con analgesia epidural se realizo para conocer los efectos con respecto a la duración del trabajo de parto, bienestar fetal, la intensidad y la duración de las contracciones uterinas. Esta investigación pretende sumar casos a los estudios descritos con el afán de demostrar que el parto sin dolor es una de las metas que el ginecólogo obstetra debe perseguir dentro de su vida profesional.

Partiendo de estas consideraciones, es objetivo de este estudio evaluar el comportamiento del trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural, en la sala de parto Divino Niño Jesús del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar

durante el periodo abril y octubre del 2020, por lo cual debe darse respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las alteraciones hemodinámicas que se presentan en las gestantes con analgesia epidural?

¿Cuáles son las reacciones adversas que presentan las gestantes con analgesia epidural?

¿Cuáles son las alteraciones del bienestar fetal que presentan las gestantes con analgesia epidural durante la fase activa del trabajo de parto?

¿Cuáles son los cambios en el periodo de descenso y dilatación en las gestantes en trabajo de parto con analgesia epidural?

¿Cuál es la vía de finalización del parto en las gestantes con analgesia epidural?

¿Cuál es el puntaje de APGAR en los recién nacidos de madre en trabajo de parto con analgesia epidural?

¿Es eficaz la analgesia epidural como control del dolor durante la fase activa del trabajo de parto?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS GENERAL

Evaluar el trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural en fase activa, que acudieron al Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar en el periodo Abril- Octubre Del 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Registrar las alteraciones hemodinámicas que se presentan en la gestante con analgesia epidural.
2. Identificar las alteraciones del bienestar fetal en pacientes en trabajo de parto con analgesia epidural.
3. Indicar cuáles son las reacciones adversas que presentan las gestantes que reciben analgesia epidural durante la fase activa del trabajo de parto.
4. Registrar los cambios en el periodo de descenso y dilatación en gestantes que reciben analgesia epidural durante la fase activa del trabajo de parto.
5. Indicar la vía de finalización del trabajo de parto con analgesia epidural.
6. Conocer los puntajes de APGAR en los recién nacidos de madres que recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto.
7. Determinar la eficacia de la analgesia epidural para el control del dolor durante el trabajo de parto.
8. Determinar el grado de satisfacción en las gestantes que recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto.
9. Clasificar según grupo etario a las gestantes en trabajo de parto con analgesia epidural.

MARCO METODOLOGICO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizo un estudio prospectivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, documental, no experimental y descriptivo.

UNIVERSO

Todas las gestantes que ingresaron en la sala de partos Divino Niño Jesús, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar en el periodo abril-octubre 2020.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por las gestantes que cumpla con los criterios de inclusión y desee participar en el estudio, autorización mediante consentimiento informado que ingresen en el servicio de sala de parto Divino Niño Jesús, Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar en el periodo abril-octubre 2020. En este caso la muestra estará constituida por dos grupos; gestantes primigestas y multíparas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Primigestas y multíparas que ingresen al servicio de sala de parto con gestación de 37 semanas a 41 semanas + 6 días de gestación, en fase activa de trabajo de parto con 6cm de dilatación en presentación cefálico de vértice sin comorbilidades materno-fetal asociada que quieran participar en el estudio mediante consentimiento informado de 20-35 años de edad.
- Gestantes primigestas que presenten pelvis clínicamente suficiente.

- Gestantes con membranas ovulares integras o rotas espontáneamente o artificialmente en el servicio de sala de parto Divino Niño Jesús del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar.
- Presentación fetal en II plano de hodge.
- Trabajo de parto activo: 3 contracciones mínimas en 10 min con 40 segundos de duración cada contracción.
- Gestantes con embarazo controlados con ecosonograma morfológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con Gestación múltiple.
- Gestantes con embarazo en Presentación viciosa (pelviana).
- Gestantes con Cicatriz uterina previa (cesáreas anteriores).
- Gestante con comorbilidad materna asociada (trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes mellitus, trastorno de la coagulación).
- Gestantes con Sospecha de sufrimiento fetal agudo desde el ingreso al servicio.
- Gestantes con Malformación fetal (hidrocefalia, acraneoanencefalia, gastroquisis).
- Gestantes con Óbito fetal.
- Gestantes con causas de contraindicación para la colocación de catéter epidural.
- Negación de la paciente para participar en el estudio.

Técnica y procedimiento:

Para desarrollar este estudio se procedió, previo consentimiento informado, al interrogatorio y examen físico de las gestantes que acudieron a la admisión de sala de partos Divino Niño Jesús del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar con la presencia de contracciones uterinas dolorosas regulares con los criterios de inclusión

cumplidos, las mismas se ingresaron al servicio, se realizo cateterismo de dos vías periféricas (una para infusión continua con oxitocina en dextrosa al 5% y otra para infusión continua con solución 0,9%), en área de quirófano previa asepsia y antisepsia se procedió a la colocación del catéter epidural bajo la técnica establecida por el servicio de anestesiología, posteriormente las pacientes son pasadas a área de pre parto, donde se realizo la monitorización materna con registro de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxigeno y medición de tensión arterial cada hora, colocación del equipo de cardiotocografia el transductor con gel a nivel del foco fetal y el tocotransductor a nivel de fondo uterino ambos con cintas ajustadoras para el registro de frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales y actividad uterina, recibiendo bolo de analgesia con bupivacaina mas lidocaína horario a través de catéter epidural manejado por el residente de anestesia. control de signos vitales y realización de tacto vaginal cada hora.

Métodos e instrumentos de recolección

Los datos fueron recolectados de la información obtenida una vez ingresada la gestante a la unidad de sala de parto y previa autorización mediante consentimiento informado, se procedió a la recolección de datos a través de la realización de una encuesta donde se interrogo a la paciente en relación a: datos personales, antecedentes personales (quirúrgicos, patología de base; hipertensión, diabetes, patología tiroideas, otras) antecedentes ginecológicos y obstétricos, la presencia de patologías médicas asociadas a la gestación, así como la evolución del trabajo de parto horario en la hoja de control de trabajo de parto y vaciado de datos obtenidos mediante la observación como; hora de ingreso de la paciente, tacto vaginal de ingreso, tacto vaginal horario, analgesia epidural que recibió, bienestar materno fetal mediante registro de frecuencia cardiaca, saturación de oxigeno, frecuencia respiratoria y tensión arterial cada hora, y registro de la frecuencia cardiaca fetal, la intensidad, duración e intervalo de la dinámica uterina, finalización del trabajo de parto o cesárea (si es cesárea detallar la causa), complicaciones que se presento durante el trabajo de parto, evaluación del

dolor mediante la escala analógica del dolor verbal y el test de Apgar al Recién nacido al minuto y a los 5 minutos.

Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información mediante la aplicación de las técnicas de recolección de datos, se procederá a un análisis de los resultados mediante un programa estadístico realizado para este fin, luego se representan gráficamente los datos obtenidos por medio de diagrama de barras y de sectores con el fin de tener una representación visual de la totalidad de la información.

RESULTADOS

Las gestantes que acudieron al área de admisión de la sala de parto Divino Niño Jesús Del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar con criterios de inclusión para este estudio y sin ninguna contraindicación para la analgesia epidural, el 75% (75 pacientes, 40 primigestas y 35 multíparas) tenían edades comprendidas entre 20 años – 30 años, y el 25% (25 pacientes, 8 primigestas y 17 multíparas) entre 31 años -40 años. (Figura 1)

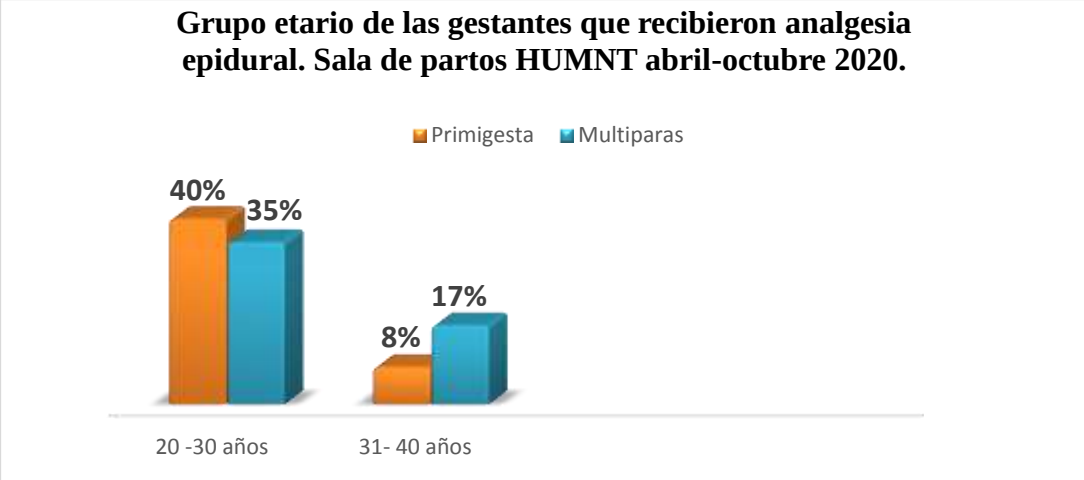
En relación a las alteraciones hemodinámicas y reacciones adversas que presentaron las gestantes que recibieron analgesia epidural se observo que el 30% presento nauseas, el 20% vómitos, hipotensión y taquicardia y el 10% parestesia. (Figura 2). Además todas las gestantes que recibieron analgesia epidural en fase activa del trabajo parto no presentaron ninguna alteración del bienestar fetal registrada en el cardiotocografo. (Figura 3).

Con respecto a la duración del trabajo de parto el promedio de acortamiento de dilatación y descenso fue de 40 minutos en el 80% de las primigestas y de 70 minutos en el 75% de las multíparas. (Figura 4) La vía de finalización de la gestación de las pacientes con analgesia epidural, fue el parto eutócico, además se evaluó el Apgar en estos recién nacidos obteniéndose un puntaje de 8 puntos al minuto y 10 puntos a los 5 minutos lo que significa buenos puntajes de Apgar. (Figura 5)

La evaluación del control del dolor de las gestantes con analgesia epidural mediante la escala analógica verbal, se observó que el 78% de las pacientes refirieron dolor moderado, 10% refirieron dolor intenso y el 12% refirieron dolor muy intenso. (Figura 6). Con respecto al grado de satisfacción de las gestantes que participaron en la investigación, el 75% de las primigestas refirieron estar satisfechas con el

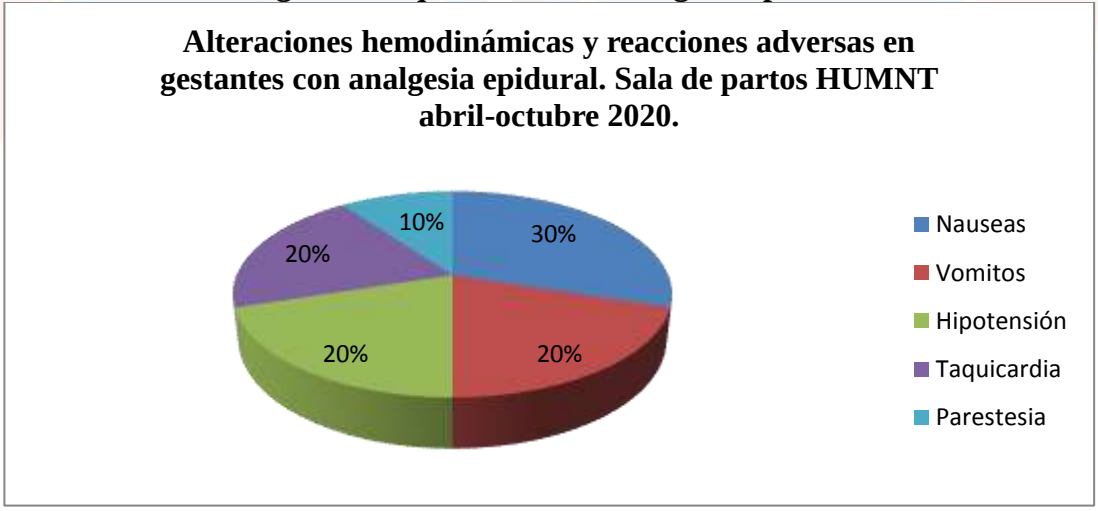
procedimiento y el 25% emitieron una respuesta distinta y el 95% de las multíparas refirieron estar satisfecha y 5% emitieron una respuesta distinta. (Figura 7)

Gráfico 1. Grupo etario de las gestantes que acudieron al área de admisión de sala de parto Divino Niño Jesús Del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar con embarazo simple entre las 37 semanas y 41 semanas más 6 días en fase activa de trabajo de parto con 6cm sin ninguna contraindicación para la analgesia epidural.



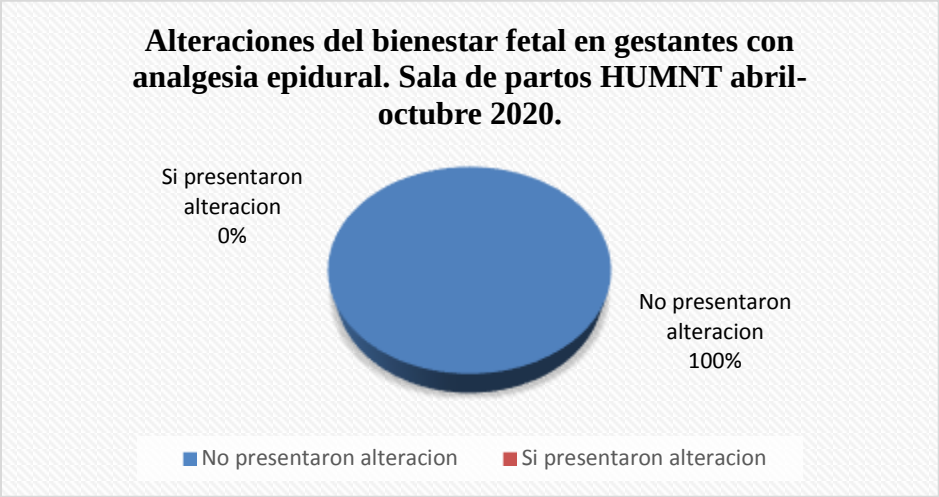
Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfico 2. Alteraciones hemodinámicas y reacciones adversas que presentaron las gestantes que recibieron analgesia epidural.



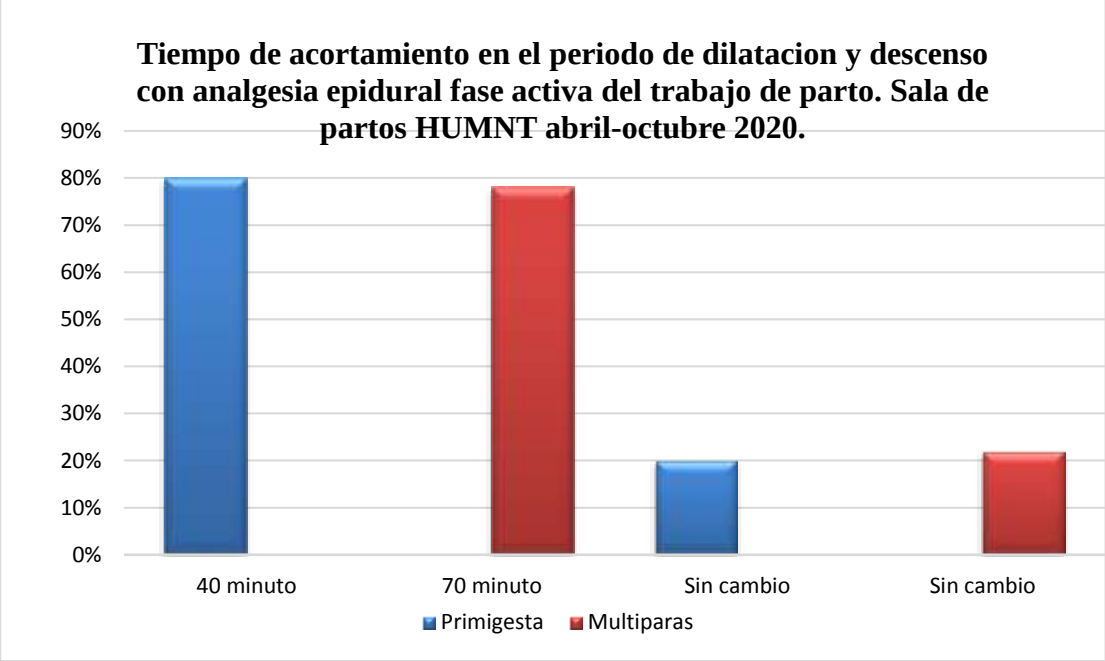
Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfico 3: Alteraciones del bienestar fetal registrados en el cardiotocografo.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfico 4. Cambios registrados durante el periodo de descenso y dilatación del trabajo de parto en pacientes con analgesia epidural.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

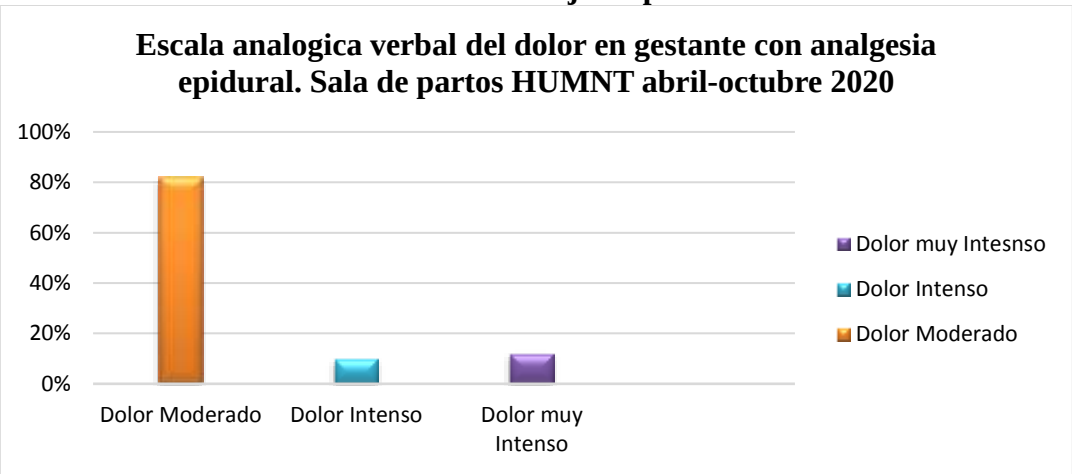
Gráfico 5-A: Vía de finalización del trabajo de parto en pacientes con analgesia epidural.

Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfico 5-B: Apgar de los recién nacidos de las gestantes que recibieron analgesia epidural.

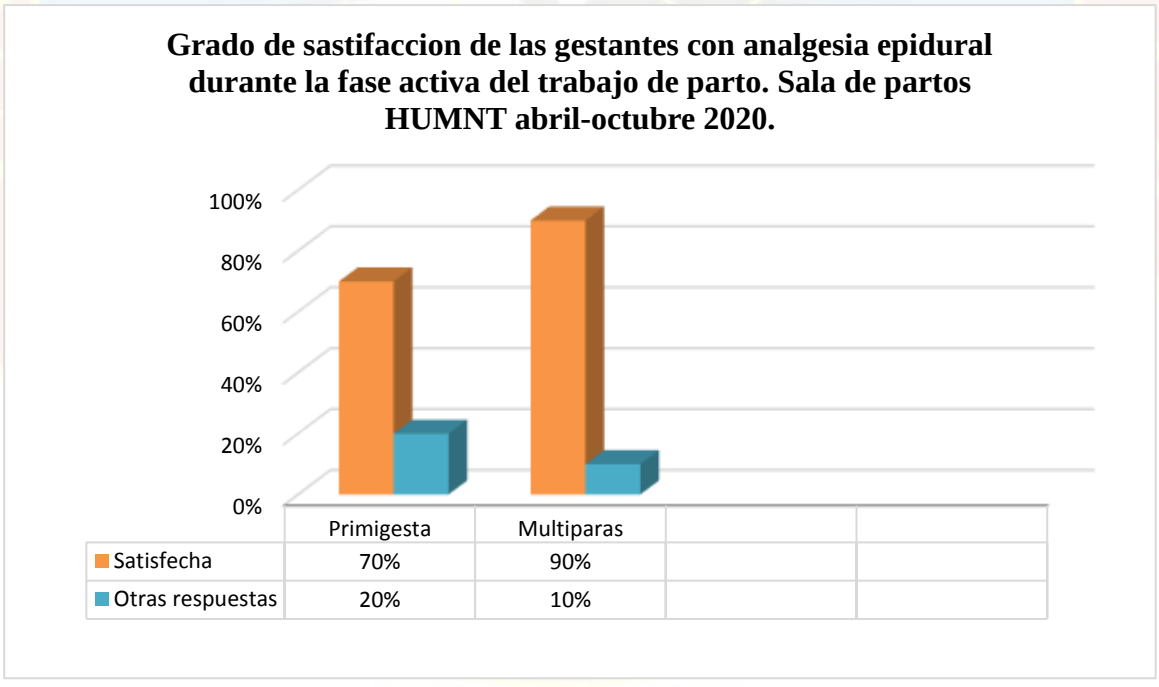
Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfico 6: Eficacia de la analgesia epidural para el control del dolor en gestante durante el trabajo de parto.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

Gráfica 7: Grado de satisfacción de las gestantes que recibieron analgesia epidural durante el trabajo de parto.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de esta investigación.

DISCUSIÓN

En la actualidad a pesar de los múltiples estudios que se han realizado, referente a los efectos que puede producir la analgesia obstétrica sobre el trabajo de parto y repercusiones sobre el binomio madre-feto y si modifica la vía de resolución del trabajo de parto, continua siendo interrogantes y tema de estudio si la analgesia obstétrica modifica la duración y la vía de resolución del trabajo de parto, por tal motivo en este trabajo la analgesia obstétrica se aplico a partir de los 6cm de dilatación de la fase activa del trabajo de parto.

El número de pacientes evaluadas en este estudio de investigación fue de 100 pacientes, en base a la muestra analizada, se puede concluir que la mayoría de las pacientes que acuden al área de admisión de la sala de parto Divino Jesús Del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar no cumplen los criterios para recibir una analgesia epidural asi sea solicitada por la gestante.

Además se puede afirmar que un grupo moderado de pacientes que recibieron analgesia epidural mostraron alteraciones maternas variadas incluyendo la frecuencia cardiaca (taquicardia), la tensión arterial (hipotensión) sin mostrar ninguna modificación en la saturación de oxigeno y la mitad de la muestra presento reacciones adversas como nauseas y vómitos y un mínimo grupo de pacientes presento parestesia, cabe destacar que no fue necesario suspender la analgesia en estas pacientes siendo compensadas mediante hidratación parenteral y uso de medicamento vasoactivos como el sulfato de efedrina, a diferencia del estudio realizado en Barquisimeto Edo. Lara en el hospital "Antonio Maria Pineda" en el 2005 sobre los efectos de la analgesia en el trabajo de parto concluyeron que solo evidenciaron alteraciones en la frecuencia cardiaca materna.

Coincidiendo con el trabajo antes citado se afirma también que el nivel del dolor no afecta la duración del trabajo de parto, sin embargo es interesante ver que un grupo significativo de Gestantes que recibieron analgesia epidural presentaron un acortamiento del tiempo de dilatación y descenso en relación a la duración normal de un trabajo de parto sin analgesia.

Se destaca también la seguridad del uso de analgesia epidural con bupivacaina mas lidocaína, en vista que durante el trabajo de parto no se evidencio cambios en el monitoreo fetal y el Apgar en estos recién nacidos fue con buen puntaje, lo cual coincide con el Estudio comparativo sobre la duración del trabajo de parto en pacientes que reciben analgesia endovenosa y epidural, en el Hospital de Maternidad durante el 2010, en san salvador donde se evidencio que de 3.170 pacientes el 100% de los recién nacidos de las pacientes que recibieron analgesia epidural obtuvieron APGAR al primer minuto mayores de 7, lo cual destaca la seguridad del uso de analgesia durante la labor, además no se obtuvieron alteraciones hemodinámicas en ninguna de las pacientes.

En dicho estudio, se encontró que las gestantes con analgesia epidural la vía de finalización fue el parto eutócico, no se encontraron modificación en relación a las características del líquido amniótico y ninguna sospecha de sufrimiento fetal, con respecto a la duración del trabajo del parto el promedio de acortamiento de dilatación y descenso fue de 40 minutos en primigestas y de 70 minutos en multíparas y que el nivel del dolor no altera la duración del trabajo de parto, resultados parecidos a lo de Carrazco en el 2006 en donde encontraron que la aplicación temprana de la analgesia obstétrica no influye negativamente sobre la tasa de dilatación y la incidencia de partos operatorios.

En el estudio comparativo realizado por Morgan en el 2000 en el que se tomaron 66 pacientes que recibieron analgesia obstétrica y 66 pacientes que no

recibieron ningún tipo de analgesia, se obtuvo como resultado que el 91% de las pacientes con analgesia refirieron la experiencia del parto como agradable, esto coincide relativamente con el estudio realizado donde más de la mitad de las pacientes refirieron dolor moderado y la mayoría de las pacientes refirieron como una experiencia agradable la labor del parto.

Los estudios informados en la literatura son controversiales, ya que algunos sostiene que la analgesia obstétrica interfiere sobre la actividad uterina y modifica la evolución del trabajo de parto, a diferencia de nuestro estudio, Newton en 1995 realizo un estudio a 186 pacientes dividiéndolo en dos grupos 62 pacientes se les administro analgesia obstétrica y 124 pacientes no recibieron, encontraron que la tasa de dilatación era menor en las pacientes que recibieron analgesia a pesar de tener una actividad uterina adecuada y con administración de oxitócicos y la mayoría de las pacientes terminaron en cesárea segmentaria, concluyendo que el procedimiento influye desfavorablemente en la duración de la primera fase del trabajo de parto, que prolonga la duración del segundo periodo y aumenta la tasa de cesáreas.

El no haber encontrado un desenlace desfavorable y no haber índice de cesárea nos sugiere que tal vez existan otros factores que influyen en la tasa de cesárea en pacientes que se someten a analgesia obstétrica por vía epidural, tales como, peso estimado fetal, variedad de posición fetal, que se reciba la analgesia antes de la fase activa del trabajo de parto, se puede decir que en general esto se deba a una mala elección de las pacientes que van a recibir el procedimiento.

CONCLUSIONES

La mayoría de las gestantes que acudieron al área de admisión de la sala de partos Divino Niño Jesús Del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar con criterios de inclusión para este estudio tenían edades comprendidas entre 20–30 años con un promedio de 26 años.

Además que las alteraciones hemodinámicas evidenciadas en un grupo pequeño de pacientes fue taquicardia e hipotensión y la reacción adversas más común fue nauseas y vómitos y solo un minino de gestantes presento parestesia. Así mismo todas las gestantes no presentaron ninguna alteración del bienestar fetal registrada en el cardiotocografo.

Se registraron cambios en el periodo de dilatación y descenso en un grupo de gestantes que recibieron analgesia epidural evidenciándose un promedio de acortamiento 40 minutos en primigestas y de 70 minutos en multíparas.

La analgesia obstétrica no interfiere sobre la actividad uterina y no modifica la evolución del trabajo de parto por lo que la vía de finalización de la gestación de las pacientes que recibieron analgesia epidural durante la fase activa del trabajo de parto, fue el parto eutócico, además se evaluó el Apgar en estos recién nacidos obteniéndose buenos puntajes de Apgar, lo cual muestra una buena seguridad en el uso de analgésicos.

La aplicación de la analgesia obstétrica en fase activa del trabajo de parto no influye negativamente sobre la tasa de dilatación y la incidencia de partos operatorios, tal vez existan otros factores que influyen en la tasa de cesárea en pacientes que se someten a analgesia obstétrica por vía epidural.

Se logra demostrar la eficacia de la analgesia epidural para el control del dolor en las gestantes en trabajo de parto en vista de que la mayoría de las pacientes refirieron dolor moderado y estar satisfecha con el resultado refiriendo la labor del parto sin dolor como una experiencia gratificante.

RECOMENDACIONES

Dotar el servicio de sala de partos con más monitores maternos y cardiotocografos para las pacientes que se encuentre en trabajo de parto.

Disposición por parte del servicio de anestesiología durante las noches y turnos de fin de semana para mejorar la calidad de atención que merecen nuestras pacientes y atender a la solicitud de colocar analgesia epidural.

Ofrecer a todas nuestras pacientes la oportunidad de analgesia epidural durante el trabajo de parto, para obtener los beneficios del parto sin dolor.

Promover proyectos, donde se dé a conocer los beneficios de la analgesia obstétrica a partir de un buen control prenatal.

Realizar las acciones necesarias para dotar al servicio de sala de parto de los suministros y equipos necesarios para la aplicación de analgesia epidural, tales como; equipo epidural, catéter, monitores.

Elaborar un protocolo de indicación, aplicación y manejo de las pacientes que deseen recibir analgesia epidural.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrés Sarmiento. Ginecología y obstetricia. Fundación santa fe de Bogotá. Editorial celsus. Colombia, 2011 cap. 29 pág. 370-381.
2. Dr. Carlos Ramírez-Paesano, Analgesia neuroaxial precoz y facilitación del trabajo de parto. ARTÍCULO DE REVISIÓN Vol. 38. No. 4 Octubre-Diciembre 2015 pág. 245-248.
3. Hawkins, J. Epidural Analgesia for Labor and Delivery. The new England Journal of medicine. Vol 325. Abril 2010.
4. Goetzl LM. ACOG. practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Julio 2002.
5. Dr. Charlotte Kingsley. ATOTW. Fundamentos de la Analgesia Epidural en el Trabajo de Parto. Octubre 2017.
6. CENETEC.GuíaTecnológicaNo.21:file:///D:/Users/Merry/Documents/21gt_cardiotocografo_fonodetector.pdf. 2010. Consulta Abril 2020.
7. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia moderna. 3ra ed. España: Mc Graw-Hill; 1999.
8. J. A. Usandizaga, P. de la fuete. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. 1. 2da ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
9. Lacassie. Determinar el efecto de los anestésicos locales sobre el trabajo en primigestas, trabajo de investigación. Universidad católica de Santiago de chile, 2003.
10. Cousins. Efecto de la analgesia epidural en el progreso del trabajo de parto. Trabajo de investigacion. EEUA, 2003.
11. .ACOG.https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/3a_ACOG%20Bulletin%20106.pdf. 2006. Consulta Abril 2020.

12. Aileen, Hernandez. Efecto de la analgesia en el trabajo de parto en pacientes primigestas. Hospital central universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto estado Lara, 2005.

ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Comportamiento del trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural, en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. Abril-Octubre del 2020

Nombre de la Paciente _____Edad_____

Antecedentes Obstétricos:

Menarquía: _____ G: _____ P: _____ Ab: ____FUR:_____/_____/20_____

ETS: _____

Datos del Embarazo:

Edad Gestacional por: FUR _____USG: _____AU ___

Tipo de analgesia que recibirá_____

Hora de ingreso_____ Hora del parto_____

Duración en horas del trabajo de parto_____ Se utilizo oxitocina?_____

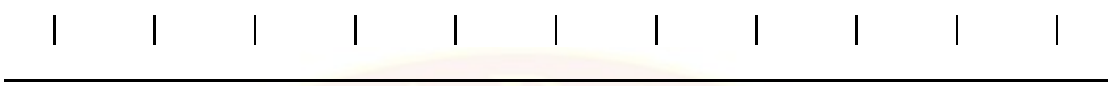
Número de horas totales en las que recibió infusión de analgésico por catéter epidural_____

Hubieron alteraciones cardiotocograficas posteriores a la analgesia? Especifique si las hubo_____

Reporte hemodinámica

Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TA										
FC										
FR										
Sat O2										
FCF										

ESCALA ANALÓGICA DEL DOLOR



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de dolor				Escala del dolor						El peor dolor

Efectos secundarios maternos que se evidenciaron:

Hipotensión ☐ Vómitos☐ Fiebre ☐ Náuseas ☐ Desprendimiento Placentario☐
Taquisistolia ☐ Hipertonía Uterina ☐ Parestesia ☐ Otros ☐
Especifique:_____

Características del Líquido Amniótico_____

Presencia de Sufrimiento Fetal Si ☐ No ☐ Cual: _____

Resolución del embarazo PES____ PD___(_____)
Cesárea ____ Indicación: _____

Apgar del RN: 1min_____ 5min____

Llenado por_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años de edad, con número de expediente_____ en calidad de mi representante legal, declaro lo siguiente:

- **Que he decidido participar en el Estudio de evaluar el trabajo de parto en las gestantes que reciben analgesia epidural, en el Hospital Universitario Dr. Manuel Niñez Tovar, abril y octubre del 2020"**
- **Que al aceptar participar en dicho estudio, se me asignara un grupo:** grupo (control): recibirá analgesia por catéter epidural.
- **Que se me ha explicado en qué consiste el estudio de forma clara y sencilla, y he entendido los riesgos y beneficios que conlleva.**
- **Que existen beneficios para mi salud como menor dolor o ausencia completa de dolor durante el trabajo de parto.**
- **Que existen riesgos reales o potenciales para mi salud como para la salud de mi hijo como lo son: hipotensión, náuseas y vómitos, flebitis, depresión respiratoria, APGAR bajo, cefalea post punción, ascenso raquídeo, sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto difícil, parto difícil.**

Ante lo anterior, acepto participar en el estudio ya citado, asumiendo los riesgos potenciales que esto conlleva, pero cuyos beneficios superan ampliamente los riesgos por lo que firmo y estampo mis huellas antes testigo.

Firma y huellas de la paciente _____

Firma y huellas del testigo _____

Maturín, fecha y hora. _____

HOJA DE DATOS DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Paciente:
Edad: **C.I:** **AO: G.** **P.** **C.** **A.**
FUR:
Edad Gestacional FUR: **USG:**
Fecha:

Hora	TA mm/Hg	FCF	MF	DU x/10min	FC/FR	Tacto (presentación, plano, liquido amniótico)

IDX:

HOJA DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 1/6

Título	**Evaluación del trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural. hospital universitario Dr. Manuel Núñez Tovar abril- octubre del 2020.**

El Título es requerido. El subtítulo o título alternativo es opcional.

Autor(es)

Apellidos y Nombres	**Código CVLAC / e-mail**	
Carrillo Utrera, Sindy Aneleiram	**CVLAC**	**C.I.**V 19.067054
	e-mail	sindycarrillo@gmail.com

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres de un autor. El formato para escribir los apellidos y nombres es: "Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2". Si el autor está registrado en el sistema CVLAC, se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el número de la Cedula de Identidad). El campo e-mail es completamente opcional y depende de la voluntad de los autores.

Palabras o frases claves:

analgesia epidural obstétrica
trabajo de especialización

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	**Sub-área**
Ciencias de la Salud (Medicina)	**Ginecología y Obstetricia**

Debe indicarse por lo menos una línea o área de investigación y por cada área por lo menos una subárea. El representante de la subcomisión solicitará esta información a los miembros del jurado.

Resumen (Abstract):

Objetivo: evaluar el comportamiento del trabajo de parto en gestantes que reciben analgesia epidural. Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar abril- octubre del 2020. **Metodología**: esta investigación es un estudio prospectivo, enfoque cuantitativo, documental, no experimental, descriptivo de corte transversal. Población y muestra fue la misma 100 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, al ingresar al área de admisión de sala de parto Divino Niño Jesús. El 75% tenían edades comprendidas entre 20 años – 30 años, y el 25% entre 31 - 40 años. El 50% de las gestantes con analgesia epidural presentaron alteraciones hemodinámicas y reacciones adversas, el 100% de las gestantes que recibieron analgesia epidural en fase activa del trabajo parto no presentaron ninguna alteración del bienestar fetal registrada en el cardiotocografo y el puntaje de apgar de estos RN fue de 8pts al min y 10pts a los 5min siendo la vía de finalización el parto eutócico simple, el trabajo de parto de las pacientes que recibieron analgesia epidural el promedio de acortamiento de dilatación y descenso fue de 40 minutos en el 40% de las primigestas y de 70 minutos en el 37% de las multíparas, se observo que el 40% de las pacientes refirieron dolor moderado, 45% refirieron dolor intenso y el 15% refirieron dolor muy intenso y el 80% de las pacientes refirieron estar satisfecha con el procedimiento.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	**Código CVLAC / e-mail**	
Dra.. Alarcón P. Damarys A	**ROL**	CA ☐ AS ■ TU ☐ JU ☐
	CVLAC	C.I.V- 16.711.904
	e-mail	@gmail.com
Dr. Larez R. Elio R	**ROL**	CA ☐ AS ☐ TU ☐ JU ■
	CVLAC	C.I. V 5.335.950
	e-mail	@gmail.com
Dra. Montserrat D. Anelsie A	**ROL**	CA ☐ AS ☐ TU ☐ JU ■
	CVLAC	C.I. V- 12.151.368
	e-mail	@hotmail.com

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres del tutor y los otros dos (2) jurados. El formato para escribir los apellidos y nombres es: "Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2". Si el autor está registrado en el sistema CVLAC, se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el número de la Cedula de Identidad). El campo e-mail es completamente opcional y depende de la voluntad de los autores. La codificación del Rol es: CA = Coautor, AS = Asesor, TU = Tutor, JU = Jurado.

Fecha de discusión y aprobación:

Año	**Mes**	**Día**
2021	05	14

Fecha en formato ISO (AAAA-MM-DD). Ej.: 2005-03-18. El dato fecha es requerido.

Lenguaje: spa Requerido. Lenguaje del texto discutido y aprobado, codificado usando ISO 639-2. El código para español o castellano es spa. El código para ingles en. Si el lenguaje se especifica, se asume que es el inglés (en).

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
NMOTES_CUSA2021

Caracteres permitidos en los nombres de los archivos: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 _ - .

Alcance:

Espacial: Sala de parto Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín-Monagas, Venezuela

Temporal: abril- octubre del 2020.

Título o Grado asociado con el trabajo: Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dato requerido. Ejemplo: Licenciado en Matemáticas, Magister Scientarium en Biología Pesquera, Profesor Asociado, Administrativo III, etc.

Nivel Asociado con el trabajo: Especialista

Área de Estudio:

Ciencias de la Salud (Medicina)

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente, Núcleo Monagas

Si como producto de convenciones, otras instituciones además de la Universidad de Oriente, avalan el título o grado obtenido, el nombre de estas instituciones debe incluirse aquí.

Hoja de metadatos para tesis y trabajos de Ascenso- 5/6

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU Nº 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC Nº 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CURVELO
Secretario

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA • UNIVERSIDAD DE ORIENTE • SECRETARÍA CONSEJO UNIVERSITARIO

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicado CU-034-2009): "Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la Universidad, y solo podrán ser utilizados a otros fines, con el consentimiento del Consejo de Núcleo Respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización."

DRA. SINDY A., CARRILLO U.

AUTOR

Dra. Damarys Alarcón