



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“EVALUACIÓN DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA, PIURA DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE
DEL 2016.”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

FIGURELLA MELISA CICCIA SARMIENTO

ASESOR:

DR. HUMBERTO LA CHIRA MARTÍNEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA

PIURA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

Dr. José Enrique Cruz Vílchez

PRESIDENTE

Dr. Giancarlo Manzano Espejo

SECRETARIO

Dr. Freddy Munares Chacaltana

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores. Además de su apoyo incondicional en la parte moral y económica para poder lograr uno de mis más valiosos objetivos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, gracias a Dios por bendecirme cada día, haberme brindado una familia maravillosa y puesto a lo largo de mi vida buenas personas que contribuyeron a forjar mi carácter y enfrentar distintos retos.

A mis padres, familia, amigos, docentes y principalmente a los pacientes por la confianza y apoyo en general para no perder la perseverancia y salir adelante, pese a las dificultades y adversidades, teniendo siempre como principal objetivo servir a mi prójimo.

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo Fiorella Melisa Ciccía Sarmiento, con DNI N° 71888359, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de CIENCIAS MÉDICAS, Escuela de MEDICINA HUMANA, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Piura, 27 de Febrero del 2017

Fiorella Melisa Ciccía Sarmiento

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada: **“EVALUACIÓN DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA, PIURA DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2016.”**, con la finalidad de Determinar el nivel de dolor experimentado por las gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016.

Esta investigación, ha estudiado el dolor en el trabajo de parto, iniciando con una revisión bibliográfica detallada del mecanismo histoquímico y físico del trabajo de parto, además de las diversas investigaciones predecesoras a nivel internacional y nacional, para tener una visión más amplia del tema.

Además, de un análisis estadístico de los datos recolectados en las gestantes durante el trabajo de parto, para obtener una medición real del dolor.

Esta investigación es presentada en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el título profesional Médico Cirujano.

La Autora

Índice

Carátula.....	1
PAGINAS PRELIMINARES	
Página del Jurado	2
Agradecimiento	4
Declaratoria de autoría	5
Presentación	6
Índice.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Formulación del problema.....	16
1.2. Objetivos	16
1.2.1. Objetivos General	16
1.2.2. Objetivos Específicos	16
II. MARCO METODOLÓGICO.....	17
2.1. Variables	17
2.2. Operacionalización de variables	18
2.3. Metodología	20
2.4. Tipos de estudio.....	20
2.5. Diseño de investigación	21
2.6. Población, muestra y muestreo.....	21
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
2.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	22
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN.....	30
V. CONCLUSIONES	32
VI. REFERENCIAS	33

RESUMEN

Introducción: El dolor durante el trabajo de parto es causado por las contracciones de la musculatura uterina, presión ejercida sobre el piso pélvico y la dilatación cervical. Dicho dolor puede ser percibido como un cólico muy intenso en la pared abdominal irradiado hacia ingles y espalda, o también como una sensación de malestar general. Algunas gestantes refieren dolor en los costados o en los muslos. La gestión eficaz y satisfactoria del dolor debe ser individualizada para cada mujer, y puede ser influenciada por dos paradigmas: el trabajo con el dolor o el alivio del dolor. El trabajo con el paradigma del dolor incluye la creencia de que hay beneficios a largo plazo para promover el parto normal, y que el dolor juega un papel importante en este enfoque proceso. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de dolor experimentado por las gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a noviembre del 2016. **Materiales y métodos:** Según el objeto de estudio, es una investigación Aplicada. Para Murillo, la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. **Resultados:** La población estudiada es 100% femenina, la cual su edad oscila desde los 16 años hasta los 41 años. El 39,5% de la población tiene una educación técnica; sin embargo, el 65,8% es ama de casa. El nivel de dolor evidenciado mediante la metodología E.V.A –Iconográfico- es del nivel máximo en un 32,9% de las gestantes y un 26,3% con puntuación 9 y 19,7% con puntuación 10 en la metodología E.V.I.

Palabras claves: dolor durante el trabajo de parto, gestantes, nivel de dolor, metodología EVA Y EVI

ABSTRACT

Introduction: Pain during labor is caused by contractions of muscles and pressure on the cervix. This pain can be felt as an intense colic in the abdomen, the English and the back, and also as a general feeling of discomfort. Some women also experience pain in costs in muscles. Effective and satisfactory pain management must be individualized for each woman, and can be influenced by two paradigms: work with pain or relief of pain. Working with the paradigm of pain includes the belief that it benefits a long term to promote normal birth, and that pain plays an important role in this approach process. The objective of this study was to determine the level of pain experienced by pregnant women during labor at the Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura from September to November, 2016. **Materials and Methods:** According to the object of study, it is applied research. For Murillo, applied research is called "practical or empirical research", which is characterized by seeking the application or use of the knowledge acquired, after the implementation and implementation of research based research. The use of knowledge and research results that results in a rigorous, organized and systematic way of knowing reality. **Results:** The population studied is 100% female, whose age ranges from 16 years to 41 years. 39.5% of the population has a technical education; However, 65.8% are housewives. The level of pain evidenced by the methodology E.V.A -Iconographies of the maximum level in 32.9% of pregnant and 26.3% with a score of 9 and 19.7% with a score of 10 in the methodology E.V.I.

Keys words: Pain during labor, pregnant, level of pain, methodology EVA y EVI.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor durante el trabajo de parto es provocado por la contracción de la musculatura lisa del cuerpo uterino, dilatación del cérvix y del segmento uterino inferior y la gran presión sobre el piso pélvico. Dicho dolor es percibido como un intenso dolor abdominal tipo retorcijón que puede irradiarse a la región lumbar y perineal, o también como una sensación de desvanecimiento. Algunas gestantes refieren dolor en los lados o en los muslos. ^{1,2}

Otras causas del dolor durante el trabajo de parto son la presión que ejerce la cabeza del feto sobre la pared vesical y los intestinos, la dilatación progresiva del cuello uterino y los estímulos en la porción inferior del aparato genital. ¹

El dolor durante la proesión del trabajo de parto es único en cada gestante, siendo mucho mas doloroso durante el nacimiento del primer hijo que en los posteriores. Considerando este dolor como uno de los más intensos que una persona puede percibir, variando mucho de una gestante a otra, e incluso de un embarazo a otro. Las gestantes refieren el dolor del trabajo de parto de distintas maneras. Para algunas, se asemeja al dolor menstrual; para otras, es una fuerte presión en el abdomen; y, para otras, son fuertes "oleadas" similares a los cólicos estomacales. ^{2,3}

En general, no es el dolor en cada contracción lo que las gestantes consideran más fuerte, sino el hecho de que dichas contracciones aumentan en intensidad y frecuencia y, conforme progresa el trabajo de parto, existe menos tiempo entre una contracción y otra para relajar la musculatura del útero. ⁴

El estudio del dolor en el trabajo de parto es amplio, siendo una de sus dimensiones la preparación al dolor tipo lumbopélvico, por lo cual autores como Miquelutti et al, investigaron este tipo de dolor plasmando sus hallazgos en artículos como: "Evaluación de un programa de preparación al parto en dolor lumbopélvico, incontinencia urinaria, la ansiedad y ejercicio: un ensayo controlado aleatorio" En su investigación, Miquelutti evaluó la eficacia y seguridad de un programa de preparación al parto, minimizando el dolor, la incontinencia urinaria y ansiedad. ⁵

No obstante, la tolerancia al dolor influye indeterminadamente en el comportamiento humano. Por lo cual Nilsen, en su investigación: “El dolor y el comportamiento de las mujeres durante el parto y las diferentes posiciones para el parto”, tuvo como finalidad describir la intensidad del dolor y su influencia en el comportamiento de las mujeres durante el parto. El impacto que generó su estudio fue grande, observó que el dolor entre las mujeres que parieron por litotomía fue significativamente menor en comparación con decúbito lateral izquierdo ($p=0,003$), a pesar de ser la mujer quien eligió tal posición. Hubo asociación entre dolor y comportamiento. Los dolores en trabajo de parto y parto tuvieron mutua asociación, así como el comportamiento en tales momentos. Se concluyó que existe asociación entre posición de parto y sensación dolorosa, pero no se identificaron factores explicativos.⁶

Por otra parte, en Estados Unidos en la investigación realizada por Kannan et al sobre la satisfacción materna respecto al dolor en el trabajo de parto “Satisfacción materna y el control del dolor en las mujeres que eligen el parto natural” cuyo objetivo fue examinar como la analgesia epidural tiene influencia en la satisfacción del trabajo de parto en mujeres que eligen el parto natural. Se encontró que las mujeres que solicitaron analgesia epidural para el dolor durante el parto informaron puntuaciones de dolor significativamente más bajas que aquellas mujeres que tuvieron parto natural ($p<0,001$). Sin embargo, el 88% de las mujeres que solicitaron una epidural para el dolor reportaron estar menos satisfechos con su experiencia de parto que aquellas que no lo hicieron, a pesar de la intensidad del dolor más bajo.⁷

En Suecia, un estudio longitudinal de la memoria de las mujeres del trabajo del dolor a partir de 2 meses a 5 años después del nacimiento realizado por Waldenstrom et al. Con el objetivo de investigar la memoria del dolor del parto a los 2 meses, 1 año y 5 años después del parto y su asociación con el uso de la analgesia epidural y la evaluación global del parto a partir de un diseño observacional longitudinal.

La memoria del dolor del parto fue medida por una escala de siete puntos alifificación (1 = ningún dolor en absoluto, 7 = peor imaginable dolor). Las mujeres

que tenían la analgesia epidural informaron más alta las puntuaciones de dolor en todos los puntos de tiempo. No hubo variación individual significativa en el recuerdo del dolor del parto. En el pequeño grupo de mujeres que son insatisfechos con el parto en general, la memoria del dolor parece jugar un papel importante muchos años después del evento. Estos hallazgos desafiar la opinión de que el dolor del parto tiene poca influencia en posterior satisfacción con el parto.⁸

Colombia, ofrece estudios realizados con el manejo del dolor, como un reporte realizado por Aldana et al: "Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un centro de Salud" para describir el dolor durante el trabajo de parto en gestantes que acudían a un curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable en el centro de Salud Girardot. A partir de un estudio transversal de serie de casos y controles se midió también las características sociodemográficas maternas y la escala categórica del dolor (EVA). A partir de su estudio encontró que el grupo de casos describieron subjetivamente la intensidad del dolor en la siguiente forma; Poco: en la primera etapa el 55.5%, en la segunda etapa el 77.7% y en la tercera etapa el 88.8%; Bastante en la primera etapa el 44.45%, el 22.22 % en la segunda etapa y el 11.11% en la tercera etapa. Respecto al grupo control las mujeres gestantes describieron el dolor subjetivamente en la intensidad de Mucho en la primera etapa el 77.78%, en la segunda etapa el 55.55% y el 33.33% en la tercera etapa; Bastante intensidad del dolor el 11.11% en la primera etapa, 44.45% en la segunda etapa y 55.56% en la tercera etapa.⁹

En España un estudio realizado por Orte llamado "Aspectos Culturales del Dolor en el Parto y Uso de Anestesia epidural en las gestantes del Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012" para identificar si el origen étnico, así como alguna característica sociodemográficas u obstétrica influye en la percepción del dolor y el uso de la anestesia epidural durante el parto. Así como, analizar si las parturientas cambian la expresión del dolor del parto cuando están acompañadas. Mediante este estudio descriptivo transversal se identificó la asociación ($p < 0,05$) de la escala EVA con la expresión del dolor y la situación laboral. En las magrebíes se observó un cambio en la expresión del dolor en relación a si están

acompañadas o no durante el parto ($p=0,040$). Y respecto a la anestesia epidural se vió que es más demandada por las españolas ($p=0,02$), por las que se enfrentan a su primer parto ($p=0,018$), por las mujeres con un nivel educativo mayor ($p= 0,004$), por las que ingresan en menor dilatación ($p=0,001$), y por las que ya la utilizaron en su primer parto ($p=0,001$).¹⁰

Villela et al es su investigación titulada: “El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: Efecto de deambulación” cuyo objetivo fue verificar la presencia de correlación entre la distancia deambulada y el nivel del dolor de la parturiente durante toda la fase activa del trabajo de parto. A partir de un estudio analítico de intervención del tipo casi experimental, participaron 80 parturientes primíparas, admitidas en trabajo de parto espontáneo, con 37-42 semanas, en el inicio de la fase activa. Dentro de los resultados se muestra que las participantes transcurrieron una distancia media de 1624 metros, 63,09% de la fase activa del trabajo de parto y en un tiempo promedio de 5 horas. Se verificó que la puntuación de los escores de dolor aumenta a medida que la dilatación cervical avanza. Sin embargo, se encontró una correlación positiva significativa sólo a los 5 cm. de dilatación, o sea, cuanto mayor los trayectos transcurridos, mayores fueron los escores de dolor alcanzados por las parturientes.

Segura realizó una tesis cuyo título fue “Valoración del dolor en cesareadas bajo anestesia epidural con la escala visual análoga durante el intraoperatorio en el HRDT 2009” con el objetivo de determinar el dolor utilizando la Escala Visual del Dolor (EVA) en el intraoperatorio en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. De 190 gestantes evaluadas, 187 cumplieron los requisitos de selección y 3 se excluyeron del estudio. Se evidenció que 40% de las gestantes presentaron un EVA mayor a 4 puntos y 60% no lo presentaron durante el intraoperatorio. Asimismo el tiempo de latencia menor o igual a 15 minutos produce más dolor.¹²

Se ha visto en diversas investigaciones la importancia de describir el dolor experimentado en las gestantes durante las 3 fases del trabajo de parto.^{13,14,15,16} Así también se ha ampliado el conocimiento sobre los mecanismos fisiológicos del dolor del parto para así utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos para vencer este problema en las gestantes de la actualidad.¹⁷

La necesidad de aliviarlo es importante puesto que la persistencia de dolor intenso está asociado a fenómenos de estrés y tiende a producir efectos dañinos tanto para la madre y el recién nacido.¹⁸

El dolor que la gestante siente durante el trabajo de parto tiene dos orígenes, el dolor visceral y el dolor perineal. La primera, es resultante de la primera etapa del parto, donde sucede la dilatación cervical causada por la contracción uterina. Normalmente, en el período de dilatación la mujer siente dolor solamente durante las contracciones. Este dolor es transmitido por el seguimiento espinal nervioso D11- D12 y por los nervios torácicos accesorios inferiores y simpático lumbar superior, siendo que estos nervios tienen origen en el cuerpo uterino y en el cervix. Entonces el dolor se localiza en la porción inferior del abdomen y se irradia para el área lumbar de la espalda y para los muslos, aumentando su intensidad con el aumento de las contracciones uterinas.¹⁹

Su presencia está provocada por las contracciones uterinas y los cambios en determinadas características del canal del parto: la dilatación cervical y la distensión perineal. El dolor de la primera etapa del trabajo del parto se deriva de la dilatación del segmento inferior del útero y del cuello uterino. El dolor de la primera etapa tardía y de la segunda etapa surge del descenso del feto en el canal del parto. Además, este dolor puede agravarse si el bebe está en una posición anómala.²⁰

Los impulsos sensoriales a través de los cuales se manifiesta el dolor, se encuentran en la médula espinal a nivel de T10, T11, T12 y L1 los que corresponden al útero; mientras que los correspondientes al periné son S2, S3, y S4.²¹

El trabajo de parto se presenta como un reto fisiológico y psicológico para las gestantes. Cuando el trabajo de parto se hace más inminente, esto puede ser un momento de emociones en conflicto; el miedo y la aprensión se pueden acoplar con el entusiasmo y la felicidad. El dolor asociado con el trabajo de parto ha sido descrito como una de las más intensas formas de dolor que pueden ser experimentados), aunque algunas gestantes no experimentan dolor intenso durante el parto.²²

La tensión, la ansiedad y el miedo son factores que contribuyen a la percepción de las gestantes sobre el dolor y también pueden afectar su experiencia del parto. La teoría neuromatriz del dolor entiende la influencia de muchos factores, incluyendo la experiencia y la memoria del pasado.²³

En el trabajo de parto la teoría del dolor incorpora no sólo la teoría de control, sino también las experiencias del pasado, los factores culturales, estado emocional, cognitiva de entrada, la regulación del estrés y el sistema inmunológico, así como la información sensorial inmediata.²⁴

La gestión eficaz y satisfactoria del dolor debe ser individualizada para cada gestante, y puede ser influenciada por dos paradigmas: el trabajo con el dolor o el alivio del dolor. El trabajo con el paradigma del dolor incluye la creencia de que hay beneficios a largo plazo para promover el parto normal, y que el dolor juega un papel importante en este enfoque proceso.²⁵

Es así necesario ofrecer apoyo y aliento a las mujeres, abogar por el uso de técnicas como la inmersión en agua, posiciones cómodas y técnicas de autoayuda para hacer frente a los dolores del parto normal. El paradigma de alivio del dolor se caracteriza por la creencia de que ninguna mujer tiene que sufrir el dolor de parto y a las gestantes se les ofrece una variedad de alivio del dolor farmacológico. La relación entre la satisfacción del parto, el dolor del parto y analgesia es compleja.

Una revisión sistemática de Hodnett 2002, que incluyó dos encuestas de población grande, encontró que las mujeres que estaban muy preocupados por el dolor del parto prenatal estaban menos satisfechos después del nacimiento; y, en segundo lugar, las mujeres que estaban más satisfechos eran los que utilizan ningún alivio farmacológico del dolor durante el parto. De hecho, el dolor del parto es sólo un factor relacionado con la satisfacción con el parto, con más estudios que indican que las mujeres que experimentaron menos dolor del parto informe de los niveles más altos de satisfacción del parto en comparación con las mujeres que reportan mayores niveles de dolor en la mano de obra.^{27,28}

Control de personal también se relaciona con la satisfacción y la experiencia del parto, los estudios destacados por Leap describen la experiencia de las mujeres de parto tan difícil, lo que lleva a la consecución y un sentimiento de orgullo en su capacidad para hacer frente a un dolor intenso.

1.1. Formulación del problema

¿Cuál es el grado de dolor experimentado por las gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos General

Determinar el nivel de dolor experimentado por las gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las complicaciones presentadas durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016.
- -Determinar la prevalencia del nivel de dolor durante el trabajo de parto en en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016.
- -Comparar el grado de dolor durante la primera etapa del trabajo de parto en primíparas y multíparas en el Hospital EsSalud III Cayetano Heredia, Piura de Septiembre a Noviembre del 2016.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Variables

Independientes:

- Edad.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Procedencia.
- Paridad.
- Semanas de gestación.
- Embarazo deseado.
- Controles prenatales(CPN)

Dependientes

Valoración del dolor a través de la escala analógica del dolor(EVA).

2.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Categoría	Tipo de variable	Escala de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años	Cuantitativa	Razón
Nivel de instrucción	Es el grado mas elevado de estudios realizados por una persona.	Primaria Secundaria Superior Técnico	Cualitativa	Nominal
Sexo	Condición orgánica que distingue al varón y mujer.	Hombre Mujer	Dicotómica	Nominal
Profesión.	Actividad Habitual de una persona para la que se ha preparado.	Técnica, Profesional	Categórica	Nominal
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos.	Primípara Multípara	Cualitativa	Ordinal

Dilatación Cervical	Abertura del orificio del cervix uterino que comunica el cuerpo del útero con la vagina.	Centímetros	Cuantitativa	Ordinal
Dinámica Uterina	Actividad uterina durante los diferentes periodos del parto.	Hipodinamia Hiperdinamia	Cualitativa	Intervalo
Frecuencia Cardiaca Fetal	Número de Contracciones cardiacas por unidad de tiempo del feto.	Bradicardia Normal Taquicardia	Cualitativa	Intervalo
Frecuencia Cardiaca Materna	Número de Contracciones cardiacas por unidad de tiempo, de la madre en cuestión.	Bradicardia Normal Taquicardia	Cualitativa	Intervalo
Frecuencia Respiratoria Materna	Número de respiraciones por unidad de tiempo.	Bradipnea Normal Taquipnea	Cualitativa	Intervalo
Temperatura Materna	Nivel térmico del cuerpo materno.	Normotermia Fiebre	Cualitativa	Intervalo

Complicaciones obstétricas	Disrupciones y trastornos sufrido durante el trabajo de parto.	Distocias	Categórica	Ordinal
Controles Pre Natales	Número de atenciones prenatales.	Controlada	Dicotómica	Nominal
Cesáreas Anteriores.	Número de cirugías para extracción fetal, previas al embarazo actual.	Número de Cesárea	Cuantitativa	Ordinal
Dolor del trabajo de parto.	Experiencia sensorial y emocional (subjetiva) desagradable, atribuido al proceso de parto.	Leve Medio Intenso	Cualitativa	Ordinal

2.3. Metodología

Método Observacional.

2.4. Tipos de estudio

Descriptivo, según la finalidad del estudio.

Observacional, de acuerdo a la manipulación de variables.

Transversal, respecto a la evolución o secuencia temporal del tema estudiado.

Retrospectivo, según al inicio del estudio en relación al periodo de captación de información de los datos.

2.5. Diseño de investigación

No experimental: Descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo.

2.6. Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por las pacientes atendidas durante Septiembre a Noviembre del 2016 registradas en el Sistema Informático Perinatal de gestantes cuyo parto se realizó en el Hospital III José Cayetano Heredia, Essalud – Piura.

Se ha calculado la muestra por “Selección a conveniencia de autor”, obteniéndose un total de 150 gestantes a investigar.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se procedió a realizar el permiso respectivo al Hospital III-Cayetano Heredia Piura para llevar a cabo la realización de los cuestionarios de las gestantes en trabajo de parto. Posteriormente, se procedió a aplicar el cuestionario(Anexo), la cual estuvo constituida por tres secciones. La primera con los datos sociodemográficos como: edad, nivel de educación, profesion, dirección. La segunda con datos del trabajo de parto obtenido del partograma como: GestaPara, dilatación cervical, dinámica uterina, frecuencia cardiaca materna, frecuencia cardiaca fetal, frecuencia respiratoria materna, temperatura materna, complicaciones, número de controles prenatales y cesáreas anteriores. Y por último la tercera constituida por la valoración del dolor describiendolo en leve, moderado, severo, muy severo, intolerable en las diferentes escalas durante el trabajo de parto fase activa.

2.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Terminada la recolección de datos, se procederá al procesamiento de los mismos con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 24. Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes procedimientos: medidas estadísticas descriptivas, prueba de ji-cuadrado, para valorar la asociación de las variables cualitativas.

III. RESULTADOS

La población estudiada es 100% femenina, la cual su edad oscila desde los 16 años hasta los 41 años. El 39,5% de la población tiene una educación técnica; sin embargo, el 65,8% es ama de casa. (Tabla 01)

Tabla 01: Características demograficas de gestantes del Hospital III Cayetano Heredia Septiembre a Noviembre Del 2016.

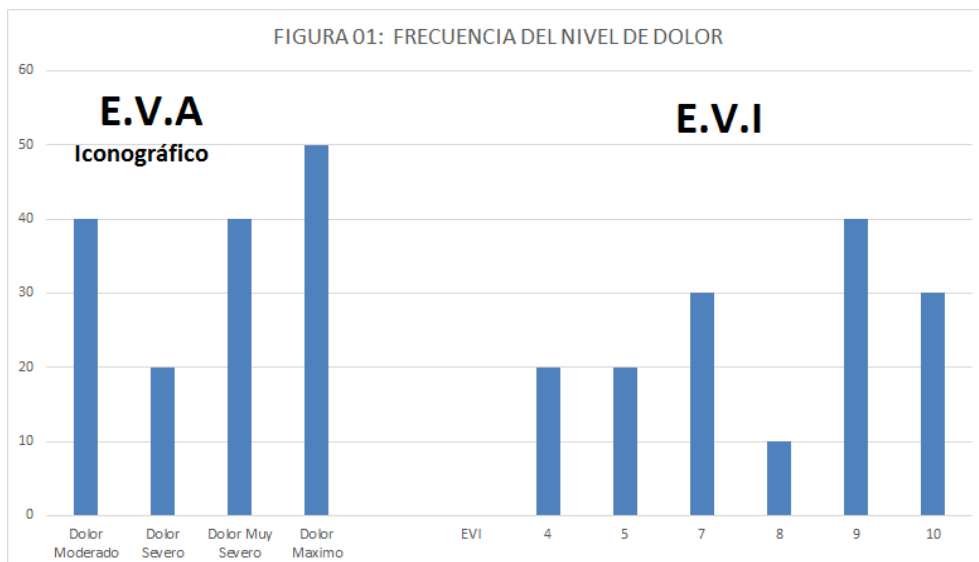
	Frecuencia	Porcentaje
16	10	6.6
18	10	6.6
23	10	6.6
24	20	13.2
26	10	6.6
27	10	6.6
31	10	6.6
32	20	13.2
36	20	13.2
40	20	13.2
41	10	6.6
Nivel Educación		
Primaria	30	19.7
Secundaria	40	26.3
Tecnica	60	39.5
Universitaria	20	13.2

Profesión		
Ama de Casa	100	65.8
Oficio	40	26.3
Profesional	10	6.6
Total	150	98.7

Fuente: Historias Clínicas del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

El nivel de dolor evidenciado mediante la metodología EVA –Iconográfico- es del nivel máximo en un 32,9% de las gestantes y un 26,3% con puntuación 9 y 19,7% con puntuación 10 en la metodología EVI (Figura 01).

Figura 01: Evaluación del dolor durante el trabajo de parto según Escala de EVA e IVA



Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

El 13,2% de la población sufrió de RPM mayor a 24 horas y el 52,6% se le registro hipo dinamia uterina. En el 100% de las pacientes no se registró arritmias cardíacas fetales ni taquipneas maternas, además de estar normo térmicas. El 13,16% se la población presentaron taquicardia materna. (Tabla 02).

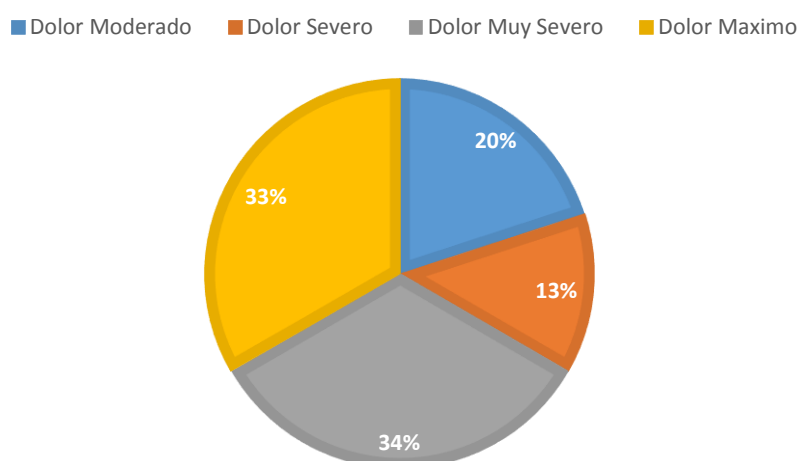
Tabla 02: Complicaciones durante el trabajo de parto

Complicaciones Obstétricas			Dinámica Uterina		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	10	14.4	Hipodinamia	80	52.6
Placenta	4	6.6	Normodinamia	70	46.1
Hematológicas	4	6.6	Frecuencia Cardíaca Materna		
Oligohidramnios	4	6.6	70	10	6.6
RPM > 24 horas	9	13.2	82	10	6.6
Frecuencia Cardíaca Fetal			83	20	13.2
115	10	6.6	85	10	6.6
143	40	26.3	88	20	13.2
144	10	6.6	89	20	13.2
147	20	13.2	90	20	13.2
148	20	13.2	91	10	6.6
149	10	6.6	93	10	6.6
156	10	6.6	100	10	6.6
158	20	13.2	110	10	6.6
160	10	6.6			
Frecuencia Respiratoria Materna			Temperatura Materna		
18	10	6.6	Normotermia	150	98.7
19	70	46.1			
20	40	26.3			
21	30	19.7			

Fuente: Historias Clínicas del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

Sólo un 13,2% es la prevalencia de dolor severa en las gestantes estudiadas, seguida por un 19,7% de prevalencia en dolor moderado, el resto de la

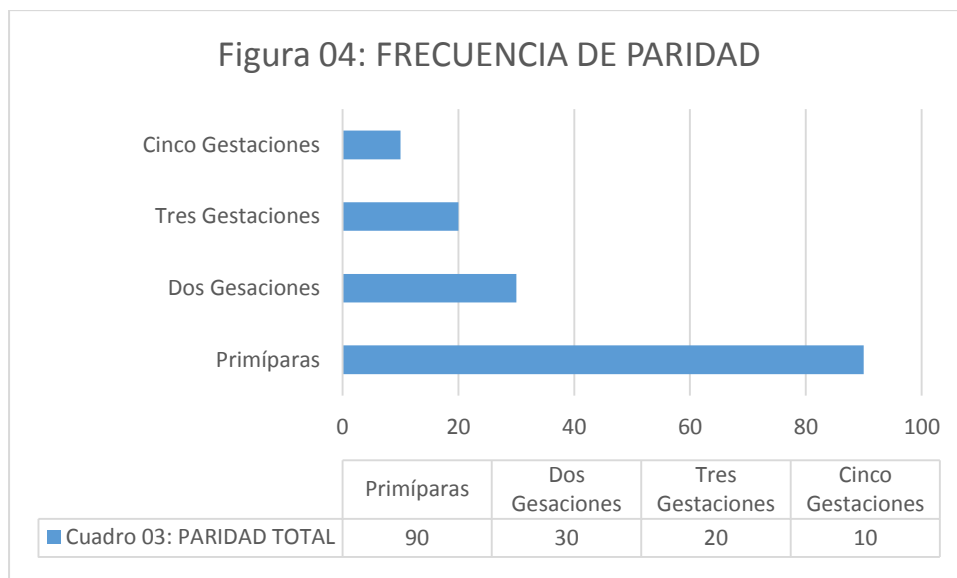
FIGURA 02: PREVALENCIA DEL DOLOR EVA NUMÉRICO



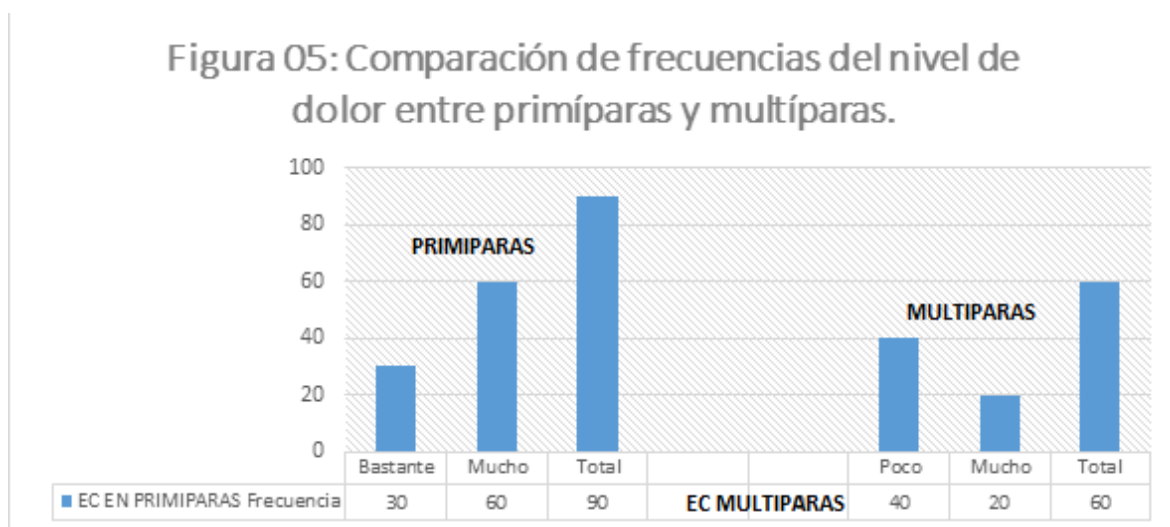
población es prevalente el dolor muy severo y máximo. (Figura 02)

El 59,2% de las gestantes eran primíparas; el resto ya había experimentado un parto anteriormente. El 67% de las primíparas experimentó mucho dolor según la metodología EVA y poco dolor en las multíparas. (Figuras 04 y 05).

Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

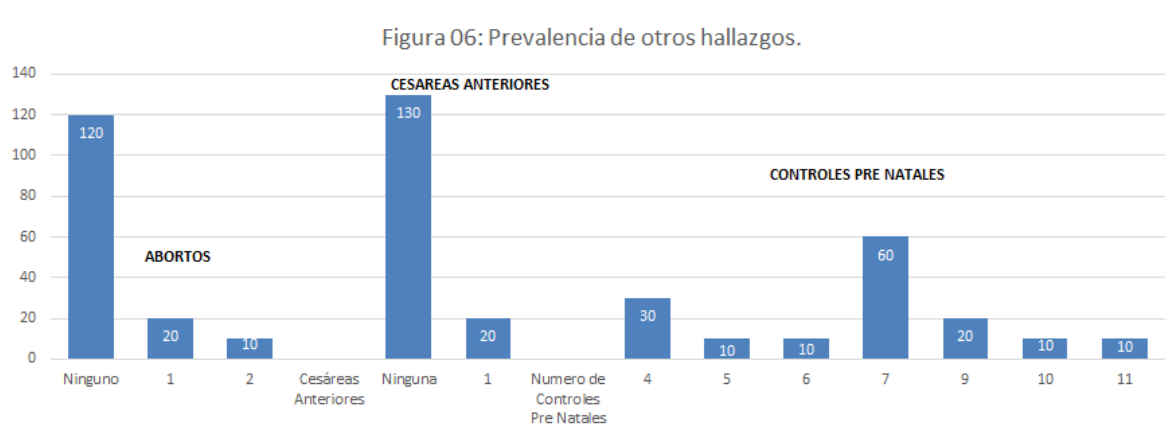


Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura



Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

Entre otros hallazgos en la investigación se distingue que el 80% de las gestantes no presentó abortos anteriormente y sólo el 13,3% tiene como antecedente una



**Cuadro 03: Evaluación Del Dolor Durante El Trabajo De Parto
En El Hospital III Cayetano Heredia, Piura De Septiembre a
Noviembre Del 2016. Antec. cesárea y nivel de Dolor**

cesárea anterior. Además el 40% de las gestantes tuvo 07 –siete- controles prenatales.(Figura 06) Además se encontró que el 13,3% de las pacientes tuvo una cesárea anterior, las cuales han experimentado un nivel de dolor según E.V.A de nivel 5 y según E.C. de nivel 6. (Cuadro 03)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III Jose Cayetano Heredia - Piura

f	%	E.V.A	E.C
20	13,3	5	6

Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

Cuadro 04: Evaluación Del Dolor Durante El Trabajo De Parto En El Hospital III Cayetano Heredia, Piura De Septiembre a Noviembre Del 2016. Significación Estadística

	E.V.A Iconográfica	E.V.A numérica	E.C	E.V.I
p	1	0.958992763	0.92702481	0.95244594

Si $p > 0,05$ es significativo.

Fuente: Gestantes del servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

IV. DISCUSIÓN

El dolor durante el trabajo de parto es una realidad inherente al parto caracterizado por ser agudo, variable y uno de los más intensos, resultando irresistible y severo, en 2 a 3 de cada 10 gestantes respectivamente.

Los resultados sobre el grado de dolor experimentado durante el trabajo de parto evaluado en esta investigación, según la metodología EVA, encontró que el 32,9% de las todas gestantes estudiadas experimentó un dolor máximo; estos resultados tienen mucha similitud con la investigación realizada por Aldana en Colombia sobre la escala visual análoga del dolor(EVA) y encontró que el 44.45% describieron subjetivamente la intensidad del dolor como bastante en la primera etapa.

Los estudios realizados de carácter internacional se han enfocado directamente en el dolor como variable anexa y/o dimensión de otras variables como el nivel cultural, acompañamiento durante el parto o anestesia epidural. Sin embargo, pueden ser contrastados autores como Aldana y Lowe.

Lowe afirma que existe una asociación del proceso fisiológico del parto con el dolor agudo. Es así que la experiencia del dolor durante el parto es el resultado del complejo procesamiento de múltiples factores fisiológicos y psicosociales en la interpretación individual de la mujer de los estímulos nociceptivos.

Este estudio encontró que el 66,7% de las gestantes primíparas experimentaron mucho dolor en contraste con el dolor experimentado por multíparas donde sólo el 33,7% experimentó mucho dolor durante el trabajo de parto, lo que demuestra que las mujeres primíparas comparadas con las multíparas tienen mayor intensidad de dolor con valor máximo de 9 a 10 puntos así lo menciona Jones quien concluye que las mujeres primíparas, durante la primera etapa del trabajo de parto, presentan peor dolor sensorial en contraste con las mujeres que ya han tenido algún hijo.

La guía de práctica clínica del Minsa-Perú informó que alrededor del 60% de primíparas y 40% de multíparas experimentan dolor severo, muy severo o intolerable durante su trabajo de parto.

Esta investigación también evaluó el nivel de dolor experimentado en aquellas gestantes con antecedente de haber sido cesareadas, las cuales fueron el 13,3% de las gestantes estudiadas, encontrando que dichas gestantes experimentaron un dolor moderado (5 puntos) según la escala EVA y dolor severo (6 puntos) según la escala categórica del dolor. Segura, un autor nacional, realizó un estudio del dolor en Trujillo, evaluando el dolor durante la cesárea bajo anestesia epidural mas no durante el trabajo de parto, evidenciando que el 40% de las gestantes presentaron un EVA mayor a 4 puntos y el 60% no la presentaron.

A nivel mundial y nacional no se han realizado estudios contundentes donde evalúen sólo la condición del dolor como variable principal y su percepción; siendo este un estudio piloto a nivel nacional que buscó estudiar sólo el dolor y sus dimensiones durante el trabajo de parto. Existen pocos estudios tanto a nivel nacional como internacional que nos describan y evalúen el dolor durante el trabajo de parto, la mayoría de ellos ha utilizado la escala analógica visual del dolor (EVA). Esta escala ha demostrado ser efectiva puesto que es una herramienta sencilla que mide la intensidad del dolor en todas las mujeres gestantes independientemente de su nivel social, cultural y educativo. Por lo que ha sido considerada la escala más valiosa para la obtención de los resultados de esta investigación.

V. CONCLUSIONES

1. Las complicaciones presentadas de las gestantes en estudio fue: 52,6% presentó hipodinamia, 13.2% presentó RPM mayor a 24 horas y 6.6% presentó complicaciones referentes a la placenta.
2. El 32,9% de las gestantes experimentaron dolor durante su trabajo de parto en su máxima expresión según la escala EVA numérico y según La Escala de EVA y EVI el 39,5% de las gestantes presentó dolor Máximo con puntajes de 9 a 10 durante el trabajo de parto
3. Las gestantes primíparas experimentaron mayor intensidad de dolor, 66,7%; comparado con las mujeres multíparas 33,7%, según las Escala categórica del dolor.

VI. REFERENCIAS

1. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization. The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway - a woman's right to health [Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2014.
2. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384:1129–45.
3. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*. 2014;384:1215–25.
4. Centro Latino-Americano de Perinatologia. Saúde da Mulher e Reprodutiva. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas [Internet]. Montevideu: CLAP/SMR; 2014.
5. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Jul 29;13:154.

6. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHB de M. [The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun;45(3):557–65.
7. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*. 2001 Oct;26(5):468–72.
8. Waldenström U, Schytt E. A longitudinal study of women's memory of labour pain--from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG*. 2009 Mar;116(4):577–83.
9. Aldana MSC de. Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un Centro de Salud. *Revista CUIDARTE*. 2010
10. González EMO. Aspectos culturales del dolor en el parto y uso de anestesia epidural en las gestantes del Hospital Reina Sofía de Tudela en el año.
11. Mamede FV, Almeida AM de, Souza L de, Mamede MV. Pain during the labor active phase: the effect of walking. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007 Dec;15(6):1157–62.
12. Saldaña S, Antonio P. Valoración del dolor en cesareadas bajo anestesia epidural con la escala visual análoga durante el intraoperatorio en el HRDT 2009. 2010
13. World Health Organization. WHO nursing and midwifery progress report, 2008–2012. [Internet]. 2013.
14. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization. The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway - a woman's right to health [Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2014.

15. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384:1129–45.
16. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*. 2014;384:1215–25.
17. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Midwife-nurses and nurse-midwives: the interface of professionals sharing affinity, but different. *Rev Bras Enferm*. 2006;59:699–702.
18. Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF. Theoretical and juridical foundations of the nursing profession. *Enferm Em Foco*. 2010;1:9–13.
19. CostaAANde M, Schirmer J. The role of nurses graduated at the course of expertise in obstetrics, in the northeast of Brazil - from the proposal up to the operationalization. *Esc Anna Nery*. 2012;16:332–9.
20. Hosseini Far. *Women Empowering*. 2010. Back to cited text no. 1
21. Ministry of Health, Treatment and Medical Training. Health Deputy. *Mother Friendly Hospital Initiative*. 2006. Back to cited text no.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos

financeiros de investimento, custeio e custeio mensa. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.htm

23. Huang CC, Lin YC, Huang YT, Huang KH. Comparison of medical issues in antenatal and perinatal periods in early youth, adolescent, and young adult mothers in Taiwan: a 10-year nationwide study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):260.
24. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008;6(7):10.
25. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfi revic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3.
26. Waldenstrom U, Bergman V, Vasell G. The complexity of labor pain: experience of 278 women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996;17(4):215-28.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
28. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):304-13.
29. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6.

30. Busanello J, Kerber NPC, Mendoza-Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. Rev Bras Enferm. 2011;64(5):824-32.
31. Oliveira FC Jr, Surita FG, Pinto E Silva JL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national crosssectional multicenter study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:77.
32. Guía de Práctica Clínica, Analgesia epidural en gestantes durante el trabajo de parto y parto. Minsa-Perú 2006