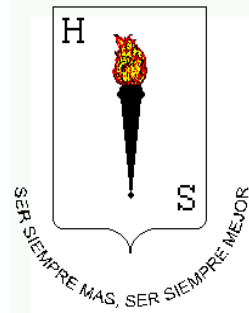


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.

INCORPORADA A LA UNAM . CLAVE 8722



CARRERA

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TEMA:

BLOQUEO EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

PRESENTA:

DE LA CRUZ SEGURA NATIVIDAD

MORELIA, MICHOACÁN

JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

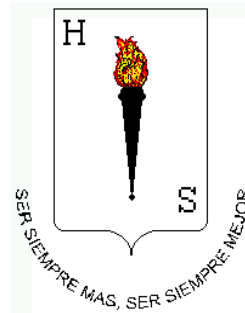
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.

INCORPORADA A LA UNAM . CLAVE 8722



CARRERA

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TEMA:

BLOQUEO EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

PRESENTA:

DE LA CRUZ SEGURA NATIVIDAD

MORELIA, MICHOACÁN

JUNIO 2008.

DEDICATORIA

Dedico ésta tesis a mis padres quienes siempre me han apoyado y dedicado mucho tiempo, formando parte de ellos.

Mis padres que gracias a ellos me estoy formando para llegar a ser una profesionista para bien propio.

A pesar de la distancia que nos separa pero que algún día estaré de nuevo con ellos y con mis hermanos, ya que la distancia te enseña a valorar lo mucho y lo maravilloso que son para mí.

Es por ello que dedicó esta tesis con todo mi amor a los seres queridos que mas amo en esta vida a mis padres y hermanos y que gracias a Dios me los dio con mucho amor para saberlos valorar aun la distancia que nos separa pero que cada día que pasa nos une mas y se que ese día llegará.

Toda persona tiene su recompensa y de ella depende como saberla aprovechar y valorar porque la vida solo se vive una sola vez y no tiene vuelta atrás.

Gracias por brindarme todo lo que han hecho por mí desde el día en que me dieron la vida y porque nunca me han dejado sola y siempre han estado conmigo en las cosas buenas y en los tropiezos que he tenido y que me han ayudado a levantarme de nuevo para seguir adelante y no ver para atrás.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme prestado la vida y por darme la capacidad para poder lograr mis sueños.

Agradezco a mis padres quienes me dieron la vida y me han dado su apoyo incondicional, porque me han depositado toda su confianza, han sabido estar conmigo en mis triunfos y derrotas para poder lograr mis metas y mis sueños. Gracias porque me han sabido educar de la mejor manera para poder ser una persona de bien.

A mis hermanos porque siempre me han demostrado su apoyo para seguir adelante y han estado conmigo compartiendo mis logros , mis tristezas y mis alegrías.

A mi familia materna y paterna porque siempre me han brindado su apoyo aun en la distancia que nos separa.

A mi tío Lázaro que sé que siempre estará apoyándome desde el lugar donde se encuentre y sé que estará contento por haber logrado una de mis metas y que nunca me abandonará así como yo lo recordaré cada día de mi vida. Descansa en Paz y que Dios te bendiga siempre.

A todos mis maestros y a mi escuela porque lograron cumplir unas de mis metas y me transmitieron sus conocimientos para poder seguir adelante.

CONTENIDO TEMATICO

Portada	i
Portadilla	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Contenido Temático	v
Contenido de Tablas	x
Contenido de Graficas	xi
Contenido de Fórmulas	xiii
Introducción	xiv
CAPITULO I: RACIONALIDAD DEL ESTUDIO	
1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	3
1.3. Objetivos	6
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivo Particular	7
1.3.3 Objetivo Específico	7
1.4. Planteamiento del problema	7
1.5. Hipótesis de la investigación	7

1.5.1 Operacionalización de variables -----	8
1.6. Justificación-----	15
1.7. Viabilidad-----	15
1.8. Delimitación del estudio -----	16
1.9. Importancia del estudio -----	16
1.10. Limitaciones del estudio -----	16

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Anatomía de la columna vertebral -----	19
2.1.1. Regiones de la columna vertebral-----	19
2.1.1.1. Región cervical-----	19
2.1.1.2. Región Torácica -----	20
2.1.1.3. Región Lumbar-----	20
2.1.1.4. Sacro-----	21
2.1.1.5. Cóccix -----	21
2.2 Bloqueo epidural durante el trabajo de parto -----	21
2.2.1. Tipos y técnicas del bloqueo epidural -----	23
2.2.1.1 Bloqueo epidural-----	23
2.2.1.1.1. Técnica del bloqueo epidural -----	23
2.2.1.2 Bloqueo pudendo-----	27

2.2.1.2.1. Técnica del bloqueo pudendo -----	29
2.2.1.3. Bloqueo para cervical -----	32
2.2.1.3.1. Técnica del bloqueo para cervical -----	33
2.3 Analgesia y anestesia obstétrica -----	35
2.3.1. Hipotensión arterial -----	35
2.3.2 Convulsiones -----	36
2.3.3. Prolapso de cordón umbilical -----	37
2.3.4 Lesión de la duramadre -----	38
2.3.5. Nauseas -----	40
2.3.6 Vomito -----	40
2.3.7 Aspiración -----	41
2.3.8. Colapso -----	41
2.3.9. Cefaleas -----	42
2.4 Retención urinaria -----	43

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3. Metodología de la investigación -----	45
--	----

3.1. Método Cuantitativo-----	45
3.2. Método Deductivo -----	47
3.3. Universo-----	48
3.4. Sujetos de investigación-----	48
3.4.1. Muestra -----	49
3.4.2. Prueba Piloto-----	50
3.5. Instrumentos -----	50
3.6. Procedimientos-----	51
CAPITULO IV: INTERPRETACION DE RESULTADOS	
4.1. Resultados de Encuestas -----	53
CAPITULO V: CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones Generales -----	74
5.2 Sugerencias-----	75
5.3 LINEAS DE INVESTIGACION -----	76
APENDICES	
Apéndice A-----	78

Apéndice B-----81

Apéndice C-----82

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografías Citadas-----84

Bibliografías Consultadas -----85

Bibliografías de Internet -----87

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 -----8

Tabla 2 -----9

CONTENIDO DE GRÀFICAS

Figura 1	53
Figura 2	54
Figura 3	55
Figura 4	56
Figura 5	57
Figura 6	58
Figura 7	59
Figura 8	60
Figura 9	61
Figura 10	62
Figura 11	63
Figura 12	64
Figura 13	65
Figura 14	66
Figura 15	67

Figura 16-----68

Figura 17-----69

Figura 18-----70

Figura 19-----71

Figura 20-----72

CONTENIDO DE FÒRMULAS

Formula 1	-----	49
-----------	-------	----

INTRODUCCIÒN

La presente investigación trata sobre las consecuencias que ocasiona el realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, en mujeres de 20 a 26 años de edad, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El desarrollo de la presente investigación comprende los siguientes capítulos:

En el capítulo uno se integra la racionalidad del individuo con el tema de investigación que incluye: antecedentes, objetivos, planteamiento del problema, hipótesis, operacionalización de variables, justificación, viabilidad, delimitación de la investigación, importancia del estudio y limitaciones del estudio.

El capítulo dos comprende el marco teórico el cual nos habla sobre el desarrollo de la investigación.

El capítulo tres se refiere a la metodología que incluye: el método cuantitativo y deductivo, universo, sujetos de investigación, muestra, prueba piloto, instrumentos y procedimientos.

El capítulo cuarto plantea la descripción de los resultados, que comprende: descripción de cada gráfica, interpretación de resultados de cada una de las gráficas.

El capítulo quinto se mencionan la racionalización de cada capítulo de la presente investigación.

CAPITULO I

RACIONALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

En la antigüedad los partos eran atendidos por parteras o comadronas quienes les ayudaban a las mujeres embarazadas a la hora del parto. Estas comadronas sólo les daban té para que el trabajo de parto fuera más rápido.

Desde tiempos remotos ya existían los anestésicos los cuales eran utilizados sólo para intervenciones quirúrgicas y no para atender partos.

Pero en la actualidad se les realiza bloqueo epidural a todas las mujeres embarazadas con la finalidad de ceder el dolor ocasionado por el trabajo de parto.

El bloqueo epidural ocasiona consecuencias a la mujer embarazada durante el trabajo de parto:

Hipotensión arterial, náuseas, vómito, cefalea y en ocasiones: prolapso de cordón umbilical, convulsiones, taquicardia, lesión de la duramadre, colapso, retención urinaria y bronco aspiración ocasionado por el vómito.

Por lo que todos estos efectos secundarios ponen en peligro la vida materna y la vida fetal.

Debido a que el personal de salud no informa adecuadamente a la paciente sobre los riesgos que le ocasiona bajo efectos de la anestesia.

Es por esto que se realiza esta investigación para identificar los efectos secundarios que ocasiona el bloqueo epidural a la mujer embarazada durante el trabajo de parto.

1.2. ANTECEDENTES

En la antigüedad, las mujeres embarazadas eran atendidas durante el trabajo de parto por parteras o comadronas, por lo tanto, en ésta época no se utilizaba ningún tipo de anestesia durante el trabajo de parto, sólo se les daba chocolates o té para que fuera más rápido el trabajo de parto.

En la actualidad, se realiza bloqueo epidural a las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto para no sentir dolor pero también ocasiona consecuencias como cefalea, hipotensión, prolapso del cordón, convulsiones, etc. ,debido a la técnica inadecuada que se utiliza para realizar el bloqueo epidural en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto.

1.2.1 LA HISTORIA DE LA ANESTESIA

El éter fue utilizado unas cuantas ocasiones para producir anestesia con fines quirúrgicos. Entre los agentes anestésicos conocidos desde la antigüedad los más importantes son el opio y la marihuana. Ambos se administraban por vía oral o por inhalación de humo obtenidos al quemarlos. El óxido nitroso , descubierto por el químico inglés Humphry Davy en 1800, fue utilizado por primera vez como anestésico en 1844 por el odontólogo estadounidense Horance Wells. En 1842 el cirujano estadounidense Crawford Long utilizó con éxito éter etílico como anestésico general. En 1847 el médico Británico Sir James Simpson descubrió las propiedades anestésicas del cloroformo no se utilizan en la actualidad debido a

sus peligrosos efectos secundarios y a su capacidad por inflamarse. Algunos anestésicos actúan deprimiendo el sistema nervioso central.

1.2.2 ANESTESIA LOCAL O BLOQUEO EPIDURAL

Algunas intervenciones quirúrgicas no requieren relajación muscular y se pueden realizar con anestésicos locales, sustancias que bloquean la conducción nerviosa de los nervios periféricos de forma temporal. Los anestésicos locales son una familia de fármacos derivados de la cocaína (el anestésico local más antiguo que se conoce: procaína, lidocaína, bupivacaína, mepivacaína, etc.).

El bloqueo regional es un tipo de anestesia que se consigue inyectando un agente anestésico local en la proximidad de uno o varios troncos nerviosos que inervan sensitivamente el área que quiere intervenir. El más usado es la anestesia epidural, en la que se inyecta el anestésico en el canal medular consiguiendo el bloqueo nervioso en todo el hemicuerpo distal a la altura de la punción (si ésta es en la zona lumbar se anestesia desde la cintura hasta los pies).

1.2.3 EMBARAZO Y PARTO

Otra opción para conseguir una disminución de las molestias durante el parto es la anestesia local, donde sólo se duermen aquellas partes del cuerpo de la madre afectada por el dolor del parto. Tales anestésicos incluyen el bloqueo de la parte

inferior de la espina dorsal y la inyección epidural, con la que se anestesia la región pélvica. La epidural no se debe de usar al principio de la dilatación porque prolonga peligrosamente el parto, después sólo se utiliza para calmar el dolor de la expulsión (y quizás de la dilatación final). El procedimiento consiste en introducir un agente anestésico local, en el espacio epidural por vía lumbar, a fin de anestesiarse las raíces sensitivas del sitio de la punción. Este método se empleo en Alemania a principios del siglo para aliviar el dolor durante el parto mediante la técnica de dosis única.

Este método se empleo en Alemania a principios del siglo para aliviar el dolor durante el parto mediante la técnica de dosis única. No obstante el método nunca se generalizó debido a las dificultades técnicas que implicaba su administración y a los peligros, entre ellos muerte ocasional. Baptisti renovó el interés en él mismo en los E.U, pero su gran aceptación después de la Segunda Guerra Mundial, se debió en gran parte a las modificaciones de las técnicas introducidas por Hingson. Las aportaciones más importantes de estas teorías fueron una mayor seguridad y la prolongación del tiempo en que se podía administrar anestesia sin peligro.

En muchos casos las pacientes solicitaban un trabajo de parto indoloro, pero cuando se administra el analgésico muy pronto las contracciones disminuyen en intensidad o cesan por completo, prolongándose así el trabajo de parto.

En la actualidad se considera que el trabajo de parto debe estar bien establecido con una dilatación cervical media (5 cm) antes de iniciar la inyección, por lo que a

menudo hay que utilizar sedantes y analgésicos durante la primera mitad del primer periodo de trabajo de parto.

En México el 90 % de los bloqueos nerviosos contra el dolor durante el trabajo de parto utilizan el bloqueo epidural, administrando anestésicos locales como xilocaína (corta duración) y bupivacaína de larga duración. Con tiempo de que el efecto analgésico se prolongue durante las horas que normalmente tarda el trabajo de parto.

La investigación del bloqueo epidural durante el trabajo de parto se realiza para determinar las consecuencias que ocasiona este, por tal motivo se llevara acabo la investigación sobre esta proyecto a realizar, en el cual se obtendrán las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en las mujeres embarazadas; así también el riesgo que obtendrá tanto la madre como el bebé.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

A) Evaluar las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad.

B) Determinar los efectos secundarios que ocasiona al realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad.

1.3.2 OBJETIVO PARTICULAR

A) Identificar las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad.

1.3.3 OBJETIVO ESPECIFICO

A) Conocer los efectos secundarios que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ❖ ¿Cuáles son las consecuencias al realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres de 20 a 26 años de edad en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

El bloqueo epidural durante el trabajo de parto causa efectos secundarios en mujeres embarazadas de 20 a 26 años.

1.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

X BLOQUEO EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Y EFECTOS SECUNDARIOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
X1 Bloqueo epidural	Y1 Hipotensión materna
X2 Tipos de bloqueo epidural	Y2 Convulsiones
X3 Técnicas de bloqueos	Y3 Prolapso de cordón umbilical
	Y4 Lesión de la duramadre
	Y5 Náuseas
	Y6 Vómito
	Y7 Aspiración
	Y8 Colapso
	Y9 Cefaleas
	Y10 Retención Urinaria

SUBINDICADORES

X1.1 Concepto	Y1.1 Definición de Hipotensión materna
X2.1 Bloqueo epidural X2.2 Bloqueo Pudendo X2.3 Bloqueo Paracervical	Y2.1 Definición de Convulsiones
X3.1 Técnica de bloqueo epidural X3.2 Técnica del bloqueo Pudendo X3.3 Técnica Paracervical	Y3.1 Definición de Prolapso Umbilical
	Y4.1 Definición de Lesión de la duramadre
	Y5.1 Definición Náusea
	Y6.1 Definición de Vómito
	Y7.1 Definición Aspiración
	Y8.1 Definición de Colapso
	Y9 Definición de Cefaleas
	Y10 Definición de Retención Urinaria

VARIABLES X

BLOQUEO EPIDURAL

Es un tipo de anestesia que se consigue inyectando un agente anestésico local en la proximidad de uno o varios troncos nerviosos que inervan sensitivamente el área que quiere intervenir.

Es una anestesia producida por la inyección de un anestésico local en el espacio extradural.

BLOQUEO PUDENDO

Consiste en anestesiar el nervio pudendo, con lo que inhibe el dolor del perineo.

Éste bloqueo es uno de los más populares en obstetricia; el producto no se deprime y la pérdida de sangre es mínima.

BLOQUEO PARACERVICAL

Este bloqueo es producido por la inyección de un anestésico sobre el nervio pudendo u otros nervios perineales ya sea a través de la vagina o directamente en el cuerpo perineal.

Este bloqueo es realizado en la vagina o en el cuerpo perineal.

TÉCNICA DEL BLOQUEO EPIDURAL

Se inyecta anestesia en el espacio epidural, entre la L 2- 3 o L 3 – 4 cuando la dilatación alcance los 5 cm aproximadamente. Puede realizarse mediante inyección única o con perfusión.

Ésta técnica debe ser exacta para evitar las temidas complicaciones como: hipotensión arterial, bradicardia, alucinaciones.

TÉCNICA DE BLOQUEO PUDENDO

Se introduce un botón anestésico de 2 cm cerca del extremo superior de la incisión planeada, aproximadamente a 3 cm debajo del ombligo, mediante la administración intradérmica de procaína en solución al 5 %. Esto retarda la absorción y prolonga así la duración de la anestesia de 60 a 90 minutos aproximadamente.

En esta técnica se anestesia el nervio pudendo, con lo que inhibe el dolor del perineo.

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL

Es producido la inyección de un anestésico sobre el nervio pudendo u otros nervios perineales ya sea a través de la vagina o directamente en el cuerpo perineal.

Este bloqueo se realiza para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

VARIABLES Y

HIPOTENSIÓN MATERNA

La hipotensión arterial en las pacientes durante el trabajo de parto se debe a la realización del bloqueo.

La hipotensión arterial en las pacientes durante el trabajo de parto se debe a la ministración de anestésicos.

CONVULSIONES

Estas se presentan una vez que se aplicó la anestesia y puede ser controlada de manera eficaz mediante la inyección intravenosa de cantidades adecuadas de Pentothal. Debe suspenderse la administración de anestésicos y utilizar oxígeno al 100%.

Estas se presentan debido a la mala ministración de anestésicos que se utilizó en la paciente.

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

El prolapso del cordón umbilical oculto aparece cuando el cordón es expulsado antes que la presentación o cuando resulta atrapado por delante del hombro, en ambos casos con membranas intactas.

Este se origina debido a que se realiza el bloqueo antes de la dilatación adecuada.

LESIÓN DE LA DURAMADRE

Es una lesión que se origina al introducir la aguja en la duramadre de debido a un fallo técnico de la punción lumbar y ocasiona la salida de líquido cefalorraquídeo.

Consiste en lesionar la duramadre debido a un fallo técnico y que ocasiona la salida de líquido cefalorraquídeo.

NAÚSEA

Es una sensación previa al vómito debido a la anestesia que se aplica a la paciente durante el trabajo.

Las náuseas en las pacientes se presentan con mayor frecuencia debido al bloqueo realizado: bloqueo epidural. Éste puede ir acompañado de mareo.

VÓMITO

Constituye la causa más frecuente de muerte asociada a la anestesia obstétrica. Por lo que se requiere de intubación inmediata y extracción de sólidos y líquidos aspirados antes de iniciar los movimientos respiratorios forzados.

Las pacientes deben de estar informadas durante las visitas prenatales respecto al peligro de comer una vez iniciado el trabajo de parto.

ASPIRACIÓN

Aspiración pulmonar del contenido gástrico es una complicación anestésica muy poco frecuente, pero sus consecuencias pueden ser muy graves (neumonitis por aspiración e insuficiencia respiratoria).

Se presenta después de la anestesia, la cual puede llegar a ocasionar la muerte materna.

COLAPSO

La súbita caída de la presión sanguínea con o sin hipoventilación o apnea, requiere rápido tratamiento.

Ésta se presenta debido a que no hay aporte de oxígeno por la baja presión sanguínea.

CEFALEAS

La cefalea es y siempre lo ha sido, una secuela frecuente y suficientemente incapacitante para considerar en ella el cuadro general de analgesia espinal.

Ésta se presenta por la administración de anestésicos que se utilizan para realizar el bloqueo.

RETENCIÓN URINARIA

Si la inyección ha sido hecha en la región lumbar, la concentración anestésica en el área sacra es obligadamente alta, lo que hace que las fibras parasimpáticas, de pequeño diámetro y que controlan la micción, sean especialmente vulnerables a la acción de anestésico local.

Se debe a la punción lumbar y a que las fibras parasimpáticas controlan la micción.

1.6. JUSTIFICACIÓN

La investigación del bloqueo epidural durante el trabajo de parto se realiza para determinar las consecuencias que ocasiona éste, por tal motivo se llevó a cabo la investigación sobre éste proyecto a realizar, ya que es de suma importancia las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en las mujeres embarazadas; así también el riesgo que obtendrá tanto la madre como el niño antes y después de nacer.

1.7 VIABILIDAD

Esta investigación es viable por que se llevará a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud a mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad durante el trabajo de parto.

1.8 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se llevó acabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en mujeres embarazadas de 20 a 26 años.

1.9 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Es importante llevar acabo la investigación sobre las consecuencias que se ocasiona al realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres embarazadas con edad de 20 a 26 años debido a que se presentan efectos secundarios como: trabajo de parto precipitado, hipotensión arterial, entumecimiento de la lengua y labios, taquicardia, somnolencia, convulsiones, punción accidental de la duramadre, perdida del reflejo del pujo, migraña, epilepsia; es por ello la importancia de la investigación debido a que a ésta no se le explican las consecuencias que puede presentar durante el trabajo de parto.

1.10 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Recursos financieros: Los gastos serán cubiertos por el investigador principal.

- Recursos humanos:- Encuestadores e investigadores.

- Recursos materiales:- Lápiz, goma, libros, internet, computadora, impresora, hojas blancas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANATOMÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

GERARD J. SANDRA REYNOLDS GRABWSKI

También llamada raquis o espina dorsal. Consiste en huesos y tejidos conectivos y la medula espinal, en tejido nervoso. La columna vertebral es como un cilindro flexible y resistente que se flexiona en sentido anterior, posterior, y lateral; también gira.

Envuelve y protege la medula espinal, brinda sostén a la cabeza y sirve como punto de inserción de las costillas, cintura de la extremidad inferior o cintura pélvica y músculos de la espalda. Se compone de un conjunto de huesos denominados vértebras; entre las vértebras, existen orificios llamados agujeros intervertebrales.

Los nervios raquídeos o espinales, que unen la médula espinal con diversas partes del cuerpo, cruzan dichos orificios.

2.1.1. REGIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

2.1.1.1. REGIÓN CERVICAL (C7 – C8)

Los dos cuerpos de las vértebras cervicales son más pequeñas que los de las torácicas. Sin embargo tienen arcos más grandes. Todas las vértebras cervicales poseen 3 agujeros: el vertebral y dos transversos.

Los agujeros vertebrales cervicales son los más grandes de la columna vertebral, dado que deben dar cabida a la protuberancia cervical de la médula espinal.

Cada apófisis espinosas de c2 a c6 por lo general son bífidas, es decir, están divididas en dos partes. Cada apófisis transversa cervical incluye un agujero transversal que cruza la arteria vertebral, su vena acompañante y fibras nerviosas.

2.1.1.2. REGIÓN TORÁCICA (T1 – T12)

Son mucho más grandes y resistentes que las cervicales. Las apófisis espinosas de T1 y T2 son largas y están aplanadas hacia los lados y dirigiéndose en sentido inferior.

Las apófisis espinosas de T11 y T12 son más cortas, anchas y con dirección un tanto posterior.

2.1.1.3. REGIÓN LUMBAR

Las vertebrae lumbares (L1 – L5) son las más grandes y resistentes, dado que la cantidad de peso corporal apoyado en las vértebras aumenta en dirección al extremo inferior de la columna. Las apófisis articulares superiores se dirigen en sentido interno.

Están bien adaptadas para la inserción de los grandes músculos de la espalda.

2.1.1.4. SACRO

Es un hueso triangular formado por la unión de las 5 vértebras sacras (S1 – S5). El sacro sirve de fundamento sólido a la cintura pélvica. Se ubica en la porción posterior de la cavidad pélvica, internamente a los 2 huesos de la cadera.

2.1.1.5. CÓCCIX

También es triangular y resulta de la fusión de las vértebras coccígeas. El cóccix se articula en plano superior, con el vértice del sacro. En las mujeres, este hueso apunta en sentido inferior y en varones, en dirección anterior.

2.2. BLOQUEO EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Es el procedimiento de elección para suprimir el dolor obstétrico. Es un tipo de anestesia que consiste en inyectando un agente anestésico local en la proximidad de uno o varios troncos nerviosos que inervan sensitivamente el área que quiere intervenir.

El espacio peridural está limitado en la parte superior del foramen magnum, y en la parte inferior por el ligamento sacro coccígeo. Es un espacio virtual que rodea el sacro dural; contiene tejido conjuntivo y graso, raíces nerviosas, arterias y un rico plexo venoso y linfático. En la parte posterior es fácilmente distensible; en la anterior está muy adherido a los cuerpos vertebrales.

Para llegar al espacio epidural hay que atravesar el tejido celular subcutáneo y los ligamentos supra espinoso, interespinoso y amarillo.

El bloqueo epidural constituye en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para:

El control del dolor durante el trabajo de parto, realizar intervenciones quirúrgicas, sobre todo en abdomen y miembros inferiores, así como también para el tratamiento del dolor postoperatorios y crónicos.

Las numerosas ventajas que ofrece la aplicación de un bloqueo epidural en estas indicaciones han sido ampliamente demostradas por diversos autores.

Sin embargo, existen dentro de la práctica de esta técnica una serie de ideas que son aceptadas por algunos anestesiólogos como verdaderas, y

que se aplican por ellos cuando administran un bloqueo epidural, desafortunadamente cuando estos conceptos se analizan dentro de un marco científico, no se encuentran evidencias objetivas que los apoyen.

2.2.1. TIPOS Y TÉCNICAS DE BLOQUEO EN OBSTETRICIA

2.2.1.1. BLOQUEO EPIDURAL

Es un tipo de anestesia que se consigue inyectando un agente anestésico local en la proximidad de uno o varios troncos nerviosos que inervan sensitivamente el área que quiere intervenir.

2.2.1.1.1. TÉCNICA DE BLOQUEO EPIDURAL

- 1.- Instalar una venoclisis antes de iniciar el bloqueo.
- 2.- Colocar a la paciente en decúbito lateral en flexión forzada.
- 3.- Realizar las técnicas rigurosas de asepsia y antisepsia en región lumbar.
- 4.- Seleccionar y preparar la solución anestésica.
- 5.- Seleccionar el espacio que se ha de puncionar (L3 o L4).
- 6.- Infiltrar los planos superficiales y profundos con anestésico local (procaína o lidocaína al 1%); infiltrar los planos profundos con aguja # 25 y jeringa de 2 ml; infiltrar los planos profundos con aguja # 20 de 2 a 4 cm.

7.- Introducir la aguja epidural (Tuohy) en el espacio peridural si ocurre aspiración de la misma.

8.- Retirar el mandrín de la aguja y colocar una gota de suero en el pabellón de aquélla, para comprobar que penetra en el espacio peridural si ocurre aspiración de la misma.

9.- Introducir la aguja hasta que su extremo se encuentre en el espacio peridural.

10.- Comprobar que no se puncionó la duramadre, es decir, no debe de haber salida de líquido cefalorraquídeo.

11.- Introducir una dosis de prueba.

12.- Introducir el catéter en la dirección deseada.

13.- Retirar la aguja y fijar el catéter con tela adhesiva.

14.- Colocar a la paciente en decúbito dorsal evitando esfuerzos al cambio de la posición.

15.- Conectar en el extremo del catéter una jeringa que contenga el anestésico local, par administrar en dosis fraccionadas, según la evolución del caso.

16.- Dejar colocado el esfigmomanómetro y el estetoscopio para medir periódicamente la tensión arterial.

Técnica de Aplicación: En términos generales podemos decir que los anesthesiólogos utilizan para administrar un bloqueo epidural las siguientes técnicas, de las que describiremos sus ventajas y desventajas:

A) La **técnica de la gota suspendida de Gutiérrez.**

Ventajas: en la mayor parte de los casos se puede percibir fácilmente el momento en que la punta de la aguja epidural cruza el ligamento amarillo y llega al espacio epidural.

La sensación que se obtiene no siempre es la misma para todos los pacientes, ésta depende, entre otros factores, de la edad, sus hábitos de vida, tipo de trabajo, grado de colaboración al momento del bloqueo, etc.

Desventajas: la gota suspendida que se coloca en el pabellón de la aguja epidural no siempre es succionada cuando la punta de esta llega al espacio, por lo que si únicamente se depende de la observación de la gota para identificarlo, esto nos puede ocasionar falsos resultados negativos, ya que podemos estar en el espacio epidural y la gota permanece en el pabellón de la aguja y no es succionada, este fenómeno es más frecuente en las pacientes embarazadas.

Al parecer esto se explica por diferencias en las presiones del espacio epidural relacionadas con el nivel del sitio de punción, así como también por la presencia de padecimientos concomitantes del paciente que incrementan la presión intrabdominal y del espacio epidural.

B) Técnica de la pérdida de la resistencia.

Ventajas: se percibe y observa una pérdida de la resistencia que se produce en el deslizamiento del émbolo de la jeringa que se mantiene

adherida al pabellón de la aguja epidural cuando ésta atraviesa el ligamento amarillo y se introduce en el espacio, en este émbolo el anesthesiólogo esta haciendo presión constante con el pulgar de una de sus manos para poder percibir esta pérdida de la resistencia.

Desventajas: es difícil percibir la sensación cuando la punta de la aguja epidural atraviesa el ligamento amarillo y llega al espacio, además con la prueba de la pérdida de la resistencia se pueden producir falsos resultados positivos, es decir, el anesthesiólogo observa y percibe la pérdida de la resistencia en el embolo de la jeringa, pero la aguja no se encuentra realmente en el espacio epidural, ésta se localiza en la grasa del espacio intervertebral.

También es posible obtener resultados falsos negativos, esto sucede cuando no se observa o percibe en el émbolo de la jeringa la pérdida de la resistencia, a pesar de que la aguja ya se encuentra en el espacio epidural, este fenómeno se debe a varias causas como son:

El talco de los guantes del anesthesiólogo al estar en contacto con el embolo de la jeringa produzca resistencia en el mismo e impida que éste se desplace, o bien a la presencia de un material extraño que ocluya la punta de la aguja epidural, este puede ser un coágulo de sangre, fragmentos de piel, partículas de grasa o de periostio.

En base a los reportes de los autores y de nuestra experiencia, la técnica que podría ser la más segura, ya que en esta se combinan las ventajas que tienen cada uno de los procedimientos ya mencionados para el abordaje del espacio epidural (gota suspendida o pérdida de la resistencia) es en la que el anestesiólogo sujeta con sus manos el pabellón de la aguja epidural en la misma forma como lo hace en la técnica de la gota suspendida, y en lugar de utilizar esta, adhiere al pabellón de la aguja una jeringa para utilizar la prueba de la pérdida de la resistencia.

El anestesiólogo avanza la aguja a una distancia promedio de un centímetro, se detiene y realiza la prueba de la pérdida de la resistencia con la jeringa, esto le permite percibir el momento cuando la aguja atraviesa el ligamento amarillo y llega al espacio epidural, corroborando de inmediato la correcta posición de la aguja en el espacio, mediante la prueba de la pérdida de la resistencia en la jeringa.

2.2.1.2. BLOQUEO PUDENDO

Consiste en anestesiar el nervio pudendo, con lo que inhibe el dolor del perineo.

La sensibilidad del periné y de los genitales externos depende principalmente de las ramas eferentes del plexo lumbar y del plexo sacro.

El nervio pudendo interno es el más importante de los que dan inervación sensitiva a los genitales externos, ese nervio se deriva de S3, S4, S5 y sale de la pelvis a través de la porción inferior de la escotadura ciática, rodea al isquion y que penetra nuevamente por la escotadura ciática menor, aplicándose a la cara interna del isquion.

El bloqueo de este nervio produce anestesia de todo el periné, con relajamiento del piso pélvico.

El bloqueo del nervio pudendo interno garantiza la analgesia durante la fase de expulsión.

Este nervio (nervus pudendus) es la rama terminal del plexo pudendo, formado por la anastomosis de la rama anterior de S4 y las ramas S2 y S3 del plexo sacro.

El nervio y los vasos pudendos internos abandonan la pelvis a través de la escotadura ciática mayor y rodean la espina ciática.

Esta espina sirve de punto de referencia para efectuar el bloqueo.

El nervio pudendo interno da tres ramas principales: el nervio hemorroidal inferior, su nacimiento precoz antes de que el nervio pudendo penetre en el conducto pudendo puede explicar la analgesia insuficiente del bloqueo; el nervio perineal, que es la más importante de las tres ramas, da origen a ramas

cutáneas superficiales y ramas musculares profundas;
 el nervio dorsal del clítoris.

La anestesia producida por el bloqueo bilateral de los nervios pudendos internos abarca una zona de sensibilidad cutánea de forma más o menos triangular, que se extiende desde el clítoris hasta los bordes del ano.

Además de esta analgesia regional, el bloqueo suprime la motricidad y, por consiguiente, la resistencia activa de los músculos superficiales del periné.

El nervio pudendo interno no es el único que participa en la inervación del periné y la vagina . Debido a ello, el bloqueo pudendo resulta insuficiente para determinadas maniobras obstétricas.

En caso de que sea posible, el bloqueo pudendo debe efectuarse en la sala de parto, con una dilatación cervical de 8 cm. en la múltipara y una dilatación completa en la primípara.

Las vías de abordaje que se utilizan son la transvaginal y la transperineal.

2.2.1.2.1. TÉCNICA DEL BLOQUEO PUDENDO

Existe la técnica del bloqueo pudendo; se introduce un botón anestésico de 2 cm cerca del extremo superior de la incisión planeada, aproximadamente a 3 cm debajo del ombligo, mediante la administración intradérmica de procaína en solución al 5 %.

Esto retarda la absorción y prolonga así la duración de la anestesia de 60 a 90 minutos.

El bloqueo pudendo puede realizarse por dos técnicas: La transvaginal y la transperineal, de las cuales, la primera es la más sencilla y , por tanto, la más empleada.

Las espinas ciáticas se identifican por vía vaginal, entre los dedos índices y medios se deslizan una aguja de raquia conectada a la jeringa con anestésico local (xilocaína al 1%); se introduce dirigiéndola a la cara posterior de la espina ciática, infiltrando el ligamento sacro ciático menor y luego perforándolo.

Al introducir la aguja a 2 a 3 cm, es importante aspirar primero para tener la certeza de que no se han puncionado los vasos pudendos.

Se inyectan 10 ml de lidocaína al 1%, con adrenalina 1:200:00; se repite la maniobra en el lado contrario. Debe tenerse cuidado de no exceder la dosis de 40 ml de anestésico.

La técnica transperineal consiste en introducir la aguja a través del periné, hasta llegar al sitio antes mencionado. Se debe tener cuidado para no lesionar el recto de la paciente. El nervio pudendo se bloquea en su

trayecto por fuera del ligamento sacroespinal, a unos cinco mm por debajo de la espina ciática.

Es imprescindible aspirar antes de inyectar el anestésico, para evitar el paso intravascular directo.

La técnica posee dos accesos posibles: Punción desde la piel perineal (Fig. 1). Se introduce una aguja de 15 a 20 cm. de longitud, a dos o tres cm por dentro de la tuberosidad isquiática sobre una línea que se dirige desde el ano hasta la tuberosidad, a través de la piel, en dirección a la espina ciática, guiando la punta de la aguja con el dedo que se encuentra introducido en la vagina. Así se evita la posibilidad de perforar la pared vaginal, así como la de lesionar al feto. Se inyectan entre 10 y 20 ml de solución de lidocaína o mepivacaína al 1 ó 2% (HCl: 0,2 g), o bien un anestésico local apropiado.

FIGURA N. 1 TECNICA DEL BLOQUEO PUDENDO

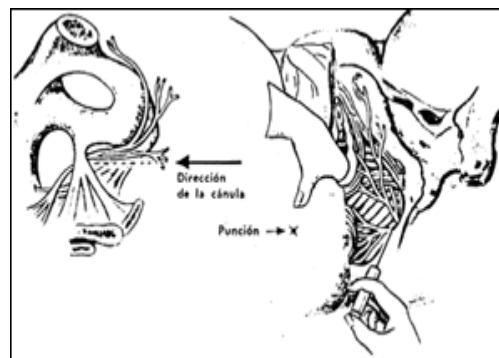


Figura 1. Técnica del bloqueo del pudendo después de la punción desde fuera. Figura izquierda: Vista lateral de la pequeña pelvis desde dentro, en decúbito supino. En su paso por la fosa isquiorrectal el nervio pudendo se divide en tres ramas: 1) para el esfínter y para la piel del ano (rama inferior); 2) para todos los músculos del perineo, con excepción del elevador del ano (rama media), y 3) para la piel de la vulva, incluido el clítoris (rama superior). Figura derecha: La aguja atraviesa casi horizontalmente el tejido en la mujer en decúbito supino, bajo la guía del dedo introducido en la vagina. Al practicar la inyección la punta de la aguja se halla a 0,5 cm por debajo de la espina ciática, por fuera del ligamento sacroespinal.

2.2.1.3. BLOQUEO PARACERVICAL

Este bloqueo es producido por la inyección de un anestésico sobre el nervio pudendo u otros nervios perineales ya sea a través de la vagina o directamente en el cuerpo.

El bloqueo para cervical consiste en inyectar el AL en la base de los ligamentos mayores. El anestésico impregna los tejidos parametriales y bloquea el plexo hipogástrico pélvico, interrumpiendo las vías sensitivas del útero.

El bloqueo para cervical suprime los dolores provocados por las contracciones uterinas y la dilatación cervical y resulta muy eficaz durante la

primera fase del parto.

Normalmente es el ginecólogo quien se encarga de efectuar el bloqueo para cervical, con la parturienta en posición ginecológica. Tras el bloqueo para cervical, los anestésicos locales se absorben mas rápidamente que tras la anestesia peridural.

El bloqueo para cervical apenas influye en el desarrollo del parto. Al contrario, puede influir favorablemente en las distocias dinámicas. El bloqueo paracervical con bupivacaina no altera las pruebas neurosensoriales del recién nacido.

Las complicaciones maternas son poco frecuentes y pueden ser locales o generales. Las reacciones toxicas generales se deben habitualmente a una sobre dosificación de AL por inyección intravascular accidental.

2.2.1.3.1. TÉCNICA DEL BLOQUEO PARACERVICAL

El cirujano coloca los dedos índice y medio en el fondo de saco vaginal, e introduce la guía para la aguja de punción entre ambos dedos para no puncionar la cabeza fetal ni el miometrio. Se han ideado diferentes guías que permiten evitar traumatismos vaginales durante la introducción, dirigir correctamente la aguja y limitar la profundidad de la inyección. Las dos

más utilizadas son la trompeta de Iowa, que debe su nombre a la forma cónica de uno de los extremos, y la aguja de Kobak.

La aguja (22 G, 12 cm. de longitud) se introduce en la guía hasta que su borde biselado toca la pared vaginal. Una vez establecido el contacto, se introduce la aguja otros 2-3 Mm.

Se efectúa una prueba de aspiración y se inyecta lentamente el volumen deseado.

Tras una espera de 3 a 5 minutos, durante la cual se vigila a la madre y el RCF, se repite la inyección en el lado contrario.

La mayoría de los autores se conforma con dos inyecciones, en las posiciones de las 3 y las 9 horas, o de las 4 y las 8 horas. Algunos prefieren cuatro puntos de inyección.

Para evitar las reinyecciones es preferible esperar a la fase de aceleración del primer periodo del parto para practicar el bloqueo para cervical.

En el cuadro IX se enumeran los anestésicos locales más usados. Se puede añadir adrenalina al 1/400 000 para prolongar la analgesia, gracias a la reducción de la absorción sistémica del anestésico.

2.3. ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTETRICA

**GERTIE F. MARX Y MARVIN L. SCHUSS (FACULTAD DE
MEDICINA, ALBERT EINSTEIN)**

2.3.1. HIPOTENSIÓN ARTERIAL

Posible secuela de la anestesia regional, es prevenible aumentando el volumen sanguíneo circulante.

Se denomina hipotensión o presión arterial baja cuando está por debajo de 90/60. Las cifras no afectan a todo el mundo por igual.

Hay personas cuya presión normal es siempre baja y no tienen ningún tipo de molestia. El problema es cuando nos produce sensación de fatiga, mareo y falta de tono muscular. La persona puede llegar incluso a desvanecerse ya que el cerebro no recibe el flujo necesario de sangre. Sus causas son muy diversas y van desde el exceso de calor (muchas personas sufren de hipotensión en verano), deshidratación, efectos secundarios de algunos medicamentos, problemas cardíacos, un shock emocional, muchas horas sin comer, incorporarse demasiado rápido tras un descanso prolongado (hipotensión ortostática), una hemorragia, etc.

2.3.2. CONVULSIONES

Estas se presentan una vez que se aplicó la anestesia y puede ser controlada de manera eficaz mediante la inyección intravenosa de cantidades adecuadas de Pentotal.

Debe suspenderse la administración de anestésicos y utilizar el oxígeno al 100%.

Es, en medicina, la contracción y distensión repetida de un músculo de forma brusca y generalmente violenta.

Usualmente afecta a diversas partes del cuerpo, con lo que recibe el nombre de **ataque convulsivo**.

Las convulsiones se asocian a varios trastornos y enfermedades neurológicas, entre los que el más habitual y conocido es la epilepsia.

Sin embargo, una excesiva asociación entre convulsiones y epilepsia puede haber llevado a que un 30% de los diagnosticados como epilépticos y medicados por ello no sean sino padecedores de un ataque concreto debido a la ansiedad.

2.3.3. PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

Aparece cuando el cordón es expulsado antes que la presentación o cuando resulta atrapado por delante del hombro, en ambos casos con membranas intactas.

Es una condición durante las últimas etapas de embarazo en las que el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto y el bebé se mueve dentro del canal de parto para el alumbramiento.

A medida que el bebé pasa a través de la vagina durante el parto, ejerce presión en el cordón, lo cual puede reducir o interrumpir el abastecimiento de sangre del bebé.

El prolapso del cordón umbilical es una condición muy peligrosa que puede causar un bebé nacido muerto a menos que el bebé sea dado a luz rápidamente, por lo general mediante [Sección cesárea](#) , después que se diagnosticó la condición.

Otras complicaciones incluyen daño cerebral por falta de oxígeno.

La mayoría de los bebés que son dados a luz rápidamente mediante sección cesárea no sufren de complicaciones causadas por esta condición.

El prolapso de cordón umbilical es relativamente común, ocurre en uno de cada 300 nacimientos.

Causas

La causa más común de prolapso de cordón umbilical es la ruptura prematura de las membranas que contienen líquido amniótico. Otras causas comunes incluyen:

- [Parto prematuro](#)
- Partos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
- Cantidades excesivas de líquido amniótico
- Parto en posición de glúteos (primero los pies)
- Cordón umbilical anormalmente largo

2.3.4. LESIÓN DE LA DURAMADRE

Es una lesión que se origina al introducir la aguja en la duramadre debido a un fallo técnico de la punción lumbar y ocasiona la salida de líquido cefalorraquídeo.

En este caso se notan perfectamente resistencias similares a las que ofrecen el ligamento amarillo y la duramadre, pero no fluye líquido cefalorraquídeo.

En otros intentos similares en anestesia existe generalmente, la tentación y la tendencia de atribuir a la desafortunada paciente alguna anormalidad para disculpar el fallo.

Se ha sugerido que la aguja penetra a través de la duramadre para entrar sólo en un área desprovista de líquido cefalorraquídeo.

Pueden ser por desgarró, directamente en relación al objeto contundente que golpea la cabeza, o por desgarró a nivel de las inserciones en la base del cráneo, como sucede en los traumas encéfalocraneanos indirectos al producirse el desplazamiento de la masa encefálica. Los senos venosos y las arterias de la duramadre son lesionados por su desgarró o por la fractura ósea, lo que lleva a la producción de los hematomas intracraneales, los mismos que pueden ser:

1. Hematoma Extradural.- Generalmente de origen arterial, tienen una localización temporal y se prolongan hacia la base del cráneo, siguiendo la zona de menor adherencia de la duramadre al cráneo produciendo pronto compresión al tronco cerebral.

2. Hematoma Subdural.- Se produce por rotura de las venas córticopiales, se acumula en el espacio subdural y su localización topográfica es en la convexidad de los hemisferios cerebrales.

2.3.5. NAÚSEAS

Se presentan como una situación de malestar en el estómago, asociada a la sensación de tener necesidad de vomitar (aunque frecuentemente el vómito no se da).

Sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.

La náusea es una sensación previa al vómito debido a la anestesia que se aplica a la paciente durante el trabajo de parto.

Una dosis pequeña de tiopental intravenoso mejora inmediatamente la situación y con una anestesia general superficial puede mantenerse la quietud. Debe tomarse los máximos cuidados para prevenir la aspiración del contenido gástrico.

2.3.6. VÓMITO

También llamado **emesis**, es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca. La sensación que alguien tiene justo antes de vomitar se llama náusea en ocasiones también llamada *angustia*, aunque es más correcto el primer termino. Puede preceder al vómito o también puede aparecer aislada.

Estos reflejos tan molestos se deben muy frecuentemente a estímulos viscerales aferentes.

2.3.7. ASPIRACIÓN

Aspiración pulmonar del contenido gástrico es una complicación anestésica muy poco frecuente, pero sus consecuencias pueden ser muy graves (neumonitis por aspiración e insuficiencia respiratoria).

Además, el tratamiento es inespecífico y de soporte. Por todo ello, es muy importante intentar evitar que se produzca y la protección de la vía aérea es un principio básico en la práctica anestésica.

2.3.8. COLAPSO

La súbita caída de la presión sanguínea con o sin hipoventilación o apnea, requiere rápido tratamiento.

En general ésta situación puede ser prevenida por anestesia alerta, ya que la causa más común es la hipoxia de los centros vitales. Debe quitarse cualquier almohada. Ha de acelerarse la velocidad de infusión y elevar las

piernas. Debe hacerse llegar oxígeno a los alveolos, al tiempo que no han de olvidarse completamente los fármacos vasopresores.

2.3.9. CEFALEAS

La cefalea es y siempre lo ha sido, una secuela frecuente y suficientemente incapacitante para considerar en ella el cuadro general de analgesia espinal.

Pero existe una aceptación prácticamente general de que la frecuencia y gravedad de cefalea depende fundamentalmente del tamaño de la aguja de punción lumbar utilizada (Frumin , 1969).Se cree que la cefalea después de la punción accidental de la duramadre con la aguja de Tuochy, cuando se intenta colocar un catéter en el espacio extradural, se sitúa por encima del 75% (Craft, Epstein y Cols, 1973).Sin embargo, registran unas incidencia ligeramente menor de cefaleas con la aguja de Touchy (Crawford, 1972).

Existen tres causas claramente diferenciadas de cefaleas postanalgia espinal. La primera es el escape continuado de líquido cefalorraquídeo a través del agujero de la duramadre al espacio extradural.

La segunda causa es la reacción meníngea inflamatoria aséptica por la solución inyectada y posiblemente por la introducción de una pequeñísima

cantidad del antiséptico a la piel, o unas pocas células cutáneas, o una o dos gotas de sangre, ésta reacción es lo suficientemente grave para que la dilatación de los vasos ingurgitados cause dolor.

La tercera causa, es la reacción inflamatoria por la introducción de organismos, es la más rara y al mismo tiempo la única grave. En las dos últimas causas de cefaleas coexiste una discreta elevación de la presión de líquido cefalorraquídeo.

2.4. RETENCIÓN URINARIA

Si la inyección ha sido hecha en la región lumbar, la concentración anestésica en el área sacra es obligadamente alta, lo que hace que las fibras parasimpáticas, de pequeño diámetro y que controlan la micción, sean especialmente vulnerables a la acción de anestésico local. El tiempo y los remedios antiguos y familiares conocidos por el personal sanitario de enfermería solucionan el problema.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO CUANTITATIVO

El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

Que el investigador realice los siguientes pasos:

A) Plantea un estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas

B) Una vez planteado el problema de estudio, revisa lo que se ha investigado anteriormente. A esta actividad se le conoce como revisión de la literatura

C) Sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico

D) De esta teoría deriva hipótesis

E) Somete a prueba favor. s las hipótesis mediante el empleo de los diseños de la investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con estas, se aporta evidencia en su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis al apoyar las hipótesis se genera confianza en las teoría que las sustenta. Si no es a si, se descartan las hipótesis, eventualmente la teoría.

F) Para obtener tales resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos fenómenos o participantes, que estudian y analizan mediante investigación estadístico de este conjunto de pasos es denominado proceso de investigación cuantitativa, se derivan otras características del enfoque cuantitativo que se precisan a continuación.

Las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.

La recolección de los datos se fundamenta en la medición. Esta recolección o medición se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.

Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar mediante métodos estadísticos.

En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles, distintas (rivales) a la propuesta de estudios (hipótesis), sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error es por esto que confía en la experimentación y los análisis de causa – efecto.

Los análisis cuantitativos fragmentan los datos en partes para responder al planteamiento del problema. Tales análisis se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estos estudios previos (teoría).

La investigación cuantitativa debe ser lo mas objetiva posible. Los fenómenos que se observan y/ o miden no deben de ser afectados de ninguna forma por el investigador.

Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado y se debe tener en cuenta que las decisiones críticas son efectuadas antes de recolectar los datos.

En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra a una colectividad mayor universo o población).

Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (explican y predicen).

Para este enfoque, si se siguen rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.

Este enfoque utiliza la lógica deductiva, que comienza con la teoría y de esta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba.

La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa del individuo esto nos conduce a una explicación sobre como se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

3.2. MÉTODO DEDUCTIVO

Antes de iniciar unas breves pinceladas sobre este método, es interesante resaltar una distinción importante entre deductivismo y deducción, lo mismo que podría establecerse entre inductivismo e inducción. La deducción, tanto si es axiomática como matemática, puede emplearse de manera que facilite el análisis estadístico y el contraste. Sin embargo, el deductivismo implica que la estadística y el conocimiento empírico es tan transitorio que no vale la pena y que un primer análisis deductivo puede proporcionar una mejor comprensión de un determinado fenómeno. Las primeras consideraciones del método

deductivo podrían remontarse a los trabajos de Descartes a comienzos del siglo XVII, en su afán de encontrar un método que proporcionara un mejor conocimiento de las diferentes esferas de actividad. Por consiguiente, los objetivos de Bacon y Descartes eran similares, sin embargo, la forma de conseguirlos era diametralmente opuesta. Descartes utilizaba la deducción y las matemáticas como punto referencial, mientras que Bacon le prestaba muy poca atención a estos instrumentos.

Centrándonos en el deductivismo, se trata de un procedimiento que consiste en desarrollar una teoría empezando por formular sus puntos de partida o hipótesis básicas y deduciendo luego su consecuencia con la ayuda de las subyacentes teorías formales. Sus partidarios señalan que toda explicación verdaderamente científica tendrá la misma estructura lógica, estará basada en una ley universal, junto a ésta, aparecen una serie de condicionantes iniciales o premisas, de las cuales se deducen las afirmaciones sobre el fenómeno que se quiere explicar.

3.3. UNIVERSO

La presente investigación se llevará a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud ubicado en la calle Ignacio Zaragoza # 276 de la Ciudad de Morelia Michoacán, en 300 pacientes con edad de 20 a 26 años.

3.4. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos primarios de investigación son las pacientes con edad de 20 a 26 años que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el área de

Obstetricia General y Privada , por lo que son las fuentes principales para realizar ésta investigación con la finalidad de que las pacientes tengan información sobre las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo da parto.

3.4.1. MUESTRA

La presente investigación se basa en la siguiente fórmula para determinar la muestra de la población que se va a estudiar.

Fórmula de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

n= Incógnita tamaño de muestra = 27

Z= Confianza =90

N= Universo = 300

e= Margen error = 15 %

P= Probabilidad + = 0.5 %

q= Probabilidad - = 0.5 %

3.4.2. PRUEBA PILOTO

Se basa en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objeto de la investigación. Se somete a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento de medición.

La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definida).

3.5. INSTRUMENTOS

El instrumento mas utilizado para recolectar los datos es el “cuestionarios”. Un cuestionario consiste en una serie de preguntas respecto de una variable a medir.

El cuestionario pueden ser preguntas cerradas o abiertos.

Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuestas que han sido propiamente delimitadas

Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuestas, por lo cual de No. De categorías de respuesta es muy elevado; en teoría , es infinito, y puede variar de población en población.

3.6. PROCEDIMIENTOS

Esta investigación se lleva a cabo en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, las cuales serán encuestadas por medio de cuestionario con la finalidad de obtener los resultados que se requieren para lograr la investigación, acerca de las consecuencias que se obtienen al realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

CAPITULO IV

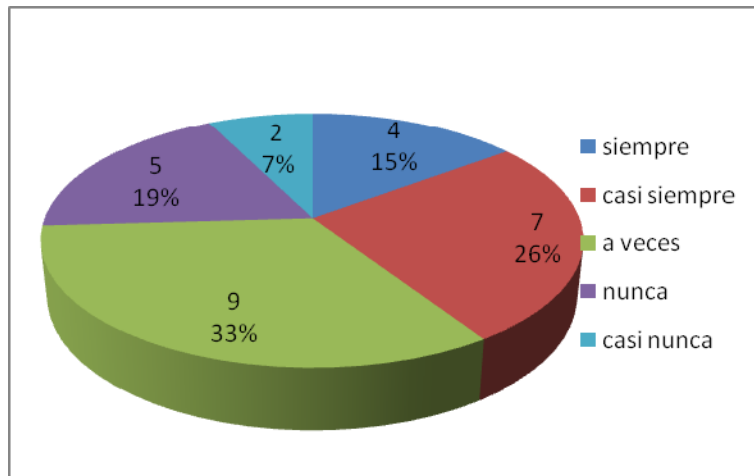
INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE ENCUESTAS

A continuación se muestran las siguientes gráficas en donde se observan los porcentajes de acuerdo a cada pregunta que contestaron las pacientes.

Item 1.- ¿Usted está de acuerdo que le realicen el bloqueo epidural durante el trabajo de parto?

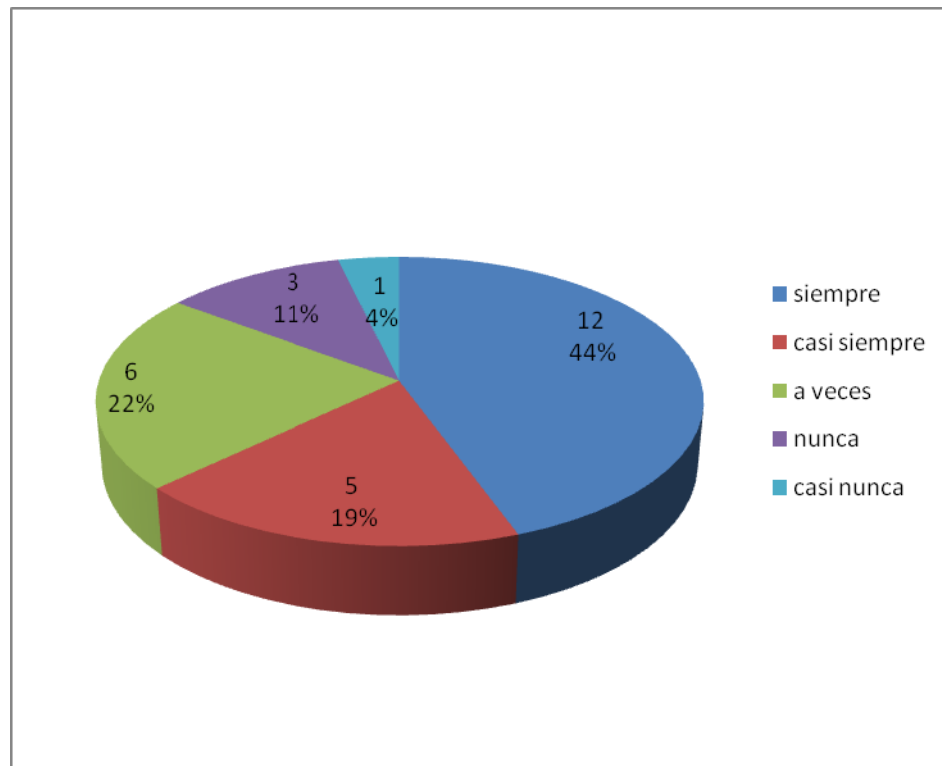
FIGURA 1



El 33 % contestó que “a veces” se le realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto. El 26 % contestó que “casi siempre” porque no quieren sentir dolor durante el trabajo de parto. El 19 % contestó que “nunca” porque no es necesario que se realice durante el trabajo de parto. El 15 % contestó que “siempre” porque es necesario realizar el bloqueo epidural para ceder el dolor durante el trabajo de parto. El 7 % contestó que “casi nunca” porque solo cede el dolor pero no lo quita totalmente. No debe realizarse el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, debido a que ocasiona efectos secundarios a la madre y la del producto.

Item 2.- ¿Sabía que el bloqueo epidural hace que el trabajo de parto sea más lento?

FIGURA 2

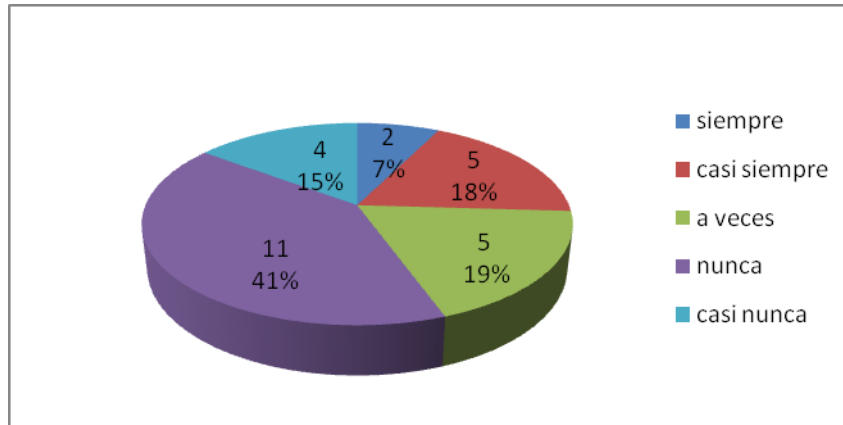


El 44% contestó que “siempre” porque saben que el bloqueo epidural provoca que el trabajo de parto es más lento. El 22 % contestó que “a veces “porque casi no están informadas. El 19 % contestó que “casi siempre” porque tienen muy poca información. El 11 % contestó que “nunca” porque no tienen información .

El bloqueo epidural durante el trabajo de parto prolonga el trabajo de parto se vuelva lento y por lo tanto hay sufrimiento materno y sufrimiento fetal.

Item 3.-¿ Alguna vez ha permitido que se le realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto?

FIGURA 3

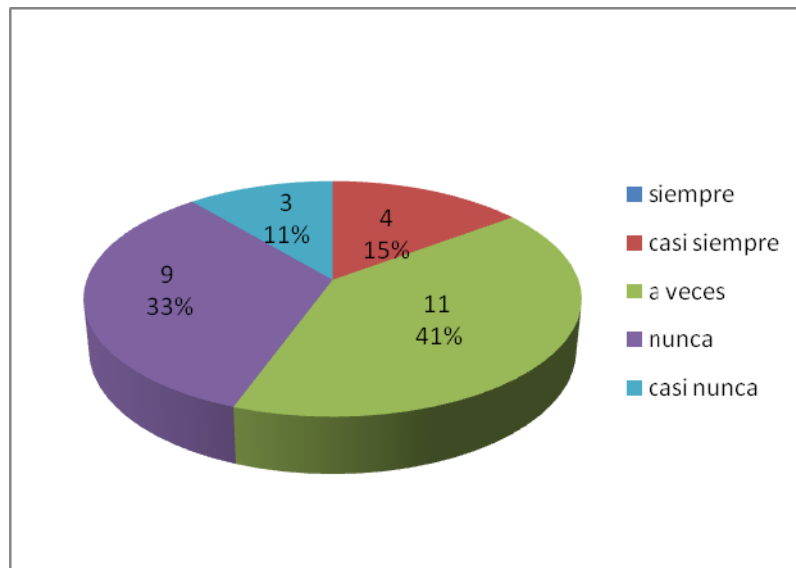


El 41 % contestó que “nunca” porque no permiten que se le realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto. El 19 % contestó que “ a veces “ porque algunas de las encuestadas permiten que se le realice el bloqueo epidural. El 18 % contestó que “ casi siempre” porque permiten que se le realice el bloqueo epidural para no sentir dolor. El 15 % contestó que “ casi nunca” porque depende del hospital donde se encuentren. El 7 % contestó que “ siempre “ porque permiten que se le realice el bloqueo epidural con tal de no sentir dolor.

Algunas de las pacientes desean que les realice el bloqueo epidural para que les cede el dolor ocasionado durante el trabajo de parto.

Item 4.- ¿Considera que el bloqueo epidural es necesario realizarse a toda mujer embarazada durante el trabajo de parto?

FIGURA 4

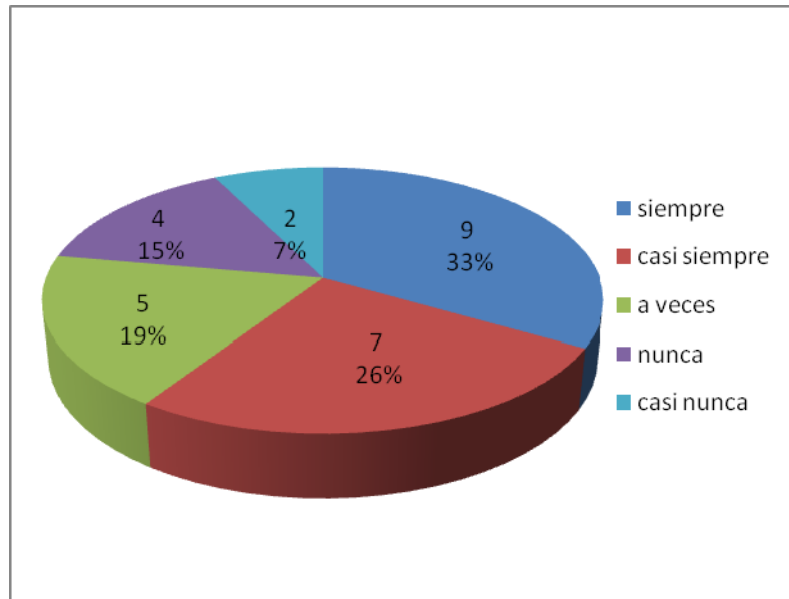


El 41 % contestó que “a veces” porque depende del organismo de cada paciente. El 33 % contestó que “nunca” porque el trabajo de parto es por un momento. El 15 % contestó que “casi siempre” porque cede el dolor provocado por el trabajo de parto. El 11 % contestó que “casi nunca” porque el trabajo de parto debe de ser con dolor.

El bloque epidural no debe de realizarse a toda mujer embarazada debido a que depende de la institución y de la paciente, y que no todos los organismos reaccionan de la misma manera.

Item 5.- ¿Alguna vez ha presentado presión baja después de la anestesia?

FIGURA 5

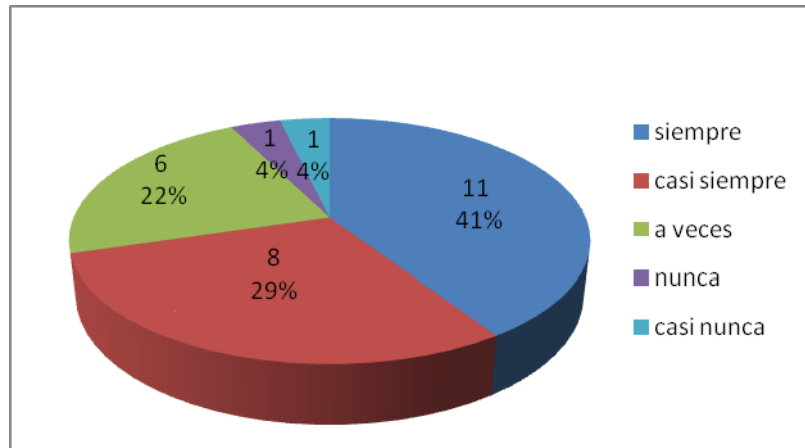


El 33 % contestó que “ siempre “ debido al tiempo que están bajo efecto de la anestesia. El 26 % contestó que “ casi siempre “ porque presentan debilidad en su organismo. El 19 % contestó que “ a veces “ debido al bloqueo epidural que se le realizó. El 15 % contestó que “ nunca” porque algunas de las encuestadas no permiten que se le realice el bloqueo epidural. El 7 % contestó que “ casi nunca” lo cual indica a que algunas de las encuestadas son resistentes a la anestesia.

Durante la anestesia las pacientes presentan hipotensión arterial siendo una de las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

Item 6.- ¿Sabía que la presión baja puede afectar su cerebro?

FIGURA 6

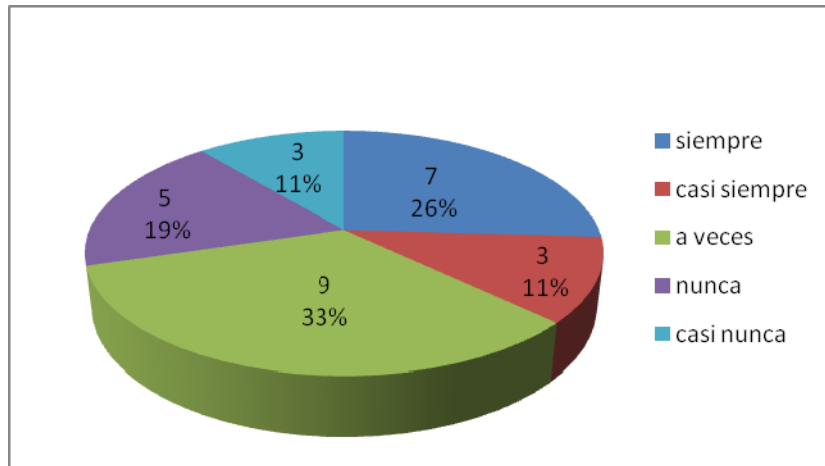


El 41 % contestó que “siempre” debido a que las encuestadas tienen la información adecuada sobre las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural. El 29 % contestó que “casi siempre” porque la información que poseen no está bien definida. El 22 % contestó que “a veces” porque no se les informa sobre las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural. El 4 % contestó que “casi nunca” debido a que las encuestadas afirman que es normal después de la anestesia. El 4 % contestó que “nunca” por la deficiente información que tienen las pacientes sobre las consecuencias que le puede afectar su cerebro.

La hipotensión arterial en la paciente puede ocasionar que dañe al cerebro debido a que no se encuentra normal el torrente sanguíneo y con ello la oxigenación del cerebro.

Item 7.- ¿Sabía que la anestesia puede causarle convulsiones y esta ocasionarle epilepsia?

FIGURA 7

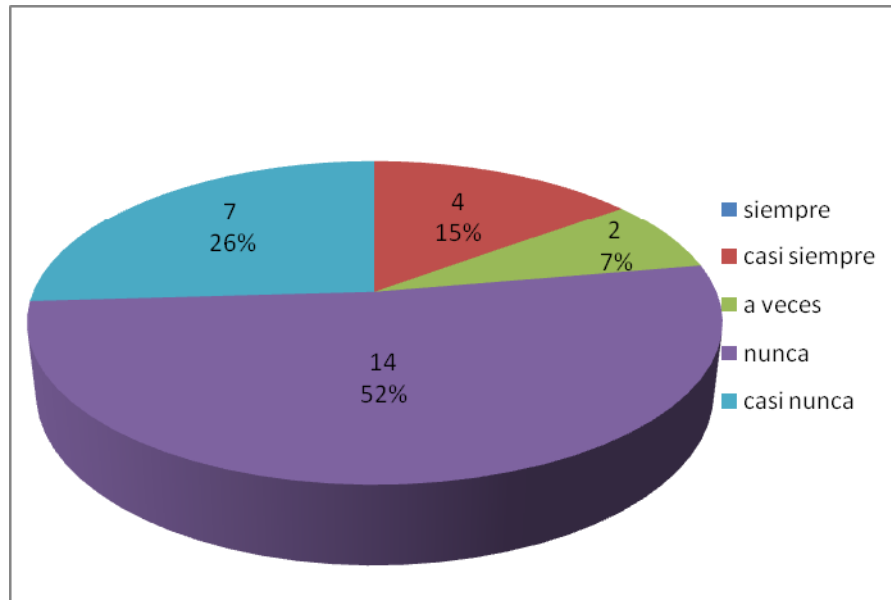


El 33 % contestó que “a veces “porque obtienen la información de otras personas. El 26 % contestó que “siempre “debido a que tienen la información adecuada sobre las convulsiones y epilepsias. El 19 % contestó que “nunca “porque algunas de las encuestadas desconocen estos síntomas. El 11 % contestó que “casi siempre “debido a la información que tienen pero mal adquirida. El 11 % contestó que “casi nunca “debido a que algunas de estas encuestadas no tienen información sobre estos síntomas.

La mayoría de las pacientes no saben que el bloqueo epidural les puede ocasionar convulsiones y hasta epilepsia por lo que se pone en riesgo la vida materno – fetal.

Item 8.- ¿Durante la anestesia ha presentado convulsiones?

FIGURA 8

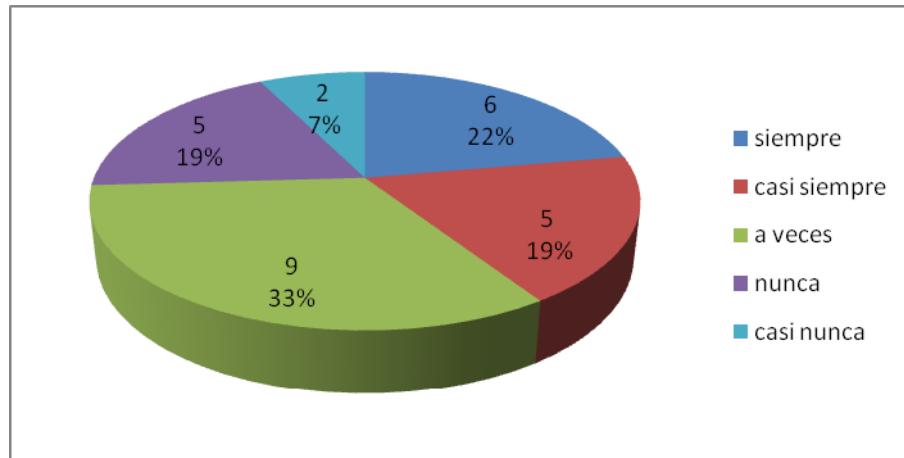


El 52 % contestó que “nunca” debido a que la mayoría de estas pacientes no permite que se le realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto. El 26 % contestó que “casi nunca” debido a que no es muy común en ellas. El 15 % contestó que “casi siempre” por lo que pocas de las encuestadas han presentado convulsiones. El 7 % contestó que “ a veces “ debido a que es muy rara la ocasión de presentar convulsiones.

La mayoría de las paciente no ha presentado convulsiones ya que estas no permiten que se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

Item 9.- ¿Sabía que las convulsiones le pueden ocasionar enfermedades neurológicas?

FIGURA 9

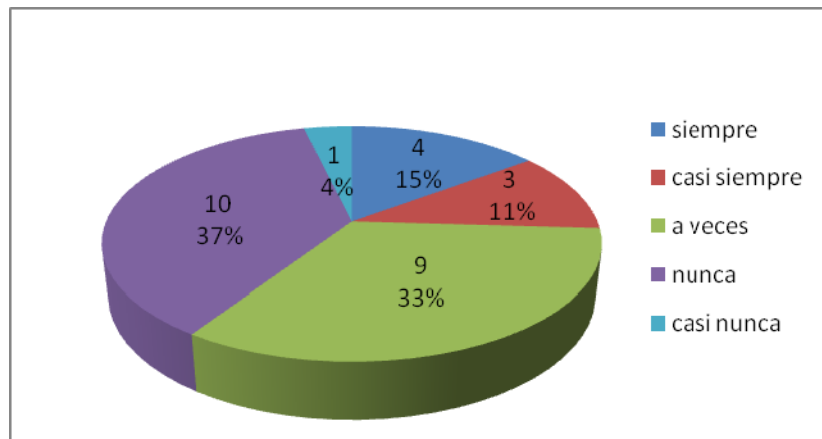


El 33 % contestó que “ a veces” porque la mayoría de ellas conocen los riesgos que ocasionan las convulsiones. El 22 % contestó que “siempre” debido a que si conocen las enfermedades que pueden ocasionar las convulsiones. El 19 % contestó que “ casi siempre” por lo que la información que poseen no es completa. El 19 % contestó que “nunca” debido a que no tienen información sobre las convulsiones que les puede ocasionar el bloqueo epidural. El 7 % contestó que “casi nunca” porque no están informadas sobre los riesgos que ocasionan las convulsiones.

Las convulsiones ocasionadas por el bloqueo epidural traen como consecuencias enfermedades neurológicas.

Item 10.- ¿Sabía que el bloqueo epidural puede ocasionar que su bebé nazca muerto?

FIGURA 10

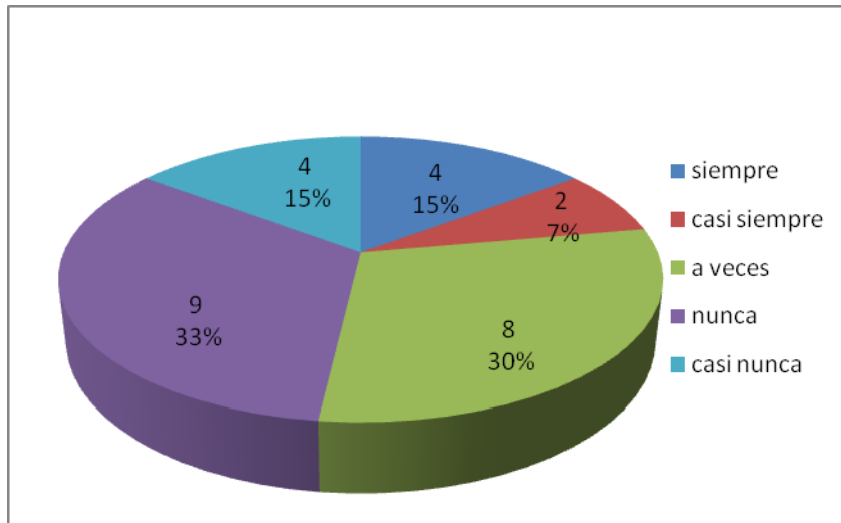


El 37 % contestó que “ nunca “ por lo que no se les proporciona la información necesaria por parte del personal de la salud. El 33 % contestó que “ a veces” porque algunas de las encuestadas tienen muy poca información. El 15 % contestó que “ siempre” debido a que las encuestadas conocen los riesgos que ocasiona el bloqueo epidural. El 11 % contestó que “casi siempre” por lo que la información en las encuestadas es muy deficiente. El 4 % contestó que “casi nunca” debido a que las encuestadas no tienen ni la más mínima idea que el bloqueo epidural les provoque la muerte de su bebé.

El bloqueo epidural debido a que hace que el trabajo de parto sea mas lento ocasiona que halla sufrimiento fetal y con esto puede llevar hasta la muerte al bebé.

Item 11.- ¿Alguna vez le han lesionado la columna vertebral?

FIGURA 11

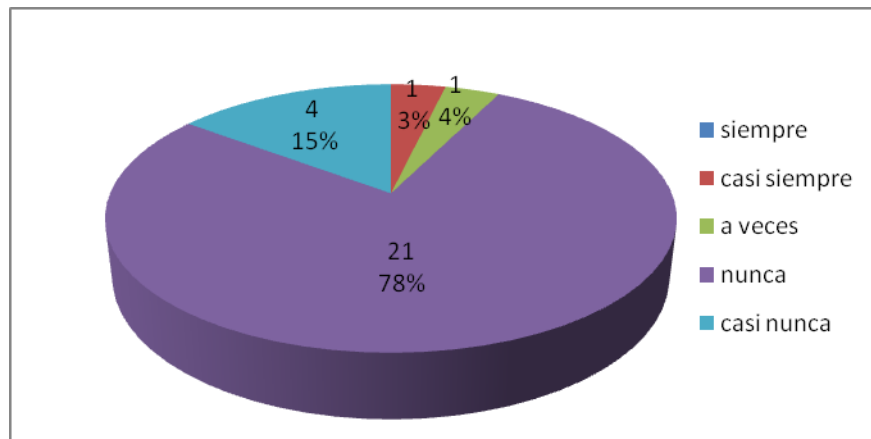


El 33 % contestó que “nunca” porque la mayoría de las pacientes son las que no permiten que se les realice el bloqueo epidural. El 30 % contestó que “ a veces” porque en algunas ocasiones les han lesionado la columna vertebral. El 15 % contestó que “siempre” ya que las encuestadas sufren de problemas en la columna vertebral. El 15 % contestó que “ casi nunca” debido a que en muy pocas de las encuestadas no se les lesiona la columna vertebral. El 7 % contestó que “ casi siempre” debido a que las pacientes en algunas ocasiones les han lesionado la columna vertebral.

Debido a la punción que se le realiza en la columna vertebral para realizar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto puede haber un fallo en la punción y con esto lesionar la columna vertebral.

Item 12.- ¿Desearía que le realizarán el bloqueo epidural aún sabiendo que le pueden lesionar la columna vertebral?

FIGURA 12

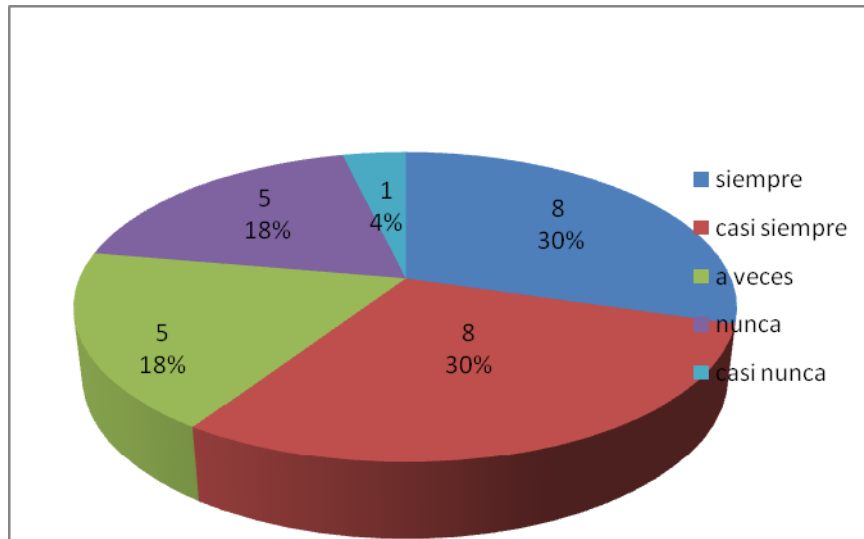


El 78 % contestó que “ nunca” por lo que no permite que se le realice el bloqueo epidural e indica muy buena respuesta para evitar lesionar la columna vertebral durante el trabajo de parto. El 15 % contestó que “ casi nunca “ porque no desearían presentar problemas en la columna vertebral. El 4 % contestó que “ a veces” ya que en algunas ocasiones si permitirían que se les realizará el bloqueo epidural para disminuir el dolor durante el trabajo de parto. El 3 % contestó que “casi siempre” por lo el porcentaje de éstas encuestadas es muy bajo.

Las pacientes decidieron en que no permitirán que se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto debido a que ya conocen los riesgos que ponen en peligro la vida materno – fetal.

tem 13.- ¿Ha presentado náuseas después del bloqueo epidural?

FIGURA 13

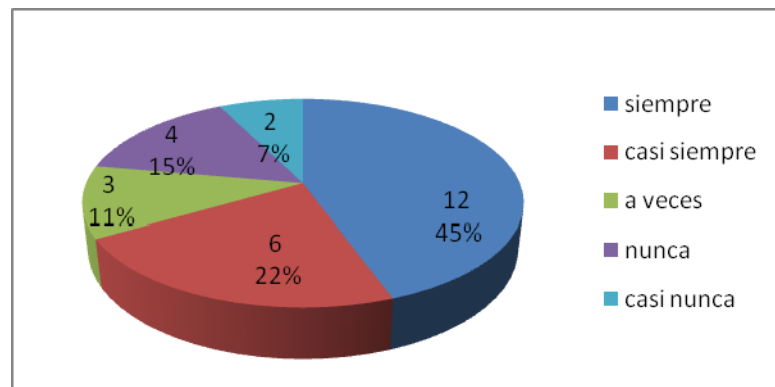


El 30 % contestó que “casi siempre” por lo que es un síntoma que se presenta bajo efectos de la anestesia. El 30 % contestó que “siempre” debido a que presentan muchas náuseas bajo efectos de la anestesia. El 18 % contestó que “nunca” por lo que indica que no presentan este síntoma durante la anestesia. El 18 % contestó que “ a veces” debido a que en algunas ocasiones presentan náuseas. El 4 % contestó que “ casi nunca” ya que es muy poco el porcentaje de las encuestadas que en rara ocasión presenta náusea.

La mayoría de las encuestadas presentan náuseas durante el trabajo de parto ocasionado por el bloqueo epidural ya que es una reacción producida por la anestesia.

Item 14.- ¿Sabía que al realizar esfuerzos ocasionados por las náuseas hace que su bebé no le llega oxígeno necesario durante el trabajo de parto?

FIGURA 14

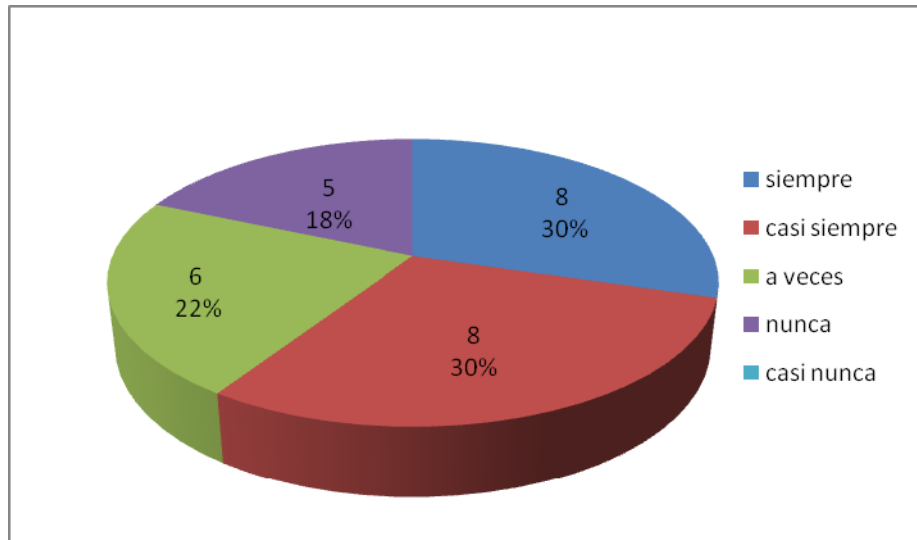


El 45 % contestó que “siempre” ya que la mayoría de estas pacientes conoce que las náuseas provocan que el bebé no le llegue el oxígeno necesario. El 22 % contestó que “casi siempre” por lo que las encuestadas saben que las náuseas afectan al bebé. El 15 % contestó que “nunca” ya que no saben que las náuseas pueda afectar a su bebé. El 11 % contestó que “a veces” por lo que las encuestadas tienen poca información sobre los síntomas que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto. El 7 % contestó que “casi nunca” debido a que estas pacientes no están informadas sobre los síntomas que les puede ocasionar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

Debido al esfuerzo que se hace durante las náuseas ocasiona que no le llegue oxígeno suficiente al bebé.

Item 15.- ¿Alguna vez ha presentado vómito después de realizarle el bloqueo epidural?

FIGURA 15

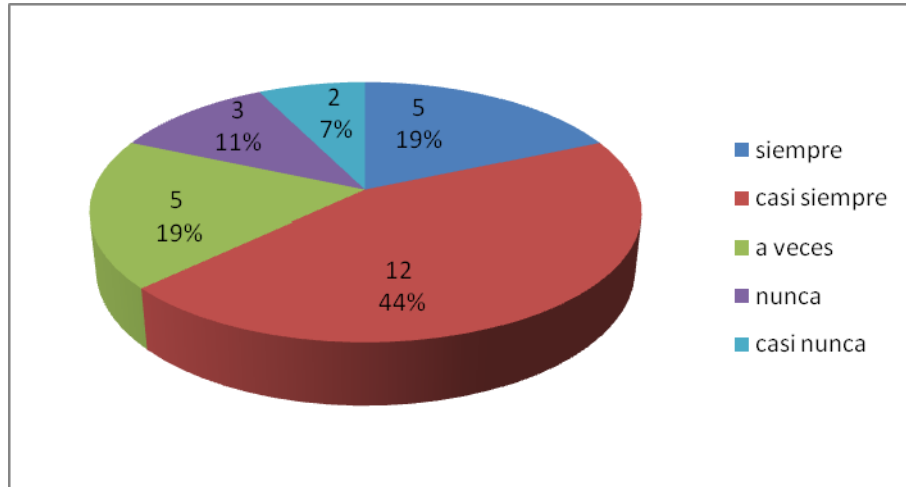


El 30 % contestó que “ siempre” porque presentan vómito al momento de estar bajo efectos de la anestesia. El 30 % contestó que “ casi siempre” ya que en ocasiones refieren vómito por la anestesia. El 22 % contestó que “ a veces” por lo que indica que pocas ocasiones han presentado vómito. El 18 % contestó que “ nunca “ por lo que indica que no presentan vómito después de que se les realiza el bloqueo epidural.

Durante la anestesia se presenta vómito el cual es ocasionado por los anestésicos que se aplican durante el bloqueo epidural.

Item 16.- ¿Ha pensado que el vómito le puede provocar ahogamiento y con esto hasta la muerte?

FIGURA 16

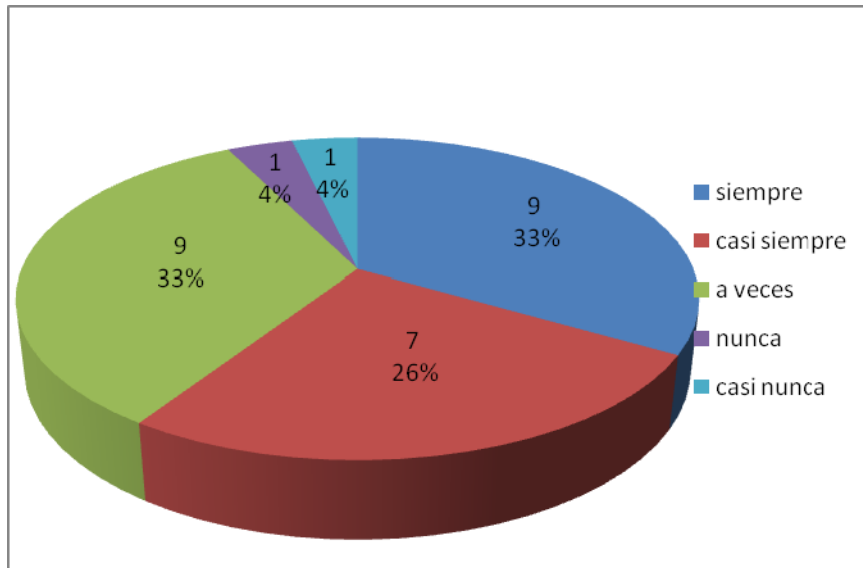


El 44 % contestó que “casi siempre” lo cual indica que las encuestadas tienen en cuenta lo que les puede ocasionar el vómito. El 19 % contestó que “siempre” por lo que las pacientes conocen información los riesgos que ocasiona el vómito durante la anestesia. El 19 % contestó que “a veces” ya que en ocasiones saben que el vómito les puede provocar hasta la muerte. El 11 % contestó que “nunca” porque no conoce las consecuencias que ocasiona al presentarse vómito. El 7 % contestó que “casi nunca” lo que indica que tienen poca información en que el vómito les pueda provocar hasta la muerte.

Algunas de las pacientes saben que el vómito les puede ocasionar bronco aspiración debido al bloqueo epidural y a la posición en que se encuentre.

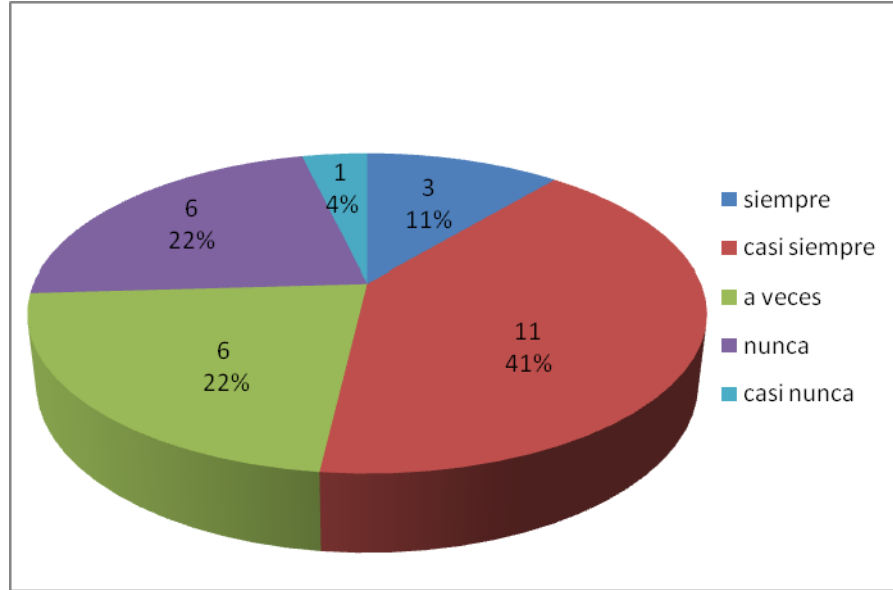
Item17.- ¿Sabía que la falta de oxígeno puede ocasionarle daño al cerebro?

FIGURA 17



El 33 % contestó que “siempre” ya que las encuestadas tienen conocimiento sobre el daño que puede ocasionar al cerebro. El 33 % contestó que “ a veces” ya que algunas de las encuestadas tienen poca información. El 26 % contestó que “ casi siempre” debido a que saben que la falta de oxígeno daña al cerebro. El 4 % contestó que “casi nunca” por lo que no saben ni se les informa lo que ocasiona la falta de oxígeno. El 4 % contestó que “ nunca “ por lo que estas encuestadas saben nada sobre la falta de oxígeno.

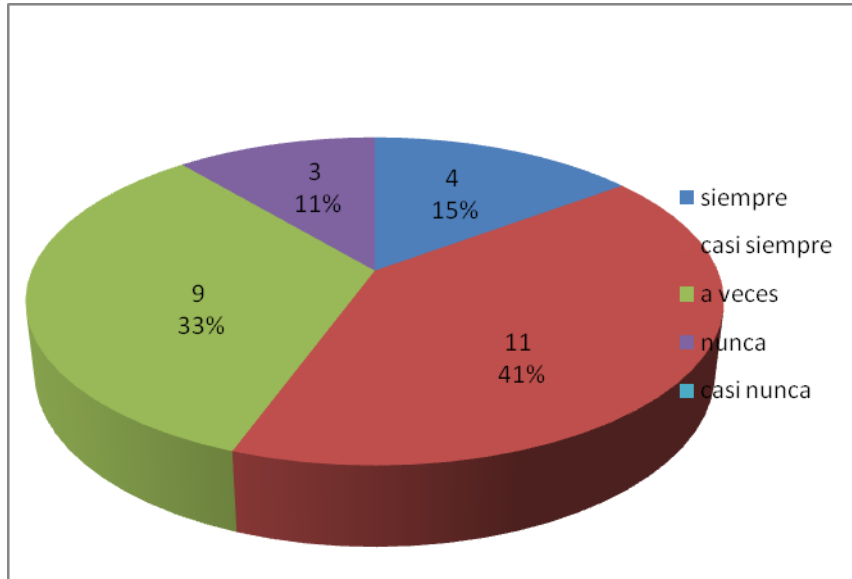
La falta de oxigenación hace que el cerebro no se oxigene adecuadamente por lo tanto se pone en riesgo la vida de la madre y la del bebé.

Item 18.- ¿Ha presentado dolor de cabeza debido a la anestesia?**FIGURA 18**

El 41 % contestó que “ casi siempre” por lo que se muestra que por lo regular han presentado dolor de cabeza. El 22 % contestó que “ a veces” ya que en ocasiones presentan dolor de cabeza. El 22 % contestó que “ nunca” por lo que las encuestadas en ninguna ocasión han presentado dolor de cabeza debido a la anestesia. El 11 % contestó que “ siempre” debido a que si presentan dolor de cabeza ocasionado por la anestesia. El 4 % contestó que “casi nunca” por lo que en poca de las veces presentan dolor de cabeza.

Es muy común que las pacientes refieran dolor de cabeza bajo la anestesia ya que es efecto secundario del bloqueo epidural.

Item 19.- ¿Sabía que el dolor de cabeza puede causarle inflamación en el cerebro?

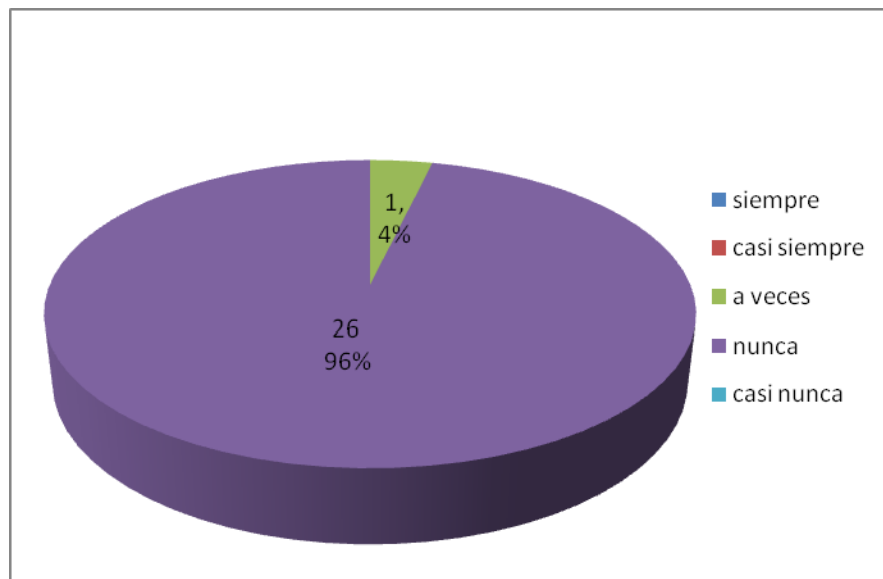


El 41 % contestó que “casi siempre” por lo que las pacientes conocen los riesgos que ocasiona el dolor de cabeza. El 33 % contestó que “ a veces “ por lo que saben poco sobre la consecuencia que le puede ocasionar el dolor de cabeza desde un dolor ligero hasta muy intenso. El 15 % contestó “ siempre” ya que estas encuestadas si saben sobre el riesgo que puede ocasionar el dolor de cabeza. El 11 % contestó que “ nunca” es decir que no saben que el dolor de cabeza puede provocar inflamación en el cerebro.

El dolor de cabeza ocasionado por el bloqueo epidural hace que el cerebro se inflame y puede provocar otra patología debido a que en ocasiones el dolor es muy intenso.

Item 20.- ¿Usted desearía que se le realizara el bloqueo epidural aún sabiendo las consecuencias que le puede ocasionar a Usted y a su bebé?

FIGURA 20



El 96 % contestó que “ nunca “ ya que la mayoría de las encuestadas decidieron en que no permitirán que se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto debido a las consecuencias que ocasiona y que pone en peligro la vida de ambos. El 4 % contestó “ a veces” aún sabiendo las consecuencias que le puede ocasionar a ella y a su bebé.

Las pacientes no estan de acuerdo que se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto ya que obtuvieron conocimientos acerca de los efectos secundarios que les puede provocar a ellas y a su bebé.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES GENERALES

La presente investigación se llevó a cabo sobre las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres embarazadas de 20 a 26 años de edad, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, ubicado en la calle Ignacio Zaragoza # 276, Morelia, Michoacán.

El bloqueo epidural durante el trabajo de parto trae como consecuencias:

Cefalea, náuseas, vómito, prolapso de cordón umbilical, lesión en columna vertebral, retención urinaria, convulsiones, epilepsia, hipotensión arterial, colapso; como se explicó en el marco teórico; así como también sobre los tipos de bloqueo que se utilizan obstétricamente.

Esta investigación se realizó con la finalidad de que las pacientes conozcan los riesgos que puede presentar al realizarles el bloqueo epidural durante el trabajo de parto por lo que afecta la salud materno – fetal, lo cual puede causar la muerte del producto y/o de la madre. Por ejemplo: el vómito puede ocasionar bronco aspiración a la madre y por lo tanto se pone en riesgo la vida de ambos.

Por lo que en esta investigación se desarrollaron, identificaron y se conocieron las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

Se evaluaron a las pacientes sobre esta investigación para obtener mejor resultados.

La pregunta de investigación se alcanzó debido a que la paciente presenta algunos de estas consecuencias ocasionado por el bloqueo epidural durante el

trabajo de parto con edad de 20 a 26 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Y con esto se obtiene la aprobación de la hipótesis debido a que el bloqueo epidural sí ocasiona efectos secundarios durante el trabajo de parto.

De acuerdo a la evaluación que se les realizó a las pacientes se obtuvo la aprobación de la investigación, siendo éstas los sujetos importantes para obtener los resultados que se necesitan y son quienes decidieron que no se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, por lo que ahora ya tienen conocimiento sobre los efectos que les ocasiona como es desde las náuseas hasta la muerte materno – fetal.

5.2. SUGERENCIAS

El bloqueo epidural causa efectos secundarios a la mujer embarazada durante el trabajo de parto, poniendo en riesgo la salud y la vida materno – fetal.

Por lo que el personal de salud tiene la obligación de informar a todas las pacientes sobre los riesgos que le puede provocar el bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

Siendo las pacientes las únicas quienes pueden decidir si permiten que se les realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto, el cual tiene como finalidad ceder el dolor ocasionado por el trabajo de parto.

Puesto que también depende de la institución donde va hacer atendido el parto y de la paciente.

5.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

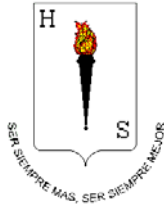
- ✓ El bloqueo epidural se realiza entre la L4 y L5.
- ✓ Tipos de anestésicos utilizados en Obstetricia.
- ✓ Síntomas del bloqueo epidural.
- ✓ Consecuencias del bloqueo epidural.

APENDICES

APENDICES

APENDICE A

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SENORA DE LA SALUD.



INCORPORADA A LA U.N.A.M

OBJETIVO:

Evaluar e identificar la opinión de los sujetos en cuanto a las consecuencias que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto en mujeres de 20 a 26 años de edad en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y con ello obtener los resultados para la aprobación de la investigación.

INSTRUCCIÓN: Le pido de la manera más atenta que subraye la opción que crea conveniente de acuerdo a cada pregunta.

1.- ¿Usted está de acuerdo que le realicen el bloqueo epidural durante el trabajo de parto?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

2.- ¿ Sabía que el bloqueo epidural hace que el trabajo de parto sea más lento?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

3.-¿Alguna vez ha permitido que se le realice el bloqueo epidural durante el trabajo de parto?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

4.-¿Considera que el bloqueo epidural es necesario realizarse a toda mujer embarazada durante el trabajo de parto?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

5.-¿ Alguna vez ha presentado presión baja después de la anestesia?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

6.-¿ Sabía que la presión baja puede afectar su cerebro?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

7c.-¿ Sabía que el la anestesia puede causarle convulsiones y estas ocasionarle epilepsia?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

8c.-¿Durante la anestesia ha presentado convulsiones?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

9c.-¿Sabía que las convulsiones le pueden ocasionar enfermedades neurológicas?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

10d.-¿ Sabía que el bloqueo epidural puede ocasionar que su bebé nazca muerto?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

11d.-¿ Alguna vez le han lesionado la columna vertebral?

- A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

12d.-¿ Desearía que le realizaran el bloqueo epidural aún sabiendo que le pueden lesionar la columna vertebral?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

13e.-¿ Ha presentado nauseas después del bloqueo epidural?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

14e.-¿ Sabía que al realizar esfuerzos ocasionados por las náuseas hace que su bebé no le llega oxígeno necesario durante el trabajo de parto?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

15f.-¿ Alguna vez ha presentado vómito después de realizarle el bloqueo epidural?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

16f.-¿ Ha pensado que el vómito le puede provocar ahogamiento y con esto hasta la muerte?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

17g.- ¿ Sabía que la falta de oxígeno puede ocasionarle daño al cerebro?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

18h.- ¿Ha presentado dolor de cabeza debido a la anestesia?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

19h.-¿Sabía que el dolor de cabeza puede causarle inflamación en el cerebro?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

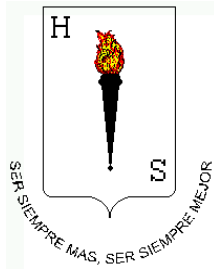
20.-¿Usted desearía que se le realizara el bloqueo epidural aún sabiendo las consecuencias que le puede ocasionar a Usted y a su bebé?

A) Siempre B) Casi Siempre C) A Veces D) Nunca E) Casi Nunca

MUCHAS GRACIAS.....

APENDICE B

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SENORA DE LA
SALUD.**



INCORPORADA A LA U.N.A.M

OBJETIVO:

Este cuestionario se realiza con fines científicos para determinar la aprobación de la investigación.

INSTRUCCIÓN: Coloque una x a cada interrogante de acuerdo a su opinión.

1.- ¿Está de acuerdo que se realice el bloqueo epidural a la paciente durante el trabajo de parto?

A) Si

B) No

2.- ¿Sabe los riesgos que ocasiona el bloqueo epidural durante el trabajo de parto?

A) Si

B) No

3.- ¿Considera que el bloqueo epidural es necesario realizarse durante el trabajo de parto?

A) Si

B) No

MUCHAS GRACIAS.....

APENDICE C

	10	9	8	7	6	
1						$40+63+72+35+12/27=8.2$
2						$120+45+48+21+6/27=8.8$
3						$20+45+40+77+24/27=7.6$
4						$36+88+63+18/27=7.5$
5						$90+63+40+28+12/27=8.6$
6						$110+72+48+7+6/27=9$
7						$70+27+72+35+18/27=8.2$
8						$36+16+98+42/27=7.1$
9						$60+45+72+35+12/27=8.2$
10						$40+27+72+70+6/27=7.9$
11						$40+18+64+63+24/27=7.7$
12						$9+8+147+24/27=6.9$
13						$80+72+40+35+6/27=8.6$
14						$120+54+24+28+12/27=8.8$
15						$80+72+48+35/27=8.7$
16						$50+108+40+21+12/27=8.5$
17						$90+63+72+7+6/27=8.8$
18						$30+99+48+42+6/27=8.3$
19						$40+99+72+21/27=8.5$
20						$8+182/27=7.0$

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍAS CITADAS

- Analgesia epidural. Philip R. Bromage. Salvat editors, S.A. Barcelona. 1984.
- Edición.S.A – Mallorca, 41 – Barcelona (España). 1981.
- Obstetricia de Williams. F. Gary Curingham Noraman. 2da Reimpresión. Editorial Panamericana.2003.
- Obstetricia y Ginecología. Mishell / Kirschbaum/ Morrow. Editorial Medica Panamericana.1987.
- Punción lumbar y analgesia espinal. J. Alfred Lee R.S Atkinson. 2da

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Alan H. DeCharney Martin L. Pernoll Diagnostico y Tratamiento Gineco - Obstetrico Manual Moderno. 7ma. Edición 1999.
- Edwuard J. Quilligan Frederick P. Zuspan Volumen 3ra ,Edición Ciencia y Técnica S.A 1989, Editorial Limusa, impreso en México.
- Enfermería Ginecologica. Miller NF, Avery M. 5a Edicion. Editorial Interamericana. México D.F . 1996.
- Fernández Collado. 4ª Edición. Editorial Ultra S.A de C.V. México D.F. 2006.
- Gineco – Obstetricia. Guías. Arestegui Mendoza. El Manual moderno. México 1992.
- Gineco- obstetricia. Miguel Zamora Garza. Carlos J. Briones Garduño. Instituto Politécnico Nacional.
- Metodología de la investigación. Roberto Hernández Sampieri. Carlos Merck Sharp Dohme Octava Edición 1992 Manual de Merck Española, impreso en España por Ingraf.
- Obstetricia de Williams. F. Gary Curingham Noraman. 2da Reimpresión. Editorial Panamericana.2003.
- Ramírez Alonso Félix. Obstetricia para la enfermera profesional. Editorial El manual moderno. México. D.F. Página 280 – 287. 2002.

- Stromme- Douglas. Biblioteca Internacional de Ginecología y Obstetricia Operatoria. Ciencia y tecnología . Grupo Noriega Editores. Editorial Limusa, S.A de C.V. México. Página 45- 50. 1989.
- Tratado de Obstetricia y Ginecología. James R. Scott, M.D, Philip B. Hammona, MD. William N. Spellacy, M.D. Octava Edición. Editorial Mexicana. Impreso en México.2001.
- Tratado de Obstetricia y Ginecología. James R Scott. Editorial Mexicana.
- Zamora Garza Miguel. Briones Garduño Carlos J.Gineobstetricia. Instituto Politécnico Nacional. Primera Edición. México. Página 20 -25. 1995.

BIBLIOGRAFÍAS DE INTERNET

http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/anestesia_reanimacion/obstetrica/otras_tecnicas_anestesia_iocorregional.htm

- <http://books.google.com/books?id=FjFO90C-zPEC&pg=PA184&lpg=PA184&dq=bloqueo+paracervical&source=web&ots=sq166Zlpax&sig=XsuJUZMPmhpF6DKMvCCbwm9WbuY>
- <http://encolombia.com/medicina/ginecologia/obstetricia52401re-hidrolaparos.htm>
- <http://es.mimi.hu/medicina/duramadre.html>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Convulsi%C3%B3n>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Distensi%C3%B3n>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1usea>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Taquicardia>
- <http://ticoenfermeria.com/powerpoint/presentaciontrauma.ppt>
- <http://www.anestesia.com.mx/regional/articles/epidural.html>
- <http://www.azamujer.com/temas-id-6129-La-Hipotension-arterial.html>
- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple2/suple11.html>
- <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1006>

<http://www.upmc.com/HealthManagement/ManagingYourHealth/HealthReference/Diseases/?chunkid=247767>