

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

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE 8722



TESIS

**DISFUNCIÓN UTERINA CAUSADA POR  
BLOQUEO EPIDURAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

**ABIGAIL CARLOS SUÁREZ**

ASESORA DE TESIS:

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

**DISFUNCIÓN UTERINA CAUSADA POR  
BLOQUEO EPIDURAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

**ABIGAIL CARLOS SUÁREZ**

ASESORA DE TESIS:

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOACÁN

## **AGRADECIMIENTO**

Nada mejor que llegar al momento de finalizar algo, para lo que pusimos mucho esfuerzo y esmero e impulsarme para ser mejor , pero que hubiese sido imposible sin su ayuda, gracias mamá y a quienes me acompañaron en este camino por colaborar a alimentarme de conocimiento y poder ser mejor.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I .....	1
Antecedentes .....	2
Planteamiento del Problema .....	3
Objetivos .....	3
Justificación .....	4
Hipótesis.....	4
Variables .....	4
CAPÍTULO II .....	5
Trabajo de Parto.....	6
Etapas del Trabajo De Parto .....	8
Bloqueo Epidural .....	9
Mecanismos Del Bloqueo Epidural.....	9
Técnica de Aplicación.....	11
Momento de Aplicación Del Bloqueo Epidural.....	13
Dosis .....	13
Efectos de la Anestesia Epidural	
En el Trabajo De Parto .....	16
Ventajas del Bloqueo Epidural .....	18
Desventajas del Bloqueo Epidural.....	19
Indicaciones Y Contraindicaciones	
Para el Bloqueo Epidural.....	19
Consecuencias de una Mala Aplicación	
del Bloqueo Epidural .....	20
Distocia.....	28
Disfunción Uterina .....	28
Etiología .....	29
CAPÍTULO III .....	31
Metodología.....	32
CAPÍTULO IV .....	35
Graficas .....	36

CAPÍTULO V .....	56
Conclusiones.....	57
Anexos .....	58
Anexo 1 .....	59
Bibliografía .....	63

## **INTRODUCCION**

La disfunción uterina causada por el bloqueo epidural como tal no fue encontrada durante la revisión de tesis.

Se abordara de la disfunción uterina como distocia con la intención de analizar si es causada por el bloqueo epidural que le realizan a la mujer embarazada cuando se encuentra en trabajo de parto siendo esto una condicionante para llevar a cabo una cesárea.

Se hablara en el marco teórico sobre el trabajo de parto considerando que es importante tener conocimiento de esto así como también sobre el bloqueo epidural encaminados juntamente a la causa de una disfunción uterina

## **ANTECEDENTES**

La disfunción uterina se caracteriza por una falta de progresión.

Al elegirse una modalidad analgésica deben considerarse aspectos como: estado clínico de la paciente, patología asociada, características del trabajo de parto, dilatación cervical, parto inducido o espontáneo, estado fetal, duración de la analgesia, latencia de la técnica y la disponibilidad tecnológica (bomba de infusión, agujas, catéteres y medicamentos). Muchos obstetras son renuentes a utilizar estas técnicas, por diversas razones entre las que pueden mencionarse: desconocimiento de ellas, ideas erróneas con respecto a sus posibles efectos sobre el trabajo de parto y el expulsivo y presiones laborales que impiden una mayor disponibilidad de tiempo para supervisar.

Un gran número de investigaciones han pretendido resolver los diversos interrogantes planteados por obstetras y anesthesiólogos con respecto a la analgesia y su asociación con una mayor frecuencia de parto instrumentado, la prolongación del trabajo de parto, los mayores requerimientos de oxitocina para reforzar el trabajo de parto, la mayor incidencia de cesárea y los posibles efectos sobre el recién nacido a pacientes con analgesia.

Algunas desventajas atribuidas a la analgesia epidural, son la prolongación del primero y segundo estadio del trabajo de parto y la frecuencia mayor del trabajo de parto han sido explicadas por las dosis altas de medicamentos que anteriormente se utilizaban y que hoy son remplazadas por concentraciones mas diluidas de anestésicos locales, así como por la administración de dosis menores de narcóticos sintéticos. Se ha visto además que las pacientes con analgesia pueden tener una prolongación de la fase del expulsivo hasta de tres horas, sin que ello represente mayor morbilidad.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Investigaremos acerca de la disfunción uterina, nuestra duda surge durante la práctica clínica en el servicio de la unidad tocoquirúrgica que al ingresar una mujer embarazada con trabajo de parto activo con aproximadamente 2-3 centímetros de dilatación se procede a realizar el bloqueo epidural, a partir de este momento el periodo de trabajo de parto se alarga así como también se hace lento el descenso fetal, en esta institución, es decir el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (H.N.S.S.) los ginecólogos al revisar a las pacientes realizarles en tacto y mediante la pelvimetría clínica, los médicos ante una situación de este tipo suelen diagnosticar una desproporción cefalopélvica o bien un sufrimiento fetal, por lo que terminan procediendo a realizar una cesárea a lo que nos preguntamos:

**¿La disfunción uterina como distocia es causada por una analgesia epidural en mujeres embarazadas en edad reproductiva de 25 a 35 años en el H.N.S.S.?**

## 2. TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto según Benson Pernoll. (2001. p. 155) es el proceso normal constituido por contracciones uterinas involuntarias eficaces que culminan en borradura cervical progresiva y dilatación con descenso y expulsión de neonato y placenta, el trabajo de parto se puede incrementar mediante esfuerzos voluntarios de expulsión para ayudar al nacimiento del producto de la concepción.

El trabajo de parto falso se caracteriza por contracciones irregulares breves sin dominio de fondo, cambios cervicales o estación más baja de la pelvis fetal.

La dilatación del cuello uterino es el diámetro de la bolsa cervical que se expresa en centímetros (0 a 10). Se llama borradura al adelgazamiento cervical que se produce antes de la primera etapa del trabajo de parto y en especial durante la misma.

No se ha establecido bien el mecanismo por el que se inicia el trabajo de parto en el ser humano. Lo pueden desencadenar uno o más cambios endocrinos o físicos importantes. Puede iniciarse en cualquier momento después del embarazo bien establecido, pero la probabilidad se incrementa conforme se acerca el término. El trabajo de parto puede ser inducido o estimulado mediante agentes oxitócicos (oxitocina o prostaglandinas).

En cerca del 10% de las mujeres grávidas las membranas fetales se rompen antes de que se inician el trabajo de parto, esto reduce la capacidad del útero engruesa la pared e incrementa la irritabilidad del mismo. Si no se inicia el trabajo de parto en 24 horas deberá considerarse caso complicado por rotura complicada de membranas.

Antes del trabajo de parto o al principio de este la mujer expulsa en ocasiones un tapón de moco, que se trata de una acumulación de moco cervical denso mezclado a menudo con sangre, el cual es prueba de dilatación y borradura cervical y, a menudo, descenso de la parte de presentación.

La iniciación del verdadero trabajo de parto se caracteriza por aumento de contracciones uterinas frecuentes, forzadas prolongadas y de ocurrencia regular.

Las contracciones uterinas pueden ir acompañadas de dorsalgia baja, cada contracción se inicia con un incremento gradual de la intensidad, y después de su punto máximo sobreviene una disipación semejante, en condiciones normales, la contracción se encontrara en su parte máxima antes que se manifieste malestar. La dilatación de la parte baja del conducto del parto producirá casi siempre dolor pélvico profundo o perineal; sin embargo, hay nulíparas ocasionales y algunas multíparas que pueden tener un trabajo de parto breve y casi sin dolor.

El trabajo de parto se caracteriza por interacción de lo que se ha llamado las cuatro P<sub>s</sub>:

- Pasajero (feto con las características de tamaño, presentación y posición)
- Pelvis (con respecto a tamaño y forma)
- Poderes (contracciones uterinas)
- Placenta (que puede producir obstrucción si está implantada en la parte baja del útero)

Cada uno de estos factores solos o en combinación, pueden producir un trabajo de parto normal o complicado.

Como resultado final del trabajo de parto, es la expulsión vaginal de feto, membranas y placenta, el método para juzgar su progreso se basa en las valoraciones relacionadas con este final.

## **2.1 Etapas del trabajo de parto**

La primera etapa del trabajo de parto es la dilatación se inicia con la actividad uterina y termina con la dilatación completa del cuello uterino (10centímetros), es la más prolongada, y promedia entre 8 y 12 horas en las primigestas y entre 6 y 8 horas en las multigestas; sin embargo, puede ser más breve o más prolongada, según la relación de las cuatro P<sub>s</sub>.

Esta a su vez se dividen en dos fases:

- Fase latente del trabajo de parto (0-4 centímetros.) que se inicia con las contracciones uterinas.
- Fase activa (4-10 centímetros.)

La segunda etapa del trabajo de parto es la expulsión que comprende desde la dilatación completa, hasta el nacimiento del bebe.

La tercer etapa del trabajo de parto es el alumbramiento, comprende desde el nacimiento del bebe hasta la expulsión de la placenta.

El dolor que se percibe durante la primera etapa del trabajo de parto aumenta en intensidad conforme el cérvix se dilata más.

En la segunda etapa del trabajo de parto aparece un dolor agudo a medida que se estiran los tejidos de la vagina y el perineo. El estiramiento estimula a la segunda, tercera y cuarta raíces nerviosas sacras, las cuales llevan información nociceptiva a la medula espinal mediante las fibras sensoriales del nervio pudendo.

Se encontró que el embarazo disminuye los requerimientos anestésicos, pues los niveles altos de progesterona incrementan la cantidad de endorfinas endógenas, las cuales elevan el umbral materno al dolor.

La intensidad del dolor del trabajo de parto varía según sea la etapa del proceso, la intensidad del dolor se relaciona con factores físicos, como la fuerza y la duración de las contracciones uterinas, rapidez de la dilatación cervical, grado de distensión de

los tejidos vaginales y perineales, necesidad de un parto quirúrgico y tamaño, presentación y posición del feto.

El aumento del trabajo de parto con oxitocina incrementa la fuerza de las contracciones uterinas y el dolor.

Es probable que una paciente primípara perciba un dolor más intenso que una multípara que inicia el trabajo de parto con una mayor dilatación del cérvix. El agotamiento, los factores psicológicos las náuseas y vómito prolongado también la percepción materna del dolor durante el trabajo de parto.

Para el alivio del dolor durante el trabajo de parto pueden usarse analgésicos sistémicos o analgesia por bloqueo regional, en esta investigación nos enfocaremos al bloqueo epidural.

### **3. BLOQUEO EPIDURAL**

De acuerdo a Danforth Scout (2003. p.117) 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, es la medicación que la mayoría de las mujeres tienen en mente cuando piensan en el alivio del dolor durante el parto, realizar intervenciones quirúrgicas, sobre todo en abdomen y miembros inferiores, así como también para el tratamiento del dolor postoperatorio y crónico, con el efecto de la anestesia epidural, la mujer está cómoda y completamente consciente.

Dentro de la práctica de esta técnica existen una serie de ideas que son aceptadas y aplicadas cuando se administra un bloqueo epidural, fundamentalmente la experiencia que en la práctica de medicina debe estar gobernada por un balance entre el concepto que proviene del método científico y de la experiencia.

#### **3.1 Mecanismo del bloqueo epidural**

Los anestésicos locales, después de ser inyectados en el espacio epidural actúan a diferentes niveles.

- Nervios espinales dorsales y vertebrales.
- Se difunden a través de las diferentes meninges y las vellosidades aracnoideas al líquido cefalorraquídeo
- Penetran a la medula espinal en mayor o menor grado de acuerdo a sus características fisicoquímicas, sin embargo la concentración de los anestésicos locales en el cordón espinal es siempre menor a la que se encuentra en los nervios espinales.
- En menor grado se difunden a los ganglios dorsales y al espacio paravertebral.

Los opioides aplicados en el espacio actúan en otro sitio, fundamentalmente lo hacen en el cuerno dorsal de la medula espinal, produciendo analgesia sin bloqueo simpático y motor.

La diferencia en el sitio y mecanismo de acción de los anestésicos locales y opioides producen diferentes respuestas en su eficacia para el control del dolor.

Los anestésicos locales producen bloqueo de la conducción nerviosa impidiendo el paso del sodio por sus canales, por lo que hay un intercambio de este ion del exterior al interior de la membrana, como sucede en la conducción nerviosa normal.

Los anestésicos locales son eficaces para el control del dolor agudo y crónico, los opioides son adecuados para el tratamiento del dolor postoperatorio y crónico pero no ofrecen una buena respuesta en el control del dolor agudo. Las mezclas de anestésicos locales y opioides ofrecen magníficos resultados en el control del dolor agudo, postoperatorio y crónico, además cuando se administran estos dos fármacos mezclados se disminuye la dosis que se utiliza de cada uno de ellos, cuando estos se aplican en forma individual, se obtiene una mejor calidad de la analgesia con menor incidencia del sistema simpático y motor.

### **3.2 Técnica de aplicación**

La anestesia epidural implica el uso de drogas que administra un anesthesiólogo a través de un catéter muy delgado que se introduce en la parte lumbar de la columna de la mujer y, luego, en el área que recubre la médula espinal (llamada *espacio epidural*). Tendrá que sentarse o acostarse de costado con la espalda arqueada mientras el médico coloca la epidural.

La cantidad de medicación se regula según sus necesidades. A medida que el parto progresa y comienza a dar a luz, el anestesista puede administrar la medicación en función de lo que sea necesario a través del catéter que tiene colocado en la espalda, sin tener que volver a inyectarla.

Consiste en la inserción de la guja de Tuohy calibre 17 o 18 a través del ligamento amarillo en el espacio intervertebral L4-5, L3-4 o L2-3. Aunque casi siempre es efectiva la técnica de la gota colgante para identificar el espacio epidural, aunque la mayoría de los médicos prefiere la técnica de falta de resistencia como la que conlleva menor riesgo de penetración a la duramadre.

El empleo del aire para identificar el espacio epidural tiene mayor incidencia de bloqueos segmentarios fallidos, aunque la repetición de la inyección corrige habitualmente este problema. Se pasa un catéter fino a través de la aguja epidural en dirección cefálica hasta una distancia de 2 a 3 centímetros dentro del espacio epidural. Este catéter se asegura en su sitio con cinta adhesiva y sirve como una vía para la inyección intermitente o continua de anestésicos locales u opioides

#### *3.2.1 Técnica de la gota suspendida o de Gutiérrez*

En la mayoría 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, esta depende, de la edad, de sus hábitos de vida, tipo de trabajo, grado de colaboración al momento del bloqueo, etc.

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

### *3.2.2 Técnica de la pérdida de resistencia*

Se percibe y se observa una pérdida de la resistencia que se produce en el deslizamiento del embolo de la jeringa que se mantiene adherida al pabellón de la aguja epidural cuando esta atraviesa el ligamento amarillo y se introduce en el espacio, en este embolo el anestesiólogo está haciendo presión constante con el pulgar de una de sus manos para poder percibir esta pérdida de la resistencia.

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 anestesiólogo 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, esta se localiza en el espacio de la grasa intervertebral.



También es posible obtener resultados falsos, esto sucede cuando no se observa o percibe en el embolo de la jeringa la perdida la perdida 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: que el talco de los guantes del anestesiólogo al estar en contacto con el embolo de la jeringa produzca resistencia en el mismo e impida que este se desplace, o bien a la presencia e un material extraño que obstruya la punta de la aguja epidural, esto puede ser un coágulo de sangre, fragmentos de piel, partículas de grasa o periostio.

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 es 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 perdida de la resistencia. El anestesiólogo avanza la aguja a una distancia promedio de un centímetro, se detiene y realiza la prueba de la perdida 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 perdida de la resistencia en la jeringa.

### **3.3 Momento de aplicación del Bloque Epidural**

El momento ideal para el inicio de la anestesia, es muy importante mencionar que no existe una condición de urgencia para iniciar el procedimiento anestésico o en esta pacientes, se debe de someter a la embarazada a un periodo de estabilización cuya duración puede oscilar entre tres a seis horas de acuerdo a la gravedad del caso y a los resultados que se obtengan con el tratamiento que se administre a la enferma, durante este tiempo dedicado a su estabilización. En las instituciones existen o deben existir protocolos que normen la duración del mismo y las medidas terapéuticas que deben proporcionarse.

Aplicar a la embarazada un procedimiento anestésico o quirúrgico sin que esta haya sido sometida previamente a este periodo de estabilización, en el que se administraron medidas terapéuticas que tratan de mejorar sus condiciones para obtener un mejor pronóstico en la mamá y el producto. La buena comunicación entre obstetras y anesthesiólogos evitará llevar a las embarazadas a inducciones tempranas del trabajo de parto, o cesáreas que aparentemente son de urgencia, al mismo tiempo no se deberá de permitir el aumentar en forma innecesaria la duración de este periodo de estabilización para justificar con esto el diferir por razones administrativas o de exceso de trabajo la resolución definitiva del problema obstétrico o anestésico.

### **3.4 Dosis**

Para poder seleccionar la dosis correcta de los anestésicos locales en el bloqueo epidural es necesario tomar en cuenta:

- Volumen de la dosis

Es lo que condiciona la altura del bloqueo, habitualmente este se calcula a 1.6 ml. Por dermatoma necesario de bloquear, se debe ajustar esta cantidad de acuerdo a las condiciones del a paciente, en la embarazada se disminuye un 30%, nunca deberá calcularse el volumen de anestésico local a inyectar por kilo de peso en los pacientes adultos, únicamente en pacientes pediátricos.

No es justificación aumentar el volumen de anestésico local por arriba de las dosis recomendadas con el propósito de alcanzar un nivel más alto del bloqueo, mejorar la calidad del mismo o para compensar una mayor estatura del paciente. El incremento innecesario de la dosis únicamente aumenta la posibilidad de que se produzca una toxicidad sistémica ocasionada por un nivel alto de la forma libre del anestésico local en el plasma del paciente.

- Concentración del anestésico local

De esta depende la calidad de la analgesia y la mayor o menor incidencia de bloque motor parcial o total. La disfunción de los anestésicos locales en los nervios espinales en la relación directa a las características de diámetro, función, velocidad de conducción y grado de mielinización de la fibra nerviosa.

El factor más importante para calcular la dosis correcta de anestésico local en analgesia epidural es que se ha denominado la masa de la droga, esta es la cantidad total en miligramos del anestésico local que se inyecta en el espacio epidural. La masa de la droga se obtiene multiplicando el volumen por la concentración del fármaco aplicado, y de esta depende en forma directa el tiempo de latencia, duración, tipo de bloqueo sensitivo o motor que se obtiene

.

- La adición de epinefrina

Al anestésico mejora la calidad de la analgesia prolonga su duración y disminuye la absorción vascular del anestésico, sin embargo debemos de recordar que este efecto se obtiene en analgesia epidural, únicamente se mezcla la epinefrina a anestésicos locales de duración intermedia, cuando esto se hace en los de larga duración únicamente aumenta la intensidad y duración del bloqueo motor.

- Bicarbonato de sodio

Incrementa el pH del anestésico local, lo que aumenta el número de formas no ionizadas (no polares) de este fármaco, este fenómeno ocasiona únicamente que el tiempo de latencia sea más corto, si modificar la calidad y duración del bloqueo.

Las dosis de bicarbonato que se administren deberán de ser las adecuadas para evitar precipitación del anestésico local o neurotoxicidad.

### **3.5 Efectos de la anestesia epidural en el trabajo de parto**

La analgesia epidural con anestésicos locales tiene efectos variables sobre el progreso del trabajo de parto. La primera etapa no se modifica, pero es probable que la segunda se prolongue, de acuerdo con la técnica utilizada. Si el bloqueo se inicia antes de la fase activa del trabajo de parto (después de 5 o 6 centímetros de dilatación cervical) y en ausencia de estimulación con oxitocina, algunas veces disminuyen la contractilidad uterina y el progreso del trabajo de parto.

Cuando se administra en la fase activa del trabajo de parto, la analgesia epidural solo provoca una reducción transitoria de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

Este efecto se intensifica con las soluciones que contienen adrenalina.

Se cree que la analgesia epidural prolonga la segunda etapa del trabajo de parto porque disminuye el pujo voluntario inducido por reflejo.

Un estudio realizado comparo a mujeres nulíparas con embarazo de termino que recibieron analgesia epidural en el trabajo de parto con un grupo control representado por las pacientes que recibieron narcóticos o ningún tipo de analgesia, la frecuencia de cesárea por distocia fue mayor en el grupo de epidural que en el de control, concluyendo que la analgesia epidural en el trabajo de parto puede incrementar la incidencia de cesárea por distocia en mujeres nulíparas.

En otro estudio se realizo un examen retrospectivo de 1733 pacientes nulíparas con embarazo de término y bajo riesgo en quienes el trabajo de parto empezó de manera espontánea.

El índice de parto por cesárea entre las mujeres que recibieron la analgesia epidural fue de 17%, en comparación con el 4% de las pacientes que no recibieron analgesia epidural. El riesgo de cesárea fue más alto cuando la analgesia epidural se aplico en la parte temprana del trabajo de parto

La analgesia epidural proporciona un mayor alivio del dolor, pero que su empleo que relaciona con la prolongación del trabajo de parto y un aumento de dos a cuatro veces el riesgo de cesárea, se determinó que el índice de parto por cesárea en pacientes que recibieron analgesia epidural era 10% mayor en comparación con la mujeres que cursaron el trabajo de parto sin este tipo de analgesia.

Es necesaria más investigación para definir los efectos adversos en forma más precisa, además de evaluar los efectos de diferentes técnicas de anestesia regional..

La mayor preocupación que existe en la actualidad es: si esta incrementa el índice de cesáreas, aplicación de fórceps o prolonga la duración del trabajo de parto.

Ya que la cesárea y parto vaginal instrumentado se ven asociados con un mayor riesgo de complicaciones maternas y en el recién nacido, en comparación a las que se observan en el parto vaginal.

Se han diseñado con el objetivo de dilucidar si existe o no un efecto adverso de la analgesia epidural obstétrica sobre la incidencia de cesárea y aplicación de fórceps varios tipos de estudios:

- Observacionales (retrospectivos).
- Aleatorios prospectivos.
- Catastróficos.

Cuando se compara la incidencia de cesárea en pacientes con analgesia epidural vs. endovenosa, el tipo de embarazadas y manejo obstétrico entre y en los grupos de estudio no es uniforme.

No se toma en cuenta que las que tienen mayores posibilidades de complicaciones.

Podemos señalar en forma no concluyente debido a las limitaciones en los estudios realizados al respecto, que la analgesia obstétrica epidural:

- Prolonga en promedio una hora la duración del trabajo de parto e incrementa la aplicación de fórceps.

- Que la incidencia de cesárea depende fundamentalmente del manejo obstétrico y no de la analgesia epidural.

Por mucho tiempo se consideró que el efecto adverso de la analgesia epidural sobre el trabajo de parto era mayor cuando esta se aplicaba tempranamente, es decir antes de que la embarazada tuviera cierto grado de dilatación del cérvix o el feto tuviera un descenso adecuado en el canal del parto.

Se ha encontrado que hay una mayor incidencia de cesáreas cuando se inicia la analgesia epidural en la fase temprana del trabajo de parto.

Estos estudios han documentado que no debe esperarse a cierta dilatación del cérvix para iniciar la analgesia epidural.

Se encontró que la técnica de la deambulación de la paciente disminuye la incidencia de cesáreas; sin embargo no ha sido demostrado en forma concluyente un estudio al reportó que este método produce una dilatación del cérvix en menor tiempo en comparación al que se observa con la analgesia epidural convencional.

### **3.6 Ventajas del bloqueo epidural**

La analgesia epidural ofrece ventajas importantes que la ubican en la actualidad como el mejor recurso disponible para el control del dolor durante el trabajo de parto.

Dentro de las características de una técnica de analgesia ideal en obstetricia se han encontrado las siguientes:

- Ser segura
- Producir analgesia efectiva durante todo el trabajo de parto
- No tener efectos depresores en la madre
- No producir alteraciones en el progreso del trabajo de parto
- No tener efectos depresores sobre el producto

- Proporcionar condiciones adecuadas para el manejo obstétrico e incluso quirúrgico

### **3.7 Desventajas del bloqueo epidural**

Dentro de las desventajas del bloque epidural podemos encontrar las siguientes:

- Dificultad para pujar
- Hipotensión arterial
- Dolor de cabeza
- Dificultad temporal para orinar, lo que requiere la colocación de una sonda urinaria
- Hemorragia

Si bien las investigaciones sugieren que la epidural aumenta el riesgo de tener un parto por cesárea, o un parto vaginal con fórceps o ventosas.

### **3.8 Indicaciones y contraindicaciones para la anestesia epidural**

Las indicaciones para la analgesia epidural incluyen dolor durante el trabajo de parto, tratamiento de la paciente con pre-eclampsia sin anormalidades de la coagulación, tratamiento del trabajo de parto en pacientes con ciertas lesiones cardíacas y tratamiento del parto pélvico.

Existen contraindicaciones absolutas y relativas para la inducción de analgesia epidural.

Las contraindicaciones absolutas incluyen: rechazo de la paciente, infección en el sitio donde se anticipaba realizar la punción y ausencia de equipo de reanimación.

Las contraindicaciones relativas incluyen fiebre, enfermedad persistente del sistema nervioso central, anemia grave, hipovolemia, hipertensión grave, hipotensión,

obesidad extrema, falta de experiencia del anesthesiologo, trabajo de parto precipitado y defectos en la coagulaci3n sanguinea.

La efectividad de la analgesia producida por el bloqueo epidural es bien conocida y ha quedado reflejada en numerosos artículos. Podemos decir que la analgesia epidural es claramente la que ofrece el mejor alivio del dolor del parto.

Sin embargo, existen evidencias que sugieren una mayor duraci3n de la segunda fase del parto, un aumento de las necesidades de oxitocina y una mayor incidencia de mal posici3n fetal con el consiguiente incremento de los partos vaginales instrumentados, aunque no de la incidencia de cesáreas. Además, debido a los efectos de la técnica sobre la dinámica del parto, una madre a la que se realice una epidural puede llegar a pensar que no ha tenido un parto "normal".

### **3.9 Consecuencias de una mala técnica de aplicaci3n del bloqueo epidural**

El uso de la anestesia epidural durante el parto es cada vez más popular, desde muchos medios se sugiere que es completamente segura. Sus riesgos, sin embargo en la mayor parte de los casos, la anestesia epidural elimina efectivamente el dolor durante el parto. Los anestesistas obstétricos continúan afirmando que la epidural presenta efectos secundario, pero que con una práctica clínica adecuada, estos problemas son raros.

Podemos decir que dichas complicaciones no son tan excepcionales y que las mujeres no reciben en la actualidad la adecuada informaci3n sobre estas complicaciones y su frecuencia, ni se les ofrecen alternativas serias a la epidural.

Algunos anesthesiologos argumentan que ciertas prácticas anestésicas y el control obstétrico pueden eliminar los riesgos de la anestesia epidural durante el parto. A este respecto, debemos recordar que cualquier procedimiento técnico es estudiado en centros académicos importantes donde profesores altamente especializados supervisan a los residentes y los resultados son controlados estrictamente.



La práctica real, sin embargo, tiene lugar en instituciones más pequeñas y con personal menos cualificado, en las que las tasas de complicaciones de cualquier procedimiento médico (obstétrico, cardíaco, pulmonar) son siempre mayores que lo que aparece reflejado en los estudios.

Se estima que las complicaciones derivadas de la aplicación de la anestesia epidural ascienden a un 23%.

- Efectos de la epidural en la tasa de cesáreas.

Cuando la dosis de anestesia es excesiva o cuando penetra en la región del sacro, el perineo y la vagina son anestesiados. La anestesia es intencionalmente inyectada en dicha área durante la última fase del parto cuando quiere eliminarse cualquier sensación, pero si se hace accidentalmente en una fase temprana del parto, los músculos del suelo pélvico se relajan prematuramente y esto interfiere con la normal flexión y rotación de la cabeza del bebé a medida que pasa por el canal del parto.

Esto puede dar lugar a presentaciones anormales que resulten peligrosas para el bebé, o a lo que se llama “fallo para descender”, lo que puede ser indicación de cesárea. Frecuentemente la epidural es tan efectiva que elimina también las contracciones uterinas. Los nervios encargados de las contracciones del útero son también anestesiados. El útero se para y tiene que “activarse” artificialmente con oxitocina sintética. A medida que el cérvix se dilata y que la cabeza del bebé desciende, la mujer (en un parto sin intervenciones) siente dolor y presión en la región baja del pelvis y en el recto. Si, a consecuencia de la anestesia, se produce el bloqueo de las raíces del nervio sacro, la mujer pierde la sensación de tener necesidad de pujar.

- Hipotensión.

Una bajada brusca de la presión arterial es una complicación de la anestesia epidural, generalmente de la manera en que ésta se aplica. La hipotensión es una complicación que se presenta en un tercio de las pacientes y que es grave en un 12% de los casos. La hipotensión materna es un riesgo grave para el bebé. La epidural puede bloquear los nervios que regulan la presión arterial y la menor cantidad de sangre bombeada por unidad de tiempo puede afectar a la placenta y, por extensión, al bebé, puesto que éste es completamente dependiente del bombeo de sangre desde el corazón de su madre hasta la placenta para satisfacer sus necesidades. Todo el oxígeno que recibe el bebé, lo recibe a través de la placenta, así como el alimento para su cerebro y otros órganos. El cerebro no puede vivir sin un relativamente constante aporte de oxígeno y glucosa. El útero también necesita un adecuado aporte de oxígeno entre contracciones.

Durante la contracción, el aporte sanguíneo al útero disminuye por la presión de los músculos que se contraen. Cuando la contracción cesa, el útero necesita recibir urgentemente sangre que contenga oxígeno para el bebé. Si la cantidad de sangre que recibe el útero disminuye, el bebé puede tener problemas para satisfacer sus necesidades de oxígeno. Esto se denomina “estrés fetal”. La sangre del bebé comienza a retener un exceso de ácido y los tejidos y órganos vitales comienza a fallar debido al exceso de ácido y a la falta de oxígeno y nutrientes. Los estudios con animales han mostrado que una falta de oxígeno en el feto (hipoxia fetal) puede causar un daño significativo en su cerebro, aunque no se detecten cambios en el pH de la sangre del cordón umbilical. Una caída grave de tensión puede producirse también por la compresión de otros vasos sanguíneos de la madre (como la aorta y la vena cava) debido a que la madre debe permanecer tumbada sobre su espalda tras la aplicación de la anestesia epidural.

- Estrés fetal.

A consecuencia del uso de la epidural pueden producirse deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal. Eberle y Norris (2002. p.536) sugieren que la epidural puede alterar transitoriamente el equilibrio entre los factores que controlan las contracciones uterinas. Un incremento temporal de los efectos uterotónicos de la oxitocina endógena o exógena puede ocasionar contracciones tetánicas con el consecuente descenso del aporte de oxígeno al feto que puede resultar en bradicardia. Muchos bebés de madres que reciben anestesia epidural desarrollan episodios de bradicardia. Aunque esto, habitualmente, no afecta a un bebé sano, puede comprometer seriamente la salud de un bebé que presente cualquier tipo de problema (desconocido para los médicos). Estos cambios en la frecuencia cardíaca del bebé pueden también aparecer como resultado del efecto tóxico sobre el bebé del anestésico local aplicado para poner la epidural. Creemos que futuras investigaciones podrían identificar las características de un grupo de bebés que podrían tolerar un nacimiento normal no medicado, pero que serían incapaces de soportar el estrés añadido que supone la epidural.

- Inserción de la cánula.

La inyección accidental de la solución anestésica en el torrente sanguíneo de la madre puede provocar convulsiones o pérdida de conciencia y ataques. Los efectos secundarios de la toxicidad del anestésico local aparecen en unas 12 de cada 1000 mujeres con epidural.

- Trauma de los vasos sanguíneos.

El sangrado de la columna espinal como consecuencia de una mala colocación del catéter en una arteria o vena se produce en un 0.67% de los casos (67 de cada 1000 mujeres). La salida del catéter se produce entre un 1 y un 6% de los casos.

Como consecuencia de la anestesia epidural pueden producirse hemorragias que se asocian a dolores de cabeza y espalda persistentes. En algunos casos, la incapacidad para solucionar dichos problemas puede producir una parálisis permanente, por lo que deben solucionarse quirúrgicamente en las 8 horas siguientes a la hemorragia para que el pronóstico sea bueno. La aplicación de anestesia epidural puede producir también un hematoma subdural crónico.

- Perforación de la duramadre.

Debido a la longitud de las agujas empleadas para aplicar la anestesia epidural puede perforarse la duramadre, dando lugar a graves dolores de cabeza. Las perforaciones accidentales de la duramadre tienen lugar en un 1.8% de los casos. La perforación accidental de la duramadre se produce en 61 de cada 1000 epidurales en un hospital universitario.

- Infecciones.

Puede producirse una infección en el lugar de la punción. Como resultado de la contaminación durante la colocación de la epidural puede producirse meningitis bacteriana. También puede formarse abscesos en el lugar en el que se coloca el catéter epidural.

- Dolor de espalda.

El dolor de espalda es una complicación bastante frecuente y tiene lugar en un 18.9% de los casos. Puede producirse a cierta distancia del lugar en donde se realizó la punción y puede durar mucho tiempo. Un 19% de las mujeres tienen dolor de espalda de larga duración tras la epidu9. Ruptura de catéteres.

Ocasionalmente el catéter puede romperse y quedar una pequeña parte en el lugar de la punción, aunque habitualmente esto no tiene efectos nocivos.

- Contracciones uterinas anormales.

Las contracciones uterinas pueden perder fuerza y espaciarse en el tiempo. Si esto ocurre, será necesaria una perfusión de oxitocina sintética para mejorar la dinámica uterina. Las madres que reciben la anestesia epidural suelen tener partos más largos y con un mayor índice de uso de oxitocina sintética que las madres con partos no medicados. La administración de oxitocina tiene también sus riesgos, entre los que se encuentran:

- Aumento de la presión sanguínea.
- Alteración de la frecuencia cardíaca.
- Náuseas y vómitos.
- Contracciones uterinas sostenidas que pueden ser demasiado largas y comprometer el bienestar fetal. Si esto es muy severo, puede haber una rotura uterina. La epidural puede enmascarar la fuerza de las contracciones uterinas.
- Hemorragia cerebral.
- Retención de líquidos que, en casos extremos, puede producir convulsiones e incluso coma.
- Aumento de la incidencia de hemorragia postparto.
- Ictericia en el bebé.
- Efectos en la segunda fase del parto.

Dosis excesivas de epidural hacen que la mujer pierda el deseo y la capacidad de pujar. Esto supone un incremento en los partos instrumentales (uso de fórceps, ventosas y cesáreo).

- Inadecuado alivio del dolor.

La epidural resulta insuficiente para aliviar el dolor en un 7.1% de los casos, en un 4.0% de los casos es necesaria la suplementación con medicación intravenosa y en un 3.1% el uso de anestesia general.

- Anestesia espinal accidental.

Cuando la epidural se convierte, accidentalmente, en anestesia espinal, pueden presentarse una serie de complicaciones:

- Dolor de cabeza.
- Disfunción de la vejiga.
- Ocasionalmente, parestesia de los miembros inferiores y del abdomen y pérdida o disminución temporales de la sensación en dichas áreas.
- Parálisis unilateral del músculo que eleva el pie.
- Daño nervioso permanente (aracnoiditis adhesiva crónica y mielitis transversa).
- Dificultad para respirar.
- Aumento de los partos instrumentales.
- Ataques cardíacos e isquemia del cordón espinal.

Pacientes asmáticas.

Las pacientes con asma pueden empeorar a causa de la anestesia epidural, aumentando la dificultad respiratoria.

- Fiebre materna.

La mujer puede tener fiebre u otra condición más grave llamada hipertermia maligna.

- Paradas respiratorias.
- Problemas neurológicos.

Síndrome de Horner, temblores y convulsiones, parestesias, neuropatía persistente, mareos y desvanecimientos.

- Náuseas y vómitos.
- Alergias, puede producirse un shock anafiláctico, eritema, edema pulmonar, etc.

## **4. DISTOCIA**

De acuerdo a William (2005. p.369) la distocia o trabajo de parto difícil puede deberse a distintos factores etiológicos y se encuentra sobre todo en aquellos en los que las fuerzas expulsivas son subnormales y carecen de intensidad suficiente para superar la resistencia natural al nacimiento del niño que ofrecen el canal óseo y las partes blandas maternas, aquellos en los que pese las fuerzas expulsivas pueden tener una intensidad normal, las anomalías de la estructura o el carácter del canal del parto representan un obstáculo mecánico insalvable aquellos en los que el feto, causa de una presentación defectuosa o de un desarrollo excesivo.

### **4.1 Disfunción uterina**

La propulsión y expulsión del feto se produce por contracciones del útero, reforzadas durante el segundo periodo por acción muscular voluntaria o involuntaria de la pared abdominal, esto es “los pujos”. Cualquiera de estos factores puede carecer de intensidad y dar como resultado la prolongación o la interrupción del trabajo de parto.

La disfunción uterina, causada por contracciones infrecuentes de baja intensidad, es común en casos de desproporción significativa porque es poco habitual que el útero se autodestruya al enfrentarse con una obstrucción mecánica.

La disfunción uterina en cualquier fase de dilatación cervical se caracteriza por la falta de progresión, pues una de las principales características del trabajo de parto normal es su progresión. El diagnóstico de disfunción uterina en fase de latencia es difícil y a veces solo puede establecerse retrospectivamente. Uno de los errores más comunes consiste en administrar un tratamiento para la disfunción uterina a mujeres que todavía no se encuentran en el periodo activo del trabajo de parto.

En el tratamiento de la disfunción uterina se han producido tres avances significativos:



- La comprensión de que una prolongación indebida del trabajo de parto puede contribuir a la morbilidad perinatal.
- El empleo de una infusión intravenosa de oxitocina diluida en el tratamiento de determinados tipos de disfunción uterina.
- El uso más frecuente del parto por cesárea en lugar del dificultoso nacimiento por fórceps cuando la oxitocina no logra su propósito o cuando su uso no es adecuado.

De acuerdo a lo que dice Reynolds C. (2002. p. 564) las contracciones uterinas del trabajo de parto normal se caracterizan por un gradiente de actividad miométrica que es máxima y duradera en el fondo y disminuye hacia el cérvix. Caldeyro Barcia (2001. p. 306) insertaban pequeños balones en el miométrio a diversos niveles. Con los balones conectados a transductores de esfuerzo deformación estos autores informaron que además de un gradiente de actividad existían diferencias en el tiempo de iniciación de las contracciones en el fondo, en la zona media y en los segmentos inferiores del útero.

Se definen dos tipos de disfunción uterina.

#### **4.1.1 Disfunción uterina hipertónica**

Es un mal funcionamiento del útero que se encuentra hipercontraído con las fibras musculares hipertónicas, la contracción del útero puede ser tan intensa que ocasione el grado máximo de contractura muscular que es tetania uterina, aunque este muy contraído el útero no es eficaz para el parto, no modifica el cérvix y el trabajo de parto se prolonga.

##### *4.1.1.1 etiología*

- Primigestas aprensivas con alto grado de tensión emocional.

#### **4.1.2 Disfunción uterina hipotónica**

Es también un mal funcionamiento uterino manifestado por un útero flácido, tampoco modifica al cérvix y no ayuda para el parto.

##### *4.1.2.1 etiología*

Primigestas añosas y cuando hay sobre distensión uterina como en embarazos múltiples y niños macrosómicos, sedentarismo administración de medicamentos tocolíticos, exceso de anestesia en el bloqueo epidural.

Es importante enfatizar que el bloqueo epidural puede endentecer el trabajo de parto, ha sido asociada con un alargamiento de los periodos primero y segundo del trabajo de parto y también con el enlentecimiento de la velocidad del descenso fetal.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Conocer cómo influye el bloqueo epidural en el trabajo de parto para que se presente una disfunción uterina.

### **Objetivos específicos**

- Conocer si existe una relación entre el bloqueo epidural y la disfunción uterina.
- Comprender que factores del bloqueo epidural son condicionantes para provocar un parto distócico.

## **JUSTIFICACIÓN**

Se investigará con el propósito de conocer porque se presenta una disfunción uterina cuando se aplica un bloqueo epidural, respecto a este tema no se encontró ninguna tesis.

La investigación será para probar si la hipótesis que se creó en este trabajo puede ser probada, así como para proporcionar información al personal de la salud que labora en el H.N.S.S, principalmente al personal de la salud dentro de los servicios de gineco-obstetricia y la unidad tocoquirúrgica, esperando sea de gran utilidad y beneficio.

## **HIPOTESIS**

- Una disfunción uterina como distocia causada por una analgesia epidural en mujeres embarazadas en edad reproductiva del H.N.S.S. es condicionante para un parto distócico

## **VARIABLES**

Variable Independiente

- Analgesia Epidural

Variable Dependiente

- Disfunción Uterina

Relación

- Causa

## **METODOLOGÍA**

Por lo tanto esta investigación se sitúa en el paradigma cualitativo, bajo un estudio descriptivo y analítico, con razonamiento deductivo y llevando a cabo un experimento de tipo natural

## **SUJETOS A ESTUDIAR**

Mujeres embarazadas en edad reproductiva que lleguen al H.N.S.S que se les aplique bloqueo epidural durante el trabajo de parto.

## **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE LA DE MUESTRA**

La muestra de población fueron ciento noventa y tres personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de veinte encuestas piloto, se obtuvieron los siguientes datos:

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

## **FÓRMULA**

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

## SIGNIFICADO DE VALORES

$n$  = Tamaño de muestra

$Z^2$  = Consecuencias del tamaño de muestra

$e$  = Margen de error aceptado

$p$  = Probabilidad de éxito

$q$  = Probabilidad de fracaso

$N$  = Tamaño de la población

## SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$P = 17/20 = 0.85$$

$$q = 3/20 = 0.15$$

$$N = 36$$

## DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96)^2(0.85)(0.15)(36)}{(0.05)^2(36) + (1.96)^2(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.85)(0.15)(36)}{(0.0025)(36) + (3.8416)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{|17.632944|}{|0.579804|} = 30.4119$$

$$n = 30$$

### **SUJETOS A ESTUDIAR**

- El universo serán todas las mujeres embarazadas en edad reproductiva de 25 a 35 años dentro del H.N.S.S. que llegan al servicio de gineco obstetricia llevando a cabo un proceso aleatorio.

### **CONFIABILIDAD Y VALIDEZ**

Técnica de muestreo probabilística aleatorio simple.

El instrumento usado se valido mediante pilotaje previo y con una confiabilidad del 95%. Basado en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

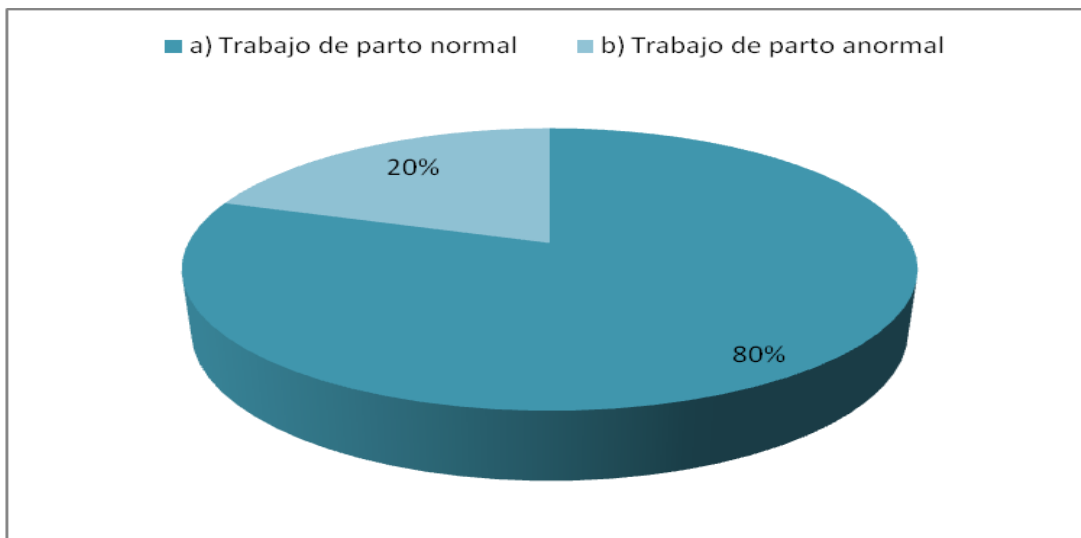
### **TECNICAS E INSTRUMENTOS**

- Cuestionario

1.- ¿Usted al escuchar el termino distocia a qué cree que se refiera?

a) Trabajo de parto normal	24
b) Trabajo de parto anormal	6

GRÁFICA 1



**Interpretación:**

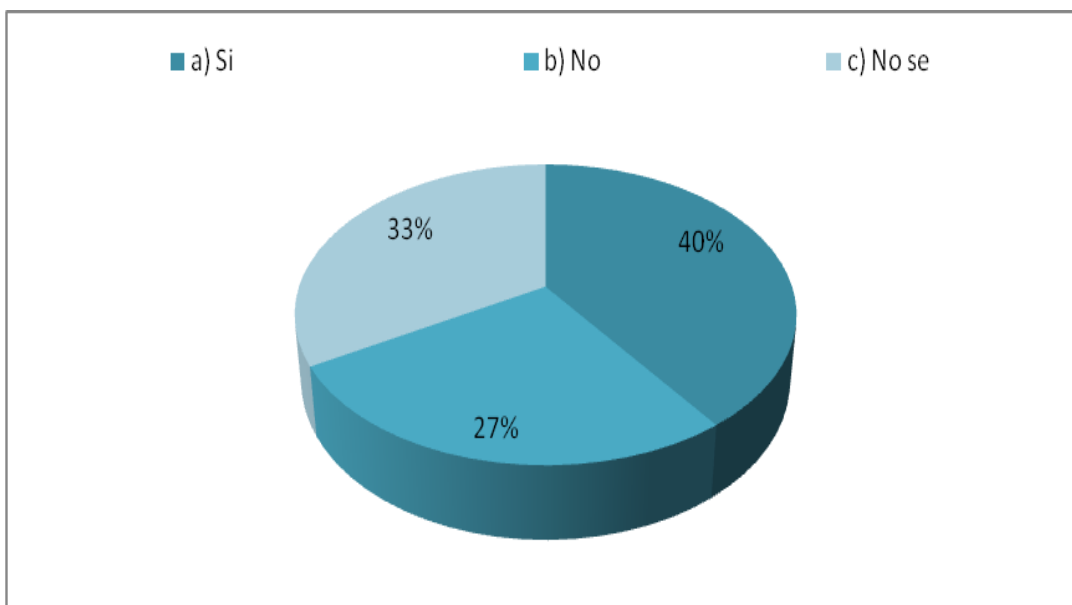
De acuerdo con esta pregunta nos pudimos dar cuenta que la mayor parte de los encuestados tienen conocimiento de que un trabajo de parto anormal es un parto distócico.



2.- ¿Considera usted que la disfunción uterina como distocia puede ser causada por el bloqueo epidural?

a) Si	12
b) No	8
c) No se	10

GRÀFICA 2



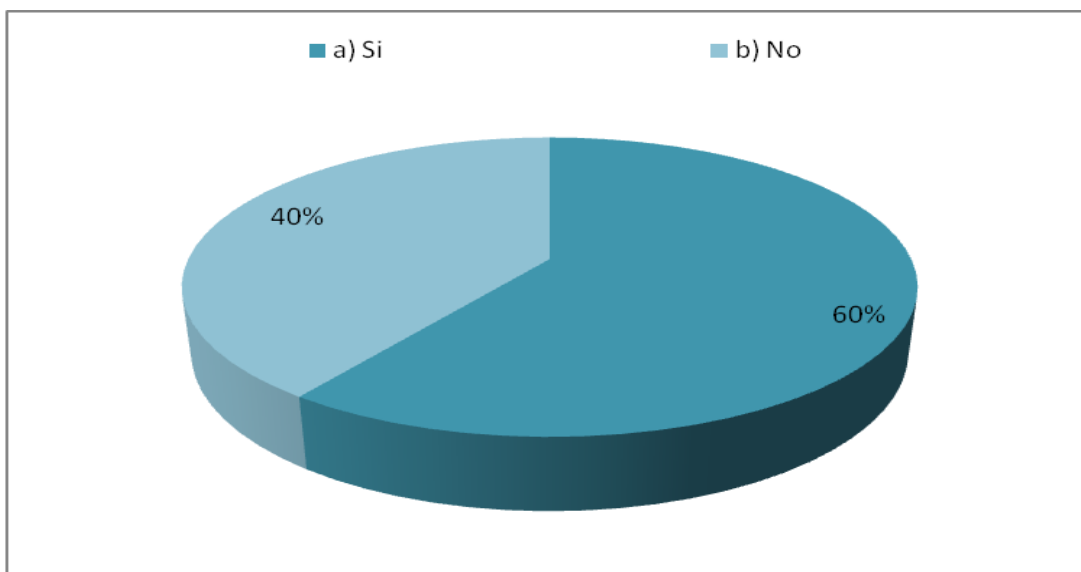
**Interpretación:**

Debido a que existen diferentes causas que producen una disfuncion uterina mas del 50% de los encuestados consideran que esta puede ser producida por otra causa distinta al bloqueo epidural, siendo que sólo un 40% tienen conocimiento de esto.

3.- ¿Al realizar el bloque epidural ha observado usted que el trabajo de parto se prolongue?

a) Si	18
b) No	12

GRÁFICA 3



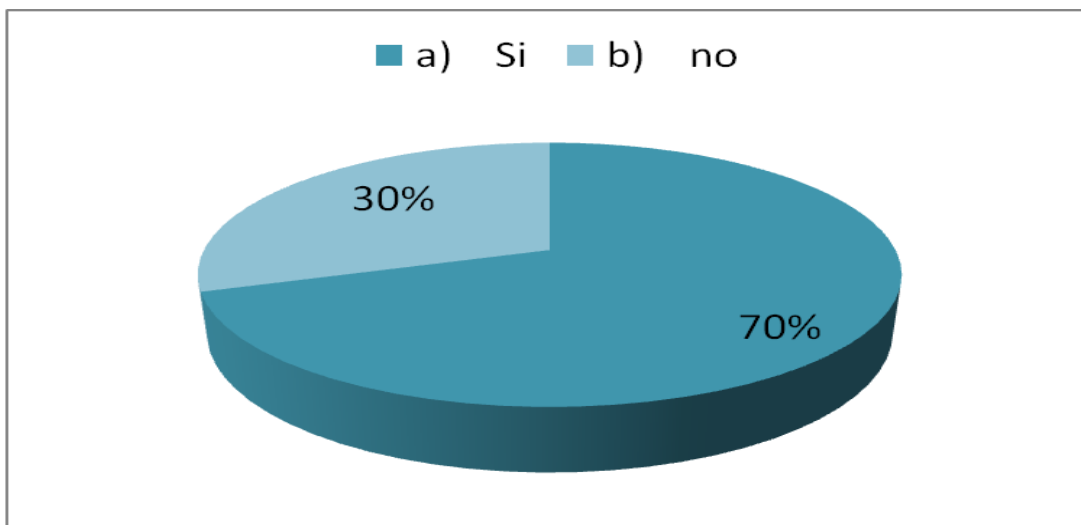
**Interpretación:**

Se puede observar que el 40% de los encuestados consideran que el bloqueo epidural no es una condicionante para que se prolongue el trabajo de parto, y más de la mitad considera que si, estos resultados concuerdan con la cuestión anterior al considerar que el bloqueo causa una disfunción.

4.- ¿Cree usted que al presentarse una disfunción uterina por el bloqueo epidural se deba realizar cesárea?

a) Si	21
b) No	9

GRÁFICA 4



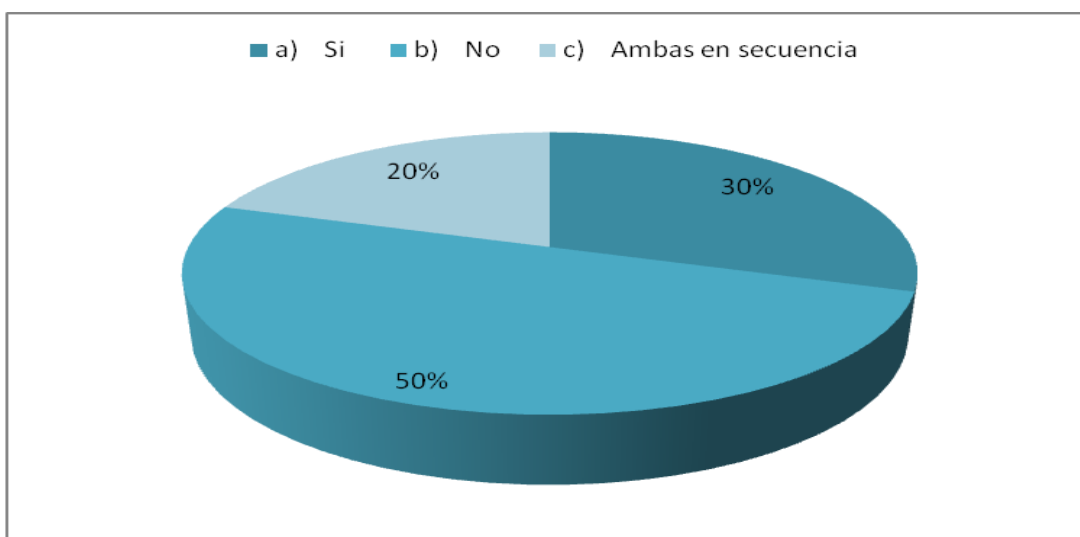
**Interpretación:**

En esta gráfica se puede observar que la mayor parte de las personas que contestaron este cuestionario consideran que se debe realizar cesárea debido a que es el único tratamiento cuando una disfunción uterina no se corrige con inductoconducción.

5.- ¿Considera usted que la disfunción uterina puede corregirse con el uso de oxitocinon y prostaglandinas?

a) Si	9
b) No	15
c) Ambas en secuencia	6

GRÁFICA 5



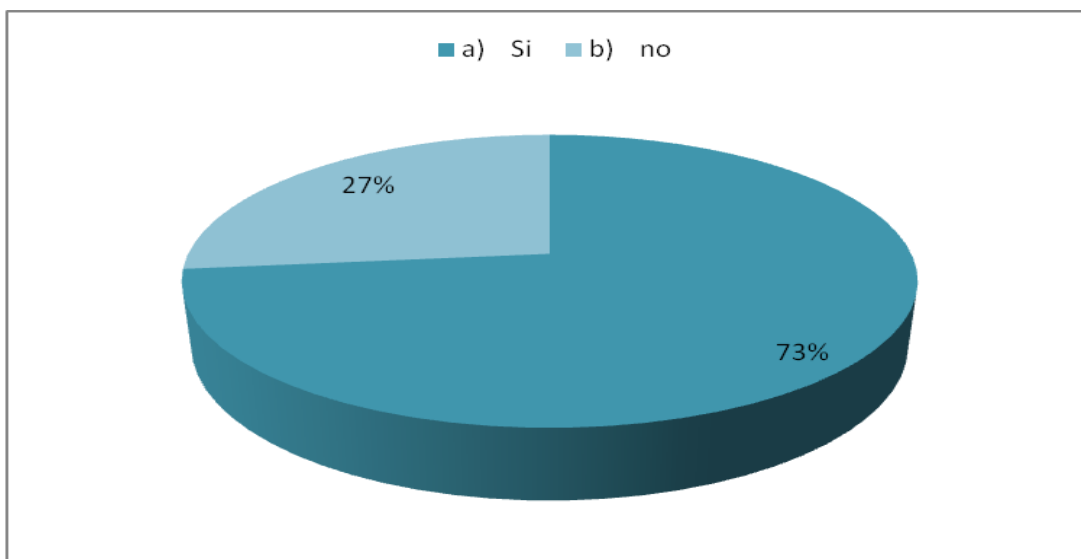
**Interpretación:**

El 50% de los encuestados consideran que las prostaglandinas y el oxitocinon no corrigen la disfunción uterina, esta pregunta nos reafirma los resultados obtenidos en la pregunta anterior considerando como mejor tratamiento para esta la cesárea.

6.- ¿Usted lo ha utilizado?

a) Si	22
b) No	8

GRÁFICA 6



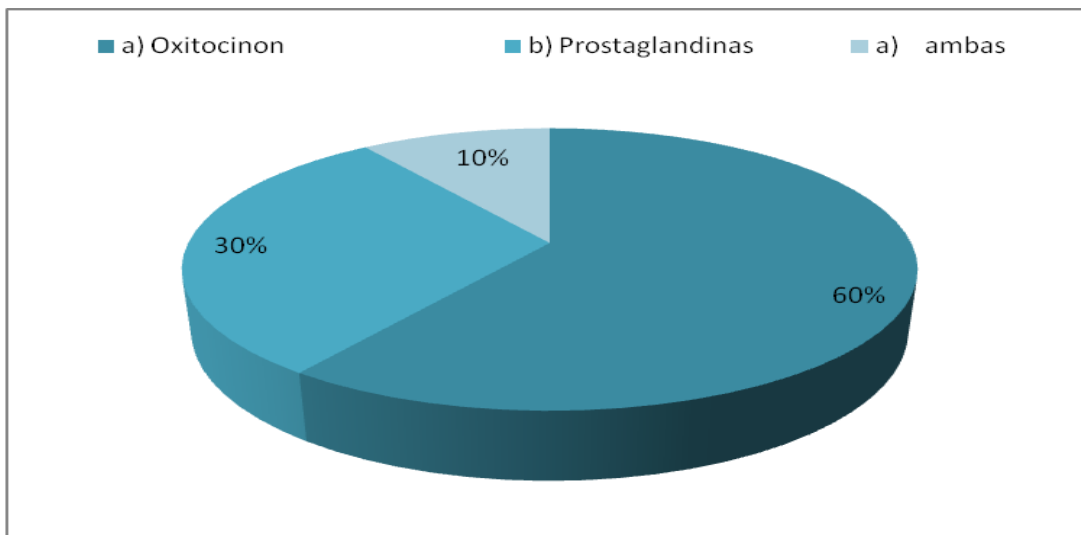
**Interpretación:**

La mayoría de los encuestados han hecho uso de prostaglandinas y oxitocinon y al parecer no ha servido como un tratamiento eficaz para la disfunción uterina, por lo que existe una congruencia con la pregunta anterior al no estar de acuerdo en que estos puedan corregir la disfunción.

7.- ¿Cuál?

a) Oxitocinon	18
b) Prostaglandinas	9
c) ambas	3

GRÁFICA 7



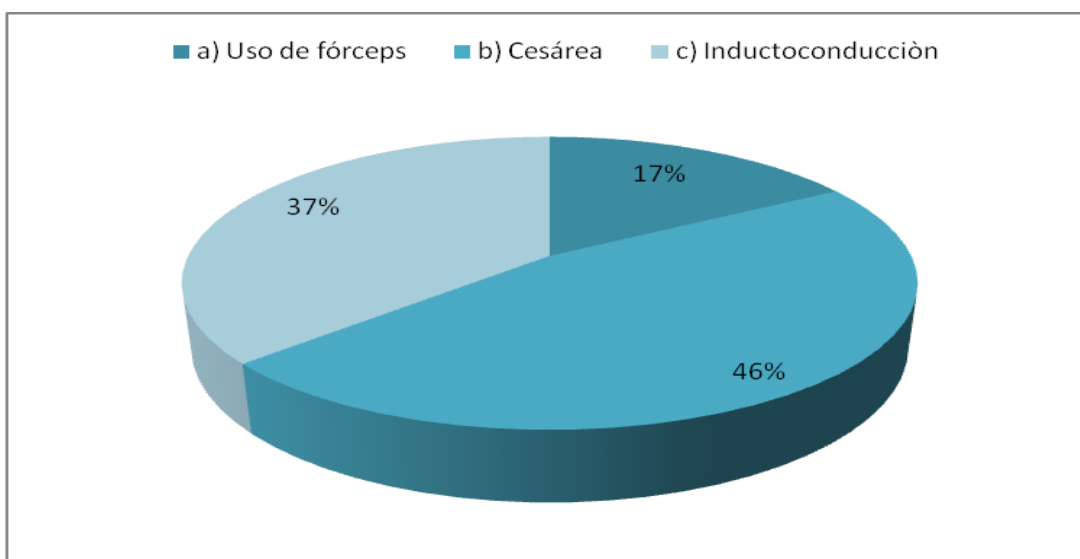
**Interpretación:**

En esta gráfica se puede observar que dentro de la práctica obstetra son menos utilizadas las prostaglandinas como método de inductoconducción, siendo más utilizada la oxitocina y menos usadas en conjunto.

8.- ¿Qué considera usted como mejor tratamiento en una disfunción uterina?

a) Uso de fórceps	5
b) Cesárea	14
c) Inductoconducción	11

GRÁFICA 8



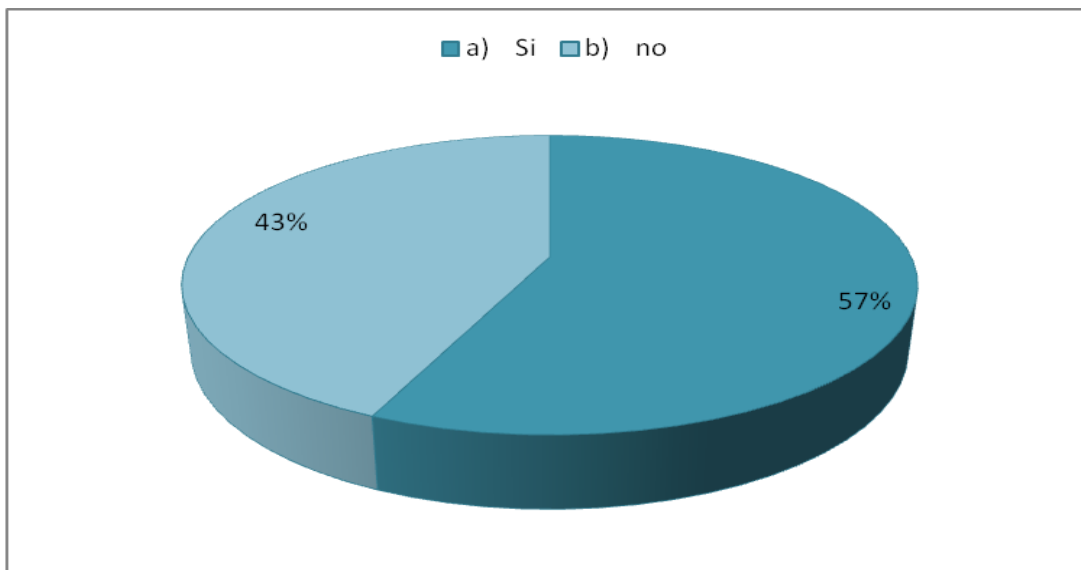
**Interpretación:**

De acuerdo a esta gráfica la cesárea al igual que en cuestiones anteriores sigue siendo preferida dentro de la práctica obstetra para corregir una disfunción uterina, esto se puede observar ya que el 46% de los encuestados optan por el uso de la cesárea.

9.- ¿Considera usted que las mujeres primigestas estén más propensas a tener una disfunción uterina?

a) Si	17
b) No	13

GRÁFICA 9



**Interpretación:**

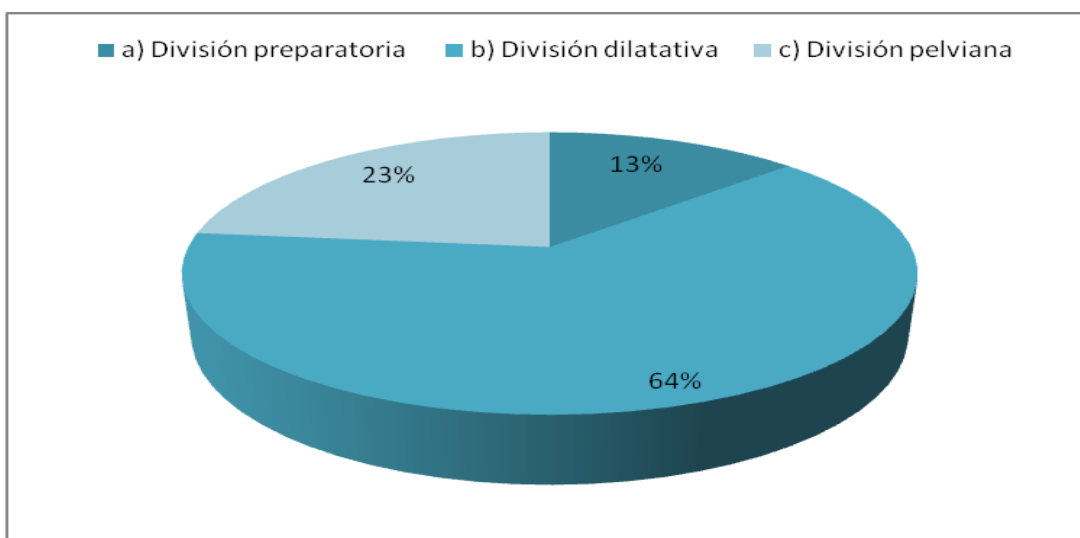
Con los resultados obtenidos en esta gráfica se puede apreciar que la mayoría de los cuestionados dentro de su práctica profesional han tenido mayores casos de disfunción uterina en mujeres primigestas, siendo en menor porcentaje los que han tenido casos de disfunción uterina por causas distintas.



10.- ¿En qué división del trabajo de parto considera usted que es apto para realizar el bloqueo epidural?

a) División preparatoria	4
b) División dilatativa	19
c) División pelviana	7

GRÁFICA 10



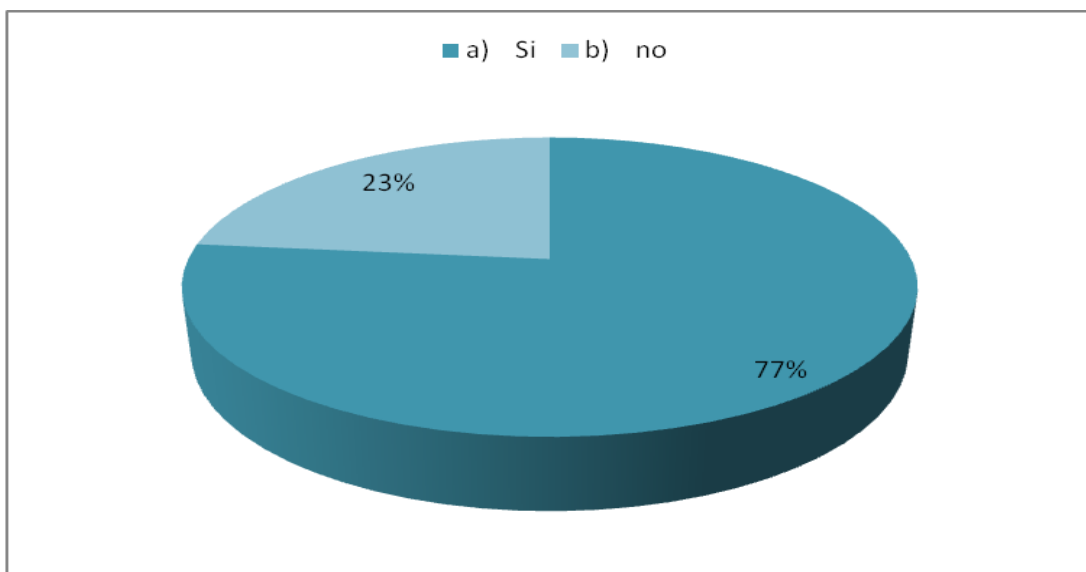
**Interpretación:**

Dentro de estos resultados se puede observar que el mayor porcentaje va encaminado a la fase de dilatación, siendo que en esta es mas observable que se aplique el bloqueo epidural debido a que se presentan las molestias de las contracciones.

11. ¿Considera usted que las contracciones poco frecuentes de baja intensidad sean un dato para identificar una disfunción uterina?

a) Si	23
b) no	7

GRÁFICA 11



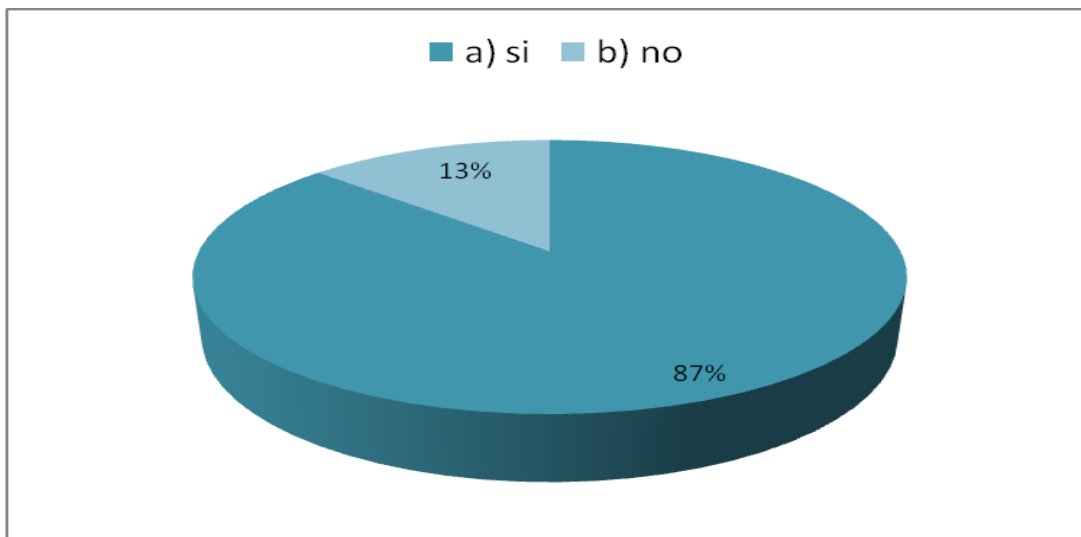
### Interpretación

De acuerdo a estos resultados se observa que el menor porcentaje considera que las contracciones poco frecuentes y de baja intensidad sean un signo para identificar una disfunción uterina, identificando que la mayor parte de los encuestados si tienen conocimiento de los signos para una disfunción uterina.

12.- ¿Cree usted que la aplicación accidental de anestésico en dosis total en un vaso sanguíneo tiene como consecuencia la toxicidad sistémica en la mujer en trabajo de parto?

a) Si	26
b) No	4

GRÁFICA 12



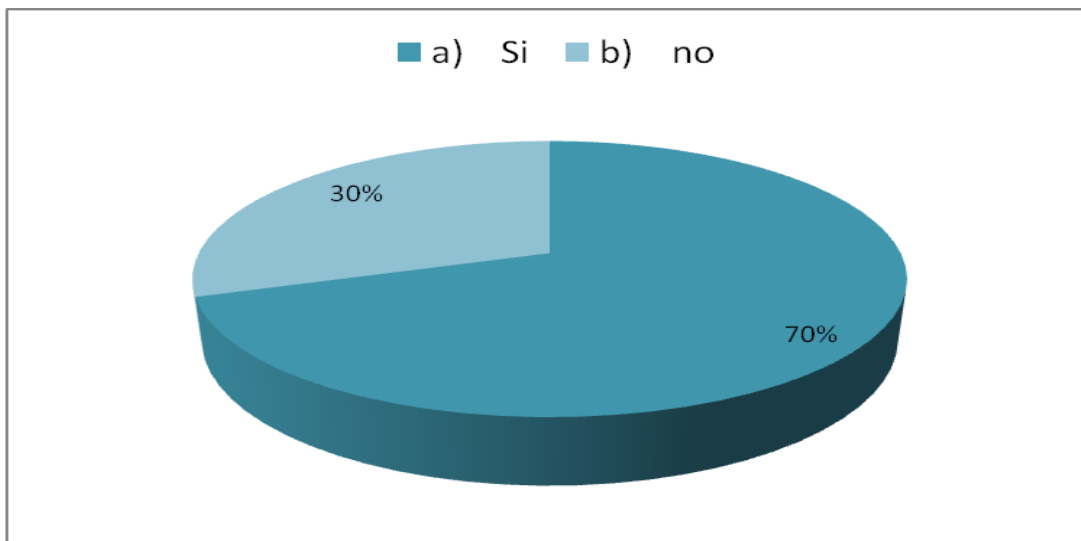
**Interpretación:**

El porcentaje mas alto que nos muestra esta grafica nos dice que el mayor porcentaje de los encuestados si tiene conocimiento acerca de las consecuencias de una mala aplicación de un bloqueo epidural en el trabajo de parto.

13.- ¿Considera usted que la hipotensión arterial es consecuencia de la administración del anestésico en bolo?

a) Si	21
b) No	9

GRÁFICA 13



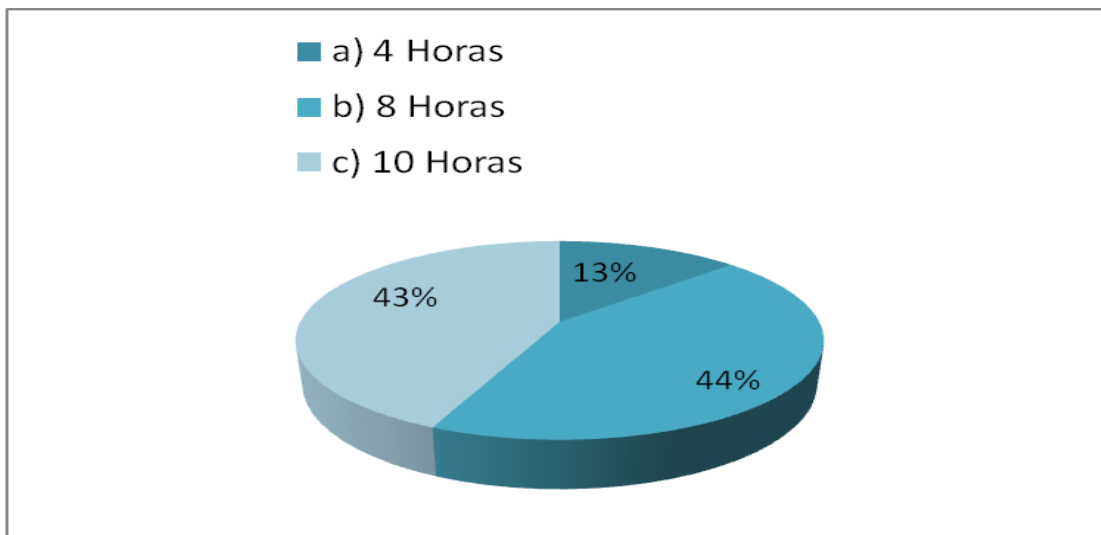
**Interpretación:**

De acuerdo a los resultados de esta grafica podemos observar que poco porcentaje de los cuestionados desconocen acerca de las consecuencias de una mala aplicación del bloqueo epidural, esto se puede corroborar así mismo con los resultados de la grafica anterior.

14.- ¿A las cuantas horas del trabajo de parto considera usted una disfunción uterina si la paciente no ha dilatado?

a) 4 Horas	4
b) 8 Horas	13
c) 10 Horas	13

GRÁFICA 14



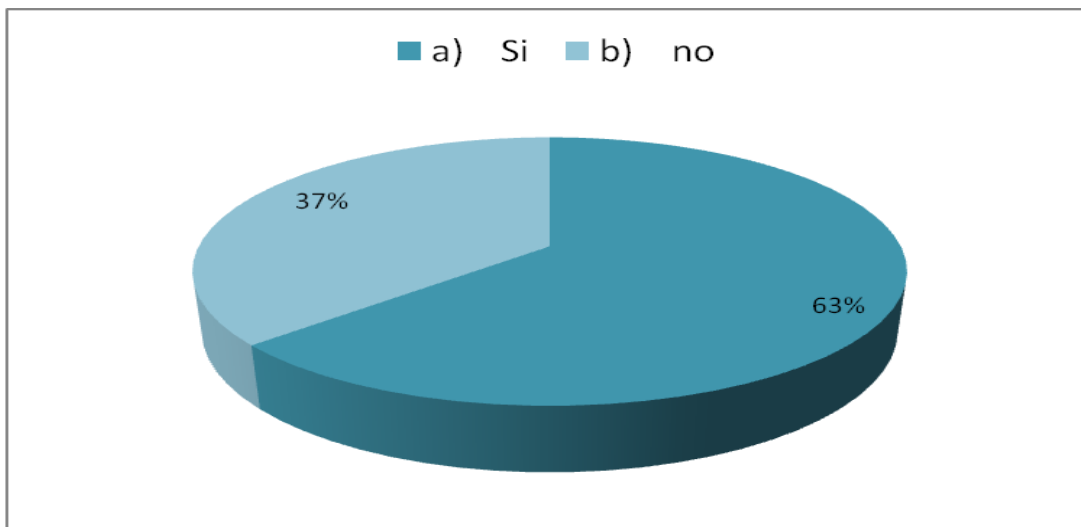
**Interpretación:**

De los encuestados podemos apreciar que pocos pueden decir que es una disfunción uterina a las pocas horas del trabajo de parto, y que son más las personas que tienen conocimiento para identificar cuando se está presentando una disfunción.

15.- ¿Considera usted que la estatura de la paciente influye para obtener el nivel de bloqueo?

a) Si	19
b) no	11

GRÁFICA 15



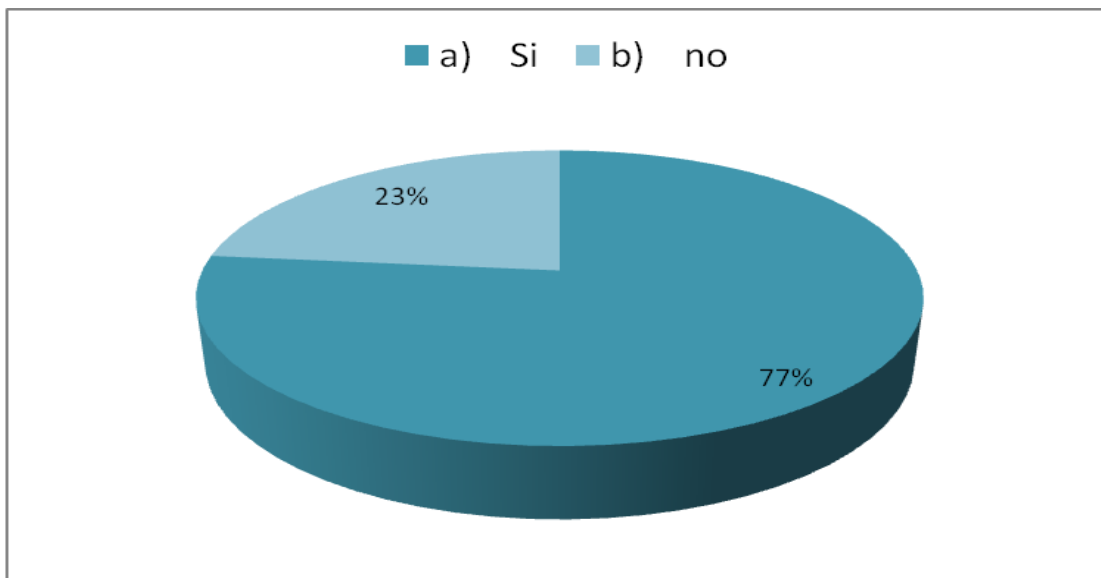
**Interpretación:**

La grafica nos muestra un resultado positivo al obtener que el 63% de los encuestados contesto que la estatura si influía para obtener el nivel de bloqueo a diferencia del 37% restante que opino que esta factor no influía para el bloqueo.

16.- ¿Cree que se deba disminuir el volumen de anestésico debido a que en el embarazo se modifica la difusión de los fármacos en el espacio epidural?

a) Si	23
b) No	7

GRÁFICA 16



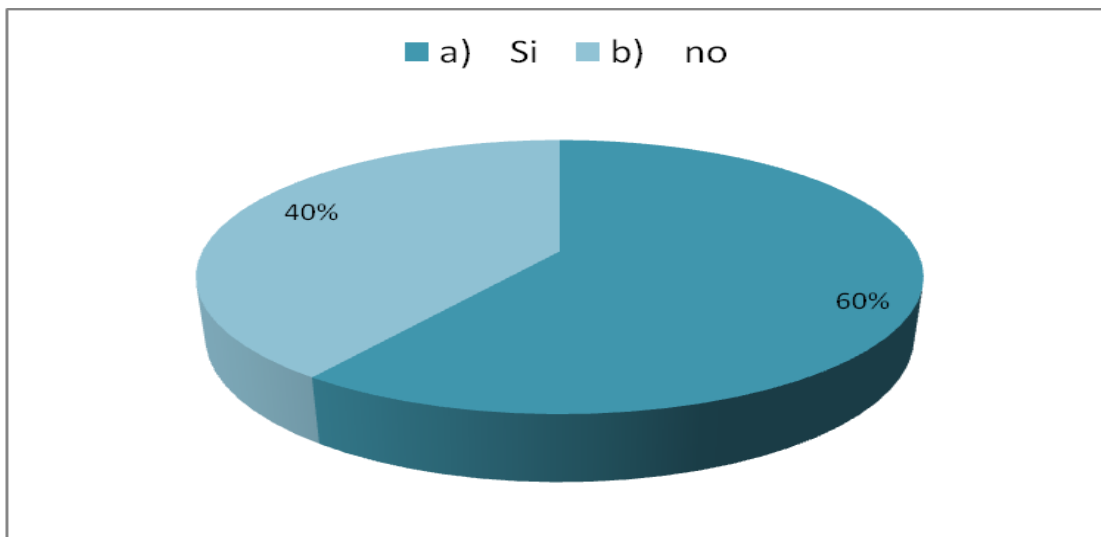
**Interpretación:**

El mayor porcentaje cree que se debe disminuir el volumen de la anestesia en el embarazo, lo que nos permite observar que la mayor cantidad de cuestionados tienen conocimiento acerca de la dosis de anestésicos que se deben de utilizar.

17.- ¿Cree usted que la paridad es condicionante para presentar una disfunción uterina?

a) Si	18
b) No	12

GRÁFICA 17



**Interpretación:**

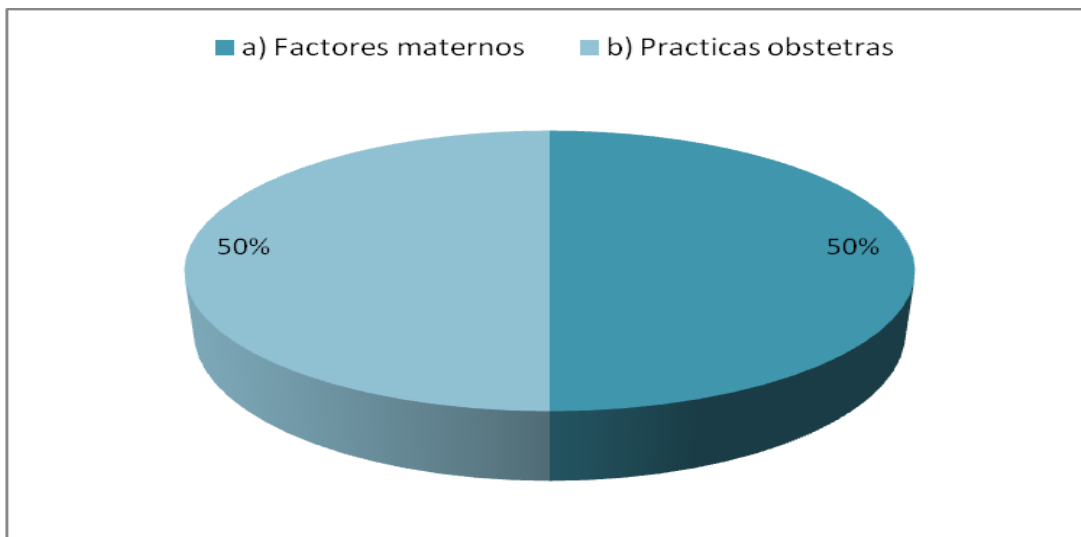
Los resultados obtenidos dentro de esta cuestión nos dicen que si es importante la paridad para llegar a presentar una disfunción uterina, estos resultados coinciden con la variante nueve al ser mayor el porcentaje que considera que se puede presentar con mayor frecuencia en la primigestas.



18.- ¿Qué factor considera usted que tenga mayor relación con los partos distócicos?

a) Factores maternos	15
b) Practicas medicas	15

GRÁFICA 18



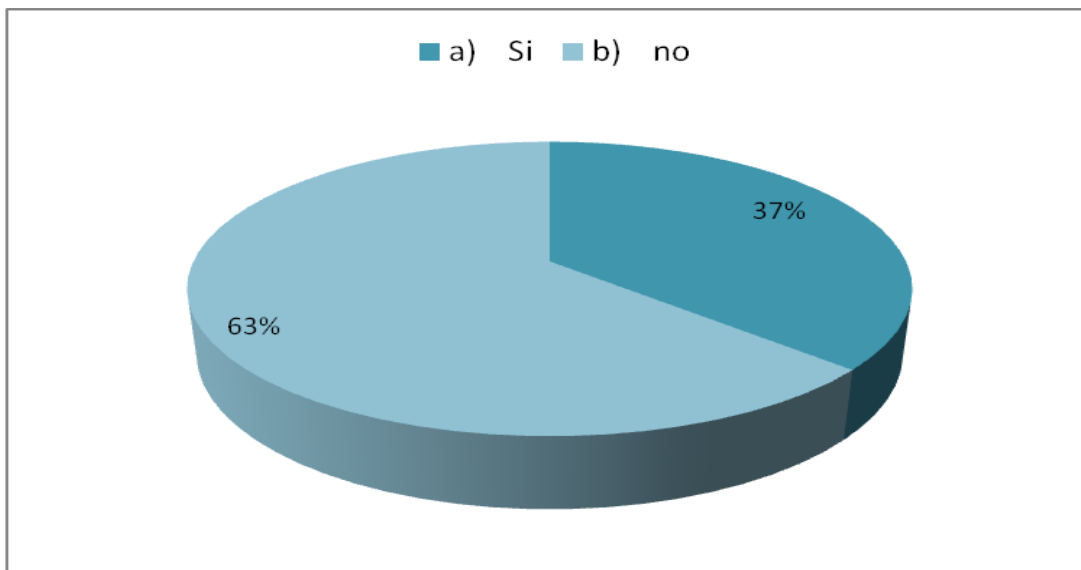
**Interpretación:**

De acuerdo a estos resultados podemos observar que las personas cuestionadas consideran que en la atención a los partos, ambas variantes, los médicos y las embarazadas influyen de misma manera para que se pueda llevar a cabo un parto distócico.

19.- ¿Considera usted que la edad materna es condicionante para presentar una disfunción uterina?

a) Si	11
b) No	19

GRÁFICA 19



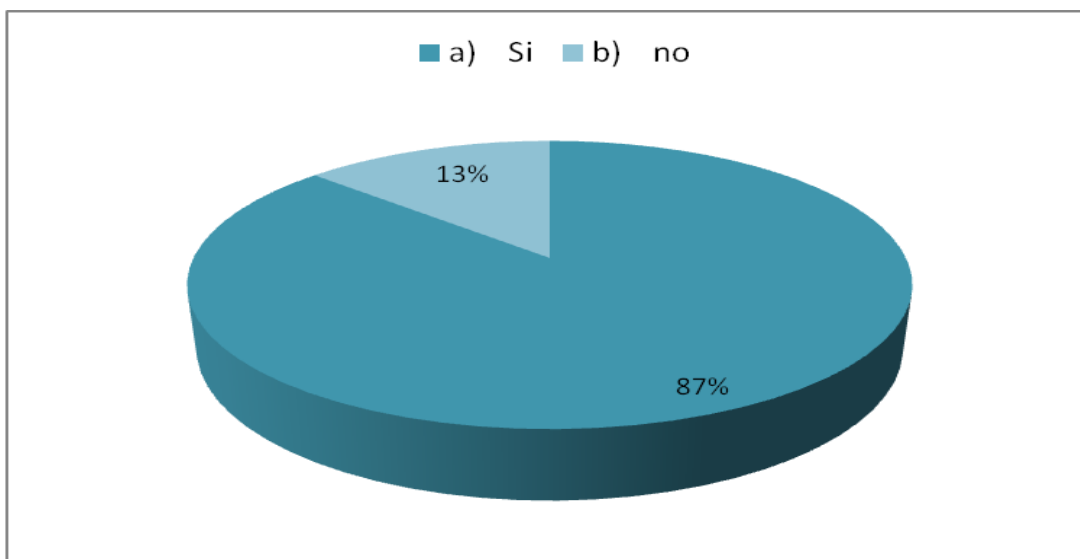
**Interpretación:**

El mayor porcentaje considera que no es condicionante la edad, pues existe una variedad de causas por las que se puede presentar una disfunción uterina, y solo once personas del total considera que si es un factor importante para que se presenta la disfunción uterina.

20.- ¿La dosis del anestésico es un factor condicionante para presentar una distocia?

a) Si	26
b) No	4

GRÁFICA 20



**Interpretación:**

La mayoría contestó que si, esto nos permite saber que la si tienen conocimiento de las dosis de anestésicos que se deben utilizar en el bloque epidural.

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a la investigación que se realizó los objetivos planteados se lograron, dentro del objetivo general pudimos conocer que la dosis que se aplica en el bloque epidural puede ser condicionante para que se presente una disfunción uterina.

De igual manera se lograron los objetivos específicos ya que si existe relación entre el bloqueo y una disfunción uterina comprendiendo que un factor que influye para que esto suceda es el momento de la aplicación del bloqueo.

Por todo lo anterior nuestra hipótesis es válida, se comprobó y da una respuesta a la pregunta de investigación.

## ANEXO 1

La recopilación de esta información servirá como de referencia para este trabajo de investigación recordando que sus datos serán anónimos pidiéndole que subraye la respuesta correcta.

1.- ¿Usted al escuchar el termino distocia a que cree que se refiera?

- a) Trabajo de parto normal
- b) Trabajo de parto anormal

2.- ¿Considera usted que la disfunción uterina como distocia puede ser causada por el bloqueo epidural?

- a) Si
- b) No
- c) No se

3.- ¿Al realizar el bloque epidural ha observado usted que el trabajo de parto de prolongue?

- a) Si
- b) No

4.- ¿Cree usted que al presentarse una disfunción uterina por el bloqueo epidural se deba realizar cesárea?

- a) Si
- b) No

5.- ¿Considera usted que la disfunción uterina puede corregirse con el uso de oxitocinon y prostaglandinas?

- a) Si
- b) No
- c) Ambas en secuencia

6.- ¿Usted lo ha utilizado?

- a) Si
- b) No

7.- ¿Cuál?

- a) Oxitocinon
- b) Prostaglandinas
- c) Ambas

8.- ¿Qué considera usted como mejor tratamiento en una disfunción uterina?

- a) Uso de fórceps
- b) Cesárea
- c) Inductoconducción

9.- ¿Considera usted que las mujeres primigestas estén más propensas a tener una disfunción uterina?

- a) Si
- b) No

10.- ¿En qué división del trabajo de parto considera usted que es apto para realizar el bloqueo epidural?

- a) División preparatoria
- b) División dilatativa
- c) División pelviana

11.- ¿Considera usted que las contracciones poco frecuentes de baja intensidad sean un dato para identificar una disfunción uterina?

- a) Si
- b) No

12.- ¿Cree usted que la aplicación accidental de anestésico en dosis total en un vaso sanguíneo tiene como consecuencia la toxicidad sistémica en la mujer en trabajo de parto?

- a) Si
- b) No

13.- ¿Considera usted que la hipotensión arterial es consecuencia de la administración del anestésico en bolo?

- a) Si
- b) No

14.- ¿Alas cuantas horas del trabajo de parto considera usted una disfunción uterina si la paciente no ha dilatado?

- a) 4 Horas
- b) 8 Horas
- c) 10 Horas

15.- ¿Considera usted que la estatura de la paciente influye para obtener el nivel de bloque?

a) Si

b) No

16.- ¿Cree que se deba disminuir el volumen de anestésico debido a que en el embarazo se modifica la difusión de los fármacos en el espacio epidural?

a) Si

b) No

17.- ¿Cree usted que la paridad es condicionante para presentar una disfunción uterina?

a) Si

b) No

18.- ¿Qué factor considera usted que tenga mayor relación con Los partos distócicos?

a) Factores maternos

b) Practicas obstetras

19.- ¿Considera usted que la edad materna es condicionante para presentar una disfunción uterina?

a) Si

b) No

20.- ¿La dosis del anestésico es un factor condicionante para presentar una distocia?

a) Si

b) No





## BIBLIOGRAFIAS

- Benson, Ralph C., (2001). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Philadelphia: McGraw-Hill
- Danforth, Scott, (2002). *Tratado de obstetricia y ginecología*, (8ª edición) Mexico: McGraw-Hill
- Rubio, Severino, (2001). *Obstetricia II*, México: ENEO
- Livingstone, Elsevier, (2007). *Obstetricia embarazos normales y problemáticos*, (5ª edición) Norte América: Philidelphia
- Botella, Lusía, (2003). *Fisiología Femenina*, (5ª edición). Argentina: Panamericana
- Mongrut Steane, Andres, (2004). *Tratado de Obstetricia*. (3ª edición). México: McGraw-Hill
- Sandberg, Eugene, (2000). *Sinopsis de Obstetricia*. (10a edición). Norte América: Philidelphia

- Genaro, Ferreiros, (2003). *Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México*, (3ª edición). México: Marketing y Publicidad de México.
- De la fuente, Uzandizaga, (2004). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, México: Mc Graw-Hill.
- Cosgriff, J. y Anderson, D., (2000). *La practica en los cuidados de emergencia*, México: McGraw-Hill
- Cifuentes, Rodolfo, (2006). *Obstetricia de alto riesgo*, (6ª edición). México: McGraw-Hill
- Smith, James, (2001). *Embriología Humana*,(4ª edición) México: Rialp
- Taylor Stewart,(2000). *Obstetricia de Beck*, (9ª edición). Norte América: JAMA
- Brown, Ross, (2002). *Ultrasonografía Doppler en obstetricia*, (5ª edición). Norte América: JAMA
- Segal, Scott, (2002). *Las epidurales y los partos por cesárea* (4ª edición). Nueva york: JAMA

- Nuñez, Eduardo, (2003). Ginecología y obstetricia, (3ª edición). México: Méndez
- Noyak, emil, (2000). Tratado de ginecología, (11ª edición). México: prensa técnica
- Netter, Henry, (2003). *Sistema reproductor*, (3ª edición). España: Elsevier.
- Barbosa, Lito, (2006). Anatomía del aparato genital femenino, (3ª edición). México: McGraw-Hill Harrison (2006). *Principios de medicina interna*, (16ª edición). México: McGraw-Hill
- Harrison (2006). *Principios de medicina interna*, (16ª edición). México: McGraw-Hill