



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto
y en las complicaciones materno perinatales en un
hospital de Lima, 2025**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Maria Pilar PINARES VALDERRAMA

ASESOR

Dr. Jhonny Iván RAMÍREZ CÁRDENAS

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Pinares M. Impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y en las complicaciones materno perinatales en un hospital de Lima, 2025 [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de autor

Nombres y apellidos	MARIA PILAR PINARES VALDERRAMA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76065361
URL de ORCID	https://ircid.org/0000-0002-5213-8656

Datos de asesor

Nombres y apellidos	DR JHONNY RAMIREZ CARDENAS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09899397
URL de ORCID	https://ircid.org/0000-0002-3425-8611

Datos del jurado

Presidente del jurado

Nombres y apellidos	DR SANTIAGO CABRERA RAMOS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08799819

Miembro del jurado 1

Nombres y apellidos	JULIO RAYMUNDO AGUILAR FERNANDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25624194

Miembro del jurado 2

Nombres y apellidos	
Tipo de documento	
Número de documento de identidad	

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de investigación

Línea de investigación	SALUD MATERNA , PERINATAL Y NEONATAL
Grupo de investigación	NO APLICA
Agencia de financiamiento	NINGUNO
Ubicación geográfica de la investigación	HOSPITAL PERU LIMA/LIMA CERCADO DE LIMA LATITUD : 120498 LONGITUD : 770420
Año o rango de años en que se realizó la investigación	ENERO 2025- DICIEMBRE 2025
URL de disciplinas OCDE	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA : https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 ANESTESIOLOGIA : https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.09



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: MARIA PILAR PINARES VALDERRAMA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

IMPACTO DE LA ANALGESIA DE PARTO EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN LAS
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2025

AÑO DE INGRESO: 2023

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

Lima 18 de junio 2026

Doctor

JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO

*Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana El
comité de la especialidad de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:*

SUSTENTADO Y APROBADO

☒

OBSERVADO

☐

OBSERVACIONES:

NOTA:

17

*C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado*



DR. SANTIAGO GUILLERMO CABRERA RAMOS
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dr. Jhonny Iván Ramírez Cárdenas, en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de Inscripción del Proyecto de Investigación N°...001870-2026..., cuyo título es IMPACTO DE LA ANALGESIA DE PARTO EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN LAS COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2025, presentado por el médico MARIA PILAR PINARESVALDERRAMA., para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 16.% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Lima, de septiembre de 2026

Dr. Ramírez Cárdenas Jhonny Iván
EMP 32968 RNE 9669
Ginecología y Obstetricia

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Jhonny Iván Ramírez Cárdenas.

DNI: 09899397

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en cada etapa de este camino. Por darme sabiduría, perseverancia y la oportunidad de servir a través de la medicina.

A mis padres y a mi familia, por su amor incondicional, sus oraciones, sus sacrificios y por acompañarme siempre, incluso en los momentos más difíciles. Este logro también es de ustedes.

A mis maestros y colegas, quienes con sus enseñanzas, ejemplo y exigencia contribuyeron a mi formación profesional y humana.

A cada paciente que confió en mí y me permitió aprender desde su historia y experiencia. Ustedes me recuerdan cada día el verdadero sentido de ser médico: servir con conocimiento, empatía y humanidad.

Y a todas las mujeres que, con su fortaleza, me inspiran a continuar creciendo en esta hermosa especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Con gratitud, dedico este trabajo a todos aquellos que hicieron posible llegar hasta aquí.

INDICE

I CAPITULO I:

DATOS GENERALES.....	5
----------------------	---

II CAPITULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del Problema.....	5
2.2 Hipótesis.....	14
2.3 Objetivos de la Investigación.....	14
2.4 Evaluación del Problema.....	15
2.5 Justificación e Importancia del Problema.....	15

III CAPITULO III:

METODOLOGÍA.....	16
------------------	----

3.1 Tipo de Estudio.....	16
3.2 Diseño de Investigación.....	16
3.3 Universo de pacientes	16
3.4 Población a estudiar.....	16
3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral.....	16
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	16
3.7 Variable de Estudio.....	17
3.8 Operacionalización de Variables.....	19
3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..	30
3.10 Procesamiento y Análisis de Datos.....	30

IV CAPÍTULO:

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de Acciones.....	30
4.2 Asignación de Recursos.....	31
4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto.....	31
4.4 Cronograma de Actividades.....	32

V CAPÍTULO:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
---------------------------------	----

VI CAPÍTULO VI:

ANEXOS.....	37
-------------	----

6.1 Definición de Términos.....	37
6.2 Consentimiento informado.....	38
6.3 Matriz de consistencia.....	40

RESUMEN

IMPACTO DE LA ANALGESIA DE PARTO EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN LAS COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2025

Introducción: El dolor en el parto puede generar un estrés significativo que provoca transformaciones físicas y emocionales, lo que impacta la salud de la madre y del bebé, y también puede resultar en cesáreas programadas. La analgesia en el parto es un procedimiento que consiste en un bloqueo nervioso en el sistema central, y distintos investigadores han relacionado este método con complicaciones durante el parto y en el neonato. Examinar el sufrimiento del trabajo de parto en mujeres que están teniendo su primer hijo y en aquellas con múltiples partos muestra que el 60% de las primerizas y el 36% de las multíparas califican el dolor del parto como intenso, muy intenso e insoportable. Así que es esencial crear enfoques que contribuyan a disminuir el dolor en el momento del parto. **Objetivos del proyecto:** Determinar el impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y las complicaciones maternos perinatales. **Metodología:** Estudio analítico de casos y controles, la muestra estará conformado por Gestantes que se encuentren en trabajo de parto que acepten recibir analgesia de parto que conformará casos y un grupo conformado por los controles. En el Hospital Nacional Docente Madre niño en el año 2024 según la unidad de estadística se reportó un total de 3771, de las cuales 1941 (51.4%) fueron partos espontáneos y 1830 (48.5%) fueron parto por cesárea. De las cuales 567 (38%) pacientes optaron por la analgesia de parto.

Resultados esperados:

Se manifestará un efecto adverso en el aspecto social, económico y neonatal, además de afectar el proceso de parto, predisponiendo a un trabajo de parto disfuncional y complicaciones neonatal. **Conclusiones:** La analgesia durante el parto es una técnica valiosa que podría reducir la frecuencia de cesáreas electivas y el impacto del estrés traumático del parto, por lo que es necesario estandarizar los criterios de indicación para las pacientes y llevar a cabo un monitoreo riguroso del bienestar fetal para prevenir complicaciones en el feto.

Palabras clave: Impacto, analgesia de parto, cesárea, trabajo de parto .

CAPITULO I:

DATOS GENERALES

1.1. Título: Impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y en las complicaciones materno fetales.

1.2. Área de investigación: Materno fetal

1.3. Autor responsable: María Pilar Pinares Valderrama

1.4. Asesor: Dr. Johnny Ramírez

1.5. Institución: Universidad Nacional Mayor San Marcos

1.6. Entidades con el que se coordinara el proyecto: Hospital Nacional Docente Madre Niños San Bartolomé

1.7. Duración: 6 meses

1. CAPITULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Planteamiento del Problema

Descripción del problema

La analgesia epidural se describe como un método de bloqueo del sistema nervioso central que consiste en la inyección de un anestésico en el espacio epidural en la parte baja de la médula espinal, especialmente en las áreas L2-L3 o L3-L4. Este proceso perfora el ligamento amarillo hasta llegar al espacio epidural y afecta a los nervios que transmiten las señales de dolor desde el útero y el canal del parto al cerebro. (6)

El malestar que se siente durante el trabajo de parto cambia dependiendo de la

habilidad de cada mujer para manejarlo y otros factores como el ambiente, la cultura, así como componentes físicos y psicológicos. (1) También se deben tener en cuenta aspectos vinculados al parto mismo, como la posición del feto, la intensidad de las contracciones, la dilatación del cuello uterino y las vivencias previas en partos anteriores(2)

Estudios sobre el dolor durante el parto en mujeres que son primerizas y en aquellas con partos anteriores muestran que el 60% de las primerizas y el 36% de las multíparas califican el trabajo de parto como un dolor intenso, muy intenso o insoportable.(3)

El malestar durante el parto puede provocar alteraciones emocionales, tales como el estrés postraumático, así como respuestas fisiológicas que impactan tanto a la madre como al recién nacido. (4) Esto abarca hiperventilación, que puede resultar en una fuerte alcalosis respiratoria, además de un incremento en hormonas del estrés como el cortisol y las catecolaminas. Estas circunstancias pueden provocar hipoxia en la placenta y acidosis fetal en el infante. Asimismo, se generan alteraciones en el sistema cardiovascular y respiratorio debido a la vasoconstricción provocada por las catecolaminas, las cuales ya se ven afectadas por los cambios fisiológicos del embarazo (5). En un embarazo sin problemas previos, el estrés puede ser manejable, pero en mujeres con problemas cardíacos o pulmonares, la tolerancia durante el trabajo de parto se reduce.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) indica que la atención en el parto debe enfocarse en la humanización, la vigilancia fetal y el control del dolor, lo que ha propiciado la creación de tratamientos analgésicos para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé. De acuerdo a investigaciones recientes, la epidural se considera la mejor alternativa para manejar el dolor durante el parto, el período expulsivo y el nacimiento. (4) Diferentes autores señalan que la administración de dosis reducidas no afecta el avance del trabajo de parto y los impactos en la madre y el bebé son mínimos. (6)

No obstante, existen quienes sostienen que la anestesia epidural puede asociarse con efectos adversos importantes, tales como un aumento en la duración de la fase expulsiva y un incremento en el riesgo de cesáreas debido a un trabajo de parto que no avanza de manera adecuada.(7) También se citan posibles complicaciones como

retención urinaria, fiebre materna, disminución de las contracciones uterinas o hipotensión, además del uso de parto asistido.(8)

Valerio y García indican que la administración de pequeñas dosis de anestésicos en la epidural puede provocar complicaciones, como sedación en el recién nacido, lo cual complica su adaptación, dado que estos fármacos pueden cruzar la barrera placentaria. Asimismo, en la madre, puede resultar en la incapacidad de empujar durante el parto, lo que podría necesitar el uso de técnicas o herramientas, ocasionando repercusiones negativas para el recién nacido. Por esta razón, proponen que se evalúe su uso en fases avanzadas del parto.(9)

Se ha señalado que la analgesia durante la lactancia podría afectar el reflejo de succión del bebé, complicando el contacto inicial, aunque ciertos estudios sugieren que, por su modo de acción, la analgesia puede reducir los niveles de catecolaminas y, por lo tanto, incrementar la producción de prolactina.(11)

La OMS mantiene una postura definida, aconsejando no utilizar ningún medicamento durante el parto. Por el contrario, sugieren el control del dolor a través de métodos no farmacológicos, tales como caminar, modificar la postura, recibir masajes, relajarse, respirar y la acupuntura, entre otros. En conclusión, no se recomienda el uso frecuente de analgesia epidural para mitigar el dolor, puesto que este dolor es una parte inherente del proceso de parto.(12)

El embarazo y el nacimiento son experiencias importantes en la vida de una mujer, tanto por los aspectos emocionales que conllevan como por sus repercusiones en ella y en el bebé.(13) La manera de abordar el dolor puede ser vital para la satisfacción en el parto, con efectos emocionales que pueden ser inmediatos o duraderos y que influyan en decisiones futuras sobre la gestación o el tipo de parto.(14)

Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto de la analgesia epidural en el proceso de parto y los resultados para la madre y el bebé, ya que hay muchos estudios que describen tanto las ventajas como los peligros de esta técnica, sin que se comprenda del todo cuáles son sus repercusiones para la madre y el feto.

2.1.2 Antecedentes del problema

Palomo MF, Arnáez de la Cruz M, Frías Z, Del Río I, Navalón Z, Polo P, en su estudio **Analgesia epidural como factor influyente tanto en el trabajo de parto como en los resultados maternos y fetales posteriores**. La meta de este estudio fue establecer si la analgesia epidural afecta las características del nacimiento, los resultados para el neonato o las complicaciones en el periodo postparto. Se trató de un estudio prospectivo observacional que incluyó todos los partos realizados en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla a lo largo de un intervalo de 5 meses. La muestra estudiada se dividió en dos grupos: uno de mujeres que recibieron analgesia epidural y otro de mujeres que no la recibieron. Se recopilaron datos de 1.259 embarazadas: 1.054 de ellas recibieron epidural para aliviar el dolor, mientras que 205 no la recibieron. La duración promedio de la inducción al parto fue de 6,4 horas en las que no recibieron epidural, en comparación con 12,9 horas en las que sí la recibieron ($p = 0,005$). En relación con las rupturas del canal de parto, el porcentaje en mujeres que no usaron epidural llegó al 54,3%, mientras que en aquellas que se sometieron a epidural fue del 37,3% ($p = 0,0001$). El porcentaje de episiotomías alcanzó el 15,9% en las mujeres embarazadas que no utilizaron epidural y del 31,1% en las que sí la tuvieron ($p = 0,0001$). Finalmente, los resultados del examen de APGAR a los 5 y 10 minutos postparto fueron más bajos en las pacientes con epidural ($p = 0,009$ y $0,001$, respectivamente). Igualmente, se observó un aumento en el porcentaje de complicaciones posparto en las mujeres que recibieron analgesia epidural ($p = 0,031$). Conclusiones: nuestros hallazgos son variados, similar a investigaciones previas, por lo tanto se requieren más estudios que ofrezcan resultados definitivos. (15)

Chico F. en su estudio **Actualización de analgesia en el trabajo de parto**. el objetivo es describir la analgesia en el parto y sus actualizaciones mediante una revisión de la literatura actual. Metodología: Revisión narrativa de la literatura en estudios, metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes y revisiones bibliográficas que informan actualizaciones en analgesia en el parto en inglés y español. Resultados: Se seleccionaron veintiún artículos, donde se encontró que la anestesia epidural se considera el estándar de oro para el alivio del

dolor en el parto, en ausencia de una contraindicación médica, la solicitud materna es una indicación suficiente para el alivio del dolor durante el parto. La experiencia del parto, incluyendo la intensidad del dolor, es diferente para cada mujer y las medidas tomadas para aliviar el dolor quedan a elección de cada individuo. Es una buena práctica considerar el uso de diversas terapias complementarias como relajación, música, yoga y audio analgesia. Conclusiones: La analgesia epidural podría ser más eficaz para reducir el dolor durante el parto y aumentar la satisfacción materna con el alivio del dolor en comparación con los métodos no epidurales. Se necesita más investigación sobre este tema, ya que actualmente es escasa. (16)

Marcela Amparo Osuna-Zazueta, Francisco Javier Jaime-Alejo, Iván Pérez-Neri . En su investigación, la analgesia aplicada desde el inicio no interfiere con el proceso de parto en mujeres que están dando a luz por primera vez, y se analizó cómo influye la administración de analgesia, ya sea de manera temprana o tardía, en el desarrollo del trabajo de parto. Se consideraron mujeres que se encontraban en la fase latente o activa del trabajo de parto. Se empleó anestesia peridural con ropivacaína. Todas las mujeres llevaron a cabo el proceso de parto (fase latente: dilatación final de 10 cm [10-10 cm]; fase activa: dilatación final de 10 cm [10-10 cm]; $p = 0.812$). El número de pacientes que requirieron cesárea fue comparable entre los grupos (cuatro en la fase latente [7%] y ocho en la fase activa [12%]; $p = 0.545$). Estos descubrimientos sugieren que la administración temprana de analgesia es segura y no altera el progreso del trabajo de parto. (17)

E. Gredilla ,Pérez Ferrer. B. Martínez .E. Alonso .F. Gilsanz J. Díez. En el análisis titulado Satisfacción de las madres con la calidad de la analgesia epidural para el control del dolor en el parto, Se intentó medir la satisfacción de las pacientes que recibieron este tipo de analgesia durante el parto y analizar las características sociodemográficas de la población obstétrica atendida en nuestra institución. Se llevó a cabo una encuesta anónima entre julio y diciembre de 2003 a las pacientes que se sometieron a analgesia epidural, con el propósito de evaluar la intensidad del dolor previo a la analgesia y la eficacia de este tratamiento. Se lograron 1.067 cuestionarios. El 91,3% de las mujeres atendidas expresó su satisfacción con el procedimiento de analgesia epidural, el 93,8% sugeriría la técnica en nuestro hospital, y el 94% nuevamente la elegiría en nuestra institución. El 74,8% de las pacientes eran

de nacionalidad española, mientras que el 25,2% eran de otras nacionalidades, destacando las mujeres de Centro y Sudamérica como las más representativas entre las extranjeras (18% del total). Previo a recibir la analgesia epidural, entre las primíparas, el 23,3% de las españolas calificó el dolor del parto como severo, en comparación con el 40,7% de las mujeres extranjeras ($p < 0,001$). En el grupo de multíparas, el 21,2% de las españolas consideró el dolor como severo, mientras que el 40,4% de las mujeres de otras nacionalidades lo percibió así ($p < 0,001$).

Conclusiones: La satisfacción total con el proceso de analgesia epidural es muy elevada, y no se vio afectada por las características sociodemográficas. Las mujeres que no tienen nacionalidad española sienten el dolor del parto con mayor intensidad.(18)

Gómez, P; Echevarría, M; Calderón, J; Caba, F; Martínez, A; Rodríguez, R. En su estudio comparativo de la eficacia y seguridad de la analgesia epidural continua y la analgesia intradural-epidural para el trabajo de parto. El objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad de la analgesia intradural-epidural en comparación con la analgesia epidural continua en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto. MÉTODO. Se eligieron 42 mujeres embarazadas que iniciaron el trabajo de parto de manera natural, distribuyéndolas al azar en dos grupos. En el grupo de analgesia epidural-intradural (AIEC) ($n = 21$), se administraron 25 μg de fentanilo y 2,5 mg de bupivacaína isobara con adrenalina por vía intradural, seguido de un bolo epidural de 8 ml de bupivacaína al 0,125 por ciento y una infusión continua a la misma concentración de 8 ml/h. En el grupo de analgesia epidural continua (AEC) ($n = 21$), se aplicaron 8 ml de bupivacaína al 0,25 por ciento con adrenalina, además de una infusión epidural de bupivacaína al 0,125 por ciento junto con 1 $\mu\text{g}/\text{ml}$ de fentanilo a la misma velocidad que el grupo uno. Se valoró el dolor con la escala analógica visual (EAV), así como el grado de bloqueo sensitivo y motor, las constantes hemodinámicas de las pacientes, la cantidad de bolos de bupivacaína administrados, el total de bupivacaína y oxitocina, la instrumentación del parto y los efectos adversos como picazón, náuseas y vómitos.

RESULTADOS. La efectividad del analgésico en los primeros 30 minutos fue mayor en el grupo AIEC. La cantidad total de bupivacaína, los bolos de rescate necesarios y la duración del bloqueo sensitivo a los 30 minutos, una hora y dos horas también resultaron significativamente menores en este grupo. Sin embargo, la incidencia de picazón fue mayor en el grupo AIEC. No se observaron cambios en las demás

variables estudiadas. CONCLUSIONES. La analgesia intradural-epidural ofrece un comienzo rápido y efectivo de la analgesia en el trabajo de parto, con un menor nivel de bloqueo sensitivo, dosis totales de anestésicos locales reducidas y efectos secundarios mínimos.(19)

Fundamentos

Marco Teórico

El nacimiento es el proceso mediante el cual el feto abandona el útero. Este procedimiento sucede por contracciones que son recurrentes y efectivas, causando la expansión y el borrado del cuello uterino. Los estrógenos son los encargados de activar los receptores en el miometrio, y las sustancias más importantes que provocan las contracciones, generando dolor, son las prostaglandinas y la oxitocina.(20)El proceso del parto se divide en cuatro etapas: 0 (inactividad), 1 (activación), 2 (estimulación) y 3 (involución).

La Real Academia Española describe el dolor como "una sensación inquietante y molesta en una zona del cuerpo causada por factores internos o externos." A lo largo del trabajo de parto, la severidad del dolor cambia dependiendo de la fase; su causa puede ser visceral, producida por el útero debido a la presión del feto y la falta de riego sanguíneo en las fibras miométriales. En cambio, está el dolor somático, que se desarrolla en las fibras simpáticas situadas en la vagina y el periné, siendo llevado por los nervios T10 y L1, alcanzando zonas de la parte baja de la espalda, las caderas y los glúteos. Durante la fase de expulsión, el dolor se origina en el tracto genital inferior, el cual se dilata debido a la tensión de las fibras vaginales, periné y el suelo pélvico, transmitiendo señales a través de los nervios pudendos que entran al sistema nervioso por medio de las raíces S2-S4.(21)

La anestesia neuroaxial es una técnica eficaz para gestionar el dolor en el momento del parto. La médula espinal está cubierta por tres capas de membranas: piamadre, aracnoides y duramadre. Dado que la piamadre es una membrana con abundantes vasos sanguíneos, funciona como la barrera principal para los fármacos que entran al líquido cefalorraquídeo. La duramadre es la capa exterior más externa, en la que se halla el espacio epidural.(22)

La anestesia epidural se distingue principalmente de la anestesia espinal en que

esta última interrumpe parcialmente las raíces sensitivas sin impactar las raíces motoras. De igual manera, la analgesia epidural presenta un comienzo de acción más gradual, que puede oscilar entre 10 y 20 minutos, y su efectividad es menor, lo que ofrece algunas ventajas en el parto vaginal. Al aplicar un anestésico local junto a opioides para la anestesia neu La analgesia neuroaxial es la terapia más utilizada para el alivio del dolor en el parto, incluyendo la anestesia espinal, epidural y combinada espinal-epidural. En la mayoría de los casos, se obtiene un excelente beneficio en cuanto al dolor, y existe poco riesgo para la mujer embarazada y el feto, además de ser segura. Objetivo: Describir la analgesia en el parto y sus actualizaciones mediante una revisión de la literatura actual. Metodología: Revisión narrativa de la literatura en estudios, metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes y revisiones bibliográficas que informan actualizaciones en analgesia en el parto en inglés y español. Resultados: Se seleccionaron veintiún artículos, donde se encontró que la anestesia epidural se considera el estándar de oro para el alivio del dolor en el parto, en ausencia de una contraindicación médica, la solicitud materna es una indicación suficiente para el alivio del dolor durante el parto. La experiencia del parto, incluyendo la intensidad del dolor, es diferente para cada mujer y las medidas tomadas para aliviar el dolor quedan a elección de cada individuo. Es una buena práctica considerar el uso de diversas terapias complementarias como relajación, música, yoga y audio analgesia. Conclusiones: La analgesia epidural podría ser más eficaz para reducir el dolor durante el parto y aumentar la satisfacción materna con el alivio del dolor en comparación con los métodos no epidurales. Se necesita más investigación sobre este tema, ya que actualmente es nueva, estos actúan en distintos lugares: los receptores de opiáceos y los axones neuronales.(23) Los anestésicos se diseminan desde el espacio epidural a través de las meninges hasta el líquido cefalorraquídeo, donde producen un efecto de bloqueo nervioso. En cambio, los opiáceos se conectan a los receptores acoplados a proteínas G, lo que produce una inhibición de la enzima adenil-ciclasa, causando una disminución del adenosín monofosfato cíclico. Esto lleva a la inhibición de los canales de calcio de voltaje, bloqueando la liberación de neurotransmisores presinápticos, al tiempo que se activan los canales de potasio intracelular, lo que causa una hiperpolarización postsináptica.(24)

Efectos adversos:

1. - Hipotensión: Aproximadamente el 10% de los bloqueos epidurales y espinales aplicados durante el parto pueden producir hipotensión. Esto sucede por los efectos de los anestésicos locales en las fibras simpáticas y la disminución de las catecolaminas endógenas, lo que reduce el flujo sanguíneo hacia el útero. (20)

2. - Toxicidad debido a anestésicos locales: La ocurrencia de este efecto es de 1 en 250000 y ocurre cuando el anestésico local se introduce en un vaso sanguíneo o se administran dosis altas. (20)

3. - Cefalea espinal: Ocurre en hasta el 70% de las mujeres como resultado de la punción de la duramadre con agujas de gran tamaño. (20)

4. - Inhibición motora: La anestesia epidural tradicional con bupivacaina al 0.25% está relacionado con un aumento en el bloqueo motor. (20)

5. - Dolor lumbar: Un 69% de las pacientes manifiestan molestias en la espalda. Estudios muestran que hasta el 40% de las mujeres sufren dolor lumbar dos meses tras dar a luz. (20)

6. - Impactos en el recién nacido: Estudios han demostrado que los puntajes de Apgar al minuto y a los cinco minutos son considerablemente inferiores en los recién nacidos cuyas madres recibieron analgesia epidural, además se ha vinculado con la necesidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. (25)

Indicaciones para la analgesia epidural:

- Pre-eclampsia (sin trombocitopenia grave ni problemas de coagulación)
- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30
- Ruta aérea de difícil acceso previamente identificada o otros peligros para la anestesia general.
- Caso de parto vaginal tras cesárea previa.

- Enfermedades cardiovasculares, encefálicas o pulmonares en la madre(4)

Métodos para administrar analgesia durante el parto:

- • bolo intermitente
- • Control de analgesia epidural por el paciente (PCEA)
- • Bolos epidurales programados de manera intermitente (PIEB): Este enfoque consiste en la administración de bolos estandarizados en intervalos establecidos, funcionando como un sistema automático para proporcionar analgesia epidural mediante una mezcla de anestésico local y opioides, en momentos determinados de antemano. Esta técnica es más efectiva que la infusión continua, puesto que proporciona un alivio igual o superior con una dosis menor de medicación, además de disminuir el bloqueo motor. (4)
- • Infusiones constantes: Implica administrar una dosis continua de medicamento a través de una bomba de infusión, sin depender del grado de dolor que pueda aparecer. Este método es ineficaz para el dolor agudo, que es fuerte pero breve (menos de 20/30 minutos) (26)

Analgesia No farmacologica

El propósito fundamental de las terapias sin medicación es disminuir el sufrimiento (sensaciones de peligro físico o psicológico, temores a perder el control, miedos a la muerte o al fallecimiento del feto). La ventaja radica en que generan escasos efectos adversos. Algunas de estas prácticas abarcan la acupuntura, la inmersión en agua, y la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea. Asimismo, las técnicas de respiración que se enseñan en las clases de preparación para el parto, así como la música y la aromaterapia, pueden apoyar a las mujeres en la aceptación del dolor del parto. (27)

Formulación del problema

Problema general

- ¿Cuál es el impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y las complicaciones maternos perinatales?

Problemas específicos:

- ¿La analgesia de parto afecta la progresión del trabajo de parto?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en pacientes con analgesia de parto?
- ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en hijos de pacientes con analgesia de parto?
- ¿Cuáles son las complicaciones puerperales en pacientes que recibieron analgesia de parto?

Hipótesis

Hipótesis nula

El uso de la analgesia de parto no produce un impacto en el trabajo de parto y no está asociado a complicaciones materno perinatales.

Hipótesis alternativa

El uso de la analgesia de parto produce impacto en el trabajo de parto y está asociado a complicaciones materno perinatales.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Determinar el impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y las complicaciones maternos perinatales

Objetivos específicos

- Verificar si La analgesia de parto afecta la progresión del trabajo de parto
- Enumerar las complicaciones obstétricas en pacientes con analgesia de parto.
- Enumerar las complicaciones perinatales en hijos de pacientes con analgesia de parto
- Especificar las complicaciones puerperales en pacientes que recibieron analgesia de parto

Evaluación del problema

Este estudio es fundamental porque muchos hospitales aún no han adoptado esta opción que ayuda a reducir el dolor durante el parto. Esto podría llevar a una reducción de las cesáreas programadas, que se vinculan con el dolor y las experiencias de las mujeres durante el nacimiento.

Justificación e importancia del problema

Justificación legal

El proyecto presente posee importancia legal debido a su vínculo con el derecho a recibir atención completa durante el parto. Esta es una manera de optimizar la vivencia de las mujeres y minimizar el sufrimiento, lo que favorece un progreso positivo del nacimiento, dando como resultado una mejor salud para la madre y el infante. Es crucial que este proceso se lleve a cabo únicamente después de haber obtenido el consentimiento informado de la paciente, quien debe recibir toda la información necesaria sobre las ventajas y los posibles

riesgos.

En Perú, este aspecto cobra relevancia en la legislación y regulaciones técnicas, como la Ley General de Salud y las Guías de Práctica Clínica del MINSA. Estas normativas exigen a las instituciones de salud garantizar que se ofrezca la analgesia apropiada para este rango de edad.

Justificación teórico científico

La información científica actual respalda la efectividad y seguridad de la analgesia, incluida la epidural, para reducir el dolor en el parto y el trabajo de parto.

Varios estudios evidencian la severidad del dolor durante el parto, empleando instrumentos de medición del dolor como el cuestionario de McGill. Estos estudios muestran que la percepción del dolor puede variar según diversos factores, como si la mujer está en su primer parto, el progreso del mismo y la implementación de técnicas de psicoprofilaxis. Por esta razón, entidades como el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia consideran la analgesia como esencial.

Justificación práctica

Un control efectivo del dolor permite a la paciente involucrarse de manera activa en el proceso de parto, previniendo la fatiga antes de llegar a las fases finales. Asimismo, esto convierte la experiencia en algo más llevadero, reduciendo la posibilidad de que el estrés postraumático lleve a elecciones como optar por una cesárea electiva en embarazos posteriores.

III. CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo analítico de casos y controles.

3.2 Diseño de la investigación: Observacional , retrospectivo

3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución: Nuestra población está conformada por gestantes que se encuentra en trabajo de parto del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé que acepten ser parte del estudio durante el 2024.

3.4 Población a estudiar:

Casos: Estará conformado por Gestantes que culminaron su trabajo de parto vía eutócica que recibieron analgesia de parto y firmaron su consentimiento luego de brindarles una adecuada información.

Controles: Conformado por pacientes que no desearon recibir analgesia de parto y que evolucionaron espontáneamente el trabajo de parto.

3.5 Muestra de estudio o tamaño muestral:.

Se utilizará un muestreo aleatorio probabilístico. En el Hospital Nacional Docente Madre Niño en 2025, según la unidad de estadística, se registró un total de 3771 nacimientos, de los cuales 1941 (51.4%) fueron partos espontáneos y 1830 (48.5%) fueron a través de cesárea. De estas, 567 (38%) pacientes eligieron la analgesia durante el parto.

Determinar la muestra con un 95% de nivel de confianza, un margen de error del 5% y una heterogeneidad del 50%, donde el tamaño de la muestra estará formado por el universo debido al número de pacientes atendidos, por lo que habrá 567 pacientes en el grupo de casos y controles

3.6 Criterios

3.6.1 criterios de inclusión:

- Pacientes con culminación de parto eutócico A termino .
- Pacientes que firmaron consentimiento informado para recibir analgesia de parto.
- Pacientes adolescentes que cuenten con consentimiento firmado por tutores.
- Pacientes que brinden autorización para participar del estudio

3.6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuente con registro de consentimiento informado para la colocación de la analgesia de parto.

3.7 Variable de estudio

3.7.1 independiente

- Edad materna
- Lugar de procedencia
- Ocupación
- Paridad
- Edad gestacional
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Número de controles prenatales

- Ganancia de peso
- IMC
- Complicaciones embarazos previos

3.7.2 Dependiente

- Duración de Fase activa
- Duración de expulsivo
- Duración de alumbramiento
- APGAR de neonato
- Presencia de desgarro perineal
- Realización de episiotomía
- Monitoreo intraparto
- Hemorragia post parta

3.7.3 Interviniente

- Vía de culminación de Parto
- Tipo de Trabajo de parto disfuncional

3.8 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Naturalez	Forma de	Indicador	Escala de Medición	Instrumento de medición	Expresión de la Variable	Definición Operacional
Variables de la madre								
Edad	Término que se refiere a la duración de la vida de una persona.	Cuantitativa	Indirecta	Edad en años	De razón	datos de Historia clínica	Se expresa como: Edad: _____ años	El tiempo que ha vivido una persona se manifestará en años cumplidos que se hallan en historia clínica
Lugar de procedencia	Sitio donde una persona, en condiciones habituales vive en la actualidad	Cualitativa	indirecta	Lugar de procedencia	De razón	datos de Historia clínica	Se expresa como : a) Lima b) Provincia : _____	Indicará el lugar de donde vive
Ocupación	Acto y efecto de ocupar o de ocuparse.	Cualitativa	Indirecta	Distintas ocupaciones de la encuestada	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: Ocupación: _____	Se indicará la actividad en la que trabaja la persona encuestada.

Grado de instrucción	es el nivel más alto de estudios completados o en proceso	Cualitativa	Indirecta	Distintos grados de instrucción de la encuestada	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se manifestara como: a) analfabeto b) educacion Primaria c) educacion Secundaria d) técnico e) superior	la variable nivel de educación señalará el más alto grado educativo que posee la persona encuestada
Paridad	Número de hijos que han nacido vivos	Cuantitativa	Indirecta	Número de hijos que tiene la madre	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se manifestara como: Formula obstétrica: G_P_____	El variable cantidad de hijos señalará cuántos hijos tiene la madre

Tiempo de gestación	Es el tiempo que pasa desde la implantación del cigoto en el útero hasta el instante del parto	Cuantitativa	Indirecta	Edad gestacional en semanas hasta el parto	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se manifiesta como: ____ semanas de embarazo hasta el nacimiento a) Pre termino b) A termino c) Post termino	Señalará el periodo en meses de embarazo hasta que ocurrió el nacimiento
Antecedentes personales	recolección de datos acerca de la salud de un individuo, que abarca información sobre enfermedades, alergias y operaciones.	cualitativa	indirecta	Señalar los antecedentes médicos y relevantes anteriores.	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Antecedentes personales :_____	Indicará los antecedentes patológicos y resaltantes previos

Antecedente familiares	el archivo de las enfermedades y condiciones que han impactado a los parientes biológicos de una persona, ya sean vivos o muertos.	cuantitativa	indirecta	Señalar los antecedentes patológicos familiares y notables previos.	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Antecedentes Familiares : _____	Indicará los antecedentes familiares patológicos y resaltantes previos
Ganancia de peso	Aumento del peso corporal, ya sea por un incremento de la masa muscular, la acumulación de grasa, un exceso de líquidos o una mezcla de estos elementos.	cuantitativa	Indirecta	Peso en kg	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	El peso se representará como: GP: ____ kg	Diferencia entre el peso al inicio y al final.

IMC	es una medida que vincula el peso de un individuo con su altura	Cuantitativa	Indirecta	Talla en cm	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	La IMC se representa: IMC : 1) Sobrepeso 2) Obesidad I 3) Obesidad II 4) Obesidad III	La medida señalará la división del peso entre la talla al cuadrado.
Número de controles prenatales	Controles realizados al paciente en el área alto riesgo obstétrico	Cuantitativa	Indirecta	La cantidad de controles realizados	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	La variable se expresará como: ____ controles prenatales	La variable establecerá el seguimiento prenatal
Complicaciones en embarazo previo	Las complicaciones incluyen desde condiciones de salud previas hasta complicaciones particulares de la gestación.	Cualitativa	indirecta	Especificar las complicaciones previas en embarazos anteriores	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Antecedente de complicaciones previas : _____ _____ _____	La variable establecerá complicaciones previas de embarazos anteriores

Tiempo de Fase activa	se distingue por el tiempo de una dilatacion más rapida del cuello uterino, y contracciones más intensas y frecuentes, comenzando desde 4 cm (OMS)	Cuantitativa	indirecta	horas	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresa como: _____Hrs	Indicará el tiempo ha ocurrido desde el dilatado 4 hasta que se produzca el parto
Tiempo de expulsivo	Comienza cuando el cuello del útero está totalmente dilatado (10 cm) y concluye con el parto del bebé.	cuantitativa	indirecta	horas	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresa como: _____HRS	Indicara el tiempo ocurrido desde el dilatado 10 hasta la salida del recién nacido

Tiempo de alumbramiento	es la etapa final tras el nacimiento del bebé en la que se elimina la placenta y las membranas fetales.	cuantitativa	indirecta	Minutos	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresa como: _____min	Indicará el tiempo ocurrido desde la salida de producto hasta alumbramiento
APGAR neonatal	Evaluación estándar de la salud del recién nacido al primer y quinto minuto tras el nacimiento.	Cuantitativo	indirecta	Puntaje 1 al 10	De razón	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: APGAR: _____	La variable indicará el puntaje Apgar de minuto y 5 min para ver la necesidad de reanimación

Lesion perineal	Un desgarro perineal es una ruptura de la piel y otras estructuras de tejido blando que, en las mujeres, divide la vagina del ano.	Cualitativa	indirecta	Grados de desgarro perineal	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: a) Desgarro perinela I grado b) Desgarro perineal II Grado c) Desgarro perinela III Grado d) Desgarro perineal de IV grado	Indicara el grado de lesión producido en periné
Realizacion de episiotomia	Corte quirúrgico en la vulva que se realiza en algunos partos para ayudar a la salida del feto y prevenir desgarros en el perineo.	Cualitativa	inDirecta	Presencia o ausencia de episotomia	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: f) Si g) No	La variable indicara la presencia o ausencia de episiotomía

Monitoreo intraparto	monitoreo electrónico y un seguimiento constante de la frecuencia cardíaca fetal y la contracción uterina.	Cualitativa	Indirecta	Indica el estado fetal de feto	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: a) CATEGORIA I b) CATEGORIA II c) CATEGORIA III	Indicará el categoría de bienestar fetal según los parámetros establecidos
Hemorragia pos parto	Sangrado inusual que provoque cambios hemodinámicos en la puerpera.	Cualitativa	Indirecta	Presencia de criterios para catalogar hemorragia a post parto	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	Se expresará como: a) Si b) No	El variable número la presencia o ausencia de hemorragia durante el puerperio

Via de culminación de parto	Se puede llevar a cabo de forma eutócico mediante parto vaginal o a través de cesárea.	Cualitativa	Indirecta	Vis de culminación de parto	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	La variable se expresará Via de parto : a) Parto eutócico b) Parto por cesárea	Establecerá la vía de parto de feto
-----------------------------	--	-------------	-----------	-----------------------------	---------	---	---	-------------------------------------

Tipo de disfunción de parto	Toda alteración del avance habitual del trabajo de parto	Cualitativa	Indirecta	Tipo de disfunción	Nominal	A través de la información registrada en la Historia clínica.	La variable se expresará : Tipo de trabajo de parto disfuncional : a) Fase latente prolongada b) Retraso de la fase activa c) Descenso retrasado d) Detención secundaria de dilatación e) Detención de descenso Falla de descenso	La variable evidenciará el tipo de trabajo de parto disfuncional
							f)	

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se elaborará una base de datos en Excel para recolectar información. Esta información provendrá de fuentes primarias, que incluirán las historias clínicas de acuerdo a las variables que se van a investigar. Se examinarán datos como la historia clínica, el partograma que mostrará cómo avanza el trabajo de parto, el informe del parto, los registros de monitoreo y los consentimientos para los procedimientos, entre otros.

3.10 Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de la información, se empleará el software STATA, y se llevarán a cabo pruebas estadísticas que facilitarán la comparación entre el grupo de mujeres embarazadas que optaron por la analgesia durante el parto (casos) y aquellas que no la utilizaron, prefiriendo dejar que el trabajo de parto avanzara de manera natural.

Se llevará a cabo un análisis univariado en el que se estudiarán cada variable de forma aislada para detectar las diferencias entre los casos y el grupo de control en relación con la evolución del trabajo de parto.

Asimismo, se calculará la razón de momios (OR) para determinar si la administración de la analgesia durante el parto ayudó o empeoró el progreso adecuado del trabajo de parto y su conexión con las complicaciones tanto maternas como perinatales.

IV CAPITULO

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de acciones

- Introducir el Plan de investigación a la unidad de enseñanza e investigación del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé
- Obtención de la autorización del proyecto de investigación por el comité de ética del

Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé.

-Revisión de las historias clínicas y establecimiento de una base de datos

-Examen de la base de datos

-Elaboración de resultados y conclusiones

-Difusión de los resultados

4.2 Asignación de recursos

4.2.1 recursos Humanos

Se requerirá personal médico para llevar a cabo la recopilación de información y la revisión de los historiales clínicos, con el fin de obtener los datos importantes para la base de datos. Además, será necesario contar con un experto en estadística clínica para el análisis de la información que se recogerá.

4.2.2 Recursos materiales

Necesitaremos usar una computadora que cuente con conexión a internet y materiales de escritorio para las actividades planeadas.

4.2 Presupuesto o costo del proyecto

El presupuesto estimado se determinará en el siguiente cuadro:

INSUMOS	COSTO
Material de escritorio	100
Internet inalámbrico mensual	600
refrigerios	500

Movilidad	300
Programa STATA	500

4.3 cronograma de actividades

El cronograma de la investigación se muestra en el Cuadro N.º 1.

Cuadro N.º 1. Esquema Gantt para cronograma de ejecución

	Octubre- noviembre	DICEMBRE	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL
Elaboración del protocolo (busqueda bibliografica, objetivos, problema, fundamentación)	X	X	X			
Elaboracion de herramienta		X	X	X		
Presentacion al comité de etica				x		
Revision de historias clinicas					X	
Analisis						X
Informe						X

V. CAPITULO V

Referencias bibliográficas (estilo Vancouver)

1. Rodríguez, G. , Camacho, F. , & Umaña, C. (2020). Obstetric pain relief for vaginal delivery: effectiveness and negative effects. Sinergia Medical Journal. Vol. 5. No. 1. e332. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.332>. <http://revistamedicasinergia.com>.
2. Melzack R, Schaffelberg D: Lower back discomfort during childbirth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1987; 156:901.
3. Sánchez Quirós, B. , López Herrero, R., & Lomo Montero, F. (2017). Onuoha OC. Epidural pain management for labor: Continuous infusion compared to programmed intermittent bolus. Anesthesiology Clinics; 35(1). doi:10.1016/j.anclin.2016.09.003 (PubMed), pp. 1-14.
4. Fernández, I. (2014). Opciones para aliviar el dolor durante el parto. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. Número 33. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf>, pp. 400-406.
5. Kingsley, C. , McGlennan, A. , Brown, J. , & Abir, G. (2017). Principios de la analgesia epidural en el proceso de parto. Anestesia en Obstetricia. Tutorial 365. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/365_spanish.pdf, pp. 1-
6. Rodríguez, C. Villafañe, F. Relación entre la analgesia epidural y las complicaciones mecánicas en el parto. Proyecto final de grado. México: Universidad Autónoma de Valladolid. [Internet] 2018. [Accedido el 09 de septiembre de 2024]; 2-4p. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30313/TFG-M.-M1146.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Comparación de analgesia epidural y alternativas o falta de analgesia en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

8. García C, Valerio M. La familia se expande. El mundo salud [sitio web consultado el 12/2/07]. Accesible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2003/03/partos/index.html>
9. Riordan J. Análisis de la analgesia peridural y la lactancia. Liga internacional de la leche [consultado el 09/09/2024]. Accesible en: <http://encolombia.com/pediatrica35100liga.htm>
10. Wang BP, Li QL, Hu YF. Efecto de la anestesia epidural durante el parto sobre la lactancia. Di yi Jun Yi Da Xue Xue Bao. enero de 2005;25(1):114-5. [Consultado en PubMed]
11. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el cuidado perinatal: Manual esencial para la atención antenatal, perinatal y postparto. En: Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la OMS sobre el cuidado perinatal: el curso esencial de atención antenatal, perinatal y postparto. Birth 2001; 28: 202-7 [consultado el 09/09/2024]. Accesible en: <http://www.relacahupan.org/oms2a0.doc>
12. Fernández Medina IM. Opciones de analgesia para el dolor durante el parto. Enfermería Global. 01 de enero de 2014;13(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531>
13. Christiansen P, Klostergaard KM, Terp MR, Poulsen C, Agger AO, Rasmussen KL. Memoria prolongada del dolor del parto. Ugeskr Laeger 2002;164(42):4927-9.
14. Palomo Rodríguez MF, Arnáez de la Cruz M, Frías Sánchez Z, Del Río Romero I, Navalón Bonal Z, Polo Ballarín P, et al. Anestesia epidural como un factor que impacta en el trabajo de parto y en los resultados materno-fetales posteriores. Prog Obstet Ginecol 2019;62(6):527-532. DOI: 10.20960/j.pog.00241
15. Chico F. Revisión sobre analgesia durante el trabajo de parto. Médico. Cuenca-Ecuador. Universidad Católica de Cuenca. 2023. [consultado el 11 de septiembre de 2024]. Accesible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/c7bab6ea-cdf7-4b89-afcd-b7eb06ab95a3>
16. Osuna-Zazueta M, Jaime-Alejo F, Pérez-Neri I. El uso temprano de analgesia no detiene el parto en mujeres que tienen su primer bebé. Gaceta Médica de México. 2013;149. Consultado el 11 de septiembre de 2024. Accesible en: https://www.researchgate.net/profile/IvanPerezNeri/publication/258922504_Early_analgesia_does_not_block_labor_in_first_pregnancies/links/0f317536b9

17. E. Gredilla, Pérez Ferrer, B. Martínez, E. Alonso, F. Gilsanz, J. Díez. Satisfacción materna respecto a la calidad de la analgesia epidural en el control del dolor durante el parto. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, Volumen 55, Número 3, marzo de 2008, Páginas 160-164. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(08\)70534-6](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(08)70534-6)
18. Gómez, P; Echevarría, M; Calderón, J; Caba, F; Martínez, A; Rodríguez, R. Análisis comparativo de la efectividad y seguridad de la analgesia epidural continua frente a la analgesia intradural-epidural en el trabajo de parto. *Rev. esp. anestesiología y reanimación*; 48(5): 217-222, mayo de 2001.
19. Gabbe, S. Niebyl, J. Simpson, J. Landon, M. Galan, H. Jauniaux, E. et al. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. Séptima edición. España, pp. 361-376.
20. Pérez, L. Juvé, M. Roé, M. Domenech, A. El dolor de parto: revisión del concepto. *Matronas Prof.* [Internet]. 2015. [Consultado el 12 de septiembre de 2024];16(2): 61-67. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/articulo-especial-dolor-de-parto.pdf>
21. Rodríguez, C. Villafañe, F. Relación entre la analgesia epidural y las complicaciones mecánicas en el parto. Trabajo final de grado. México: Universidad Autónoma de Valladolid. [Internet] 2018. [Consultado el 12 de agosto de 2024];2-4p. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30313/TFG-M. M1146.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Butterworth, J. Mackey, D. Wasnick, J. (2014). *Anestesiología Clínica de Morgan y Mikhail*. Quinta edición. México, 844, 748-752.
7. Harkouk H, Pares F, Daoudi K, Fletcher D. Farmacología de los opioides. *EMC - Anestesia-Reanimación*. 2018 04;44(2):1-24. [https://doi.org/10.1016/s1280-4703\(18\)89443-9](https://doi.org/10.1016/s1280-4703(18)89443-9)
23. Herrera-Gómez A, García-Martínez O, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos

E, Ruiz C, Ocaña-Peinado F. A retrospective investigation into how epidural pain relief during labor relates to issues for newborns. *Midwifery*. June 2015; 31(6): 613-616. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.013>

24. Cátedra García, E. (2020). The effectiveness of continuous epidural analgesia compared to scheduled intermittent boluses and self-administered boluses in labor management. An integrative review. Universitat Jaume I. Bachelor's thesis. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/189532/TFG_2020_CatedraGarcia_Elena.pdf?sequence=1&isAllowed=y, pp. 75.

25. Chu A, Ma S, Datta S. Pain relief during labor and delivery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. June 2017; 27(6): 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.04.001>

VI. CAPITULO VI

ANEXOS

6.1 Definición de términos

- **Analgesia de parto:** Se trata de métodos que tienen como objetivo ofrecer una reducción del dolor durante el trabajo de parto.
- **Anestesia epidural:** Este procedimiento implica el bloqueo temporal de las raíces nerviosas que transmiten el dolor durante el parto, mediante la inyección en el área epidural.
- **Trabajo de parto:** Es el proceso de parto es la serie de cambios fisiológicos que culminan en la salida del feto y la placenta del útero materno.
- **Trabajo de parto anormal:** Se refiere a cualquier alteración en el avance habitual del trabajo de parto. Esto puede incluir una dilatación cervical que sea lenta o se detenga, un descenso del feto que se retrase, o una expulsión del feto que sea más larga de lo esperado.
- **Cesárea:** La cesárea es un tipo de cirugía en la que se hace una incisión en el abdomen y el útero de la madre para la extracción de uno o varios fetos.
- **Parto eutócico:** Este tipo de parto comienza y progresa de manera natural, sin complicaciones ni intervenciones médicas innecesarias, desde el inicio del trabajo de parto hasta que se expulsa la placenta.
- **Evaluaciones de bienestar fetal:** Las evaluaciones de bienestar fetal son herramientas esenciales para vigilar la salud del bebé y asegurar que el embarazo transcurra de manera saludable.

6.2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: IMPACTO DE LA ANALGESIA DE PARTO EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN LAS COMPLICACIONES MATERNOOPERINATALES

OBJETIVO. Determinar impacto de la analgesia de parto en el trabajo de parto y en las complicaciones maternoperinatales

Hola, soy un residente de segundo año en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y estoy llevando a cabo la especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). En este momento, como parte de mis estudios de posgrado en esta universidad, estamos realizando una investigación.

Con el fin de cumplir con nuestros objetivos, solicito su autorización para utilizar los datos de su historia clínica. Todos los datos que recojamos se utilizarán únicamente para la investigación. Esta información será tratada con total confidencialidad.

() Consiento voluntariamente el uso de los datos de mi historia clínica

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de ____.

6.3 Matriz de consistencia

Matriz de Consistencia

Tema: IMPACTO DE LA ANALGESIA DE PARTO EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN LAS COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES LIMA 2025

1. Variable 1: Impacto
2. Variable 2: Analgesia de parto
3. Ubicación social: Gestantes en trabajo de parto
4. Ubicación espacial: Lima
5. Ubicación temporal: 2025
6. Nivel (Tipo de estudio): ANALITICO

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
General ¿Cuál es el impacto de la	General Determinar el impacto de la	General Existe un impacto	Impacto	1. Impacto social	• Edad • Ocupación • Lugar de procedencia	Datos consignados en HCL

analgésia de parto durante el trabajo de parto y las complicación materno fetales	analgésia de parto durante el trabajo de parto y las complicación materno fetales	negativo de la analgesia de parto durante el trabajo de parto y las complicación materno fetales				
				2.-impacto materno	• Duración de fase activa • Duración de periodo expulsivo • Duración de periodo de alumbramiento • Desgarro perineal • Realización de episiotomía • Hemorragia post parto	
				3.- Impacto neonatal	• APGAR neonatal •	

				4.- Impacto económico	Vía de culminación de parto	
Especificos	Especificos	Especificas	dependientes	Trabajo de parto	Presencia de trabajo de parto disfuncional	Historia clínica
	¿La analgesia de parto afecta la progresión del trabajo de parto?	La analgesia de parto afecta negativamente la progresión de trabajo de parto				
	¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en pacientes con analgesia	La analgesia de parto incrementa las tasas de cesáreas				

	de parto?	por trabajo de parto disfuncion al y predispone traumas obstétrico s				
	¿Cuáles son las complicacion es perinatales en hijos de pacientes con analgesia de parto?	La analgesia de parto predispone a necesidad de reanimació n neonatal por puntaje de APGAR				

	¿Cuáles son las complicaciones puerperales en pacientes que recibieron analgesia de parto?	La analgesia de parto está asociado a complicaciones post parto como hemorragias, y lesiones perineales				