

Resultados obstétricos y neonatales asociados con la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto

Desfechos obstétricos e neonatais associados à analgesia neuroaxial no trabalho de parto

Obstetric and neonatal outcomes associated with neuraxial analgesia during labor

Guilherme Frederico Abdul Nour^I ; Maíra Maria Leite de Freitas^{II} ; Luana de Sousa Oliveira^{III} ;
Cynthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche^{IV} ; Juliana Oliveira Brito^I ; Laura Pinto Torres de Melo^I ;
Tatiane da Silva Coelho^I ; Ana Kelve de Castro Damasceno^I 

^IUniversidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil; ^{II}Centro Universitário Estácio, Canindé, CE, Brasil;

^{III}Hospital Hapvida, Fortaleza, CE, Brasil; ^{IV}Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar resultados obstétricos y neonatales asociados al uso de analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto. **Método:** estudio descriptivo, documental con enfoque cuantitativo, realizado entre marzo y agosto de 2022, con análisis descriptivo e inferencial de datos y aprobación Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** en 240 parturientas, la técnica más utilizada fue epidural (87%), 70% de las parturientas evolucionó a parto vaginal, 44,2% fue sometida a amniotomía, 35% utilizó oxitocina y 10,2% presentó pérdida de movilidad. En cuanto a los recién nacidos, 36,2% requirió intervenciones, en 99% fue aspiración de las vías respiratorias, 10,3% ventilación con presión positiva y 9,1% cateterismo venoso; 3,3% fue remitido a la unidad de cuidados intensivos neonatales. **Conclusión:** el uso de analgesia neuroaxial demostró ser seguro y se puede utilizar para controlar dolor en parturientas, a reducir las cesáreas electivas, no influyó negativamente en los resultados maternos y neonatales, pero se relacionó con mayor tendencia a intervenciones obstétricas, en comparación con las embarazadas que no la utilizaron.

Descriptor: Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto; Dolor de Parto; Analgesia Obstétrica; Recién Nacido.

RESUMO

Objetivo: analisar os desfechos obstétricos e neonatais associados ao uso de analgesia neuroaxial durante o trabalho de parto. **Método:** estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de março e agosto de 2022, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Dados analisados descritiva e inferencialmente. **Resultados:** entre 240 parturientes, a técnica peridural foi a mais utilizada (87%), 70% das parturientes evoluíram com parto vaginal, 44,2% realizaram amniotomia, 35% utilizaram ocitocina e 10,2% apresentaram perda da mobilidade. Sobre os recém-nascidos, 36,2% necessitaram de intervenções, com 99% de (aspiração de vias aéreas, 10,3% ventilação por pressão positiva e 9,1% cateterismo venoso; 3,3% foi encaminhado para unidade intensiva neonatal. **Conclusão:** o uso da analgesia neuroaxial mostrou-se seguro, podendo ser ofertada para controle da dor de parturientes, a fim de reduzir cesáreas eletivas, não tendo influência negativa para o desfecho materno e neonatal, porém esteve relacionada com maior tendência a intervenções obstétricas, quando comparada com gestantes que não a utilizaram.

Descriptor: Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto; Dor do Parto; Analgesia Obstétrica; Recém-Nascido.

ABSTRACT

Objective: to assess obstetric and neonatal outcomes associated with the administration of neuraxial analgesia during labor. **Method:** a descriptive, documentary study with a quantitative approach, conducted between March and August 2022, following approval by the Research Ethics Committee. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** among 240 laboring women, the epidural technique was the most frequently employed (87%). Vaginal delivery occurred in 70% of cases, 44.2% underwent amniotomy, 35% received oxytocin, and 10.2% experienced reduced mobility. In relation to newborns, 36.2% required medical interventions, 99% airway suctioning, 10.3% positive pressure ventilation, and 9.1% venous catheterization. Additionally, 3.3% were admitted to a neonatal intensive care unit. **Conclusion:** neuraxial analgesia proved to be a safe method for pain management during labor and may contribute to reducing elective cesarean deliveries. Its use did not negatively impact maternal or neonatal outcomes; however, it was associated with a higher likelihood of obstetric interventions when compared to women who did not receive it.

Descriptors: Obstetric Nursing; Labor, Obstetric; Labor Pain; Analgesia, Obstetrical; Infanti, Newborn.

INTRODUCCIÓN

El parto es un acontecimiento natural en la vida de una mujer y su familia, que está rodeado de expectativas y ansiedad por lo nuevo y por el miedo al dolor durante el proceso de parto. El dolor es una sensación subjetiva y puede estar influenciado por traumas y/o experiencias negativas de partos anteriores, además del contexto social y cultural en el que se encuentra inserta la mujer y su familia. Debido a esto, el dolor viene siendo ampliamente discutido en los últimos

tiempos porque genera inseguridad en la mujer en labor de parto y temor al parto vaginal, lo que provoca la derivación a cesárea electiva e innecesaria. Por ende, el manejo del dolor es uno de los principales objetivos de la atención durante el trabajo el parto¹.

Existen formas de aliviar el dolor y evitar posibles consecuencias negativas asociadas a él, como la hipoactividad uterina y las alteraciones del flujo útero-placentario². Entre las herramientas para aliviarlo durante el trabajo de parto se encuentran los métodos no farmacológicos y farmacológicos. Los primeros se utilizan para proporcionar un mayor alivio del dolor y permitirle a la mujer adoptar posiciones más cómodas, como el baño de pulverización/inmersión, la pelota suiza y la respiración consciente. El abordaje farmacológico está orientado a aliviar/eliminar la sensación física del dolor mediante sustancias y técnicas que pueden administrarse por vía sistémica (inhalaición, intravenosa o intramuscular) o regional (analgesia epidural, analgesia espinal o bloqueo del nervio pudendo)³.

Las técnicas neuroaxiales son actualmente el estándar de oro para el tratamiento analgésico intraparto, debido a que brindan mayor seguridad materno-fetal, alto potencial analgésico y le permiten a la mujer moverse libremente después de la aplicación⁴. Se describen como epidural, combinada raquídea-epidural, anestesia raquídea continua y epidural con punción dural, y el método de aplicación se define según la habilidad del anestesiólogo, la condición clínica de la parturienta y los fármacos disponibles⁵.

En Europa, el uso de analgesia del parto está mucho más extendido que en Brasil, considerando que, en territorio europeo, alrededor del 60% de las parturientas tienen acceso a analgesia farmacológica durante el trabajo de parto, mientras que en Brasil el acceso a esta técnica aún es bastante restringido⁶. Sin embargo, hubo un aumento significativo en los indicadores de analgesia del parto que brindan los servicios públicos brasileños en las regiones Norte y Nordeste, que pasó del 2% al 10%. En otras regiones, el aumento fue más moderado, pero alcanzó a una mayor proporción de mujeres, aproximadamente al 20%^{7,8}.

Por lo tanto, la analgesia neuroaxial surge como un instrumento para estimular y apoyar el parto vaginal, ya que el número de cesáreas continúa aumentando en Brasil. En 2022, hubo en el país 2.469.325 de nacimientos, de los cuales solo 1.031.991 (42,3%) fueron por parto vaginales y 1.437.334 (57,7%) fueron por cesárea, lo que demuestra el predominio de este tipo de parto en las mujeres brasileñas, superado a nivel mundial solo por República Dominicana⁹. En el estado de Ceará, solo una maternidad ofrece analgesia a través del Sistema Único de Salud (SUS), y la tasa va en aumento, pasó del 7,9 % de los nacimientos en 2021 a más del 20% en 2023¹⁰. En el sector sanitario privado, la analgesia está disponible en más maternidades, pero no hay datos disponibles para consultar el uso en las pacientes.

Cabe destacar que hay controversias sobre el uso de analgesia neuroaxial y los impactos que ocasiona en la evolución del trabajo de parto y en los resultados. Al respecto, se destaca la asociación entre analgesia y consecuencias obstétricas adversas, entre ellas hipotensión materna, prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto, mayor uso de oxitocina y mayor probabilidad de parto vaginal instrumentado o cesárea. Sin embargo, parte de la literatura indica que la analgesia aumenta, disminuye o incluso no interfiere en la duración del trabajo de parto^{4,8,11}.

Cabe destacar que no existe un consenso bien establecido sobre las consecuencias que tiene en las adaptaciones extrauterinas de los recién nacidos, que se evalúan mediante la prueba Puntaje de Apgar para identificar la vitalidad al nacer en el primer y quinto minuto de vida^{12,13}.

Por ser una experiencia humana subjetiva y muy particular, el dolor debe ser manejado de forma individual, humanizada y considerando las particularidades de cada mujer en trabajo de parto, dado que brindar cuidados desde esta perspectiva significa brindarle un apoyo seguro y de calidad, con confort físico y emocional, respetando y asistiéndola en la forma en como ella desea dar a luz y, principalmente, ofrecerle técnicas que puedan aliviar su dolor. Este tipo de atención es un derecho de las mujeres garantizado por el Ministerio de Salud de Brasil (MS), a través de la Red Alyne¹⁴.

Por lo tanto, la pregunta de investigación del estudio es: ¿Cuáles son los resultados obstétricos y neonatales asociados con el uso de analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto?

Considerando la relevancia de analizar estos resultados para calificar la asistencia y orientación profesional que se les brinda a las mujeres embarazadas y en trabajo de parto, con el fin de ofrecer formas seguras de alivio para la mujer y su bebé, que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, el presente estudio tuvo como objetivo analizar los resultados obstétricos y neonatales asociados con el uso de analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, documental y retrospectivo con enfoque cuantitativo. La población estuvo compuesta por 240 gestantes sometidas a analgesia neuroaxial de enero de 2019 a diciembre de 2021, en una maternidad pública de Fortaleza, Ceará, Brasil, institución reconocida por ser un centro que colabora con las Buenas Prácticas de Parto y Nacimiento recomendadas por el Ministerio de Salud.

Se incluyeron parturientas sometidas a analgesia neuroaxial y que tuvieron un solo feto en esa gestación y sin malformaciones conocidas antes del parto. Se excluyeron las mujeres cuya historia clínica no estaba disponible para consulta y/o con información incompleta.

La muestra se estimó mediante el cálculo de población finita, que es el proceso de determinar el tamaño apropiado de la muestra que se va a obtener de una población establecida, para garantizar que los resultados obtenidos sean representativos y estadísticamente válidos¹⁵.

Los registros de las mujeres que optaron por la analgesia farmacológica se obtuvieron de una base de datos del centro obstétrico, mediante una búsqueda en esos documentos y en el sistema de catalogación de historias clínicas Master®, que contenía información sobre analgesia, fecha del procedimiento y número de historia clínica.

Luego de esta etapa, los datos de las parturientas fueron ingresados en una tabla en el programa Excel® para Windows® versión 365, y para obtener la muestra de 240 gestantes se utilizó el software sorteador® gratuito, disponible en internet. La recolección de datos se realizó entre marzo y agosto de 2022, mediante un formulario semiestructurado, dividido en cinco bloques: (1) datos de identificación materna, (2) datos obstétricos, (3) datos de analgesia, (4) datos de trabajo de parto y parto, y (5) datos neonatales.

En el bloque 1 se recolectaron datos sobre edad, estado civil, raza, educación, origen y profesión. En el bloque 2, información sobre paridad, edad gestacional, antecedentes obstétricos, comorbilidades y consultas prenatales. En el bloque 3 se extrajo información inherente al uso de analgesia como: tipo, tiempo de uso, periodo clínico de inicio, así como dilatación cervical y altura de presentación. En el bloque 4 se recolectaron datos referentes al trabajo de parto bajo efecto de analgesia neuroaxial, tales como: asociación con métodos no farmacológicos, uso de oxitocina, amniotomía, duración del periodo expulsivo, realización de sondaje vesical, tipo de parto, posición adoptada durante el parto, realización de episiotomía, laceración del tracto y profesional asistente. En el último bloque se recolectó información sobre las condiciones del recién nacido, como: Puntaje de Apgar, peso, contacto piel con piel, pinzamiento oportuno del cordón umbilical, estímulo a la lactancia materna en la primera hora de vida, intervenciones y reanimación.

El análisis de los datos se realizó de forma descriptiva e inferencial, los datos se exportaron del software Research Electronic Data Capture (RedCap®) al Statistical Package for Social Science (SPSS®) para Windows® versión 22. Para evaluar las diferencias estadísticas entre el perfil clínico de las parturientas que recibieron analgesia y los resultados obstétricos, se cruzó la siguiente información: tipo de analgesia y reducción de los reflejos motores de los miembros inferiores de la parturienta; posición de parto y aparición de laceración; así como el peso fetal y el grado de laceración. En lo que respecta a los resultados neonatales, se realizaron asociaciones entre el puntaje de Apgar en el primer y quinto minuto de vida y el tipo de parto, así como el contacto piel con piel inmediato y el pinzamiento oportuno del cordón umbilical.

Se consideraron las frecuencias absolutas (n) y relativas (%), media y desviación estándar (DE) de las variables. El intervalo de confianza (IC) fue del 95%, con un nivel de significación del 5%, y los valores se presentaron como media \pm desviación estándar. Se utilizó la prueba exacta de Fisher en porcentajes mayores al 20% para verificar asociaciones entre grupos, se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. Por último, se presentan las variables analizadas en forma de tablas con sus porcentajes y números absolutos.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente y se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 240 parturientas que recibieron analgesia neuroaxial. En la Tabla 1 se muestra la caracterización de la muestra.

Se observa que la muestra estuvo compuesta por mujeres con una edad promedio de 23 años, que oscila entre 17 a 29 años. La mayoría estaba casada o en unión estable (61%) y se declaró morena (95,4%). La mayoría tenía de 10 a 12 años de estudio (60,5%), lo que corresponde a haber completado la educación secundaria, seguida de las mujeres que no habían estudiado o habían completado sólo la educación primaria (24,5%), que equivale al intervalo de cero a nueve años de estudio. Cabe destacar que una minoría tenía más de 12 años de estudio (15%), es decir, había iniciado o concluido la educación superior.

Tabla 1: Distribución de datos sociodemográficos y obstétricos de las parturientas de enero de 2019 a diciembre de 2021 (n=240). Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variables		n (%)
Estado civil	Unión estable o casada	147 (61,0)
	Soltera	93 (39,0)
Color autodeclarado	Moreno	229 (95,4)
	Blanco	6 (2,5)
	Negro	5 (2,1)
Años de estudio	0-9	59 (24,6)
	10-12	145 (60,0)
	+12	36 (15,0)
Número de embarazos	Primípara	172 (72,0)
	Secundípara	42 (18,0)
	Múltipara	26 (10,0)
Número de partos	Nulíparas	186 (77,5)
	Primípara	43 (18,0)
	Múltiparas	11 (4,5)
Control prenatal	Sí	33 (97,0)
	No	7 (3,0)
Número de consultas prenatales	≥7	164 (70,0)
	5-6	52 (22,7)
	≤4	17 (7,3)

Con respecto al control prenatal, el 97% realizó el seguimiento del embarazo con al menos una consulta y el 3% no realizó el seguimiento. En cuanto al número de consultas, de las 233 gestantes que recibieron atención prenatal, el 70% cumplió con las recomendaciones del MS, y asistió al menos a siete consultas prenatales¹⁴.

En las Tablas 2 y 3 se pueden ver los datos sobre el trabajo de parto, la analgesia y los resultados obstétricos analizados.

Tabla 2: Distribución de datos sobre parto, analgesia neuroaxial y resultados obstétricos de las parturientas (n=240). Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variables		n (%)
Uso de oxitocina	No	157 (65,0)
	Sí	83 (35,0)
Se realizó amniotomía (n=236)	No	130 (54,1)
	Sí	106 (44,2)
Se realizó amniotomía (n=106)	Después de la analgesia	62 (74,0)
	Antes de la analgesia	22 (26,0)
Episiotomía	No	159 (94,6)
	Sí	9 (5,4)
Tiempo del periodo de expulsión	Hasta 1 hora	53 (22,1)
	2-3 horas	46 (19,2)
	>3 horas	9 (3,7)
	Inconcluso	69 (28,8)
Tipo de parto	No entró en fase expulsiva	63 (26,2)
	Vaginal	168 (70,0)
	Cesárea	72 (30,0)
Indicación de cesárea (n=72)	Falta de progreso	46 (63,8)
	Sufrimiento fetal	16 (22,2)
	A pedido de la mujer	3 (4,1)
	Otros	9 (12,5)
Posición durante el parto (n=157)	Posiciones no verticales	111 (70,7)
	Posiciones verticales	40 (25,5)
	No registrada	06 (3,8)
Laceración (n=168)	Sí	134 (79,8)
	No	34 (20,2)
Grado de laceración (n=134)	I	50 (37,0)
	II	71 (53,0)
	III	12 (9,3)
	IV	1 (0,7)

Tabla 3: Distribución de datos sobre analgesia neuroaxial de las parturientas (n=240). Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variables		n (%)
Tipo de analgesia	Epidural/Peridural	210 (87,5)
	Raquídea	30 (12,5)
Fase del trabajo de parto en la que se inició la analgesia	Latente (1 - 5 cm)	51 (21,3)
	Activa (6 - 9 cm)	178 (74,2)
	Expulsiva (10cm)	11 (4,6)
Pérdida de movilidad después de la analgesia (n=175)	No	157 (89,7)
	Sí	18 (10,2)
Pérdida de reflejos fisiológico	No	194 (89,6)
	Sí	25 (10,4)

Se observó que el 87,5% de las parturientas utilizaron la técnica anestésica epidural o peridural, seguida de la raquídea (12,5%), la cual se utilizó predominantemente durante el periodo expulsivo. En cuanto a la fase del trabajo de parto en que se inició la analgesia se destaca la fase activa (74,2%). Respecto a la pérdida de movilidad, el 89,7% de las mujeres no perdió la movilidad después de la analgesia, mientras que el 10,2% sí. Cabe señalar que esta información sólo fue observable en una parte de la muestra (n=175), debido a la falta de registros.

En lo que respecta a la pérdida de reflejos, de las 240 parturientas, el 10,4% presentó pérdida de reflejos fisiológicos, por lo que requirió sondaje vesical. De las 210 mujeres a las que se les aplicó la técnica epidural, 19 presentaron pérdida de reflejos (9%). De las 30 que fueron sometidas a la técnica de anestesia raquídea, seis evolucionaron al resultado (20%), y fue proporcionalmente más prevalente en mujeres sometidas a anestesia raquídea.

Con respecto al uso de oxitocina, en el 35% de las parturientas bajo analgesia se utilizó para modificar la dinámica uterina. Además, se realizó amniotomía en el 44,2% de ellas, y el procedimiento se realizó después de analgesia neuroaxial en el 74% de las mujeres.

La mayoría de las gestantes tuvo parto vaginal (70%), de las cuales el 70,7% dio a luz en posiciones no verticales, como semisentada o decúbito lateral, y sólo el 25,5% dio a luz en posiciones verticales, como cuclillas, taburete, *Gaskin* y de pie. Del total de mujeres que tuvo parto vaginal, el 79,8% presentó laceraciones perineales, con mayor frecuencia laceraciones de segundo grado (53%). En las parturientas sometidas a cesárea (30%), la falta de progreso en el trabajo de parto fue la causa predominante (63,8%), seguida del sufrimiento fetal (22,2%).

El cruce de las variables posición al nacer y presencia de laceración no mostró relación estadísticamente significativa (p=0,710). Por otro lado, al asociar el peso fetal y la presencia de laceración perineal, se observó una relación estadística (p=0,012).

En las Tablas 4 y 5 se presentan los hallazgos relacionados con los datos neonatales de los recién nacidos de mujeres sometidas a analgesia farmacológica durante el trabajo de parto.

Tabla 4: Distribución de datos de intervenciones neonatales de parturientas sometidas a analgesia farmacológica durante el trabajo de parto de enero de 2019 a diciembre de 2021 (n=240). Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variables		n (%)
Datos del recién nacidos	Nacidos vivos	240 (100,0)
	Apgar al minuto de vida	
	Mayor o igual a 7	226 (94,2)
	6-4	14 (5,8)
Apgar a los 5 minutos de vida	Mayor o igual a 7	240 (100,0)
Procedimientos en el Centro Obstétrico (n=87)	Aspiración de las vías respiratorias	86 (99,0)
	Ventilación con presión positiva	9 (10,3)
	Cateterismo Venoso	8 (9,1)
	Otras maniobras de reanimación neonatal	9 (10,3)
	Onfalotomía	
	Pinzamiento oportuno del cordón umbilical	196 (82,0)
	Pinzamiento inmediato del cordón umbilical	42 (18,0)
Contacto piel con piel	Sí	164 (69,0)
	No	79 (31,0)
Soporte ventilatorio	<i>Oxy-Hood</i>	23 (9,6)
	CPAP	10 (4,2)

Nota: CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*.

Tabla 5: Distribución de datos de derivaciones neonatales de parturientas sometidas a analgesia farmacológica durante el trabajo de parto de enero de 2019 a diciembre de 2021 (n=240). Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Variablen		n (%)
Derivación a AC	Sí	198 (82,0)
	No	42 (18,0)
Admisión en la UCIN	Sí	8 (3,3)
	No	231 (96,7)
Duración de la estancia en la UCIN (n=8)	<4 días	6 (75,0)
	≥ 4 días	2 (25,0)
Admisión en la UCINCO	Sí	27 (11,0)
	No	213 (89,0)
Duración de la estancia en la UCINCO	<4 días	23 (85,2)
	≥ 4 días	4 (14,8)

Notas: AC - Alojamiento conjunto; UCIN - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; UCINCO - Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Convencionales.

Se observa que, de los 87 recién nacidos (RN) que requirieron intervenciones al nacer, los procedimientos realizados fueron: aspiración de las vías respiratorias (VR) (99%); ventilación con presión positiva (VPP) (10,3%); cateterización venosa (9,1%); y otras maniobras de reanimación (10,3%). Después de estabilizar al recién nacido, algunos requirieron soporte ventilatorio, como el uso de *Oxy-Hood* (9,6%) o *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) (4,2%).

Sólo el 3,3% de la muestra total, fue derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y el 11% fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Convencionales (UCINCO), donde el tiempo de estadía en el sector fue mayoritariamente menor a cuatro días (85,2%).

En los recién nacidos de mujeres que dieron a luz por parto vaginal, predominó el Apgar ≥7 en el primer minuto (93%), mientras que el 7% presentó Apgar entre cuatro y seis, no se registraron valores ≤3. En cuanto a las parturientas sometidas a cesárea, el 96% de los recién nacidos presentaron Apgar ≥ 7, el 4,2% entre cuatro y seis, y ningún recién nacido obtuvo Apgar ≤ 3. En los casos de partos vaginales instrumentales (n=11), todos los recién nacidos obtuvieron Apgar ≥7.

La prueba de asociación entre el tipo de parto y el puntaje de Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida no mostró relevancia estadística (p = 0,775), al igual que la de las variables tipo de parto y pinzamiento del cordón (p = 0,092). Por otra parte, el resultado de la relación entre el tipo de parto y el contacto piel con piel fue significativo (p<0,001).

DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos obtenidos en el presente estudio coinciden con los hallazgos de la Encuesta Nacional por Muestreo de Domicilios, ya que la mayoría de la población brasileña se declara con piel morena, seguida de piel blanca y negra¹⁶. Al mismo tiempo, coinciden con los resultados de un estudio cuantitativo realizado en una maternidad del interior de Ceará, con registros médicos de 1.137 parturientas, que identificó que predominaban mujeres con nivel educativo hasta la secundaria y en unión estable¹⁷. Estas características son relevantes para los profesionales de la salud que les brindan orientación a las gestantes sobre el embarazo, parto y nacimiento, ya que el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad y el estado civil sin pareja son determinantes sociales que implican riesgos de complicaciones durante el proceso de parto.

Los resultados relacionados con las consultas prenatales fueron satisfactorios, dado que el 70% de las gestantes realizaron un seguimiento adecuado con al menos siete consultas, según lo recomendado por el MS¹⁴, al igual que una investigación con 2.340 púerperas atendidas en un centro de parto normal intrahospitalario del Centro Oeste brasileño, que constató que las gestantes valoraban la atención prenatal, dado que realizaron más de seis consultas¹⁸.

Respecto a los datos sobre analgesia, un estudio evaluó los efectos de la analgesia epidural durante el trabajo de parto y encontró que los resultados maternos asociados con el uso de este procedimiento aún no están bien descritos y son dosis-dependientes¹¹. Además, las publicaciones que evaluaron la analgesia del parto y las repercusiones maternas y neonatales revelaron que hay una reducción de la movilidad materna después del uso de analgesia, lo que puede provocar pérdida de algunos reflejos y aumento del tiempo de trabajo de parto y/o parto^{4,11-13}. Estos resultados coinciden con los encontrados en la presente investigación, ya que el 10,2% de las parturientas presentaron pérdida de movilidad y el 10,4% pérdida de reflejos fisiológicos.

Además, hay estudios que demuestran que las parturientas sometidas a analgesia farmacológica están más expuestas a intervenciones que las gestantes que no fueron sometidas a amniotomía, oxitocina y fórceps^{19,20}. Estos hallazgos son similares a los resultados obtenidos, ya que, de las 240 parturientas que utilizaron analgesia, a 236 se les realizó amniotomía y a 83 se les administró oxitocina.

De los 108 partogramas que se pudieron analizar, el 22,1% presentó un período expulsivo de una hora de duración, el 19,2% mostró una evolución del parto de dos a tres horas y el 3,7% que duró tres o más horas. Estos hallazgos se encuentran dentro de los plazos estipulados por las Guías Nacionales de Asistencia al Parto Normal, que determinan una duración de una a tres horas para el periodo expulsivo en primíparas y de dos horas para múltiparas con epidural²¹.

En la muestra de 240 parturientas que usaron analgesia se registró un 30% de cesáreas, ese resultado es inferior a la tasa institucional de 2021 (62,4%) y 2023 (63%)¹⁰. En otros estudios realizados en la institución no se encontró diferencia en el porcentaje de cesáreas y los datos obtenidos no demostraron que hubiera relación entre el uso de analgesia obstétrica farmacológica y el aumento de la indicación de cesáreas por cambios en el bienestar del feto o falta de progreso, lo que permite inferir que la analgesia neuroaxial no influye en el aumento de las tasas de cesárea^{19,20}.

Por ello, se considera que el uso de analgésicos puede contribuir a reducir la cantidad de cesáreas que piden las mujeres que, en la mayoría de los casos, se relaciona con el miedo al dolor del trabajo de parto y del parto. Por lo tanto, la analgesia neuroaxial es un método farmacológico importante para el alivio del dolor, sin embargo, las mujeres deben ser informadas sobre las posibles consecuencias de este procedimiento.

Respecto a las cesáreas, en el 63,8% de las parturientas la indicación predominante fue la detención del progreso del trabajo parto, que es una complicación obstétrica que se relaciona con el efecto indeseable del uso de analgesia epidural, resultante de la relajación de los músculos del suelo pélvico y de la pared abdominal, que puede influir en la reducción de la dinámica uterina². Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que el 65,4% de las mujeres que utilizaron analgesia neuroaxial evolucionaron al parto vaginal sin la ayuda de instrumentos.

Por el contrario, un estudio de cohorte prospectivo realizado en Irlanda en tres maternidades con 1,221 mujeres que tuvieron parto vaginal describió que la analgesia epidural aumentó aproximadamente tres veces el riesgo de parto vaginal instrumentalizado, sin embargo, el uso de dichas herramientas no influyó en la vitalidad de los recién nacidos de las madres que fueron sometidas a este tipo de analgesia¹¹.

Es importante destacar que, de las parturientas que evolucionaron a parto vaginal con uso de analgesia farmacológica, el 70,7% dio a luz en posiciones no verticales, incluyendo la posición semisentada. Se cree que esto se debe a las experiencias previas de las parturientas que tuvieron partos anteriores en posiciones no verticales y adquirieron cierta resistencia a asumir una posición distinta a la convencional, o incluso a un escaso estímulo por parte de algunos profesionales.

En cuanto a la presencia de laceraciones perineales, un estudio de casos y controles realizado en una maternidad de Ceará concluyó que no hubo diferencia significativa en la incidencia de laceraciones perineales espontáneas, incluyendo laceraciones extensas, entre los grupos con y sin analgesia²⁰. Aunque el cruce entre las variables laceración y posición de parto (vertical y no vertical) no mostró una relación significativa ($p=0,710$), otros estudios han demostrado un menor riesgo de laceraciones graves en posiciones verticales¹⁸⁻²⁰.

Sobre el cruce entre las variables presencia de laceración perineal y peso fetal que presentó asociación ($p=0,012$), cabe destacar que ese dato coincide con los resultados encontrados en la literatura, ya que otros estudios que investigaron esa asociación no mostraron que hubiera una relación directa, y que era necesario realizar más investigaciones sólidas sobre el tema^{22,23}.

Para evaluar la atención integral al recién nacido, se estudiaron intervenciones protectoras, como el contacto piel con piel en la primera hora de vida, que permite la regulación térmica neonatal e influye en la relación emocional madre-bebé. Sin embargo, a pesar de los beneficios que brinda, en esta investigación se identificó que 71 (31%) de los RN no mantuvieron el contacto piel con piel durante la primera hora de vida ($p < 0,001$).

Con respecto a ese tema, en la maternidad de un hospital universitario de la región sur de Brasil, se realizó un estudio transversal con 963 gestantes, para evaluar las acciones recomendadas por la *Rede Cegonha* cuatro años después de su implementación. Y se observó que el contacto piel con piel aumentó significativamente, pasando del 14,9% al 60,1%, incluso con el aumento del uso de analgesia farmacológica, del 20,3% al 45,9%. Por lo tanto, es posible ver que hay que incentivar acciones como el contacto piel con piel, independientemente del uso de métodos farmacológicos y del tipo de parto^{24,25}.

Limitaciones del estudio

El tema es de gran relevancia, sin embargo, al tratarse de un estudio documental retrospectivo hay información que no se encontró en las historias clínicas, hecho que dificultó la recolección de datos. La integridad y veracidad de los registros dependía exclusivamente de los profesionales implicados en la asistencia. Otro factor limitante es el hecho de que el estudio se realizó en una sola maternidad del nordeste de Brasil, que puede tener características diferentes a las de otras regiones.

Además, las pruebas inferenciales no establecen relaciones causales. Se recomienda realizar estudios de cohorte prospectivos para investigar la pérdida de movilidad y reflejos fisiológicos relacionados con el tipo de analgesia utilizada, mediante muestras robustas, para que se pueda comprender mejor dicha relación.

CONCLUSIÓN

Se demostró que el uso de analgesia neuroaxial es seguro, pero se asoció con una mayor tendencia a intervenciones obstétricas y es necesario informar a las mujeres sobre los efectos y las posibles consecuencias de este procedimiento.

El estudio exploró evidencias importantes y promovió nuevas reflexiones sobre el tema, dado que es esencial que los profesionales de la salud, incluidos los enfermeros, tengan amplio conocimiento para compartir y orientar adecuadamente a las parturientas sometidas a analgesia neuroaxial, ya que es un método significativo que ayuda a controlar el dolor, minimizar el miedo de las gestantes relacionado con el dolor durante el proceso de parto, y es una estrategia eficaz para reducir las altas tasas de cesárea electivas registradas actualmente en Brasil.

REFERENCIAS

1. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MÁP, et al. Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain. *Acta Paul Enferm.* 2019 [cited 2023 Dec 20]; 32(3):350–7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BI, Casey BM, et al. *Obstetricia de Williams*. 24 ed. Porto Alegre: Editora AMGH; 2021.
3. Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Mamblona-Vicente MF, Gutierrez-Martin MJ, Enterria-Cuesta EG, et al. Relation between length of exposure to epidural analgesia during labour and birth mode. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 [cited 2023 Sep 12]; 16(16):e16162928. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16162928>.
4. Cunha AA, Gribel GP, Palmiro A. Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetricia. In: *Protocolo Febrasgo – Obstetricia, nº 98/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (Febrasgo); 2018.
5. Aragão FF, Aragão PW, Martins CA, Leal KFCS, Ferraz Tobias A. Neuraxial labor analgesia: a literature review. *Brazilian J Anesthesiol.* 2019 [cited 2023 Dec 12]; 69(3):291–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.001>.
6. Penuela I, López M, Tamayo E, Almeida H, Gomez-Sanchez E, Isasi-Nebreda P. Epidural analgesia and its implications in the maternal health in a low parity community. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 [cited 2023 Nov 25]; 19(1):52. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2191-0>.
7. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica.* 2019 [cited 2023 Dec 12]; 35(7):e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
8. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. Does the use of pharmacological analgesia influence childbirth outcomes? *Acta Paul Enferm.* 2017 [cited 2023 Nov 16]; 30(5):458–65. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>.
9. Ministério da Saúde (Br). *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc*. 2022 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>.
10. Maternidade-Escola Assis Chateaubriant. *Relatório de Produção Assistencial 2023*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2023 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/governanca/gestao-estrategica/maternidade-escola-assis-chateaubriant/copy_of_RelatorioAssistencial202312Retificado.pdf.
11. Braga AFA, Carvalho VH, Braga FSS, Pereira RIC. Combined spinal-epidural block for labor analgesia. Comparative study with continuous epidural block. *Brazilian J Anesthesiol.* 2019 [cited 2023 Dec 10]; 69(1):7–12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.08.002>.
12. Guesine GD, Paschoini MC, Melo GA, Araujo Júnior E, Peixoto AB. Labor analgesia and its impact on the maternal and perinatal outcomes. *Rev Assoc Med Bras.* 2023 [cited 2023 Dec 10]; 69(7):e20230500. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230500>.
13. Almeida MFB, Guinsburg R, Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP, Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. *Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022 [cited 2023 Dec 10]. DOI: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>.
14. Ministério da Saúde (Br). *Portaria GM/MS Nº 5.350, DE 12 DE setembro DE 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alayne. 2024 [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensual.html>.
17. Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano ARG, Dantas TAJM, Silva TB, et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. Rev Prevenção Infecção e Saúde. 2018 [cited 2023 Oct 20]; 4:1–13. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>.
18. Brasil JF, Sacramento IO, Costa JLFR, Brasil LFF, Carletto MP, Lopes FFL, et al. The impact of the place of delivery, type of birth and number of antenatal visits on the apgar score. J. Health Sci. 2023 [cited 2025 Apr 15]; 25(2):83-8. Available from: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/10390>.
19. Souza MRT, Carneiro JL, Farias LMVC, Costa CC, Vasconcelos CM, Lima MOP, et al. Neuroaxial analgesia in labor: effects on maternal and neonatal outcomes. Acta paul enferm. 2024 [cited 2025 Apr 15]; 37:eAPE02103. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00021033>.
20. Fernandes RLV, Damasceno AKC, Herculano MMS, Martins RST, Oriá MOB. Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes. Rev Rene. 2017 [cited 2025 Apr 15]; 18(5):687–94. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500017>.
21. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
22. Newnham EC, Moran PS, Begley CM, Carroll M, Daly D. Comparison of labor and birth outcomes between nulliparous women who used epidural analgesia in labor and those who did not: a prospective cohort study. Women Birth. 2021 [cited 2023 Oct 16]; 34(5):e435–41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.001>.
23. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. Rev da Esc Enferm. 2020 [cited 2023 Dec 18]; 54:e03610. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>.
24. Sá PLC, Rabelo EM. Contato pele-a-pele mãe/filho na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atual Derme. 2019 [cited 2023 Dec 12]; 95(35):e-021120. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1079>.
25. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork. Rev Lat Am Enfermagem. 2019 [cited 2023 Nov 25]; 27:e3139. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

Contribuciones de los autores

Concepción, G.F.A.N., M.M.L.F. y L.S.O.; metodología, G.F.A.N., M.M.L.F. y L.S.O.; coleta de datos, M.M.L.F. y L.S.O.; análisis formal, C.M.G.C.E.S., J.O.B., L.P.T.M., T.S.C. y A.K.C.D.; curadoria dos dados, M.M.L.F. y L.S.O.; redacción, G.F.A.N.; revision y edición, C.M.G.C.E.S., J.O.B., L.P.T.M., T.S.C. y A.K.C.D.; visualización, C.M.G.C.E.S., J.O.B., L.P.T.M., T.S.C. y A.K.C.D.; administración del proyecto, C.M.G.C.E.S., J.O.B., L.P.T.M., T.S.C. y A.K.C.D. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito “*Resultados obstétricos y neonatales asociados con la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto*”.