

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

MANEJO HOSPITALARIO DEL DOLOR EN LAS CESAREAS

Autor principal MARIA SALOME ANDUJAR BELLON

CoAutor 1 MARIA LUJAN PRIOR

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Cesarea Dolor Piel con piel Analgesia

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: El manejo correcto del alivio del dolor en la cesáreas está relacionado estrechamente con el bienestar del paciente.

Métodos y materiales: Estudio observacional descriptivo y transversal. Revisión de historia clínica y encuesta.

Resultados y discusión: Se estudiaron un total de 123 púerperas.

La anestesia regional se muestra más efectiva que la general para el alivio del dolor.

La bomba de analgesia ha resultado ser la medida de analgesia más útil comparándola con el resto de medidas usadas en nuestro centro.

- El dolor sentido fue un 18,3 menor en las cesáreas que hicieron el contacto piel con piel.

- La satisfacción siguió la misma tendencia.

- Las cesáreas programadas presentan menor dolor.

- La tendencia es la presencia de menor dolor en embarazo deseado frente al no deseado.

Conclusiones:

-El dolor en Reanimación-primer día es mayor en aquellas mujeres que han utilizado una analgesia leve que en aquellas que han utilizado bomba de analgesia.

-El dolor en Reanimación es mayor en aquellas mujeres en las cuales se ha utilizado anestesia general que en las que se ha utilizado la anestesia regional.

-El contacto piel con piel tiende a disminuir el dolor sentido por las pacientes intervenidas.

-Cuanto antes se produce el contacto con su hijo, mayor es la satisfacción sentida.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Las tasas de cesáreas han venido aumentando cada año en todo el mundo.(Orrico De Brito T, 2012).

El dolor postoperatorio es un tipo especial de dolor agudo que tiene una gran repercusión en el área de la salud(Ramos JM, 2003).

En los últimos 50 años la medicina ha evolucionado notablemente. Sin embargo se han olvidado distintos aspectos clínicos como el dolor. El dolor se ha considerado algo secundario en comparación con otras patologías (Ortega JL, 2003).

El manejo del dolor postoperatorio después de una cirugía de cesárea es un poco diferente de las otras cirugías, principalmente porque la mujer necesita una recuperación rápida para cuidar al recién nacido. (Lavandhomme P, 2006).

El tratamiento del dolor postoperatorio requiere un abordaje multidisciplinario. (Aguilar JL, 2009).

La enfermería-matrona como gestora del tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud, es una pieza fundamental en el proceso del dolor agudo y su alivio. La valoración de enfermería y la identificación temprana de las complicaciones que presenta el paciente postquirúrgico, evidencian la importancia del manejo correcto de las estrategias analgésicas y el éxito de las mismas.

La anestesia regional es la técnica de elección en la cesárea siempre que no exista contraindicación formal para su realización. La anestesia raquídea constituye la técnica más habitual para la realización de cesáreas programadas, en detrimento de la anestesia general por las ventajas que presenta frente a ésta: es una técnica sencilla, eficaz y con un rápido efecto que minimiza el riesgo de broncoaspiración y evita la dificultad de la intubación orotraqueal, primera causa de morbilidad anestésica en la embarazada(Morgan M, 1987). El bloqueo epidural es una técnica anestésica excelente para llevar a cabo la operación cesárea electiva, además de ser inocua para la madre y el feto cuando se aplica con seguridad (Difazio CA, 1992)

Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel entre el RN y su madre, nada más nacer. Es práctica habitual en los países nórdicos desde los años 70. En esta situación los bebés no lloran, no gastan excesiva energía en termorregulación, no producen hormonas de estrés y tienen menos dificultades para mamar(Gómez Papi, 1997). El contacto piel con piel precoz y la succión del bebé dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina materna, hormona que provoca la disminución del tamaño uterino y la eyección de calostro y que ejerce también un efecto antiestrés en la madre (Zetterström,2003). A la oxitocina se le ha llamado hormona del comportamiento maternal, ya que contribuye al acceso de amor hacia el bebé que la madre experimenta (Porter, 2004), con lo que resulta fundamental para la creación del vínculo.Por ello, el contacto piel con piel forma parte de los 10 pasos de la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños", está incluido en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido (World Association of Perinatal Medicine, 2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

En la actualidad la cesárea se realiza en el 25% de los nacimientos en España, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes; el manejo del dolor no es adecuado en general; la analgesia es insuficiente en determinadas pacientes (Ortega JL, 2003; Clancy J, 1998; De la Torre R, 2003) y no se realiza el contacto precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido (Hernández MT, 2005; Charpak N, 2005). Por todo ello en nuestro centro se ha construido un paritorio nuevo con una sala para la reanimación de las cesáreas donde la madre podría permanecer en contacto piel con piel con su hijo. Si esto favorece la liberación de oxitocina y endorfinas, lo más probable es que se produzca una disminución de la sensación dolorosa, con ello, un aumento en la satisfacción. Se propone un manejo específico de esta intervención como medida de calidad, donde un equipo multidisciplinar formado por anestesistas, ginecólogos, pediatras y matronas se encargue de la valoración de la púerpera y mida el dolor post-operatorio para llegar a un consenso y modificar el tratamiento farmacológico y la estrategia a seguir.

Los objetivos de este estudio son, por tanto:

diferentes.

-Identificar las posibles diferencias en la percepción del dolor en relación con la administración de las diferentes medidas farmacológicas y actuaciones físicas.

-Conocer el nivel de satisfacción de las parturientas atendidas con el proceso asistencial vivido.

Estudio descriptivo y prospectivo, realizado desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2013 en el Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas, a todas las pacientes intervenidas por cesárea en ese período. Se obtuvo una muestra de 159 mujeres intervenidas por cesárea, excluyéndose todas aquellas que no desearon participar y las que tenían menos de 34 semanas de gestación en el momento de la cirugía y que, por tanto, fueron trasladadas al hospital de referencia. Finalmente participaron 123 pacientes. Se utilizó para ello un muestreo no probabilístico y consecutivo, basándonos en la Historia clínica, en una encuesta administrada por los entrevistadores, y cuyas variables incluían el tipo de

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Un 33.3 % del total de nuestra muestra (N=123) se correspondió con la realización de cesáreas programadas, mientras que en el 55.7% restante de la pacientes la cesárea se realizó de manera urgente.

Al realizar el estudio se han tenido en cuenta algunas variables como la nacionalidad de las pacientes (82% españolas, 12% latinoamericanas, 4% de los países del este y 3% del norte de África), el nivel de estudios (3% sin estudios, 27% estudios primarios, 45% estudios secundarios y 25% estudios superiores), la satisfacción de dichas pacientes, (57% se mostraron muy satisfechas, un 13% satisfechas, 15% manifestaron poca o ninguna satisfacción y 15% restante no contestaron), correspondiéndose la mayor satisfacción con el inicio precoz del contacto piel con piel.

También se tuvo en cuenta la edad media de las pacientes (31.7 años), paridad (0.6 gestaciones anteriores), edad gestacional (39.5 semanas de gestación) y el peso del recién nacido(3292 g). Finalmente los resultados del estudio fueron los siguientes:

El dolor en Reanimación es mayor en aquellas mujeres que han utilizado una analgesia leve (MEDIA 3.68; IC 2.85-4.51) que en aquellas que han utilizado bomba de analgesia durante 24 horas.(MEDIA 1.78; IC 1.27-2.28), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (P= 0.013). Hay una tendencia en el dolor durante el primer día aunque no es estadísticamente significativo.

Media Desviación típica

DOLOR EN REANIMACION SIN ANALGESIA 3,07 2,731

ANALGESIA LEVE 3,68 2,814

DOLANTINA 3,03 2,162

BOMBA 24H 1,78 1,281

Total 3,01 2,438

DOLOR 1ER DIA SIN ANALGESIA 7,29 1,858

ANALGESIA LEVE 7,02 2,016

DOLANTINA 6,34 2,449

BOMBA 24H 5,59 2,485

Total 6,54 2,291

DOLOR RESTO DE DIAS SIN ANALGESIA 4,36 2,373

ANALGESIA LEVE 4,21 1,693

DOLANTINA 4,69 2,207

BOMBA 24H 4,26 1,852

Total 4,37 1,952

El dolor en Reanimación es mayor en aquellas mujeres en las cuales se ha utilizado anestesia general (MEDIA 6,00; IC 2,62-9,38) que en las que se ha utilizado la anestesia epidural (MEDIA 3,10; IC 2,52-3,68) y anestesia raquídea (MEDIA 3,10; IC 2,52-3,68) para la realización de la cesárea, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (P=0,013 y P=0,045) respectivamente.

DOLOR SEGÚN TIPO DE ANESTESIA Media DT

DOLOR EN REANIMACION EPIDURAL 2,59 2,367

RAQUIDEA 3,10 2,264

GENERAL 6,00 3,225

EPIDURAL+RAQUIDEA 2,50 2,121

Total 3,01 2,438

DOLOR 1ER DIA EPIDURAL 6,59 2,253

RAQUIDEA 6,36 2,395

GENERAL 7,50 1,761

EPIDURAL+RAQUIDEA 8,00 ,000

Total 6,54 2,291

DOLOR RESTO DE DIAS EPIDURAL 4,52 2,187

RAQUIDEA 4,11 1,743

GENERAL 4,83 1,169

EPIDURAL+RAQUIDEA 7,00 1,414

Total 4,37 1,952

Es importante destacar que, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre el momento de inicio de contacto piel con piel con el recién nacido y el dolor percibido por la paciente intervenida, aquellas en las que el contacto piel con piel se inició antes de 2h, manifiestan un 18.3% de dolor menor, en la sala de reanimación, que aquellas que no iniciaron dicho contacto con el recién nacido. Lo mismo ocurre con los días sucesivos a la intervención.

DOLOR SEGUN HORAS TRANSCURRIDAS HASTA EL CONTACTO PIEL CON PIEL Media Desviación típica

DOLOR EN REANIMACION CONTACTO 2-8 HORAS 3,06 2,475

ANTES DE 2 HORAS 2,50 1,931

PASADAS 8 HORAS 3,06 2,633

Total 3,01 2,438

DOLOR 1ER DIA CONTACTO 2-8 HORAS 6,72 2,211

ANTES DE 2 HORAS 5,42 1,881

PASADAS 8 HORAS 6,35 2,827

Total 6,54 2,291

ANTES DE 2 HORAS 5,08 2,234
PASADAS 8 HORAS 3,94 ,827
Total 4,37 1,952

Las mujeres con cesárea programada (MEDIA dolor en reanimación: 2.85) manifiestan menos dolor que aquellas a las que se les practica una cesárea urgente (MEDIA dolor en reanimación 3.07), aunque no es estadísticamente significativo. No existe relación estadísticamente significativa entre el dolor y el embarazo deseado (MEDIA dolor en reanimación 2.96) o no deseado (Media dolor en reanimación 3.42), si bien la tendencia es que es menor en los embarazos deseados.

Con respecto a la satisfacción se han observado diferencias relevantes, aunque no estadísticamente significativas, entre las mujeres que iniciaron el contacto piel con piel en las dos horas siguientes a la cesárea (Media 8.10), e incluso aquellas que lo hicieron entre las dos y las ocho horas tras la cesárea (satisfacción media 7,59), con respecto a aquellas mujeres que no pudieron disfrutar del contacto piel con piel con sus hijo hasta pasadas ocho horas tras el nacimiento (Media 4.66).

N Media Desviación típica

CONTACTO 2-8 HORAS 86 7,5930 3,32682
ANTES DE 2 HORAS 10 8,1000 3,24722
PASADAS 8 HORAS 6 4,6667 4,22690
Total 102 7,4706 3,41431

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

En nuestro centro no existía un protocolo analgésico para las pacientes post-intervenidas por cesárea, siendo a criterio de cada anestesista el control del dolor. Una vez realizado nuestro estudio y poniendo en conocimiento del equipo anestesista del hospital los resultados obtenidos, se ha protocolizado el uso de bomba de analgesia con dos ampollas de adolonta, tres de nolotil y dos de droal diluidos en 500 ml, a pasar a

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En nuestro centro no existía un protocolo analgésico para las pacientes post-intervenidas por cesárea, siendo a criterio de cada anestesista el control del dolor. Una vez realizado nuestro estudio y poniendo en conocimiento del equipo anestesista del hospital los resultados obtenidos, se ha protocolizado el uso de bomba de analgesia a todas las pacientes tras la intervención, lo que supone un mayor bienestar para ellas y que a su vez se traduce en un disfrute mayor de la vivencia que acontece, la llegada al mundo de su bebé.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Los resultados obtenidos en este estudio deberían servirnos para analizar las carencias y potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo para disminuir el dolor y aumentar la satisfacción en el proceso de la cesárea.

Los más importantes organismos, tanto nacionales como internacionales, recomiendan que se realice el contacto piel con piel, cuando las condiciones de la madre y del niño lo permitan, debido a las numerosas ventajas que presenta. Se propone que se realicen estudios más ámplios al respecto y que se protocolice como una actuación necesaria

» BIBLIOGRAFÍA.

- Páez JJ, Navarro JR. Anestesia regional versus general para parto por cesárea. Rev Colomb Anestesiol. 2012; 40(3):203-206.
- Orrico T, Omais M, Ashmawi HA, Abramides ML. Dolor crónico postcesárea. Influencia de la técnica anestésico-quirúrgica y de la analgesia postoperatoria. Rev Bras Anestesiol. 2012; 62:6:1-7.
- Aragón MC, Calderón E, Pernia A, Vidal M, Torres LM. Analgesia perioperatoria en cesárea: eficacia y seguridad del fentanilo intratecal. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 11:68-73.
- Olivas MG, et al. Cesárea: manejo contemporáneo del dolor agudo postoperatorio. Ginec Obstet Mex. 2002; 70: 82-89.
- Hernandez Aguilar MT y Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63(4):340-56.