

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: PRE-TEST DE UN INSTRUMENTO¹

Rejane Marie Barbosa Davim²

Gilson de Vasconcelos Torres³

Eva Saldanha de Melo⁴

Estudio descriptivo, objetivizando evaluar la efectividad de Estratégias No Farmacológicas (ENF) en el alivio del dolor de parturientas para hacer parte de un instrumento de investigación a ser utilizado en la preparación de Tesis de Doctorado. Para evaluar las ENF, utilizamos la Escala Analógica Visual (EAV), con 30 parturientas, teniendo como local de la investigación la Unidad de Parto Humanizado de una Maternidad Escuela en Natal/RN. Verificamos que, de las seis ENF (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra, baño de lluvia, deambulacion y balance pélvico), dos fueron excluidas después del Pre-Test (deambulacion y balance pélvico), por presentar dificultades en su aplicación. Los demás (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje lombo-sacra y baño de lluvia) tuvieron índices satisfactorios de aceptación y aplicación, demostrando ser efectivas en el alivio del dolor de esas parturientas, siendo por lo tanto adecuadas su utilización como instrumento de recolecta de datos en la Tesis de Doctorado.

DESCRIPTORES: dolor, estrategias

NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES ON PAIN RELIEF DURING LABOR: PRE-TESTING OF AN INSTRUMENT

This descriptive study aimed to evaluate the effectiveness of Non-Pharmacological Strategies (NFS) on pain relief of parturients as part of a research instrument to be utilized in a Doctoral Dissertation. In order to evaluate the NFS, the Analogous Visual Scale (AVS) was used on 30 parturients attended at the Humanized Labor Unit of a school-maternity hospital in Natal, RN, Brazil. Of the six NFS (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbosacral massage, shower washing, deambulation and pelvic swing), two were excluded post-test (deambulation and pelvic swing) for not being accepted by the parturients. The remaining NFS (respiratory exercises, muscular relaxation, lumbosacral massage, and shower washing) which reached satisfactory acceptance and applicability rates, were found to be effective in relieving pain of these parturients, and thus deemed adequate for use in the Doctoral Dissertation data collection process.

DESCRIPTORS: pain, strategies

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: PRÉ-TESTE DE UM INSTRUMENTO

Estudo descritivo objetivando avaliar a efetividade de Estratégias Não Farmacológicas (ENF) no alívio da dor de parturientes para fazerem parte de um instrumento de pesquisa a ser utilizado em tese de doutoramento. Para avaliar as ENF, utilizou-se a Escala Analógica Visual (EAV) com 30 parturientes, tendo como local de pesquisa a unidade de parto humanizado de uma maternidade escola em Natal, RN. Verificou-se que, das seis ENF (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral, banho de chuveiro, deambulação e balanço pélvico), duas foram excluídas após o pré-teste (deambulação e balanço pélvico), por apresentarem dificuldades de aceitação pelas parturientes. As demais (exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro), com índices satisfatórios de aceitação e efetividade, demonstraram ser efetivas na redução da dor dessas parturientes, sendo, portanto, adequadas para a utilização no instrumento de coleta de dados na tese de doutoramento.

DESCRITORES: dor, estratégias

¹ Trabajo extraído de Tesis de Doctorado; ² Enfermera, Doctoranda en Ciencias de la Salud, Profesor Adjunto, e-mail: rejanemb@uol.com.br; ³ Enfermero, Doctorado en enfermería, Profesor Adjunto, e-mail: gvt@ufrnet.br; ⁴ Graduanda en enfermería, e-mail: eva.enfermagem@yahoo.com.br. Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Brasil

INTRODUCCIÓN

El Comité de Taxonomía, de la International for the Study of Pain (IASP), desde 1986, le dio a la palabra dolor el concepto de ser una experiencia sensorial, emocional de forma desagradable, asociándola a las lesiones de tejidos, reales o potenciales; ella está envuelta por sensaciones desprovistas de placer, subjetiva, y cada individuo utiliza la palabra dolor de acuerdo con sus experiencias previas, constituyendo, de cierta forma, una vivencia emocional⁽¹⁾. La palabra dolor también puede ser descrita como un fenómeno complejo, individual y multifactorial, influenciado por varios factores; destacamos los: psicológicos, biológicos, socio culturales y económicos. De cierta forma, el dolor se encuentra descrito en los relatos de aquellos que lo sienten, durante transformaciones normales; teniéndose como ejemplos, la menstruación y el parto⁽²⁾.

Para la mayoría de las mujeres el dolor de parto es tenido como la peor experiencia de sus vidas. El dolor de las contracciones uterinas es un proceso complejo que envuelve interacciones de mecanismos centrales, periféricos e intercambio continuo de informaciones por vías ascendentes y descendentes de nociceptores. En estos términos, entendemos que el dolor de parto envuelve factores emocionales, sensoriales, ambientales y existenciales⁽³⁾.

Por lo tanto, debemos comprender como se procesa la fisiología del dolor que no es la misma durante todo el trabajo de parto, variando de acuerdo con su evolución. En su primera etapa, la de dilatación, el dolor es visceral, surgiendo de las contracciones uterinas y de la dilatación cervical, transmitida por las fibras aferentes simpáticas. En esta etapa el dolor es transmitido para la médula espinal al nivel de D10-L1 por fibras A delta y fibras C viscerales aferentes con origen en la pared lateral y en el fondo uterino. La transmisión siguiente aferente del útero y cerviz para la médula espinal es transmitida por medio de los plexos hipogástricos y aórticos. Así, los impulsos aferentes nociceptivos cruzan la cadena simpática lumbar y se dirigen a la cadena simpática torácico por medio de ramos comunicantes con los nervios de D10-L1. Por consiguiente, las fibras que conducen el impulso doloroso hacen sinapsis interneurónicas con la espina dorsal, volviendo después de la modulación⁽³⁾.

En la segunda etapa, la de expulsión, la estimulación nociceptiva de las contracciones provenientes del cuerpo uterino y de la distensión

del segmento continúa cuando el cerviz llega a su dilatación total. Sumándose a todo esto, se tiene la presión ejercida por la presentación fetal en las estructuras de la pelvis que va a dar origen al dolor somático, ocurriendo estiramiento de la fascia y de los tejidos subcutáneos del canal de parto, distensión del perineo y presión en los músculos del suelo pélvico. Entiéndase que, en la segunda etapa del trabajo de parto el dolor somático es transmitido al nervio pudiendo en la altura de las vértebras sacras S2, S3 y S4. En contraste con el dolor de la primera etapa, que se comporta de forma difusa y mal localizada, el dolor somático de la segunda etapa es más intenso y bien localizado⁽³⁾.

No hay, sin embargo, una demarcación nítida sobre el trabajo de parto y el parto, y si una transición gradual, dificultando establecer el inicio de la dilatación del cuello uterino. Por lo tanto, en la primera etapa, la de dilatación, las contracciones uterinas son, al principio, en número de 2 a 3 en 10 minutos, llegando a 5 en los 10 minutos finales de esta etapa. Para mejor visualizar, el análisis del gráfico del trabajo de parto de Friedman, presenta en la etapa de dilatación una fase latente y una activa⁽⁴⁾ en la mujer que lo vivencia. La fase activa es subdividida en tres momentos: aceleración, inclinación máxima y desaceleración, según la curva sigmoidea de la dilatación del cerviz (cm.), de las fases de latencia y activa de las divisiones preparatorias de dilatación pélvica del trabajo de parto (Ilustración cortesía del Dr. Casey, rediseñado de Friedman, 1978) como aparece en la Figura 1.

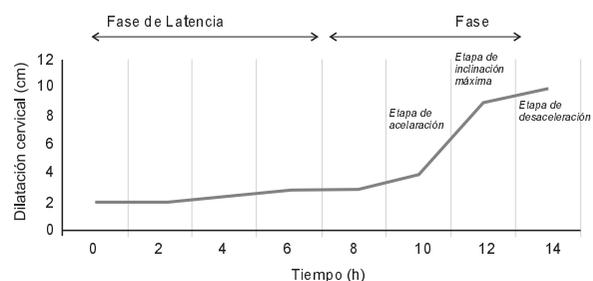


Figura 1 - Curva sigmoidea de la dilatación cervical (cm) de las fases latente y activa y de las divisiones preparatorias de dilatación pélvica del trabajo de parto (Friedman, 1954)

La fase latente va desde el inicio del trabajo de parto hasta un punto donde la curva comienza una definida tendencia de subida. En esa fase hay

contracciones uterinas irregulares, cortas, débiles y la cerviz se dilata de 3 a 4 cm., pudiendo llevar varias horas y, la parturienta, al dirigirse a la maternidad o unidad de salud, refiere cólico abdominal, incomodidad, e incomodidad abajo, expresando excitación y aprehensión. La distribución del dolor está localizado, especialmente, en el centro de la espalda y la sensación es, muchas veces, referida como un calambre ligero de nivel profundo, tornándose más severo⁽⁴⁾.

La fase activa comienza cuando la curva de dilatación inicia una tendencia brusca de subida y termina con la dilatación cervical completa, o sea, 10 cm. La dilatación evoluciona más rápidamente, existiendo un período inicial de aceleración cuando el cuello uterino dilata de 3 para 5 cm.; una fase de inclinación máxima entre 5 y 8 cm., con contracciones de intensidad moderada y una fase de desaceleración con el cerviz dilatado entre 8 y 10 cm., ocurriendo contracciones intensas y espasmódicas. La distribución del dolor en esa fase está localizada en el abdomen anterior, la duración se vuelve constante asociada a la dilatación cervical completa; la sensación del dolor es, en la mayoría de las veces, referida como intensa, constrictiva, frecuentemente insoportable. En resumen, la fase de aceleración es corta y variable; la inclinación máxima refleja la eficacia de la contracción uterina, en cuanto que la desaceleración traduce la relación fetopélvica. Por lo tanto, la fase activa se extiende hasta la dilatación total del cuello uterino y el inicio del período expulsivo⁽⁴⁾.

Ante estas consideraciones, el dolor en la fase activa del período de dilatación durante el trabajo de parto es el foco central de esta prueba piloto, pues, en la medida que las contracciones se tornan más frecuentes e intensas, en esa fase, provocan tensión, miedo, y, por consiguiente, agravan el dolor. De esa forma, una tarea importante para ayudar a las mujeres en trabajo de parto normal a soportar el dolor es a través del apoyo y del abordaje humanizado, identificándose sus aspectos cuantitativos y cualitativos, para la planificación sistemática de informaciones y orientaciones tranquilizadoras ofrecidas por profesionales de la salud u otras personas que asisten a esas mujeres.

Aun cuando, cada parturienta responda al dolor de un modo personal y adaptado, las intervenciones no farmacológicas pueden ayudar a reducir las percepciones dolorosas, alterando esa respuesta en la mayoría de las parturientas. Para que

se pueda intervenir adecuadamente en esa sensación es necesario comprender el tipo de dolor que, generalmente, es sentido en el trabajo de parto, los factores físicos y psicológicos que influyen en esa percepción y como la observación del estándar de comportamiento puede aclarar la respuesta de una parturienta al dolor⁽⁴⁾.

De acuerdo con estas afirmaciones, un estudio de revisión⁽⁵⁾ fue realizado con el objetivo de conocer la satisfacción de las mujeres relacionado al nacimiento, en especial en lo que se refiere al alivio del dolor. La revisión sistemática del referido estudio identificó cuatro expectativas presentes en la satisfacción de la parturienta como, los factores personales, el soporte de los profesionales, la calidad de la relación profesional con el paciente y la participación en la decisión de las intervenciones. Esas expectativas parecen ser más importantes en la asistencia al parto en relación a la edad, factor socio económico, etnia, preparación para el parto, ambiente físico para el nacimiento, el dolor, la inmovilidad, las intervenciones médicas y la continuidad en el cuidado. En esa revisión⁽⁵⁾, los autores concluyeron que, la evaluación de las parturientas referentes a la satisfacción de sus experiencias durante el trabajo de parto no están relacionadas a las influencias del dolor, al alivio del dolor y de las intervenciones médicas, y si a las influencias de las actitudes y comportamientos de los profesionales de la salud.

Por lo tanto, la actitud profesional es de relevante importancia en la asistencia a la parturienta, considerando que todo eso podrá ser realizado, además del abordaje de empatía, asociándose la utilización de Estrategias No Farmacológicas (ENF) adecuadas objetivando aliviar el dolor, tan presente en las parturientas, teniendo en vista las relaciones interpersonales en la interacción entre el profesional, la parturienta y la familia de esta. Con la aplicación de esas estrategias, el proceso de parto podrá ser menos doloroso, menos tenso, considerando que las mismas necesitan de atención, de consejos y de habilidades de comunicación, con la finalidad de conducir mejor el trabajo de parto.

En estos términos, la realización de esta investigación fue motivada por la necesidad de seleccionar el ENF para el alivio del dolor de parturientas en su proceso de trabajo de parto, a fin de construir un instrumento de recolección de datos para la Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud/UFRN, la cual tiene como objetivo general evaluar la efectividad del

ENF para el alivio de la intensidad del dolor y reducción del nivel del estado de ansiedad de parturientas en la fase activa del trabajo de parto. Así, el objeto de estudio de esta investigación fue la selección y evaluación de la efectividad del ENF para el alivio del dolor de parturientas durante el trabajo de parto. Finalmente, proponemos los siguientes objetivos para la investigación: identificar ENF para el alivio del dolor de parturientas en su proceso de trabajo de parto en Sistemas de Bancos de Datos Bireme, Periódicos Capes y SIBI-USP; evaluar la efectividad de las ENF en el alivio del dolor de parturientas en la fase activa y seleccionar las ENF que presentaron porcentajes e" 80% de aceptación de las parturientas y efectividad en el alivio del dolor de las participantes del estudio para la inclusión en el instrumento de recolección de datos en la Tesis de Doctorado.

MÉTODOS

Investigación casi experimental del tipo intervención terapéutica no controlada y no aleatoria con abordaje cuantitativa, llamada también de estudios "antes y después" (before and after), en los cuales todos los individuos reciben el mismo tratamiento y su condición es verificada antes del inicio y en varios momentos después del tratamiento⁽⁶⁾. El escenario de la investigación fue la Unidad de Parto Humanizado (UPH) de la Maternidad Escuela Januário Cicco (MEJC) de la Universidad Federal del Río Grande del Norte (UFRN) situada en el Municipio de Natal/RN, en la Región Noreste del Brasil. La UPH, local de la investigación de la prueba piloto y de la Tesis de Doctorado, localizada en el segundo pavimento de la institución, está compuesta por cuatro suites para asistencia a la mujer en trabajo de parto de forma individualizada.

Previamente a la investigación, el estudio fue sometido a la apreciación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal del Río Grande del Norte (UFRN) para su evaluación, recibiendo parecer favorable con el Registro en el CEP-UFRN 045-2005 en 10 de junio de 2005, seguida de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud (CNS). La investigación fue desarrollada en dos etapas: la primera con la identificación y selección de las ENF en los Sistemas de Datos Bireme, Periódicos Capes y SIBI USP y la segunda con la aplicación y verificación de la efectividad de las ENF en las parturientas del estudio.

1ª Etapa: Identificación y selección de las ENF

Para seleccionar las ENF consultamos los Sistemas de Bancos de Datos Bireme, Periódicos Capes y SIBI USP. Este levantamiento resultó en once estudios científicos en los ámbitos nacional e internacional^(5,7-17) relacionados a la evaluación del dolor de parturientas en la fase activa del trabajo de parto con el uso de ENF. En base a los resultados de esos estudios seleccionamos las estrategias que presentaron mayores evidencias de alivio del dolor de parturientas en la fase activa del trabajo de parto, a saber: ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar, deambulación, balance pélvico y baño de ducha, conforme la Tabla 1.

Tabla 1 - ENF con mayores evidencias en los niveles satisfactorios para el alivio del dolor de parturientas durante el trabajo de parto

Autor(es)	ENF	Tipo de estudio
Ochiai AM, Gualda DMS	Baño de ducha	Ensayo clínico cuantitativo
Medina ET	Baño tibio	Ensayo clínico exploratorio cualitativo
Lopes TC	Bola de Bobath o (Bola del Nacimiento)	Relato de experiencia
Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA	Técnicas de respiración y relajamiento	Investigación de campo experimental
Silva FMB, Oliveira SMJV	Baño de inmersión	Estudio aleatorio tipo ensayo clínico experimental
Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB	Relajamiento muscular progresivo	Estudio de intervención casi experimental controlado no aleatorio
Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT, Silveira IP, Campos ASC, Fernandes AFC.	Respiración y relajamiento Masaje	Estudio descriptivo y observación participante
Castro JC, Clapis MJ.	Acciones humanizadas	Investigación cualitativa

En este sentido, optamos por aplicar esas estrategias (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar, deambulación, balance pélvico y baño de ducha) en este estudio, con el objetivo de evaluar la aceptación de las mismas por las parturientas y la efectividad en el alivio del dolor en la fase activa del trabajo de parto.

El instrumento para la recolección de datos fue constituido de dos partes. La primera caracterizando las parturientas, observándose las siguientes variables de interés: edad, escolaridad, religión, procedencia, renta familiar, número de partos, si participa del prenatal, diagnóstico, se tenía acompañante, si tenía acompañante quien era, medicación prescrita. La segunda contempló las ENF seleccionadas en la primera etapa del estudio (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar, deambulación, balance pélvico y baño de ducha), con el objetivo de aliviar el dolor de las parturientas en la fase activa del trabajo de parto.

2ª Etapa: Aplicación y verificación de la efectividad de las ENF en las parturientas

Participaron del estudio 30 parturientas seleccionadas por medio de una muestra por accesibilidad en la medida que eran admitidas atendiendo los siguientes criterios de inclusión: estar en trabajo de parto normal activo de su segunda gestación, tener más de 20 años de edad, presentar cuello uterino dilatado hasta 6 centímetros; sin indicación clínica de distocia; aceptar participar del estudio y firmar el término de consentimiento libre y esclarecido. Como criterios de exclusión: primípara; edad menos 20 años; historia de cesarianas anteriores o con sugestión de indicación médica; diagnóstico clínico de distocia y solicitar la salida del estudio.

La recolección de datos ocurrió en una situación real en la fase activa del trabajo de parto en tres ocasiones predefinidas: en la fase de aceleración, cuando la parturienta fue incluida en el estudio con hasta 6 cm. de dilatación del cuello uterino y aplicación de la EAV luego después de la primera contracción uterina sin la utilización de las ENF. En seguida, en la contracción uterina subsecuente, fueron aplicadas las estrategias en conjunto (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar) con la evaluación de la EAV. En la fase de inclinación máxima, entre 7 y 8 cm. de dilatación, también fue medida la intensidad del dolor de la parturienta por medio de la EAV después la contracción uterina sin la utilización de las ENF y subsecuentemente en la próxima contracción con la utilización de las estrategias en conjunto y aisladamente (deambulación y baño de ducha). En la fase de desaceleración, entre 9 y 10 cm. de dilatación, fue aplicada la EAV después de la contracción sin la utilización de las ENF, y en un segundo momento con las estrategias en conjunto e aisladamente.

Adoptamos como criterio de selección de las ENF para inclusión en el instrumento de Tesis de Doctorado, aquellas que presentaron porcentajes e" 80% de aceptación por las participantes del estudio con efectividad en el alivio del dolor durante la fase activa del trabajo de parto. Los datos recolectados fueron inicialmente transportados para una planilla de un banco de datos en el programa Excel del Windows 2000 y, posteriormente, sometidos a análisis, utilizándose para esto el Test U Mann-Whitney, con nivel de significación estadística $p < 0,05$, comparando

los puntajes de dolor de la EAV verificados *antes* y *después* de la aplicación de las ENF, en los tres momentos de la fase activa del trabajo de parto.

RESULTADOS E DISCUSIÓN

De las 30 parturientas investigadas, 70,0% estaban entre los 21 a 29 años de edad, 83,3% tenían la enseñanza fundamental incompleta, 80,0% eran católicas, 66,7% recibían hasta 2 sueldos mínimos de renta familiar, 56,7% eran provenientes de Natal y 43,3% del interior del Estado de Río Grande del Norte.

En cuanto al número de hijos, 66,7% tenían de 2 a 3 hijos, 100,0% realizaron el prenatal con un mínimo de 6 consultas, como preconiza el Ministerio de la Salud. En referencia al tiempo de la gestación, de acuerdo con el diagnóstico médico, 83,3% estaban entre 38 a 40 semanas de gestación a término, y 70,0% tenían un acompañante, en 53,3% de los casos era el propio compañero y 13,3% la madre. La medicación más utilizada fue la oxitocina (90,0%) y apenas 3,3% no recibieron ningún medicamento. En cuanto a la aplicación de las ENF (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar, deambulación, balance pélvico y baño de ducha), podemos observar en la Tabla 2 los porcentajes de aceptación entre las investigadas.

Tabla 2 - Aceptación de las ENF por las participantes del estudio en la fase activa del trabajo de parto según criterio de selección

Estrategias no farmacológicas (ENF)	Aceptación de las parturientas		Criterio de selección Seleccionada (>80%) No Seleccionada (<80%)
	Nº	%	
Ejercicios respiratorios	30	100,0	Seleccionada
Relajamiento muscular	30	100,0	Seleccionada
Masaje sacro lumbar	30	100,0	Seleccionada
Deambulación	2	6,6	No Seleccionada
Balance pélvico	1	3,3	No Seleccionada
Baño de ducha	26	86,6	Seleccionada

Observamos que las estrategias, deambulación (6,6%) y balance pélvico (3,3%), no fueron seleccionadas para verificación de la efectividad por no alcanzar el criterio de aceptación de e" 80,0% preestablecido. Los ejercicios respiratorios, relajamiento muscular, masaje sacro lumbar y baño de ducha obtuvieron porcentajes de aceptación superiores a 80,0% de parte de parturientas, siendo, por lo tanto, seleccionadas para la aplicación del Test U Mann-Whitney con nivel de

significación estadística $p = \text{valor} < 0,05$ para verificación de la efectividad en el alivio del dolor de las parturientas en la fase activa del trabajo de parto.

Identificamos que, al aplicar las tres ENF asociadas: ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar, hubo una diferencia significativa en el alivio de la intensidad del dolor de las parturientas en los 6, 8 y 9 cm. de dilatación del cuello uterino, como muestra la Figura 2.

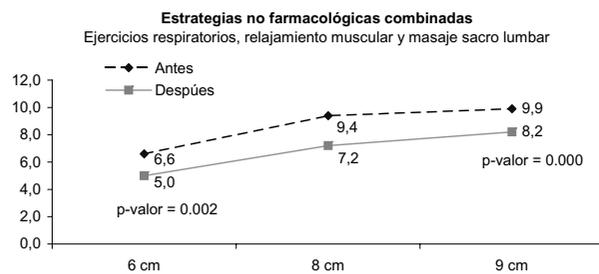


Figura 2 - Intensidad de dolor "antes y después" de la aplicación de las ENF combinadas en los 6, 8 y 9 cm. de dilatación del cuello uterino en la fase activa del trabajo de parto. Natal, RN, 2006

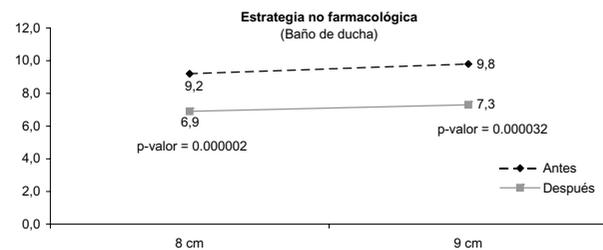
Verificamos que la aplicación conjunta de los ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar, presentaron alivio del dolor en los momentos en que fueron utilizadas. Al analizar la diferencia de puntajes de dolor "antes y después" en la aplicación de esas ENF, observamos que la utilización conjunta fue efectiva en los tres momentos de dilatación del cuello uterino, por presentar $p < 0,05$.

Al analizar los tres momentos "antes y después" de la aplicación de las ENF asociadas (ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar) es notorio el alivio del dolor de las parturientas, habiendo una reducción de su intensidad en los 8 cm. después la aplicación de las estrategias conjuntas, comparada a los 6 cm. antes de la utilización de las mismas, así como, en los 9 cm. después la aplicación de las ENF, cuando se compara a los 8 cm. antes de esas estrategias, pues, sería esperado en condiciones fisiológicas, que el dolor fuese aumentando de intensidad en la medida en que la dilatación del cuello uterino evolucionaba entre 6 a 9 cm. en esa fase del trabajo de parto.

En investigación experimental de campo, las técnicas de ejercicios respiratorios y relajamiento muscular, demostraron que las mismas no redujeron la intensidad del dolor de parturientas investigadas, sin embargo, le proporcionaron al grupo experimental mantener un nivel de ansiedad bajo durante más tiempo en el proceso del parto⁽¹²⁾.

En estudio de intervención casi experimental, al ser aplicadas técnicas de relajamiento muscular progresivas en mujeres durante el trabajo de parto, se observó que esa técnica causa la percepción de alivio del dolor manifestada por las parturientas. Esto es relevante en la medida en que los efectos de la interferencia de los investigadores con la obtención de datos durante aplicación de la técnica, demostró importante reducción en el nivel de dolor de las parturientas⁽¹⁴⁾.

En una investigación con abordaje cualitativo que buscó la percepción de enfermeras obstétricas sobre la humanización de la asistencia al parto realizado en una maternidad en el interior del Estado de San Pablo, se demostró que esas enfermeras consiguen apoyar y orientar a las gestantes con cursos, ofrecen medidas para aumentar la comodidad como: ambiente tranquilo, baño de ducha, permiso para el acompañante y evitan intervenciones innecesarias⁽¹⁷⁾.
Figura 3 - Intensidad de dolor "antes y después" de la aplicación del baño de ducha en los 8 y 9 cm. de dilatación del cuello uterino en la fase activa del trabajo de parto. Natal, RN, 2006



En la Figura 3, los resultados obtenidos con el baño de ducha en los 8 y 9 cm. de dilatación del cuello uterino, mostraron que el alivio fue significativo en los dos momentos en que la misma fue aplicada, denotando su efectividad en la reducción del dolor de las parturientas en esa fase.

En un ensayo clínico realizado, el baño de ducha redujo el tiempo del trabajo de parto y el agua actuó en el umbral del dolor, disminuyendo la sensación del mismo provocando relajamiento en las parturientas en el experimento⁽⁸⁾. En otro ensayo clínico, se demostró que el baño de ducha en la fase activa del período de dilatación promovió sensaciones de bien estar y aumento la comodidad, tales como alivio, relajamiento y aumento del vigor. Los autores sugieren que la estrategia sea implantada en centros obstétricos debido a su disponibilidad, accesibilidad y bajo costo de su intervención⁽⁷⁾.

Fue identificado en el relato de la experiencia que, el baño de ducha asociado a otras técnicas no farmacológicas como la Bola de Bobath y masajes

lumbares, proporciona comodidad durante las contracciones. En estos términos, el agua debe caer sobre los locales más dolorosos y, que, la Bola de Bobath, además del baño de ducha, deberá ser asociada también a los masajes lumbares para intensificar el alivio del dolor durante las contracciones⁽⁹⁾.

En un estudio experimental, aleatorio del tipo ensayo clínico, realizado en una maternidad pública filantrópica en la ciudad de San Pablo, se observó que el baño de inmersión para aliviar el dolor durante el trabajo de parto presentó ventajas para reducir y postergar el uso de fármacos en el control del dolor, siendo así una opción viable para la comodidad de la parturienta, sin interferir en la progresión del trabajo de parto⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

Entre las ENF para el alivio del dolor en su proceso de trabajo de parto, identificadas en las bases de datos, al ser aplicadas a las parturientas del estudio: los ejercicios respiratorios, el relajamiento muscular, el masaje sacro lumbar y el baño de ducha,

presentaron porcentual de aceptación > 80,0%, siendo rechazadas las estrategias de deambulación y de balance pélvico que obtuvieron porcentajes por debajo del criterio de aceptación preestablecido.

En cuanto a la efectividad de las ENF aceptadas por las parturientas para alivio del dolor, verificamos que los puntajes de dolor al ser comparados "antes y después" de la aplicación de las estrategias de ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar en los tres momentos que fueron utilizadas en los 6, 8 y 9 cm. de dilatación, y del baño de ducha en los 8 y 9 cm., denotan que las mismas fueron efectivas en el alivio del dolor, siendo por lo tanto adecuadas para incluirlas en el instrumento de la Tesis de Doctorado.

En este sentido, esta investigación nos proporcionó una relevante experiencia en la identificación de esas estrategias en las mujeres en trabajo de parto, lo que nos posibilitará la aplicación de las mismas para el alivio del dolor de parto en el mismo campo de estudio durante la recolección de datos, reforzando la importancia de la búsqueda de la humanización en el proceso de asistencia a las parturientas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helman CG. Pain and culture. In: Helman CG. Culture, health and illness: introduction for health professionals. 3th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994. p. 179-93.
2. Pimenta CAM. Avaliação da experiência dolorosa. Rev Med 1995 agosto-setembro; 74(2):69-75.
3. Lowe KN. The nature of labor pain. Am Obst Gynecol 2002; 186:S16-24.
4. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2000.
5. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 May; 186:S160-72.
6. Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
7. Ochiai AM, Gualda DMS. O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 75.
8. Medina ET, Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000. novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
9. Lopes TC. Bola do nascimento: uma opção de conforto durante o trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth; 2000 novembro 2-4; Fortaleza, Ceará. Fortaleza: JICA; 2000. p. 76.
10. Chan MY, Wang SY, Chen CH. Effects of message on pain and anxiety during labor: a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs 2002 April; 38(1): 63-73.
11. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. Am Family Physician 2003; 68(6):1109-12.
12. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev Latino-am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 52-8.
13. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev Esc Enfermagem USP 2006 março; 40(1): 57-63.
14. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the "Progressive Muscle Relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5): 654-9.
15. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NM, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicofilática durante o processo de parturição. Rev. Enfermagem UERJ 2004 dezembro; 12(3): 292-8.
16. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes, AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. Rev RENE 2002 janeiro-junho; 3(1):67-72.
17. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6): 960-7.