

Artículo especial

Dolor de parto: análisis del concepto

Labour pain: analysis of the concept

Laura Mallén-Pérez¹, Maria Eulàlia Juvé-Udina², Maria Teresa Roé-Justiniano³,
Àngela Domènech-Farrarons³

¹Matrona. Máster en Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Sede Maternitat. ²Enfermera. Doctora en Ciencias Enfermeras. Profesora asociada del Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería. IDIBELL. Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ³Matrona. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Sede Maternitat

RESUMEN

Objetivo: Examinar el concepto de «dolor de parto» a partir del análisis de la bibliografía científica disponible, a fin de establecer sus atributos esenciales.

Método: Se emplea el procedimiento de análisis de concepto descrito por Wilson tal como lo adaptó posteriormente Avant. Esta técnica sistematiza la clarificación conceptual en 11 pasos: del establecimiento de las preguntas de estudio a la determinación de los resultados en el lenguaje.

Resultados: El concepto de «dolor de parto» se caracteriza como una experiencia multidimensional y única como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico, que está influido por diversos factores internos y externos y cuyos elementos esenciales le son propios y lo distinguen de cualquier otro tipo de dolor.

Conclusiones: Los resultados de este estudio aclaran el significado del concepto de estudio y contribuyen a difundir el conocimiento y el empleo de las técnicas de desarrollo y análisis conceptual entre las matronas de nuestro país.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Dolor de parto, análisis de concepto, matrona, gestante, parto.

ABSTRACT

Objective: To explore the concept "labour pain" by analyzing available scientific literature, to identify its essential components.

Method: The procedure used is the Wilsonian technique as described by Avant. This systematized method of conceptual analysis includes 11 steps: from the posed research questions to the establishment of results in language.

Results: The concept "labour pain" is featured as a multidimensional, unique experience in physiological response to organic stimuli, influenced by internal and external factors and with several essential elements that delineate it and differentiate it from other types of pain.

Conclusions: The findings from this study clarify the meaning of the concept and disseminate the knowledge and use of concept development and analysis procedures among midwives in our country.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Labour pain, concept analysis, midwife, gestation, labour.

INTRODUCCIÓN

El concepto de «dolor» ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Aristóteles lo consideraba una «pasión del alma». Esta visión del dolor como emoción prevaleció hasta el siglo XIX, en que pasó a entenderse como una sensación física. En el siglo XX se le volvió a dar importancia a la dimensión emocional del dolor, contemplado como una experiencia emocional integrada por un

componente físico cuyas características están influidas por el tipo e intensidad del dolor y por un componente psicológico¹.

La historia del dolor de parto va íntimamente ligada al papel de la mujer en la sociedad. La percepción de las mujeres sobre la maternidad ha ido evolucionando al compás de los acontecimientos históricos y los avances científicos y sociales^{2,3}.

Fecha de recepción: 17/06/13. Fecha de aceptación: 12/05/14.

Correspondencia: L. Mallén Pérez. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Sede Maternitat. Sabino de Arana, 1. 08002 Barcelona. Correo electrónico: LMALLEN@clinic.ub.es

Mallén-Pérez L, Juvé-Udina ME, Roé-Justiniano MT, Domènech-Farrarons À. Dolor de parto: análisis del concepto. Matronas Prof. 2015; 16(2): 61-67.

El concepto de «parto» también ha evolucionado a lo largo del tiempo y se ha entendido de diversas formas según las distintas culturas. Inicialmente, el parto era considerado un hecho natural y se manejaba de forma instintiva. La religión católica introdujo la idea del parto como castigo por el pecado original; eso implicaba que el parto debía ser un proceso doloroso y que toda tentativa de remediar el dolor era pecado. Durante la Edad Media, parte del Renacimiento y durante la Revolución Industrial, el dolor se consideraba una emoción, y se trataba a las mujeres como histéricas, o bien se decía que el suyo era un dolor imaginario. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el parto empieza a abordarse como un proceso que requiere atención médica, especialmente entre las clases sociales acomodadas, y es entonces cuando se comienza a identificar las causas relacionadas con el dolor y a aplicar analgesia farmacológica. La primera vez que se usó analgesia en el parto fue en 1847, en Edimburgo; se utilizó éter. Más tarde se empezó a emplear como anestésico el cloroformo, lo que comportó una considerable disminución de la morbilidad materno-fetal. Tras la Segunda Guerra Mundial los partos se trasladaron a los hospitales, donde se administraba a las mujeres éter o cloroformo en el momento del nacimiento. La utilización de estos medicamentos provocaba amnesia, y la madre lo recordaba como algo placentero (sueño crepuscular). Por ello más tarde empezó a usarse la anestesia espinal, cuyo uso se habría extendido en los años setenta^{2,3}.

En las últimas décadas, las profesiones de la salud, y sobre todo la matronería, han promovido la orientación del desarrollo individual y la expresión de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres; sin embargo, y a pesar de que el dolor de parto es un fenómeno de interés disciplinar, hay pocos estudios que analicen su significado^{3,4}.

La identificación del concepto de «dolor de parto» en los lenguajes enfermeros y médicos es heterogénea. La clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association International no lo explicita como diagnóstico enfermero⁵. La Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9 lo considera un síntoma⁶. La terminología enfermera de interfase ATIC sí incluye el concepto de «dolor de parto» en su eje diagnóstico, pero el contenido de esta terminología aún no ha sido publicado^{7,8}. Por último, la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera permite perfilar este concepto mediante la combinación semántica de los términos «dolor» y «parto», que se ubican en distintos ejes de este vocabulario⁹.

Un estudio reciente ha examinado los factores que afectan a la valoración del dolor de parto por parte de las matronas, y las conclusiones han sido las siguientes:

1) la estimación que hacen las matronas del dolor de parto se correlaciona con la valoración que hacen de la ansiedad de la mujer; 2) cuanto más experiencia profesional atesora la matrona, menor es la apreciación del dolor, y 3) cuantos más partos atiende la matrona de forma autónoma, mayor es su valoración del dolor. La empatía y la ansiedad de la matrona y de la mujer en el parto influyen en la estimación del dolor de parto¹⁰. De igual modo, Beigi et al. identificaron distintos factores que influyen en la percepción del dolor de parto¹¹.

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de estudios de desarrollo y análisis de conceptos en la literatura científica internacional. La mayoría de ellos se basan en la metodología descrita por el pedagogo John Wilson en la década de los sesenta y adaptada posteriormente por Avant^{12,13}.

El presente estudio desarrolla un análisis del concepto de «dolor de parto» para dar respuesta a la necesidad de clarificación conceptual tanto de los profesionales sanitarios como de las gestantes. A los primeros, entender todas las concepciones del dolor de parto les ofrecerá herramientas para prestar un cuidado óptimo, al permitir diferenciar el dolor percibido según las experiencias previas, la cultura, las expectativas y vivencias cada mujer para, de este modo, personalizar la atención, informar en cada momento del proceso y apoyar en mayor medida la decisión de la mujer de recibir o rehusar la analgesia peridural. De igual modo, para las gestantes estar en posesión de los conocimientos e información necesarios en esta materia es esencial para esa experiencia única que es dar a luz, el control de su cuerpo y la libertad de vivir ese momento tal como se haya decidido, así como también para enfrentarse a la vivencia del dolor de parto.

El objetivo de este estudio es examinar críticamente el concepto de «dolor de parto» a partir del análisis de la literatura científica publicada sobre el tema, con el fin de identificar los elementos esenciales que caracterizan este concepto.

MÉTODO

El análisis de concepto se basa en la técnica de análisis conceptual de Wilson, por ser un procedimiento focalizado. Esta técnica resulta la más indicada por plantear un concepto influido por múltiples aspectos. Según Avant, el método de Wilson incluye el desarrollo sistemático de los siguientes pasos: 1) aislar las preguntas; 2) encontrar las respuestas; 3-7) desarrollar los casos; 8) determinar el contexto social; 9) identificar las emociones subyacentes; 10) establecer los resultados prácticos, y 11) definir los resultados en el lenguaje. Los pasos de la técnica wilson-

niana permiten abarcar todos los campos que integran el concepto y contribuyen a desarrollar los resultados en el lenguaje de una forma completa^{13,14}.

Los casos prácticos que ejemplifican el concepto son útiles para identificar sus elementos esenciales y para diferenciar el concepto de estudio de otros conceptos similares. El caso modelo, o caso ejemplar, contiene los atributos esenciales del concepto y el caso contrario implica una situación opuesta. El caso relacionado favorece la identificación de elementos diferenciales y el caso fronterizo refleja alguno de los elementos esenciales del concepto de estudio para orientar el diagnóstico diferencial. Cuando los casos presentados no permiten aclarar suficientemente el concepto de estudio, Wilson recomienda recurrir a un caso inventado.

La selección de los casos se hizo por conveniencia del autor, por observación directa, al tener los atributos necesarios para encajar en cada uno de ellos.

La búsqueda bibliográfica se realizó en el buscador Google y en las bases de datos PubMed y CINAHL; se utilizaron como palabras clave «dolor», «parto» y «analgesia» y su correspondiente traducción al inglés, y no se estableció limitación en el tiempo.

1. Aislar las preguntas relativas al concepto

Para analizar el significado del concepto de estudio se plantean las siguientes preguntas: 1) ¿qué es el dolor de parto?; 2) ¿qué particularidades tiene?; 3) ¿qué vivencias del dolor de parto puede haber?; y 4) ¿se debe tratar?

Según el método de Wilson, estas preguntas se corresponden con tres categorías: concepto, hecho y valores. Las preguntas de concepto se refieren a la definición del constructo, las preguntas de hecho tienen que ver con el conocimiento disponible, y las preguntas de valores integran las concepciones morales implícitas.

2. Encontrar las respuestas adecuadas

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, el *dolor* es «una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior»; una segunda definición del término es la de «sentimiento de pena y congoja»¹⁵.

En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo definió como «experiencia sensorial emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o posible o descrita en términos relacionados con dicha lesión». Esta definición fue afinada a finales de los ochenta por las enfermeras Margo McCaffery y Alexandra Beebe, que describieron el dolor como una «experiencia desagradable que existe siempre que el individuo afirma que existe»^{16,17}.

Según el diccionario de la Universidad de Salamanca, el parto se define como «la salida del feto y de sus anejos del claustro materno». Puede dividirse en tres etapas: la dilatación (del cuello uterino), la expulsión (del feto) y el alumbramiento o salida de la placenta y las membranas¹⁸.

Por su parte, el *dolor de parto* se define como el dolor producido por las contracciones uterinas y por la expulsión del feto y los anejos. Ese dolor difiere según la etapa del parto. En la primera fase, el dolor es consecuencia de la contracción uterina y la dilatación cervical y se transmite a través de las fibras nerviosas T10 L1, pudiendo referirse a dolor lumbosacro, crestas ilíacas y área de los glúteos. En la segunda fase el dolor se debe a la distensión de las fibras vaginales, periné y suelo pélvico; se transmite por los nervios pudendos y entra en la vía espinal a través de S2-S4. En la tercera fase, el dolor es causado por la estimulación de las fibras vaginales debido a la presión que ocasiona el alumbramiento¹⁹. A los efectos de este análisis, se incorpora la idea del dolor como experiencia sensorial y emocional.

En respuesta a la cuestión de las vivencias del dolor, es necesario aclarar las particularidades que presenta el dolor de parto según el conocimiento disponible. El dolor de parto se ve afectado por múltiples procesos, tanto fisiológicos como psicológicos. La percepción del dolor varía mucho de unas mujeres a otras, desde las que no perciben ningún dolor hasta las que perciben el mayor dolor de su vida.

Existe evidencia científica sobre la relación entre la paridad de la mujer y el dolor percibido, habiéndose observado que las mujeres nulíparas experimentan 8-10 puntos más de dolor que las multíparas^{20,21}, así como entre el dolor y la posición adoptada durante el trabajo de parto y el tipo de inicio de parto^{22,23}. Entre los factores psicológicos, las experiencias previas (partos anteriores), la cultura y la etnia, la educación y las habilidades de la mujer son variables significativas para la percepción del dolor^{19,20}.

El estudio de Mazoni et al. (2013) identifica como características del dolor de parto: las referencias verbales o no verbales al dolor, la evidencia observada de contracciones uterinas, la alteración del tono muscular, la expresión corporal y/o facial de dolor, y la búsqueda de una posición antiálgica⁴.

3-7. Casos

En este apartado se desarrollan los casos prácticos que explican las características esenciales del concepto de estudio. Los casos permiten ilustrar de forma más clara y práctica las respuestas a las preguntas planteadas anteriormente.

3. Caso ejemplar

S.M. es una mujer de 32 años, gestante primípara, de 37 semanas de gestación, que acude al servicio de urgencias (UCIAS) por dolor abdominal que irradia a lumbares de forma regular y cíclica. Refiere que el dolor se inició 4 horas antes, que al principio era bastante parecido al dolor menstrual y que progresivamente fue aumentando en intensidad y frecuencia. Durante su estancia en UCIAS, la matrona monitoriza la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina, además de realizar una exploración vaginal para valorar el inicio del proceso de parto.

Cuando la gestante tiene una contracción, aumenta su frecuencia cardíaca, presenta rubor y expresión facial de dolor, tensión muscular generalizada, y expresa dolor de forma verbal y no verbal: llora, chilla de forma episódica, y también sonríe de vez en cuando y afirma: «Bueno, valdrá la pena».

Tras la exploración vaginal, la matrona informa a la gestante de que el proceso de parto se ha iniciado y se encuentra en la primera fase del parto (dilatación cervical de 4 cm); también le dice que, si lo desea, puede administrársele la analgesia peridural, o bien optar por ejercicios de relajación, uso de hidroterapia o inhalación de óxido nítrico. La gestante decide seguir el proceso sin analgesia farmacológica.

En este caso se describen las características esenciales del dolor de parto y los signos con los que se manifiesta, así como las posibilidades de tratamiento existentes.

La gestante de este caso está experimentando el dolor normal del proceso de parto para la fase en la que se encuentra (dolor abdominal-lumbosacro, rubor facial, taquicardia esporádica, tensión muscular)¹. La decisión de que le administren analgesia peridural o de optar por técnicas de alivio de dolor alternativas corresponde a la mujer.

4. Caso contrario

A.L. es una mujer de 45 años que prepara el nacimiento de su primer hijo por cesárea electiva, por encontrarse el feto en situación transversal. La gestante ingresa a las 8 de la mañana por urgencias, donde se le realizan los controles previos de la cesárea (confirmación del ayuno, control ecográfico de la posición fetal, confirmación de pruebas analíticas necesarias para la intervención).

La paciente y su pareja se trasladan a la zona quirúrgica, donde se encuentran con el equipo profesional que le practicará la anestesia gracias a la cual no tendrá sensación dolorosa durante la intervención.

A.L. no ha notado ningún dolor ni antes ni durante la intervención, puesto que en ningún momento se ha iniciado el proceso de parto. El único dolor que percibirá será el del postoperatorio.

En el caso de A.L., el dolor propiamente de parto no ha existido; aun así, ha pasado por un proceso de alumbramiento asistido quirúrgicamente: la cesárea. Para esta mujer, el dolor de parto se asociará al dolor experimentado tras la cesárea, y no al ocasionado por las contracciones, pues no las ha habido.

5. Caso relacionado

M.N. es una mujer soltera de 42 años que está dando a luz a su primer hijo; ha decidido ponerse la analgesia peridural y ha conseguido aliviar el dolor fisiológico de forma completa a los 15 minutos. Al llegar a la fase de expulsivo, M.N. vuelve a presentar taquicardia, rubor y sudoración cada vez que se inicia el pujo. Cuando se le pregunta si siente dolor durante la contracción, dice que no, pero está totalmente bloqueada psicológicamente y no es capaz de colaborar con los profesionales que la están atendiendo.

Lo que le sucede a M.N. es que está experimentando un proceso de ansiedad. Al hablar con ella, expresa su temor a esta nueva etapa, pues sabe que no tendrá el apoyo de una pareja y que deberá ser autónoma e independiente en el cuidado de su hijo.

La ansiedad durante el parto es un factor importantísimo que afecta en gran medida a la percepción del dolor. Incluso con una analgesia efectiva, la gestante experimenta tal grado de ansiedad que es incapaz de controlar sus emociones. La respuesta fisiológica es muy parecida a la ocasionada por el dolor de parto, pero en este caso es causada por la ansiedad.

6. Caso fronterizo

D.J. ha decidido tener un parto natural. Durante las contracciones experimenta dolor, con taquicardia, rubor facial y sudoración, pero es totalmente capaz de controlarlo mediante técnicas de relajación, visualización y respiración. D.J. dice que pensaba que iba a ser muchísimo peor; las personas con las que había hablado del parto le habían dicho que era un dolor insoportable, y en cambio ella cree que puede sobrellevarse con concentración. El dolor no es continuo y puede controlarse; además, saber que cada contracción es un paso más para poder ver a su hijo le produce alegría y placer, por lo que la vivencia del parto está siendo muy gratificante.

El dolor es experimentado por cada mujer de forma distinta, según todos los aspectos ya mencionados. Este caso fronterizo muestra cómo, dependiendo de las experiencias y la preparación que haya tenido la gestante, la vivencia del dolor puede ser totalmente diferente a la del caso ejemplar.

7. Caso inventado

Puesto que el proceso de descripción de los casos anteriores para ilustrar el dolor de parto, sus relaciones, si-

mitudes y diferencias con otros conceptos en su misma red conceptual permite identificar los elementos esenciales del constructo de interés, no es necesario añadir un caso inventado.

8. Contexto social

El concepto de «dolor de parto» se utiliza para definir la sensación producida por las contracciones uterinas que se experimentan durante el proceso del parto y la expulsión del feto y sus anejos¹⁹. Este concepto ha ido evolucionando conforme lo hacían también la sociedad y la comunidad científica. Aunque el dolor de parto es algo ampliamente conocido por la sociedad, a lo largo de la historia, no se ha sometido a un proceso de aclaración conceptual para determinar sus particularidades, dado que está influido por multitud de factores que modifican sus manifestaciones. Así, la vivencia del dolor será totalmente distinta para una mujer que ha tenido experiencias previas con otro parto, para una mujer que está sometida a un nivel de ansiedad muy elevado y para una mujer que culturalmente tiene integrado el dolor de parto como algo natural y que controla las manifestaciones del dolor^{2,20,21}.

En lo referente al tratamiento del dolor de parto, el avance de la medicina ha dado la oportunidad de poder tratar sus manifestaciones de muchas formas. De igual modo, los avances en el desarrollo profesional han hecho posible recurrir a técnicas alternativas de tratamiento del dolor más acordes con las peticiones de las gestantes.

El papel de la mujer en la sociedad, también en constante evolución, ha ido íntimamente ligado a este proceso. Así, en las sociedades que han conseguido avances significativos en el desarrollo personal y profesional de las mujeres, favoreciendo su incorporación y autonomía en la toma de decisiones y abandonando patrones paternalistas, se ha avanzado en la asunción de la independencia femenina. La mujer ha podido construir el derecho a decidir cómo desea vivir su parto, formarse y participar en el abordaje del dolor. Asimismo, se ha reconocido como algo esencial el papel que desempeña la pareja en el parto y en el alivio y el acompañamiento del dolor de la mujer. Las matronas, como responsables de la atención al parto, han desarrollado e implantado progresivamente modelos de atención centrados en la mujer y en sus decisiones.

9. Emociones subyacentes

El dolor, como sensación subjetiva que varía según la persona, al estar influido por multitud de factores de diversa índole (psicológicos, ambientales, culturales), es más complejo aún de conceptualizar^{3,19-21}.

El tratamiento del dolor de parto debe decidirlo la gestante, pero es fundamental ofrecer un apoyo constante durante el proceso para dar seguridad y refuerzo positivo a aquellas mujeres que deciden no recibir tratamiento farmacológico para el dolor. Esta decisión puede estar en desacuerdo con algunos valores de los profesionales, por el miedo a las complicaciones que pueden darse durante el parto, y porque en el momento en que una mujer decide no tratar el dolor del parto de forma farmacológica, es totalmente autónoma e independiente; en cambio, en la atención a un parto con anestesia, son los profesionales quienes asumen esta autonomía, dejando a la gestante «en un segundo lugar». Este cambio en la atención al parto y al tratamiento del dolor, que en nuestro país se inició hace algo más de una década, se basa en la demanda del derecho a un parto menos medicalizado, y aunque contempla también otros aspectos, el tratamiento del dolor es la piedra angular de este proceso, e incluye el uso de terapéuticas no farmacológicas para aliviar y mejorar el control del dolor²⁴⁻²⁷, como la reflexología^{28,29}, la termoterapia³⁰, la hidroterapia³¹, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea³² o la acupuntura³³.

10-11. RESULTADOS

Este estudio analiza el concepto de «dolor de parto» y demuestra que se trata de una experiencia multidimensional, de respuesta fisiológica a una causa orgánica, inmersa en un contexto mucho más amplio que modifica su significado³⁴.

Los resultados del análisis permiten aclarar el concepto de «dolor de parto» para ayudar a los profesionales a comprender mejor este fenómeno y a adoptar medidas que benefician a las gestantes durante el proceso del parto, valorando no sólo las implicaciones fisiológicas del dolor, sino todos los aspectos relacionados que lo modifican.

El resultado principal de este análisis es la identificación de los elementos esenciales que caracterizan el dolor de parto, a partir de la revisión de las fuentes bibliográficas y el estudio de los casos. Estos elementos característicos son:

- El dolor de parto es una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos.
- El dolor de parto está influido por diversos factores internos, como las experiencias algicas previas, los antecedentes obstétricos, el modo personal de vivir la propia sexualidad y de entender el parto, el grado de temor o el nivel de ansiedad que se asocian al parto, la voluntad de la gestante de implicarse activamente en el proceso y sus expectativas.

Tabla 1. Elementos esenciales del concepto «dolor de parto»

Pregunta	Respuesta
¿Qué es el dolor de parto?	Es una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, que está influida por múltiples factores internos y externos, y que se activa como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico producido por las contracciones uterinas y la expulsión del feto y los anejos
¿Qué particularidades tiene el dolor de parto?	Se expresa de numerosas formas, pero tiene fuertes connotaciones positivas que lo hacen único. Se activa con la aparición de las contracciones uterinas. Se acompaña de alteración del tono muscular, búsqueda activa de posiciones antiálgicas o de defensa, uso de estrategias de autoconcentración o autodistracción, y simultaneidad de emociones positivas y negativas
¿Qué vivencias del dolor de parto puede haber?	Tantas como gestantes. La vivencia del dolor de parto es individual
¿Se debe tratar el dolor de parto?	Dependerá de la decisión de la gestante, que puede decidirlo sola o de forma compartida con la pareja y/o los profesionales

- El dolor de parto también está influido por factores externos que modifican la vivencia del dolor, como el ambiente que rodea a la mujer durante la gestación y el parto, el acompañamiento y apoyo de la pareja o de la familia, los patrones culturales aprendidos, la relación terapéutica con los profesionales y el aprendizaje sobre el uso de métodos de alivio del dolor.
- El dolor de parto es descrito con adjetivos que lo califican de forma positiva: «un dolor soportable», «un dolor relativo», «un dolor bonito», «un dolor que compensa», «un dolor que vale la pena»... En este sentido, el dolor de parto es excepcional: ninguna otra situación o experiencia dolorosa para el ser humano es referida en estos términos positivos.
- Otros atributos que caracterizan el dolor de parto son la presencia de contracciones uterinas, la alteración del tono muscular, la búsqueda activa de posiciones antiálgicas o de defensa, la sensación de presión en el periné, el empleo de estrategias de concentración o de distracción por parte de la mujer y la simultaneidad de emociones positivas y negativas.
- La vivencia del dolor de parto es individual, propia de cada gestante.

En la tabla 1 se resumen los atributos esenciales del concepto de estudio en forma de respuestas a las preguntas planteadas al inicio del estudio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En las últimas décadas, enfermeras y matronas han empleado el análisis de conceptos para estudiar fenómenos disciplinares fundamentales, orientar la clarificación de los conceptos en la práctica, reducir su ambigüedad, promover su correcto uso y contribuir al desarrollo profesional. El procedimiento descrito por Wilson resulta

especialmente útil frente a otras técnicas cuando un concepto puede entenderse con distintos significados, aunque no está exento de algunas limitaciones³⁵⁻³⁷. El método contempla un diseño filosófico, una revisión de la bibliografía y un análisis intelectual, pero presenta un déficit de metodología empírica; aunque el análisis de conceptos se vincula al paradigma de investigación cualitativa, el método de Wilson no incorpora criterios de calidad metodológica, como la triangulación de expertos. Tal vez sea ésta la principal limitación de este estudio.

El análisis de concepto que hemos llevado a cabo pretende ayudar a abordar el dolor de parto en todas sus dimensiones; quizá nuestro trabajo pueda inspirar futuras investigaciones encaminadas a buscar tratamientos para el dolor de parto que permitan ofrecer un amplio abanico de posibilidades a la gestante, a fin de que pueda escoger la que se adapte más a su vivencia del parto.

Entender todos los aspectos que influyen en el dolor de parto puede contribuir a dar con métodos que lo alivien; los profesionales debemos seguir buscando la mejor forma de atender a cada mujer según las preferencias que ésta tenga y hemos de ser capaces de adaptarnos a cada situación.

Los resultados de este trabajo contribuyen a aclarar el significado del concepto de estudio y, a la vez, ayudan a difundir el conocimiento y el empleo de las técnicas de desarrollo y análisis conceptual entre las matronas.

AGRADECIMIENTOS

A Ángela Arranz, coordinadora, por su apoyo en el cambio de atención al proceso de parto, por primar las preferencias de las gestantes y por ayudar a los profesionales en la evolución hacia el empoderamiento y respeto a las decisiones de las gestantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Torres Morera LM. Tratado de anestesia y reanimación. Madrid: Arán Ediciones, 2001.
- Vélez van Meerbeke A. Lecciones de historia del dolor. Rosario, Colombia: Universidad del Rosario, 2005.
- Mazoni SR, Carvalho EC. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. *Rev Dor*. 2008; 9(1): 1.176-82.
- Mazoni SR, Carvalho EC, Dos Santos CB. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21: 1-9.
- Herdman H, ed. NANDA International Nursing Diagnosis. Definitions and Classification 2012-2014. Oxford, UK: Wiley Blackwell, 2011.
- World Health Organization. International Disease Classification, ninth revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). 2011.
- Juvé-Udina ME, González-Samartino M, Matud-Calvo C. Mapping the diagnosis axis of an interface terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nurs*. 2012; 2012: 676905 [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/isrn/nursing/2012/676905/>
- Juvé-Udina ME. What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(12): 1.698-710.
- International Nurses Council. International Classification for Nursing Practice. 2010 [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>
- Williams AC, Morris J, Stevens K, Gessler S, Cella M, Baxter J. What influences midwives in estimating labour pain? *Eur J Pain*. 2013; 17(1): 86-93.
- Beigi NM, Broumandfar K, Bahadoran P, Abedi HA. Women's experience of pain during childbirth. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010; 15(2): 77-82.
- Wilson J. Thinking with concepts. Cambridge: Cambridge University Press, 1963.
- Rogers BL, Knaf KA. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications, 2.ª ed. Filadelfia: WB Saunders, 2000.
- Duncan C, Duff Cloutier J, Bailey PH. Concept analysis: the importance differentiating the ontological focus. *J Adv Nurs*. 2007; 58(3): 293-300.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 22.ª ed. 2001 [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es>
- International Association for the Study of Pain. Pain definition. Washington DC [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org>
- McCaffery M, Beebe A. Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat, 1992.
- Cortés Gabaudan F, Ureña Bracero J. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://diccionmed.eusal.es>
- Jones AL, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (3): CD009234.
- Nur-Rachmawati I. Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *Br J Midwifery*. 2012; 20(4): 263-70.
- Wong CA. Advances in labor analgesia. *Int J Womens Health*. 2009; 1: 139-54.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de: The Cochrane Library, 2008, issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). The guidelines manual [monografía en Internet]. Londres: NICE, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 134-2007 [consultado el 7 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950>
- Vargens OM, Silva AC, Progiante JM. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth –the Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*. 2013; 29(11): 99-106.
- Lee N, Webster J, Beckmann M, Gibbons K, Smith T, Stapleton H, et al. Comparison of a single vs a four intradermal sterile water injection for relief of lower back pain for women in labour: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2013; 29(6): 585-91.
- Lee N, Martensson LB, Kildea S. Cross sectional study of Australian midwives knowledge and use of sterile water injections for pain relief in labour. *Women Birth*. 2012; 25(4): e74-9.
- Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 268.
- Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavi Majd H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iran Red Crescent Med J*. 2011; 13(7): 475-9.
- Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010; 15 Supl 1: 302-10.
- Fahami F, Behmanesh F, Valiani M, Ashouri E. Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011; 16(1): 113-6.
- Da Silva FM, De Oliveira SM, Nobre MR. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. 2009; 25(3): 286-94.
- Bedwell C, Dowswell T, Neilson JP, Lavender T. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence. *Midwifery*. 2011; 27(5): 141-8.
- Mårtensson L, Kvist LJ, Hermansson E. A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery*. 2011; 27(1): 87-92.
- Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(3): 234-42.
- Lynch SH, Lobo ML. Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012; 68(9): 2.125-34.
- Botes A. Concept analysis: some limitations and possible solutions. *Curationis*. 2002; 25(3): 23-7.
- Hupcey JE, Morse JM, Lenz ER, Tasón MC. Wilsonian methods of concept analysis: a critique. *Sch Inq Nurs Pract*. 1996; 10(3): 185-210.