

# Factores que influyen en la elección de la anestesia epidural en las mujeres que dan a luz en el Hospital General de La Palma

**SONIA TAMARA HERRERO ESCRIBANO**

**TUTOR: MARTÍN RODRÍGUEZ ÁLVARO**

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna:

Sección Enfermería y Fisioterapia (Unidad Docente de La Palma)

Fecha: 4/06/2019

## **RESUMEN**

La anestesia epidural constituye el método analgésico más utilizado para el dolor del trabajo de parto en España, aun siendo un factor de riesgo para la aparición de ciertas complicaciones. No obstante, el índice de utilización de dicha anestesia en la isla de La Palma es de un 29.5%. En la percepción del dolor a menudo influye el contexto sociocultural. Los profesionales sanitarios que prestan la atención obstétrica deben hacer hincapié en la educación maternal, la libre toma de decisiones, y la satisfacción materna. Al mismo tiempo es importante que conozcan las actitudes y criterios de salud de la población con la que trabajan. Es por esto que se decide investigar los factores que llevan a las mujeres que dan a luz en La Palma a demandar o no demandar la anestesia epidural para su parto. Para ello se realizará un estudio analítico cuantitativo basado en la realización de un cuestionario que nos ayude a recabar información relevante para lograr nuestro objetivo.

## **ABSTRACT**

Epidural anesthesia is the most used as analgesic relief for obstetric labor in Spain, even being a risk factor for the appearance of side effects. However, the rate of use on the island of La Palma is 29.5%. Sociocultural context often influences on pain perception. Health professionals who provide obstetric cares should emphasize on maternal education, free decision-making, and maternal satisfaction. At the same time it is important for them to know the attitudes and health ways of the population they work with. That is the reason because of this investigation about factors that make La Palma women's to choose or do not the epidural anesthesia during the birth. For that a quantitative analytical study will be carried out based on the carrying out based on a questionnaire that will help us to collect relevant information to achieve our objective.

**PALABRAS CLAVE:** mujeres embarazadas, anestesia epidural, parto obstétrico, dolor de parto, trabajo de parto.

**KEY WORDS:** pregnant women, epidural anesthesia, delivery obstetric, labor pain, labor obstetric.

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y DEFINICIONES**

AE: Anestesia Epidural.

AP: Atención Primaria.

EVA: Escala Visual Analógica.

ESRA: European Society of Regional Anaesthesia.

HGLP: Hospital General de La Palma.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ISTAC: Instituto Canario de Estadística.

L: vértebra Lumbar.

MCSRS: Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale.

PASAR: Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva.

RN: Recién Nacido.

RPBF: Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal.

S: vértebra Sacra.

T: vértebra Torácica.

Aborto: interrupción y expulsión de la gestación antes de la semana 21,6, o feto menor de 500 gramos.

Episiotomía: corte realizado en el periné materno en el momento del parto para evitar el desgarro.

Fase activa del parto: cuando se han alcanzado los 4 centímetros de dilatación.

Obstetricia: disciplina médica encargada de los aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

Paridad: número total de partos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

Parto distócico: parto laborioso que requiere intervención médica.

Parto eutócico: parto que acontece de forma totalmente normal, por vías naturales y sin necesidad de intervención instrumental. Consta de tres periodos:

- dilatación: el cuello uterino se dilata hasta los 9 centímetros.
- expulsivo: el feto atraviesa el canal del parto y sale al exterior.
- alumbramiento: salida de la placenta.

Parto instrumental: parto distócico en el que se necesita material para extraer al feto. Se puede utilizar “ventosa” para tracción o “fórceps” para rotación y tracción.

Puerperio: periodo de recuperación del organismo materno que abarca desde el final del parto hasta 40 días después.

# ÍNDICE

1. <u>INTRODUCCIÓN</u> .....	1, 2, 3
1.1. Marco teórico.....	4-12
1.2. Antecedentes.....	13, 14
1.3. Justificación.....	15, 16
2. <u>OBJETIVOS</u>	
2.1. Objetivo general.....	16
2.2. Objetivos específicos.....	16, 17
3. <u>METODOLOGÍA</u> .	
3.1. Diseño de investigación.....	17
3.2. Población y muestra de estudio.....	17
3.2.1 Criterios de inclusión.....	18
3.2.2 Criterios de exclusión.....	18
3.3. Variables e instrumentos.....	18-20
3.4. Procedimiento.....	21, 22
3.5. Análisis estadístico.....	22
3.6. Aspectos éticos.....	23

3.7. Cronograma.....	23, 24
3.8. Logística. Presupuesto.....	24
4. <b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....	25-29
5. <b><u>ANEXOS</u></b>	
5.1 Anexo 1: Folleto de información del “Programa de Parto Normal” del Servicio Canario de Salud.....	30
5.2 Anexo 2: Plan de parto.....	31
5.3 Anexo 3: Encuesta.....	32-39
5.4 Anexo 4: Documento de consentimiento informado.....	40
5.5 Anexo 5: Solicitud de autorización para la Gerencia de los Servicios del Área de Salud de La Palma, y Dirección de Enfermería de Atención Primaria.....	41, 42
6. <b><u>AGRADECIMIENTOS</u></b> .....	43

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos 60 años en el mundo occidental, han tenido lugar sustanciales cambios respecto al manejo del parto: libertad de decisión, de acompañamiento, importancia de las expectativas de la mujer, así como cambios en los métodos de abordaje del dolor <sup>(1)</sup>.

En octubre de 2007, el Sistema Nacional de Salud aprueba la Estrategia de Atención al Parto Normal. El Servicio Canario de la Salud, a través de la Dirección General de Programas Asistenciales, y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud ha impulsado un *Programa de Parto normal* para la sensibilización y formación del personal sanitario que presta atención perinatal <sup>(Anexo 1)</sup>. En este programa prima la información y la libre toma de decisiones de la mujer, y se fomenta la eliminación maniobras innecesarias, la realización de un Plan de Parto, la utilización de técnicas analgésicas diferentes, el fomento del contacto piel con piel con el recién nacido, etc., con el fin de alcanzar el mayor grado de satisfacción materna <sup>(2)</sup>.

El modelo actual de atención de enfermería obstétrica, se basa en ofrecer una atención centrada en la mujer. Ésta ya fue en el año 1993 una de las principales propuestas del informe “Changing childbirth” <sup>(3)</sup>, con la que se pretendía cambiar la concepción del parto y convertirlo en un fenómeno donde no primase la comodidad de los profesionales, sino responder a las aspiraciones de las mujeres. Además de ofrecer la mejor atención mediante la utilización de la mejor evidencia, la comunicación eficaz, el entorno seguro, y la promoción de la salud <sup>(3, 4)</sup>.

En cuanto al manejo farmacológico del dolor, actualmente la anestesia epidural (AE) es el método más eficaz, por lo que se ha convertido en la técnica analgésica obstétrica más utilizada en España. Consiste en la administración de anestésicos a través de un catéter inserto en el espacio epidural <sup>(5)</sup>. Todas las mujeres tienen derecho a la utilización de esta analgesia, siempre y cuando sea un recurso disponible en el hospital en el momento del parto, y se cumplan las condiciones para su utilización <sup>(4)</sup>.

El dolor no es únicamente un síntoma fisiológico, sino que tiene un componente psicosocial y cultural. Cada persona concibe el dolor y lo canaliza en

diferentes grados y formas, y no es percibido del mismo modo un dolor crónico que un dolor agudo, como puede ser el del parto. No obstante, no existe un método objetivo para la medición del dolor. Intervienen variables sociales (edad, sexo, creencias), psicológicas (umbral del dolor, autoestima, relaciones afectivas), así como históricas (vivencias y experiencias anteriores). Por tanto, a la hora de tomar la decisión de utilizar o no la anestesia epidural, influyen en la mujer factores tales como el contexto sociocultural, los valores, las percepciones, la conducta hacia el parto, el nivel de preparación, así como su grado de conocimiento de la analgesia <sup>(4)</sup>.

Puesto que está demostrado que la AE es el método más eficaz contra el dolor, gran cantidad de mujeres optan por utilizarla. No obstante, el uso de dicha anestesia se relaciona directamente con la aparición de ciertas complicaciones, tanto maternas como fetales, tales como alargamiento de la fase de dilatación, de la fase expulsiva, incremento de uso de oxitocina, y de partos instrumentados (utilización de fórceps, espátulas, o ventosa), más adelante descritas. Es por esto que muchos profesionales sanitarios desaconsejan la elección de esta técnica. A menudo, ésta puede ser una de las razones por las que muchas mujeres no la demandan <sup>(4, 6)</sup>. En cambio, no se ha asociado a cambios en el índice de cesáreas ni en el test de Apgar del recién nacido <sup>(4, 7)</sup>.

Ante la utilización de la anestesia epidural, profesionales de salud tales como enfermeros/as, ginecólogos/as, y en especial, los/las matrones/as, ejercen un papel fundamental, pues asisten a la mujer desde el inicio hasta el final de su embarazo y durante su parto. El equipo profesional ha de estar en continua actualización sobre las evidencias en torno a la AE, así como de otras técnicas analgésicas, con el fin de proporcionar unos cuidados eficaces y de calidad, resolviendo las dudas e inquietudes que se presenten en la sociedad, pues la información y la educación constituyen una de las labores sanitarias más importantes. La educación maternal es fundamental, siendo imprescindible informar a las gestantes sobre los distintos métodos de control del dolor disponibles, así como de sus ventajas e inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones <sup>(6)</sup>.

Los profesionales sanitarios son considerados como un referente fiable. Es importante que se establezca una relación cercana, y de confianza. Así pues, también es importante, que los profesionales conozcan los hábitos de salud y las inclinaciones de la población con la que trabajan <sup>(6)</sup>.

En el paritorio del Hospital General de La Palma (HGLP) el dolor es abordado con métodos farmacológicos y no farmacológicos. Los métodos farmacológicos que se utilizan son la anestesia epidural (con o sin opiáceos), así como la administración parenteral de meperidina (50mg), haloperidol (2'5mg) y tramadol (100mg), tanto por vía intravenosa como intramuscular.

En el caso de elección de la anestesia epidural, se administra una perfusión continua de la misma mediante la inserción de un catéter epidural. Los anestésicos utilizados son bupivacaína o levobupivacaína al 0'125%, y según el criterio del/ de la anestesista, se puede añadir o no fentanilo (2 microgramos/ml) junto a estos anestésicos.

Siempre, tanto si se utilizan métodos farmacológicos como si no, se procura prestar una atención completa a la mujer, intentando que deambule todo lo posible, si está tumbada que realice movimientos y cambios posturales (sobre todo en el caso de tener la epidural, donde la mujer permanece en la cama), ofrecer acompañamiento continuo, aplicación de masajes, duchas, calor-frío local, esferodinamia, inyecciones de agua estéril, etc.

En este hospital comenzó a ofrecerse la anestesia epidural para el trabajo del parto en abril del 2010. Hasta entonces, se recurría a métodos farmacológicos como la administración parenteral de meperidina y haloperidol, y métodos no farmacológicos como los nombrados anteriormente. Durante los tres primeros años de disponibilidad de esta anestesia para el trabajo de parto en la isla, la tasa de utilización fue del 17'8% <sup>(5)</sup>.

Según el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGLP, el porcentaje de utilización de la epidural para el trabajo de parto en el último año (2018) en dicho hospital ha sido de un 29'5%, por lo que se aprecia que no ha aumentado significativamente en los últimos 6 años.

### **1.1. Marco teórico**

González de Zárate y colaboradores, hacen un recorrido a través de la historia del alivio del dolor de parto <sup>(1)</sup>. James Young Simpson (Edimburgo, 1811) fue el pionero y defensor del alivio del dolor del parto y de la anestesia obstétrica. Sus métodos analgésicos desencadenaron discusiones entre los médicos y los representantes de la Iglesia calvinista escocesa. Empezó experimentando con éter, dándose cuenta de que éste no era el anestésico ideal, pues además del riesgo de explosión, la inducción y la recuperación eran lentas, por lo que pasó a experimentar con cloroformo, que era más rápido y eficaz. Ya a mediados de siglo se empezaba a informar de muertes de pacientes durante la inducción con cloroformo, hasta que en 1911 se demostró que éste podía producir fibrilación ventricular.

En España la utilización de éter y cloroformo fue tardía (a partir de 1870). Hay que tener en cuenta que la mayoría de los partos tenían lugar en los domicilios, atendidos por “parteras”, además, las Academias de Medicina de la época mostraban rechazo frente a estas técnicas. Durante la primera mitad del siglo XX la técnica analgésica más utilizada fue la inhalación intermitente de cloroformo. En 1950 se introducen otros anestésicos inhalatorios menos tóxicos, como el Tricloroetileno, utilizado incluso por las matronas en los domicilios, con un vaporizador portátil. Con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, comienza una lenta, aunque progresiva hospitalización del parto. La raquianestesia o anestesia espinal en obstetricia fue utilizada por primera vez por Kreis con grandes inconvenientes: hipotensión y falta de vasoconstrictores para su tratamiento, y cefalea postpunción segura, por lo que se reservaba para cesáreas. La anestesia epidural fue descubierta en el año 1921 por el médico militar oscense Fidel Pagés (Huesca 1886-Madrid 1923). Sin embargo, el primero que describió la analgesia epidural continua para el parto con agujas especiales y catéter plástico fue Flowers en 1949.

En la segunda mitad del siglo XX se crea la Asociación Española de Anestesiología. Hay una mejora en la preparación de los/las anesthesiólogos/as respecto a la técnica epidural. En un principio la epidural solo era administrada en los complejos hospitalarios privados. En los hospitales de la Seguridad Social, predominaba la administración de dolantina/haloperidol intramuscular. Los/las anesthesiólogos/as solo intervenían en casos complicados o instrumentales. La técnica más utilizada hasta los años 90 fue la administración endovenosa de tiopental, que se abandonó, pues inducía sueño, y amnesia en la madre y depresión fetal.

Con la democratización y el avance social, comienza a ofertarse la epidural en la sanidad pública, y por primera vez se incluyen estrategias de preparación al parto. En 1998 el Parlamento español aprueba la “universalización de la analgesia epidural gratuita para el parto” dentro del Sistema Nacional de Salud. Actualmente la demanda y aceptación de la técnica en España, supera el 90%, pero nos encontramos en un momento de tránsito. Probablemente, como ha sucedido en países que nos preceden en la utilización de la epidural, se produzcan cambios que reduzcan la demanda de esta técnica, para conseguir un parto “menos medicalizado” <sup>(1)</sup>.

Desde el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, se impulsan “Programas de Parto Normal”. El parto normal se define como el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo en la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37 y la 42 semana de gestación, que, con una evolución de dilatación y parto, termina con el nacimiento de un recién nacido/a. La administración de analgesia epidural obliga a intervenir en el trabajo de parto, y altera la fisiología del mismo <sup>(2)</sup>.

El dolor de parto a menudo es descrito como uno de los más intensos que puede experimentar una mujer a lo largo de su vida. Consta de dos fases. La 1ª fase se corresponde con el inicio de las contracciones que comienzan a acortar el útero. Afecta al cuerpo uterino, cérvix, y segmento inferior, y a las trompas de Falopio, a través de los ramos nerviosos desde T10 a L1 (vértebra torácica 10 a Lumbar 1). Se trata de un dolor visceral, difuso, producido por las contracciones, la isquemia cervicouterina y la distensión de los mecanorreceptores. Primero persiste durante aproximadamente el 45% de la contracción, y después puede llegar hasta el 60%. Después puede aparecer un dolor visceral secundario debido a la distensión de los órganos pélvicos, y un gran dolor somático debido a la compresión del plexo lumbosacro. Hay una fase de transición entre la 1ª y la 2ª, que se corresponde con una dilatación de aproximadamente 7-10 cm, donde el dolor procede del estiramiento de los ligamentos, y la musculatura pélvica (ramas lumbosacras L2 a S1). La 2ª fase se caracteriza por un dolor superficial conducido por los nervios pudendos S2 a S4, por el descenso del feto y la distensión de la vagina y el periné <sup>(8,9)</sup>.

Para paliar los dolores de parto se utilizan diferentes técnicas analgésicas. Es importante hacer una distinción entre analgesia y anestesia. La analgesia produce alivio del dolor, sin embargo, el efecto de la anestesia es la pérdida de sensibilidad, por lo que el alivio del dolor es más efectivo. Puesto que la utilización de la epidural es un método analgésico, y que para el trabajo del parto se utilizan dosis moderadas,

a menudo se puede leer acerca de “analgésia epidural” más que de “anestesia”, sin embargo, el efecto siempre es anestésico en mayor o menor medida <sup>(10)</sup>.

La anestesia epidural obstétrica consiste en la introducción de fármacos (anestésicos locales) en el espacio epidural, bloqueando las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. El espacio epidural es un espacio virtual situado antes de la duramadre, por lo que no se debe atravesar esta barrera meníngea. Se detecta fácilmente, puesto que no ejerce tanta resistencia a la aguja, como los tejidos adyacentes. Para la punción, se puede colocar a la paciente en sedestación, o bien en decúbito lateral. Previamente se administra anestesia local en la zona. El lugar más habitual es la región lumbar de la columna, puncionando el espacio intervertebral entre dos apófisis espinosas <sup>(9)</sup>. Normalmente en el espacio L3-L4, aunque también puede realizarse en el hiato sacro <sup>(7)</sup>. La administración puede realizarse de forma intermitente, pero la técnica más comúnmente utilizada es la introducción de un catéter que permite la perfusión continua de anestesia <sup>(9)</sup>. Se perfunden dosis bajas de anestésicos locales, los más utilizados son: bupivacaína, etidocaína, lidocaína, clorprocaína y ropivacaína <sup>(11, 12)</sup>. A menudo la técnica puede ser dificultosa. Es importante examinar la espalda de la mujer e identificar los puntos anatómicos de referencia, así como observar si existen deformidades en la columna. El/la anestesiólogo/a debe procurar realizar los mínimos intentos de punción, pues múltiples intentos aumentan la ansiedad de la paciente, provocan mayor incidencia de hematoma epidural, cefalea postpunción y trauma de las estructuras neuroaxiales <sup>(13)</sup>.

Se trata de una técnica que requiere un consentimiento informado. Éste siempre es revocable. Su obtención es responsabilidad del anestesista, no obstante, a menudo es el/la matró/a quien entrega el documento, y ofrece o completa la información relacionada con la anestesia, resolviendo las dudas que puedan presentarse. La información debe darse con tiempo suficiente para meditar. Nunca durante el proceso, ni en un momento de vulnerabilidad de la paciente <sup>(14)</sup>.

Durante la técnica, las matronas tienen las siguientes funciones: auxiliar a la anestesista durante la administración de la anestesia; controlar la evolución de la madre; controlar la bomba de infusión; controlar constantes vitales, así como diuresis; y la retirada del catéter una vez haya finalizado el parto <sup>(14)</sup>.

Siempre ha existido controversia con el momento de inicio de la anestesia epidural. Se ha comprobado que la analgesia neuroaxial precoz no se asocia a mayor

tasa de instrumentación ni cesáreas <sup>(15)</sup>. Las guías de práctica clínica siempre han recomendado realizar la técnica, una vez alcanzada una dilatación cervical de 4cm para reducir el riesgo de cesárea. No obstante, cuatro grandes ensayos clínicos compararon pacientes que recibieron la anestesia con 2'4 cm de dilatación, con pacientes que la recibieron alcanzados los 4 cm, concluyendo no encontrar diferencias en la forma de parto, ni diferencias significativas en la duración del mismo <sup>(10)</sup>.

La anestesia epidural afecta a la porción inferior del abdomen, la pelvis, el peritoneo y las extremidades inferiores. Se trata de una anestesia regional, por lo que la paciente se mantiene despierta, aunque su nivel de participación en el parto es variable. En algunos casos, la falta de sensibilidad puede reducir su capacidad de empujar eficazmente (capacidad de pujo), por lo que puede ser necesario un parto instrumentalizado (empleo de fórceps o ventosa) <sup>(16)</sup>.

Hay que tener en cuenta que el bloqueo motor con la epidural puede no ser efectivo. En ocasiones hay ausencia de analgesia o se produce analgesia unilateral. La principal causa suele ser la lateralización del catéter epidural. Para evitarlo, nunca hay que introducir el catéter más de 6 cm, siendo su correcta introducción entre 4'5 y 5 cm. Es por esto que en ocasiones se recurre a otras técnicas de bloqueo neuroaxial, como la analgesia combinada (técnica combinada Espinal-Epidural), que consiste en una dosis inicial de anestesia subaracnoidea (por ej. 1ml de bupivacaína 0'25%), y después la inserción del catéter epidural para perfusión continua. También se puede recurrir a bloqueos periféricos como el paracervical (plexo de Frankenhauser) eficaz en el principio de la dilatación, y el bloqueo pudendo, eficaz en el periodo expulsivo <sup>(7, 9, 10)</sup>.

Las complicaciones que se pueden presentar de forma más frecuente con la administración de esta anestesia son: retención urinaria, hipotensión materna, y depresión fetal, debido a que los anestésicos atraviesan la placenta <sup>(10, 11)</sup>. Así mismo, prolonga el periodo de dilatación y el periodo expulsivo, incrementando el uso de oxitocina, y el número de partos instrumentales, y puede provocar hipertermia materna y bloqueo motor <sup>(5, 10, 17)</sup>.

El bloqueo simpático produce vasodilatación, lo que causa un descenso de la presión arterial, que puede afectar al flujo sanguíneo uterino y alterar cambios en la frecuencia cardiaca fetal (FCF). Como medida profiláctica, se administra sueroterapia, normalmente ringer lactato o suero fisiológico. La administración de la epidural también constituye un factor de riesgo para la aparición de fiebre materna intraparto.

El problema de su aparición es la dificultad a la hora de diferenciar si ha sido por un proceso infeccioso o no, lo que implica que el RN pueda ser sometido a pruebas innecesarias (como p.ej. analítica) y/o recibir antibiótico. Otra es la retención urinaria que sucede durante el parto y el puerperio inmediato. Aunque pueda ser necesario el sondaje vesical para evitar la formación de un globo vesical, se debe intentar evitarlo en la medida de lo posible, puesto que el sondaje es una técnica invasiva que conlleva riesgo de infección y de lesiones uretrales. Para ello, se puede animar a la micción antes de la realización de la técnica, favorecer la comodidad e intimidad y reducir el volumen de sueros y la cantidad de oxitocina <sup>(14)</sup>.

En ocasiones pueden darse neuropatías periféricas tras el parto, causadas por periodos expulsivos prolongados, posición de litotomía mantenida, y empleo de instrumental, todo ello no relacionado directamente con la anestesia epidural, pero sí favorecido por la misma. La parálisis obstétrica más frecuente es la de “pie caído” o “pie equino”. Se produce por afectación del nervio ciático, sobre todo de las fibras del nervio ciático poplíteo externo que son más próximas a la pelvis y las más frecuentemente comprimidas por la cabeza del feto y el uso de fórceps <sup>(18)</sup>.

Uno de los objetivos de la anestesia obstétrica es reducir el bloqueo motor que se produce en la mujer. La ropivacaína, debido a su potencia, produce menor bloqueo que la bupivacaína y la levobupivacaína. Sin embargo, más que el anestésico elegido, influye la concentración. Para la preservación de las funciones motoras, se recomienda utilizar dosis menores de 0'07% de ropivacaína, y bupivacaína o levobupivacaína al 0'125% <sup>(10)</sup>.

A menudo se añaden opiáceos junto con los anestésicos locales a través del catéter epidural. El fentanilo, sufentanilo, y el remifentanilo suelen ser los más utilizados por producir el mínimo bloqueo motor, a pesar de tener efectos adversos tales como prurito, sedación y retención de orina <sup>(10)</sup>. Atraviesan la placenta pero se metabolizan rápidamente, sobre todo el remifentanilo, por lo que no produce depresión neonatal pero sí depresión respiratoria materna, por lo que es necesario tener a mano una toma de oxígeno y monitorizar a la madre de forma continua <sup>(6, 19)</sup>.

Siempre se debe informar a la paciente sobre las posibles complicaciones de la técnica, así como de los efectos tóxicos de los anestésicos que se van a utilizar, y tener preparado todo lo necesario para actuar rápidamente si se producen dichos efectos. Se deben vigilar signos vitales y el estado de conciencia de la paciente por si aparecieran hipotensión, náuseas, mareo, depresión respiratoria y/o circulatoria.

También se informa a la paciente de que no tendrá sensibilidad en la zona hasta después de 1-2 horas. Se le mantendrá en decúbito supino y en reposo vigilando la zona de punción por si hubiera pérdida de líquido para prevenir cefaleas. Se intentará que la paciente beba gran cantidad de agua y así reponer el posible líquido espinal perdido. Se vigilará que se realice la primera micción tras la intervención <sup>(11, 12, 16)</sup>.

En ocasiones la técnica epidural está contraindicada, por ejemplo, ante la existencia de alteraciones o malformaciones de la columna, alteraciones de la coagulación, lesiones neurológicas, hemorragia incontrolada o mal estado materno, e infecciones o tatuajes en la zona de punción. Tampoco se administra en los casos en los que la dilatación está tan avanzada que se prevé un parto inminente, puesto que la anestesia no empieza a hacer efecto hasta pasados 15-20 minutos, por lo que puede que el bebé nazca antes. Según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), los requisitos para la administración de la epidural son: la prestación de información adecuada a la paciente (comprensión de la técnica y aceptación de sus consecuencias) así como la obtención de su consentimiento informado; ausencia de contraindicaciones; anestesiólogo/a con formación adecuada; medios técnicos apropiados para la técnica y el tratamiento de las posibles complicaciones; y vigilancia del estado del bienestar fetal <sup>(20)</sup>.

Existen alternativas analgésicas al uso de la anestesia epidural tanto farmacológicas como no farmacológicas. Los fármacos que pueden utilizarse durante el parto son analgésicos opiáceos como la dolantina, meperidina, haloperidol. La morfina no se suele utilizar por sus efectos adversos. No obstante, estos fármacos atraviesan la placenta y afectan al feto alterando la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y causando depresión respiratoria en el neonato, por lo que para reducir el riesgo se recomienda su administración intravenosa a dosis bajas (0'5-1 mg/kg). Se puede repetir la dosis a las 3-4 horas. Hay que administrarlos con precaución pues pueden ralentizar o interrumpir las contracciones y provocar distrés respiratorio en el neonato cuando se administran en el segundo estadio del parto. Otra alternativa es el óxido nítrico, una analgesia segura para el feto ya que no causa depresión neonatal, no obstaculiza las contracciones, ni aumenta el tiempo de parto, y además se elimina rápidamente de los pulmones. Es de rápido inicio, pero su potencia es moderada. Se administra en mezcla al 50% con oxígeno. Los compuestos halogenados como el isoflurano y el sevoflurano son menos efectivos y pueden producir relajación uterina, depresión neurológica y respiratoria por lo que son de uso infrecuente <sup>(6, 7, 9, 16)</sup>.

La mujer puede recurrir a otros métodos no farmacológicos como deambular, cambiar de posición, el aseo personal, etc. Es importante que reciba gran apoyo desde la dilatación. Puede utilizar técnicas como:

- Aplicación de calor o frío local.
- Probar varias posturas durante la dilatación. La libertad de movimientos y la posición vertical durante la primera fase, disminuyen el dolor.
- Imaginación y visualización: del útero abriéndose suavemente para permitir el nacimiento.
- Hidroterapia: baño templado o piscina. Relaja y favorece la secreción de endorfinas. La temperatura debe ser menor de 37°C.
- Masaje superficial: roce y masaje rítmico del abdomen. En la fase latente y activa del primer estadio del parto.
- Presión abdominal: masaje intenso en la zona de más dolor. En el final del primer estadio del parto.
- Biorretroalimentación: respuesta al estímulo doloroso con una técnica específica de relajación. Practicarlo antes del parto mejora los resultados.
- Medidas para potenciar la comodidad: enjuague bucal, limpieza, cambio de ropa, etc.
- Distracciones: conversación tranquilizadora o alentadora, escuchar el latido fetal, etc.
- Acupuntura y acupresión.
- Hipnosis.
- TENS (estimulación eléctrica nerviosa transcutánea). Mediante la colocación de electrodos a nivel de T10-L1, y S2-S4 desde el inicio del parto para favorecer la liberación de endorfinas antes de que el dolor sea más severo.
- Musicoterapia y aromaterapia.
- Inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, en la región lumbosacra. Se inyectan entre 0'1 y 0'5 ml de agua estéril vía subcutánea a ambos lados de la columna vertebral causando un bloqueo de los estímulos nerviosos espinales durante las contracciones <sup>(6, 7, 8, 9, 21)</sup>.

<b>Farmacológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueos neuroaxiales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidural</li> <li>- Espinal (subaracnoidea)</li> <li>- Combinada espinal-epidural</li> </ul> </li> <li>• Bloqueos periféricos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracervical</li> <li>- Pudendo</li> </ul> </li> <li>• Fármacos inhalados:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Óxido nitroso / Entonox®</li> <li>- Halogenados (sevoflurano e isoflurano)</li> </ul> </li> <li>• Analgesia intravenosa:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opioides</li> <li>- No opioides</li> </ul> </li> </ul>
<b>No farmacológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de relajación:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambientación periparto</li> <li>- Asistencia continua al parto</li> <li>- Inmersión en agua</li> <li>- Movilidad y cambios posturales maternos</li> <li>- Masajes</li> <li>- Acupuntura y acupresión (shlatsu)</li> <li>- Técnicas de modulación respiratoria</li> <li>- Música y audioanalgesia</li> <li>- Aromaterapia</li> </ul> </li> <li>• Técnicas psicológicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipnosis</li> </ul> </li> <li>• Técnicas mecánicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- TENS (Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea)</li> <li>- Aplicación de calor y frío</li> <li>- Balón suizo</li> </ul> </li> </ul>

**Tabla 1.** Alternativas analgésicas para el dolor del trabajo de parto.

Extraída de: “Alternativas en caso de fallo de la epidural” [9].

La atención de enfermería obstétrica debe prestarse desde un punto de vista holístico, teniendo en cuenta las características físicas, emocionales, psicológicas y socioculturales de la mujer y su familia <sup>(4)</sup>.

La cultura y el contexto social influyen directamente en la toma de decisiones. Constituyen aspectos importantes para la planificación y el desarrollo del parto, por lo que el conocimiento del ámbito cultural permitirá al profesional de enfermería adaptar la asistencia al paciente. No obstante, siempre se han de evitar los estereotipos <sup>(8, 22)</sup>. Es necesario reforzar el concepto de “enfermería transcultural” facilitando a la mujer la expresión de su forma cultural, respetar los hábitos que resulten saludables e incluso incorporarlos a los nuestros si suponen un ejemplo <sup>(21, 22, 23)</sup>.

La educación maternal constituye el programa de educación para la salud llevado a cabo durante el embarazo, parto, puerperio y nacimiento. Siempre es

incluida en las guías de práctica clínica de atención primaria con los objetivos de influir en el comportamiento de salud, preparar a las futuras madres y padres para el parto, mejorar la confianza de las mujeres en su capacidad para dar a luz, fomentar la seguridad, así como crear redes de apoyo social. De esta manera es posible reducir la ansiedad y el miedo hacia el momento del parto, mediante la aclaración de dudas y la obtención de nuevos conocimientos. Las mujeres que reciben educación maternal, así como clases de preparación al parto, a la maternidad y paternidad, participan de forma más activa durante el proceso, y están más relajadas. La asistencia perinatal está evolucionando en pro de que la mujer sea la protagonista de su embarazo y su parto, dejando cada vez más atrás el modelo medicalizado <sup>(24)</sup>.

Según la SEGO, se deben realizar entre 7 y 10 consultas prenatales durante el embarazo. El Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR), es el empleado en el archipiélago canario, y establece 11 visitas durante la gestación, 4 de ellas con el servicio de ginecología en atención especializada, y el resto con el/la matró/a en atención primaria. Según establece el programa, es en la visita nº6, correspondiente a las semanas de gestación 28-30, donde se debe ofrecer la información sobre la posibilidad de elaboración de un Plan de Parto, así como del trabajo de parto y los distintos métodos para el alivio del dolor <sup>(25)</sup>.

El Plan de parto <sup>(Anexo 2)</sup> propuesto por el Ministerio de Sanidad, es un documento en el que la mujer refleja sus preferencias y expectativas sobre el proceso del parto desde la llegada al hospital, hasta el puerperio. Dentro del mismo, existe un apartado referente al tratamiento y manejo del dolor en el que se permite elegir diferentes opciones <sup>(26)</sup>:

- No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica.
- En principio deseo analgesia epidural.
- Prefiero otros tipos de analgesia.
- Desearía\_\_\_\_\_.

## **1.2. Antecedentes**

Son numerosos los estudios que demuestran la relación entre la anestesia epidural y la tasa de partos instrumentales. Por otra parte, no existen datos suficientes que permitan relacionar la anestesia epidural con la tasa de cesáreas. También se encuentra en la literatura que la satisfacción materna con el parto está directamente relacionada con la libre toma de decisiones y el cumplimiento de las expectativas.

Durante el primer trienio de utilización de la anestesia epidural en La Palma, se realizó un estudio para determinar el impacto de su utilización en la duración y tipo de parto, peso y test de Apgar del recién nacido <sup>(5)</sup>. Los parámetros que se evalúan en el recién nacido tras el parto son el pH arterial umbilical y el test de Apgar, un test que se realiza al primer y quinto minuto del nacimiento, y determina el bienestar fetal en el proceso del nacimiento, y su evolución fuera del útero. <sup>(16)</sup> Como resultado del estudio, se pudo comprobar que las mujeres que utilizaron la AE presentaban un alargamiento de la fase de dilatación de 3h más respecto a las que no la utilizaron, y de la fase de expulsión de 30 minutos más, teniendo en cuenta que las nulíparas presentaron una mayor duración que las multíparas. Sin embargo, el estudio no encontró diferencias respecto al peso y test de Apgar del recién nacido <sup>(5)</sup>.

Un estudio retrospectivo llevado a cabo en Segovia en el 2005, realizado con 576 mujeres, de las cuales, el 47'7% utilizó anestesia epidural en su parto, llegó a la conclusión de que dicha anestesia no había afectado al bienestar fetal ni a la tasa de partos mediante cesárea, no obstante, sí afectó a la dinámica del parto, aumentando los periodos de dilatación y expulsivo, y aumentando también el número de partos instrumentados. Las mujeres que recibieron anestesia epidural tuvieron complicaciones como: alteraciones en la temperatura materna (fiebre intraparto), hipotensión, temblor, retención urinaria y prurito. La indicación de cesárea tras la anestesia epidural en este estudio fue en su mayoría, secundaria al riesgo de pérdida de bienestar fetal. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que recibieron opioides espinales junto a la anestesia, y las que no los recibieron <sup>(16)</sup>.

Una revisión sistemática incluyó 21 estudios, con un total de 6.664 mujeres, donde se compararon los partos en los que se utilizaba la analgesia epidural con los de los partos desarrollados con otros métodos de alivio del dolor <sup>(27)</sup>.

Uno de los estudios incluidos demostró que las mujeres del grupo anestesia epidural presentaron mejor alivio del dolor. El resto de resultados obtenidos fueron: la

asociación de la analgesia epidural con mayor riesgo de parto instrumental; parto más prolongado, en especial el periodo expulsivo; riesgo más elevado de uso de oxitocina; mayor riesgo de cesárea por sufrimiento fetal; mayor riesgo de hipotensión, bloqueo motor, retención urinaria, y fiebre materna. Sin embargo, se pudo comprobar que no se relacionaba el uso de la epidural con mayor riesgo de cesáreas, lumbalgia materna a largo plazo, insatisfacción materna, diferencias en el test de Apgar, ni efectos adversos inmediatos en el RN <sup>(27)</sup>.

Un estudio llevado a cabo en Andalucía, con una muestra de 16.490 mujeres, concluyó que uno de los factores principales por los que se utiliza la epidural es la universalización de la oferta de la anestesia, así como la normalización social de su uso. La variable del estudio que presentó mayores diferencias fue la de “año de parto”, observando que entre los años 2000 y 2001, casi el 60% de las mujeres rechazaron la epidural, en comparación con el año 2012, cuando la rechazaron únicamente el 13%. Las variables sociodemográficas, como edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral no mostraron diferencias significativas en la elección de la anestesia. Pero sí se observa que la categoría de rechazo varía desde los años 2000 y 2001, cuando se correspondía con madres de nivel de estudios primarios, y bajos ingresos económicos, mientras que entre los años 2009 y 2012, con un nivel de estudios superior a los primarios. En 2012, el 87% de las mujeres andaluzas eligieron la epidural <sup>(28)</sup>.

En Estados Unidos, se emplea una escala de medición de la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, se trata de la “Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale” (MCSRS). Consta de 34 ítems, divididos en 5 subescalas que hacen referencia a la mujer, la pareja, el recién nacido, la matrona, la obstetra, y la valoración global de la experiencia. En la Comunitat Valenciana se ha realizado una versión de esta escala en español, adaptada a nuestro contexto, y con buenas características psicométricas, modificando ítems, e introduciendo nuevos, relacionados con el apoyo de los profesionales sanitarios en el manejo del dolor. Se aplicó en 325 mujeres que dieron a luz en los hospitales públicos de Valencia en el 2011, obteniendo como resultado que la satisfacción fue mayor en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como en las que recurrieron al método de control del dolor elegido <sup>(29)</sup>.

### **1.3. Justificación.**

A pesar de que la utilización de la anestesia epidural durante el parto supone un factor de riesgo para la aparición de complicaciones tales como retención urinaria, hipotensión, y bloqueo motor, y además se ha comprobado que alarga los periodos de dilatación y expulsión, sigue siendo la técnica más demandada para el abordaje del dolor de parto, pues constituye el método analgésico más eficaz demostrado para este proceso <sup>(5, 11, 12)</sup>.

La educación maternal influye positivamente en el comportamiento de salud de las gestantes reduciendo la ansiedad y el miedo, y aportando seguridad para el momento del parto mediante la resolución de dudas y la adquisición de conocimientos <sup>(24)</sup>. Es importante que sea un componente principal de la atención prestada a las gestantes. Dentro de la educación maternal, está incluida la información acerca de los distintos métodos analgésicos disponibles para el parto, así como las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. Mejorar el bienestar físico de la mujer ayudándola a controlar el dolor, ofrecer información, proporcionar apoyo emocional, e impulsar su participación, son aspectos positivamente valorados por las mujeres. El cumplimiento de las expectativas, y el empleo de los métodos de manejo del dolor según su propia elección, aumentan la satisfacción de la mujer con el proceso del parto <sup>(29)</sup>.

Dado que en este país la epidural es el método más demandado para el dolor del parto, es importante ofrecer información sobre la técnica, desde el punto de vista de la evidencia científica, para que la mujer sepa con certeza a qué tipo de analgesia está recurriendo. Siempre desde un punto de vista objetivo, haciendo hincapié en que no es mejor ni peor por utilizar la epidural que por no utilizarla, y empoderando a la mujer, ya que la decisión es únicamente suya. Es importante que esta información sea dada durante el embarazo, con tiempo suficiente para que la mujer pueda tomar sus decisiones, nunca en un momento de vulnerabilidad. De aquí la importancia de la asistencia a las consultas con la matrona en AP, así como a las clases de preparación al parto.

En la isla de La Palma, el uso de la epidural para el trabajo del parto es relativamente joven, pues solo se emplea desde el año 2010 <sup>(5)</sup>, y la tasa de utilización de la misma es baja, habiendo sido del 29'5% en 2018. Aunque existen estudios realizados en la isla, que determinan algunos de los efectos de la utilización de la anestesia epidural <sup>(5)</sup>, no existen estudios previos que hablen de los factores que llevan

a las mujeres de la isla a tomar la decisión de utilizar o no utilizar dicha anestesia para su trabajo de parto.

Es importante que los profesionales sanitarios puedan disponer de instrumentos de medida adaptados y validados, que permitan conocer las percepciones que tienen las mujeres sobre el parto. Estos instrumentos pueden ayudar a valorar el impacto de los modelos actuales de atención al parto del Sistema de Salud.

En conclusión, la iniciativa de este proyecto de investigación, surge con el fin de despejar dudas y mejorar el conocimiento de los profesionales acerca de las actitudes y criterios de la población con la que trabajan, analizando en profundidad los factores por los cuales las mujeres eligen la anestesia epidural o la rechazan para paliar el dolor de su trabajo de parto, e incidir en la necesidad de prestar una completa atención durante el embarazo y el parto, dando especial importancia a la información y a la educación sanitaria para conseguir que las mujeres tomen la decisión que ellas consideren adecuada.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general:**

Determinar los factores que influyen en la decisión de utilizar o no utilizar anestesia epidural como método analgésico para el trabajo de parto de las mujeres que dan a luz en la isla de La Palma.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- \* Determinar la influencia de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones.
- \* Averiguar el grado de conocimientos y las principales fuentes de información sobre la AE.
- \* Identificar las diferencias en el grado de dolor entre las mujeres que eligen la AE y las que no la eligen.
- \* Averiguar qué consecuencias tuvo el uso de la AE en las mujeres que la utilizaron.
- \* Evaluar el grado de satisfacción con la decisión tomada, y averiguar actitudes frente a futuros partos.

- \* Determinar el nivel de utilización de la analgesia epidural para paliar los dolores del parto en La Palma.
- \* Determinar el nivel de utilización de métodos farmacológicos distintos a la epidural en La Palma.
- \* Determinar el nivel de utilización de métodos no farmacológicos para el parto en La Palma.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. **Diseño de la investigación**

Se realizará un estudio analítico cuantitativo retrospectivo.

#### 3.2. **Población y muestra del estudio**

Población: mujeres que dan luz en el Hospital General de La Palma durante 2020. Los últimos datos disponibles en el Instituto nacional de estadística de Canarias <sup>(30)</sup>, en cuanto a los nacimientos en la isla de La Palma, son de 2017, cuando nacieron 549 niños, por lo que se tomará esa cifra como referencia, al observarse que el número de nacimientos se mantiene más o menos constante en los últimos años.

Muestra: dado que contamos con una población finita, la muestra representativa que se tomará será de **227** mujeres, reflejando un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. En el caso de que se produjera un aumento significativo del número de partos durante el año de realización del estudio, se ampliaría la muestra para seguir manteniendo el nivel de confianza y el margen de error. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

Siendo:

- N: total de población a investigar.
- $Z_{\alpha}^2$ : 1'96<sup>2</sup> (con fiabilidad del 95%).
- p: proporción esperada de respuesta (50%=0'5).

- q: 1-p. Proporción no esperada ( $1-0'5=0'5$ ).
- d: error estadístico ( $5\%=0'05$ ).

Selección muestral: se realizará un muestreo por conveniencia seleccionando a las mujeres que acuden a la revisión durante el puerperio con la matrona de AP.

### 3.2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres que den a luz en el HGLP durante el año 2020.

### 3.2.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no hablen la lengua castellana o la lengua inglesa.
- Mujeres que no sepan leer ni escribir.
- Mujeres con contraindicación médica expresa de utilización de la epidural.
- Mujeres con cesárea programada.
- Mujeres que hayan sufrido una muerte perinatal.

### 3.3. Variables e instrumentos de medida

Dado que en la búsqueda bibliográfica no se localizan instrumentos de medida específicos, se confeccionó un cuestionario de elaboración propia <sup>(Anexo 3)</sup>, para intentar alcanzar los objetivos planteados. Dicho cuestionario consta de 31 preguntas de elaboración propia, divididas en 3 dominios: *Datos sociodemográficos* (6 ítems), *Expectativas y actitudes previas al parto* (15 ítems), *Actitudes y desarrollo del parto* (10 ítems). El cuarto dominio, *satisfacción con la experiencia del parto*, incluye una escala validada.

Considerando que la satisfacción es un importante indicador de la calidad asistencial, y que permite a los usuarios participar en su atención expresando su opinión y valorando los servicios, se decide utilizar la escala "Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale" (MCSRS) <sup>(32)</sup>, que mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto mediante 36 preguntas divididas en 6 factores:

- Factor I: obstetra (9 ítems).
- Factor II: matrona (12 ítems).

- Factor III: dilatación (4 ítems).
- Factor IV: expulsivo (4 ítems).
- Factor V: recién nacido (3 ítems).
- Factor VI: acompañante y confort (4 ítems).

El primer dominio contiene preguntas de respuesta abierta. El primer ítem del segundo y tercer dominio, consiste en una Escala Visual Analógica (EVA) para la medición del dolor, en la que es posible calificar el dolor numéricamente, del 0 al 10, siendo 0 “ningún dolor”, y 10 “máximo dolor”. En el cuestionario predominan preguntas dicotómicas (Sí/No), exceptuando algunas preguntas: politómicas (ítem 4 del segundo dominio, y 5 y 9 del tercero); de elección múltiple (ítems 15 del segundo dominio, y 5 del tercero); de respuesta mixta (ítems 3 y 6 del tercer dominio). La MCSRS se evalúa con la escala Likert de 5 puntos, donde 1 es “muy insatisfecha”, y 5 “muy satisfecha”.

<b><u>VARIABLES</u></b>	
<b>Edad</b>	≤25 años/ 26-35 años/ >35años
<b>Estado civil</b>	Casada/ soltera/ En pareja/ Otros
<b>Lugar de nacimiento</b>	España/ Latinoamérica/ América del Norte/ Europa del Este/ Europa Occidental/ África
<b>Zona básica de salud</b>	Santa Cruz de La Palma/ Las Breñas/ Mazo/ Los Llanos de Aridane/ Tazacorte/ Tijarafe/ Garafía/ San Andrés y Sauces/ El Paso
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios/ Estudios básicos/ Estudios superiores/ Titulación universitaria
<b>Profesión</b>	_____
<b>Expectativas al dolor del parto</b>	EVA 0-10
<b>Paridad</b>	Primípara/ Multípara
<b>Utilización de AE en partos previos</b>	Sí/ No
<b>Experiencia previa con AE</b>	Buena/ Dificultosa/ Sin éxito
<b>Embarazo deseado</b>	Sí/ No
<b>Abortos previos</b>	Sí/ No
<b>Conocimiento del programa PASAR</b>	Sí/ No
<b>Seguimiento de embarazo en AP</b>	Sí/ No

<b>Clases de educación maternal</b>	Sí/ No
<b>Información previa sobre otros métodos de analgesia</b>	Sí/ No
<b>Información previa sobre la AE</b>	Sí/ No
<b>Plan de parto previo</b>	Sí/ No
<b>Cumplimiento del plan de parto</b>	Sí/ No
<b>Apoyo familiar durante el embarazo</b>	Sí/ No
<b>Apoyo profesional durante el embarazo</b>	Sí/ No
<b>Intención previa de utilizar la AE</b>	Sí/ No/ No planteado hasta el parto
<b>Razones, factores y condicionantes de la intención previa</b>	_____
<b>Dolor experimentado en el parto</b>	EVA 0-10
<b>Utilización de la AE en el parto</b>	Sí/ No
<b>Cumplimiento de expectativas con la utilización de la AE</b>	Sí/ No
<b>Intención de volver a utilizar AE</b>	Sí/ No
<b>Complicaciones con la AE</b>	Sí/ No
<b>Otros métodos de dolor ofrecidos</b>	_____
<b>Tipo de parto</b>	Eutócico/ Instrumentado/ Cesárea
<b>Inducción al parto</b>	Sí/ No
<b>Oxitocina durante el parto</b>	Sí/ No
<b>Episiotomía</b>	Sí/ No
<b>Duración periodo dilatación</b>	_____
<b>Duración periodo expulsivo</b>	_____
<b>Profesional que asiste el parto</b>	Matrona/ Ginecóloga/ Ambas
<b>Ambiente cercano, acogedor y respetuoso por parte del equipo que atendió el parto</b>	Sí/ No
<b>Satisfacción con la experiencia del parto</b>	MSCRS

### 3.4. Procedimiento

Para la realización de este proyecto se realiza una búsqueda bibliográfica de la literatura científica publicada, inicialmente entre los meses de enero y marzo de 2019, siendo realizadas otras búsquedas posteriores para completar información. En un principio no se limitó fecha de publicación. Las bases de datos consultadas, vía internet, fueron: PubMed, Punto Q, Science Direct, Scielo, Elsevier, Dialnet, Cochrane Library Plus y Google Scholar. Los términos empleados para la búsqueda en estas bases de datos, fueron los siguientes descriptores DeCS “anestesia epidural”, “parto”, “trabajo de parto”, “dolor de parto”, así como sus homónimos en inglés. Así mismo, se recopiló información en la biblioteca física de la ULL. Finalmente se seleccionaron los artículos más acordes y relacionados con el objetivo de este proyecto.

También se consultaron páginas web de organismos oficiales, como el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar social, Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto Canario de Estadística (ISTAC); webs de asociaciones de profesionales de la salud, como la European Society of Regional Anaesthesia (ESRA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); protocolos y guías de práctica clínica; así como el Boletín Oficial del Estado: *Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstetrico-Ginecológica (Matrona)*.

Para contextualizar el trabajo se solicitaron dos citas con el servicio de Paritorio del HGLP. Tras informarnos sobre cómo acontecían los partos habitualmente en dicho hospital, así como de los distintos métodos analgésicos que se utilizaban, se solicitó información sobre si utilizaban cuestionarios u otros instrumentos para conocer los factores por los cuales las madres elegían una analgesia u otra para su parto. Al referir los profesionales que no existía allí ningún cuestionario con esos objetivos, y dado que no encontramos en la literatura consultada ninguna encuesta validada que se adaptara a nuestro estudio, decidimos finalmente elaborar una encuesta propia, dentro de la cual, incluimos una escala validada de satisfacción con la experiencia del parto (MSCRS) como cuarto dominio.

Tras la elaboración inicial del cuestionario en mayo del 2019 se realizó un primer pilotaje del mismo con la colaboración de tres madres, dos de ellas primíparas residentes en las islas de La Palma y Fuerteventura, y otra tercípara residente en Segovia. También se pidió la colaboración de tres estudiantes de cuarto curso de

enfermería, así como de una pediatra. Todas pudieron comprender y realizar el cuestionario sin dificultad, y las sugerencias propuestas permitieron hacer alguna modificación.

El programa PASAR establece una sesión maternal en el puerperio, a partir de la 3ª semana postparto, para la revisión de la puérpera y la resolución de dudas que puedan surgir <sup>(31)</sup>. La investigadora realizará personalmente las encuestas, previa obtención de su consentimiento informado <sup>(Anexo 4)</sup>, a las madres que acudan a estas sesiones en la consulta de la matrona de atención primaria en todos los Centros de Salud de la isla (C.S. Santa Cruz de La Palma, C.S. Breña Alta, C.S. Mazo, C.S. San Andrés y Sauces, C.S. Los Llanos de Aridane, C.S. El Paso, C.S. Tazacorte, C.S. Tijarafe, C.S. Garafía). Se explicará brevemente a las sujetas del estudio la finalidad de la investigación, se les informará de que la realización de las encuestas llevará un tiempo aproximado de 15 minutos, y que, conforme a la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, todos los datos recopilados serán utilizados de forma anónima.

Para llevar este proyecto a cabo, se solicitará el permiso pertinente al Comité ético correspondiente a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma, así como a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria. <sup>(Anexo 5)</sup>

### **3.5. Análisis estadístico**

Una vez recopilada toda la información se elaborará una base de datos específica para su explotación. Las características de la muestra serán descritas expresando las variables nominales mediante las frecuencias de sus categorías, las ordinales y de escala no normal con mediana y percentiles (P5-P95) y las de escala con distribución normal con media y desviación estándar (DT). Las prevalencias e incidencias se estiman en intervalos de confianza al 95%. Se empleará el test de Chi-cuadrado de Pearson para las variables nominales, mediante el cual se podrán comparar los grupos resultantes. Todas las pruebas se ejecutarán con ayuda del paquete estadístico IBM-SPSS 24.0® para entorno operativo Windows XP Professional©.

### 3.6. Aspectos éticos

Este estudio surge por iniciativa propia, con el simple afán de conocimiento de las actitudes y hábitos de salud de la población con la que se trabaja.

La información adquirida durante el proyecto, solo se utilizará para lograr el objetivo de esta investigación, respetando el anonimato de las pacientes sujetas a estudio, tal y como se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. De este modo se respetarán los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad, así como el principio de autonomía mediante la obtención del consentimiento informado.

### 3.7. Cronograma

	Tiempo estimado en semanas																				
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>Elección del tema y planificación</b>																					
<b>Búsqueda bibliográfica</b>																					
<b>Diseño del proyecto</b>																					
<b>Creación de la encuesta</b>																					
<b>Pilotaje de la encuesta</b>																					

	Tiempo estimado en meses													
	2019		2020											
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Solicitud de permisos</b>														
<b>Recolección de datos</b>														
<b>Análisis de resultados</b>														
<b>Estudio estadístico</b>														

### 3.8. Logística. Presupuesto

Concepto	Cantidad	Total
<b>Encuestador/a</b>		0€
<b>Recursos inventariables</b>		
○ Ordenador	1	250€
○ Impresora	1	80€
○ Pen-drive	1	7€
<b>Recursos fungibles</b>		
○ Tóner	2	17€/unidad= 34€
○ Papelería	2 x 500 folios.	3€/pack= 6€
<b>Telefonía</b>	40 €	40 €
<b>Gastos de viajes</b> (Gasolina)		40€
<b>Asesoramiento estadístico</b>		300€
		<b>TOTAL: 757€</b>

#### 4. **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) González de Zárate Apiñaniz, Javier, Fernández Rodrigo B, Gómez Herreras JI. *Historia del alivio del dolor del parto en España*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid 2015(52):7184.  
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530819>
  
- (2) Servicio Canario de Salud. *Protocolo de atención al Parto normal*. Gobierno de Canarias. [Material electrónico]. Actualización en julio de 2010. [Acceso: mayo 2019]. Disponible en:  
  
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=4baa9dd7-0326-11e3-8241-7543da9dbb8a&idCarpeta=836a31bfa72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
  
- (3) Declercq E. “*Changing Childbirth*” In the United Kingdom: Lessons for Us Health Policy. *J Health Polit Policy Law* 1998;23(5):833-859.
  
- (4) H. Baston, J. Hall. Parto. *Guías de enfermería obstétrica y materno-infantil*. Vol. 3. 2ªEd. Elsevier. Barcelona 2017.
  
- (5) Fernández García N, Ávalos Giménez S, Orellana Reyes M, Martín Martín M. *Impacto de la anestesia epidural en la duración y tipo de parto, peso y Apgar del recién nacido*. *Metas de Enfermería* 2015;18(4):6-10.  
Disponible en: <https://medes.com/publication/100421>
  
- (6) Enterría Cuesta, M.<sup>a</sup> Eugenia Gómez. *Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto*. *Revista ENE de Enfermería*. Valladolid. 2012;3(1).
  
- (7) Gomezese OF, Ribero BE. *Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas*. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2017;45(2):132-135.  
Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300060>

- (8) Mary Ann Towle. *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. Ed. Pearson. Madrid 2010.
- (9) J.R. Ortiz-Gómez, F.J. Palacio-Abizanda, I. Fornet-Ruiz. *Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural*. An. Sist. Sanit. Navarra, 2014; 37 (3): 411-427. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272014000300010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300010)
- (10) Canessa BE, Añazco GR, Gigoux MJ, Aguilera SJ. *Anestesia para el trabajo de parto*. Revista Médica Clínica Las Condes 2014;25(6):979-986. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706479>
- (11) Jesús Flórez, J.A. Armijo, Á. Mediavilla. *Farmacología humana*. Sección II, Cáp.19, M.A. Hurlé: Anestésicos locales. 5ª edición. Ed. Elsevier Masson. Barcelona 2008.
- (12) S. Castells Molina; M. Hernández Pérez. *Farmacología en enfermería*. 2ª Edición. Ed. Elsevier. Barcelona 2007.
- (13) Charco Roca L, Ortiz Sánchez V, Cuesta Montero P, Soria Quiles A, Bonmati García L. *Identificación de factores predictores de técnica epidural dificultosa en la paciente obstétrica*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2013;20(5):216-220. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n5/original2.pdf>
- (14) Miguel Picot Castro, Miriam Roche Orduña. *La analgesia epidural en el parto. Aspectos prácticos*. ENE. Revista de enfermería. Agosto, 2012.
- (15) Gómez PJH, Medina PA. *Los problemas de la analgesia obstétrica*. Revista Colombiana de Anestesiología 2014;42(1):37-39. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713000919>

- (16) Domínguez Ruiz-Huerta A, García-Miguel F, Mirón M, Alsina F. *Influencia del empleo de opioides epidurales durante el parto*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2005;12(6):340-347.
- (17) Martínez AH, Jiménez, María del Rocío Melero, Martínez GS, Güémez MC, Alcaraz FG. Analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. *Matronas profesión* 2003(11):30-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125960>
- (18) Velázquez S, Guasch E, Martínez B, López M, Gilsanz F. *Neuropatía periférica tras el parto: Implicaciones de la anestesia epidural*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2006;13(4):246-249. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000400005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000400005&script=sci_arttext&tlng=en)
- (19) Ortiz JR, JI L. Opiáceos: Fentanilo, Alfentanilo, Sufentanilo, Remifentanilo. *Anestesia Total Intravenosa. Principios básicos.*, Segunda edición, Capítulo ;5:123-145. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Ortiz-Gomez2/publication/289504880\\_Opiaceos\\_Alfentanilo\\_Fentanilo\\_Sufentanilo\\_Remifentanilo/links/568d45dc08aeaa1481ae46b8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Ortiz-Gomez2/publication/289504880_Opiaceos_Alfentanilo_Fentanilo_Sufentanilo_Remifentanilo/links/568d45dc08aeaa1481ae46b8.pdf)
- (20) Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. SEGO. [Internet] Área de la mujer. *Parto y puerperio*. [Acceso en: abril de 2019]. Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Analgesia\\_parto.pdf](https://sego.es/mujeres/Analgesia_parto.pdf)
- (21) Campoy Quesada MJ, Haro García, Juan Pedro de. *Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres*. 2014.
- (22) Miranda M, Bonilla A, Rodríguez V. *Alternativas al dolor en el parto*. TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud 2014;7(1):129-138.

- (23) S. Castán, J.J. Tobajas, Asociación española de matronas. *Obstetricia para matronas. Guía práctica*. Ed. Médica Panamericana. Madrid 2015.
- (24) Galiano JMM, Rodríguez MD. *Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil*. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión* 2014(4):137-141. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-educacion-maternal.pdf>
- (25) Servicio Canario de Salud. *Embarazo*. Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR). Gobierno de Canarias. [Material electrónico]. Actualización en diciembre de 2018. [Acceso: mayo 2019]. Disponible en:  
  
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
- (26) El parto es nuestro. *Plan de parto y nacimiento*. [Material electrónico]. Actualización en diciembre de 2018. [Acceso: mayo 2019].  
Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/ministerio-de-sanidad-plan-de-parto-y-nacimiento>
- (27) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell CJ. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005(4). Available at:  
  
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub2/full/es#>
- (28) García-de-Diego JM, Serrano-del-Rosal R. *Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía*. *Gaceta Sanitaria* 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S0213911118301353>
- (29) Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. *Satisfacción de las mujeres con la experiencia*

*del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale.* Gaceta Sanitaria 2012;26(3):236-242. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003256>

- (30) Gobierno de Canarias.org [Internet]. España. Instituto Canario de Estadística. ISTAC. Actualización en septiembre de 2018. [Acceso: mayo 2019].
- (31) Servicio Canario de Salud. *Preparación a la maternidad y paternidad.* Actividades a desarrollar (pág.16-19). Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR). Gobierno de Canarias. [Material electrónico]. Actualización en diciembre de 2018. [Acceso: mayo 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
- (32) Rodríguez Rodríguez, Isabel M<sup>a</sup>; Aranda García, Ana María; Reina Durán, María José; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Delgado Begines, Estefanía; de las Heras Moreno, Javier. *Estudio comparativo de la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto en el agua y un parto convencional.* Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0802.php>

## 5. ANEXOS

### Anexo 1: Folleto de información del “Programa de Parto normal” del Servicio Canario de Salud.[extraído de [Gobiernodecanarias.org/sanidad](http://Gobiernodecanarias.org/sanidad)]



**El embarazo y el parto son procesos fisiológicos**

A lo largo de los años, los servicios sanitarios se han ido dotando con los medios necesarios para ofertar una adecuada asistencia al parto, especialmente a aquellos considerados de riesgo que presentan o puedan presentar complicaciones.

El parto normal es un proceso fisiológico que con frecuencia se ha medicalizado. Sin embargo, se es cada vez más consciente que para ofrecer una atención de calidad, además del criterio profesional, es necesario tener en cuenta la participación activa de las mujeres en dicho proceso, así como el papel de las personas que le acompañan.

Por todo ello, se ha elaborado la “Estrategia Nacional de atención al parto normal”, basada en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

El Servicio Canario de la Salud se suma a esta estrategia, cuya finalidad es potenciar la atención al parto normal mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad y bienestar actuales, tanto para la madre, como para la criatura.

**LAS MUJERES Y SUS FAMILIAS DEBEN CONOCER LOS CUIDADOS Y SER PARTICIPES DEL NACIMIENTO DE LA CRIATURA, DE ESTE MODO PODRÁN CONJUNTAMENTE CON EL PERSONAL SANITARIO QUE LAS ATIENDE CONSENSUAR LOS CUIDADOS SEGÚN SUS PREFERENCIAS, CREENCIAS Y CULTURA.**

### Recomendaciones

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto, debido a las molestias que ocasiona.
- La administración de enemas será opcional si la gestante lo desea o si existiera alguna causa justificada para su aplicación.
- Elección por la gestante de una persona acompañante, que le brinde apoyo durante todo el proceso del parto.

**EN EL PERIODO DE DILATACIÓN:**

- La información prenatal facilitará a la embarazada reconocer los verdaderos signos del trabajo de parto y no acudir al hospital ante signos falsos.
- Via venosa solo si es necesario y así lo recomienda la evolución del parto.
- Facilitar que la gestante pueda deambular y adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Permitir la ingestión de alimentos ligeros, principalmente líquidos, según las necesidades de las gestantes.
- Potenciar entornos amigables que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.

**POSICIÓN MATERNA DURANTE EL EXPULSIVO:**

- Decidirá libremente qué posición adoptar durante el expulsivo con ayuda del personal sanitario.
- **Episiotomía:** Incisión quirúrgica realizada en el periné (espacio entre la vagina y el ano). No se realiza siempre de forma sistemática, sino selectiva, dependiendo de diferentes factores.
- **Alumbramiento:** Se produce desde la salida de la criatura hasta la expulsión de la placenta, cordón umbilical y membranas de manera espontánea, con intervención solo en los casos necesarios. Implica vigilancia y control del sangrado.
- **Contacto precoz Madre-Criatura:** La criatura y su madre deben permanecer juntas tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre y la criatura lo permite. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamentamiento.
- **Lactancia:** La lactancia natural tiene efectos muy beneficiosos para la criatura. Si fuese necesaria la lactancia artificial, los profesionales te darán la información adecuada.

**MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO:**

- La liberación de sustancias analgésicas (endorfinas), que el cerebro es capaz de producir, ayuda a aliviar el dolor. Otros métodos son: el apoyo del acompañante, duchas de agua caliente, masajes, pelotas de goma, control de la respiración...
- La gestante recibirá información sobre otras técnicas terapéuticas para aliviar el dolor (anestesia epidural, administración de medicamentos), explicando, sus beneficios, riesgos potenciales.

**Anexo 2: Plan de parto. [Extraído de: “El parto es nuestro”]**

HOSPITAL:  

**HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO**

Nombre:

Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social:

Desea estar acompañada por:

**ATENCIÓN AL PARTO**

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto <input type="text"/>	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input type="text"/>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: <input type="text"/>
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input type="checkbox"/>

**MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN**

Idioma principal: <input type="text"/>	Requerimientos específicos: <input type="text"/>
Otros idiomas que domina: <input type="text"/>	
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

**ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**

Profilaxis: Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: <input type="text"/>
Lactancia: Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. ANVERSO

Borrar campos

### **Anexo 3: Encuesta**

La siguiente encuesta se realiza con el fin de determinar los criterios de elección o rechazo de las mujeres hacia la utilización de la anestesia epidural durante su parto.

Los datos son totalmente anónimos, y llevará un tiempo aproximado de realización de 15 minutos.

#### **Datos sociodemográficos**

1. Edad con la que dio a luz: \_\_\_\_\_.
2. Estado civil en el momento del parto (casada, soltera, vive en pareja...):  
\_\_\_\_\_.
3. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_.
4. Zona básica de salud (Santa Cruz de La Palma/ Las Breñas/ Mazo/ Los Llanos de Aridane/ Tazacorte/ Tijarafe/ Garafía/ San Andrés y Sauces/ El Paso)  
\_\_\_\_\_.
5. Nivel de estudios (sin estudios; estudios primarios; estudios superiores; titulación universitaria):  
\_\_\_\_\_.
6. Profesión que desempeña: \_\_\_\_\_.

#### **Expectativas y actitudes previas al parto**

1. En una escala del 0 al 10, siendo 0 “ningún dolor”, y 10 “máximo dolor”, indique qué nivel de dolor esperaba usted tener en su parto:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Ha sido su primer parto? En caso de no ser así, indique el orden que ocupa:

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	—
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---

3. ¿Utilizó la anestesia epidural en su/sus anterior/es partos?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

4. Experiencia previa con la analgesia epidural:

<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>	Técnica dificultosa	<input type="checkbox"/>	No hizo efecto
--------------------------	-------	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------

5. ¿Deseaba Usted este embarazo?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

6. ¿Ha tenido previamente algún aborto?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

7. ¿Conoce el Programa PASAR? (Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva)

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

8. ¿Asistió Usted a las consultas de seguimiento de embarazo con la matrona en su centro de salud?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

9. ¿Asistió Usted a clases de educación maternal?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

10. ¿Recibió información sobre los distintos métodos de manejo del dolor disponibles para su parto?

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

11. ¿Recibió información sobre la anestesia epidural? (En qué consiste, cómo se administra, posibles complicaciones, etc.)

<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

12. ¿Realizó usted un “Plan de Parto”?

	SÍ		NO
--	----	--	----

En caso afirmativo, ¿se respetó este plan de parto?

Sí

No  porque\_\_\_\_\_.

13. ¿Se ha sentido apoyada y respaldada por su pareja y/o familia durante su embarazo?

	SÍ		NO
--	----	--	----

14. ¿Se ha sentido apoyada y respaldada por los profesionales que le han atendido durante su embarazo?

	SÍ		NO
--	----	--	----

15. ¿Pretendía solicitar la anestesia epidural en su parto? Puede marcar más de una opción.

<b>SÍ, PORQUE...</b>	
...tenía miedo al dolor del parto	
...el dolor del parto es insoportable	
...es innecesario pasar por ese dolor	
...es el método más utilizado	
...es un método seguro	
...no sabía que podía recurrir a otros métodos	
...sabía que podía recurrir a otros métodos, pero no son tan eficaces	
...no me informaron de las posibles complicaciones y riesgos	
...me informaron de las posibles complicaciones, pero todos los métodos tienen sus riesgos y confío en los profesionales	
...me la recomendaron los profesionales que me atendieron durante el embarazo	
...donde vivo siempre se ha utilizado la epidural	
...todas las mujeres de mi familia han parido con epidural	
...todas las madres que conozco la han utilizado y les ha ido bien	

<b>NO, PORQUE...</b>	
...tenía miedo a la anestesia	
...tenía miedo de dejar de sentir mi parto	
...el dolor del parto es soportable	
...no sabía si podía solicitarla	
...el parto tiene que doler	
...el dolor es natural, y hay que manejarlo de forma natural	
...la anestesia epidural es un método peligroso	
...se puede recurrir a otros métodos de control del dolor menos invasivos	
...tenía miedo de que le pasara algo al bebé	
...los profesionales que me atendieron durante el embarazo la desaconsejan	
...donde vivo nunca se ha utilizado la epidural	
...todas las mujeres de mi familia han parido sin epidural	
...todas las madres que conozco han parido sin epidural y les ha ido bien	
...conozco madres que se la han puesto y han tenido problemas	

<b>NUNCA ME LO PLANTEÉ HASTA EL MOMENTO DEL PARTO</b>	
---	--

Si tuvo otras razones, por favor, indíquelas

---



---



---

**Actitudes y desarrollo del parto**

1. En una escala del 0 al 10, siendo 0 “ningún dolor”, y 10 “máximo dolor”, indique qué nivel de dolor considera que tuvo usted en su parto:

	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----

2. ¿Utilizó Usted la anestesia epidural?

	SÍ		NO
--	----	--	----

3. En caso de haberla utilizado,  
¿Cumplió sus expectativas?

	SÍ		NO
--	----	--	----

¿Volvería a utilizarla en un futuro parto?

	SÍ		NO
--	----	--	----

¿Tuvo alguna de las siguientes complicaciones?

- ✓ Fiebre durante el parto
- ✓ Retención de orina
- ✓ Tensión arterial baja
- ✓ Dificultad para mover las piernas
- ✓ Alteraciones del feto/ recién nacido
- ✓ Ninguna de las anteriores
- ✓ Otras

4. ¿Se le ofrecieron otros métodos de control de dolor (administración intravenosa de fármacos, inyecciones de agua estéril, deambulación, esferodinamia, técnicas de relajación...)?

	SÍ		NO
--	----	--	----

En caso afirmativo, indique cuáles:

---



---

5. ¿Qué tipo de parto tuvo?

Normal	
Instrumental (utilizaron fórceps/ventosas)	
Finalmente hubo que realizar cesárea	

6. Indique si le realizaron:

Inducción al parto con “propress” vía vaginal

Administración de oxitocina durante el parto

Episiotomía

Ninguno de los anteriores

7. Duración del periodo de dilatación: \_\_\_\_\_.

8. Duración del periodo expulsivo: \_\_\_\_\_.

9. Profesional/es que atendió/atendieron el parto:

	Matrón/a		Ginecólogo/a		Ambos/as
--	----------	--	--------------	--	----------

10. ¿Sintió un ambiente cercano, acogedor y respetuoso por parte del equipo profesional que atendió su parto?

	SÍ		NO	
--	----	--	----	--

**Satisfacción con la experiencia del parto: “Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale” (MCSRS).**

Señale del 1 al 5, siendo 1 “muy insatisfecha” y 5 “muy satisfecha”:

<b>FACTOR I. OBSTETRA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto					
La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto					
La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto					
La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto					

Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación					
La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					

<b>FACTOR II. MATRONA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto					
La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto					
La actitud de la matrona en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto					
La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto					
Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
De forma global, la atención que usted recibió durante el parto					
La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					
El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación					
De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación					

<b>FACTOR III. DILATACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación					

Su experiencia global de la dilatación					
La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
<b>FACTOR IV. EXPULSIVO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Su experiencia global del expulsivo					
El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo					
La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					

<b>FACTOR V. RECIÉN NACIDO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé					
El estado de salud de su bebé al nacer					
El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé					

<b>FACTOR VI. ACOMPAÑANTE Y CONFORT</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación					
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo					
Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.)					
Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)					

**Anexo 4: Documento de consentimiento informado.**

De acuerdo con la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, y el *Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)*, los datos otorgados para la realización de esta encuesta serán tratados de forma completamente anónima y confidencial, respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Yo, Dña.....(Nombre y apellidos), con DNI.....manifiesto que tras haber sido informada por Dña. Sonia Tamara Herrero Escribano sobre el proyecto de investigación al cual pertenece esta encuesta, haber comprendido y estar satisfecha con la información recibida, doy mi consentimiento para participar en la realización de la misma.

Firma: \_\_\_\_\_

En.....a.....de.....de  
2019.

**Anexo 5: Solicitud de autorización para la Gerencia de los Servicios del Área de Salud de La Palma, y Dirección de Enfermería de Atención Primaria.**

Estimado/a Sr./Sra. .... (Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma).

Mi nombre es Sonia Tamara Herrero Escribano, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna (sede de La Palma).

Como Trabajo Final de Grado, he desarrollado un proyecto de investigación sobre los factores que influyen en la decisión de utilizar o no utilizar anestesia epidural como método analgésico para el trabajo de parto de las mujeres que dan a luz en la isla de La Palma.

Es por esto, que me dirijo a Usted, solicitando su autorización para la recogida de datos que mi proyecto necesita, mediante la realización de una encuesta.

Las usuarias que participen en la realización de dicha encuesta no deberán proporcionar datos personales más allá de su edad, estado civil, nacionalidad y nivel de estudios, datos que serán tratados de forma confidencial según se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Finalmente, le agradezco su colaboración. Reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Sonia Tamara Herrero Escribano

Firma: \_\_\_\_\_

Sr./Sra. .... (Gerente de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de La Palma).

En.....a.....de.....de  
2019.

Estimado/a Sr./Sra. .... (Director/a de enfermería de Atención Primaria de La Palma).

Mi nombre es Sonia Tamara Herrero Escribano, estudiante de cuarto curso del grado de enfermería de la Universidad de La Laguna (sede de La Palma).

Como Trabajo Final de Grado, he desarrollado un proyecto de investigación sobre los factores que influyen en la decisión de utilizar o no utilizar anestesia epidural como método analgésico para el trabajo de parto de las mujeres que dan a luz en la isla de La Palma.

Es por esto, que me dirijo a Usted, solicitando su autorización para la recogida de datos que mi proyecto necesita, mediante la realización de una encuesta.

Las usuarias que participen en la realización de dicha encuesta no deberán proporcionar datos personales más allá de su edad, estado civil, nacionalidad y nivel de estudios, datos que serán tratados de forma confidencial según se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* respetándose los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Finalmente, le agradezco su colaboración. Reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Sonia Tamara Herrero Escribano

Firma: \_\_\_\_\_

Sr./Sra. ....(Director/a de enfermería de Atención Primaria de La Palma).

En.....a.....de.....de 2019.

## **6. AGRADECIMIENTOS**

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este proyecto:

- Martín Rodríguez Álvaro por su constante atención, su paciencia, y en general por toda la ayuda prestada.
- Nicolás Fernández García por su apoyo y ayuda resolviendo las dudas en paritorio.
- Elvira Barrio Traspaderne por su constante predisposición y ayuda.
- Laura Castañedo Fuentes, María Herrero García y Melisa Betancor Rodríguez por su colaboración con el pilotaje de la encuesta.
- Laura Gómez Gómez, Claudia Moreno Valor y Gianelli García Luis.