



“Evaluación del grado de satisfacción de la mujer con respecto al uso la analgesia epidural durante el periodo del parto”

Autor: David Santana Herrera

Tutor/Tutora: M^a Del Carmen Hernández Pérez

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO DE ENFERMERÍA CHUC**

Facultad de Ciencia de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Junio 2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO CONCEPTUAL	7
1. ¿Qué es el dolor?	7
1.1.- Definición de dolor	7
1.2.- Tipos de dolor	8
<i>Valoración del dolor: escalas</i>	9
1.3.- Fisiopatología del dolor	9
2. El parto	10
2.1.- Proceso del parto	11
3. Dolor en el parto	13
3.1.- La epidural en el trabajo de parto	14
- <i>Anatomía de la médula espinal</i>	14
- <i>Técnica para la colocación del catéter epidural</i>	14
- <i>Fármacos utilizados para la analgesia epidural</i>	16
- <i>Riesgos y complicaciones potenciales</i>	17
4. La satisfacción en el parto	18
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	20
METODOLOGÍA	21
Diseño	21
Ámbito de estudio	21
Sujetos de estudio	22
Tipo de muestreo y muestra	22
Variables e instrumentos de medida	23
Método de recogida de información	25
Consideraciones éticas	26
Análisis estadístico	27
Limitaciones del estudio	27
Cronograma	28
Presupuesto	28
Resultados esperados	29
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	41
<i>Anexo 1: Imágenes</i>	41
<i>Anexo 2: Cuaderno de Registro de Datos</i>	43
<i>Anexo 3: Cuestionario CEQ-E</i>	45
<i>Anexo 4: Consentimiento informado</i>	50
	2

RESUMEN

La analgesia epidural, entre los diferentes métodos de alivio del dolor durante el proceso del parto normal, se diferencia de los otros métodos por ser la elección preferida de una gran mayoría de parturientas a la hora de dar a luz a su futuro bebé. Se trata de una técnica médica que posee una gran eficacia, con la cual se pretende evitar el sufrimiento y proporcionar seguridad a las pacientes a la hora de afrontar el parto.

Objetivo: Nuestro objetivo principal es determinar el nivel de satisfacción de la mujer frente al uso de la epidural y con respecto a los servicios prestados, siendo la base para alcanzar objetivos secundarios a través de los resultados obtenidos.

Metodología: Planteamos la realización de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal y prospectivo, el cual se desarrollará en el Servicio de Obstetricia del CHUC, tras solicitar los permisos oportunos. Se establece un muestreo no probabilístico de conveniencia, a cuya muestra resultante se le hará entrega de un cuestionario CEQ-E validado al castellano, cuyo objetivo es la valoración de la satisfacción global con respecto al parto, y, por otra parte, se llevará a cabo una recogida de datos mediante otro cuestionario de elaboración propia y entrevista clínica y la consulta de la historia clínica de la paciente, después de aceptar su participación.

Resultados esperados: Esperamos obtener altas puntuaciones tanto en el nivel de satisfacción general durante parto como con el uso de la analgesia epidural en específico. Aún así, se prevén resultados que determinen acciones de mejora en distintos aspectos.

Palabras clave: Trabajo del Parto, Dolor, Satisfacción, Analgesia Epidural

ABSTRACT

Epidural analgesia, among the different methods of pain relief during the normal birth process, differs from the other methods in that it is the preferred choice of a large majority of women in labor when delivering their future baby. It is a highly effective medical technique that aims to prevent suffering and provide security for patients in the face of childbirth.

Objective: Our main objective is to determine the level of satisfaction of the woman with the use of the epidural and with the services provided, being the basis to achieve secondary objectives through the results obtained.

Methodology: We propose to carry out a cross-sectional and prospective observational descriptive study, which will be developed at the CHUC's Obstetrics Service, after requesting the appropriate permits. A non-probabilistic convenience sample is established and the resulting sample will be given a CEQ-E questionnaire validated in Spanish, the objective of which is to assess overall satisfaction with respect to childbirth. On the other hand, data will be collected by means of another self-made questionnaire and a clinical interview, and the patient's medical history will be consulted after accepting to participate.

Expected results: We expect to obtain high scores both in the level of general satisfaction during delivery and with the use of epidural analgesia specifically. Even so, we expect results that will determine improvement actions in different aspects.

Key words: Labor, Pain, Satisfaction, Epidural Analgesia

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

UE: Unión Europea

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

CHUC: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

EVA ó VAS: Escala Visual Analógica ó Visual Analogic Scale

CEQ-E: The Spanish Version of the Childbirth Experience Questionnaire (Versión en Español del Cuestionario sobre la experiencia en el parto)

EVN: Escala Visual Numérica

IMC: Índice de Masa Corporal

SNC: Sistema Nervioso Central

LOR: Loss Of Resistance (Pérdida de Resistencia)

IASP: International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)

LCR: Líquido Cefaloraquídeo

RAE: Real Académia Español

TA: Tensión Arterial

CAE: Centro de Atención Especializada

FC: Frecuencia Cardíaca

RCTG: Registro Cardiotográfico

INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso en el cual el dolor está presente de manera continua, en mayor o menor medida. Se trata de un dolor único en cada mujer, incluso diferente en cada parto, y viene influenciado por varios factores, entre ellos el factor cultural, la preparación y conocimientos previos, la atención recibida, los métodos analgésicos utilizados, etc.

Durante el siglo pasado se llevaron a cabo grandes avances en la medicina obstétrica, innovando e introduciendo nuevos métodos para abordar el alivio del dolor durante el parto, el cual hasta entonces provocaba un grave nivel de ansiedad y miedo a las parturientas, incluso llegando a ser el causante de la muerte de las gestantes.

Actualmente el método más demandado para aliviar el sufrimiento de las parturientas en los paritorios es la llamada ‘epidural’, la analgesia epidural. En España, no fue hasta el año 1969 que el Dr. Anestesiólogo Joan Oliveras Farrús introdujo por primera vez la anestesia epidural en los paritorios, hecho en absoluto sencillo de llevar a cabo influenciado por los problemas acarreados por el uso de la anestesia raquídea los años precedentes. Seis años más tarde formaría parte, junto con los Drs. *Beraudi y Limia*, de un estudio pionero en Barcelona que databa 500 partos asistidos con analgesia epidural llevados a cabo sin incidentes.

A pesar de que el uso de la analgesia epidural en el parto no posee una extensa historia previa, supone hoy en día uno de los pilares básicos para el alivio del dolor durante el parto, lo cual no la excluye, sino más bien al contrario, de que sea el foco principal de numerosos estudios para continuar perfeccionando su uso y mejorar su eficacia garantizando la satisfacción de la mujer.

MARCO CONCEPTUAL

1. ¿Qué es el dolor?

1.1.- Definición de dolor

El término dolor viene definido a día de hoy por la RAE basándose en su terminología en latín *dolor, -ōris* como: “*Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.*”, y establece también una segunda definición: “*Sentimiento de pena y congoja.*”⁽¹⁾

Con el paso del tiempo se ha avanzado en gran medida en el conocimiento real de la causa del dolor, reconociéndolo como una respuesta fisiológica del cuerpo ante un estímulo doloroso, percibido por unos receptores específicos denominados nociceptores. Sin embargo, no son solo los aspectos físicos los que producen dolor, a los cuales hace referencia la segunda definición dada por la RAE.

Según uno de los modelos psicológicos del dolor más influyentes, el modelo de Melzack y Casey (1968), el dolor se trata de una experiencia multisensorial y esta concepción del dolor es ampliamente aceptada actualmente. El dolor está compuesto por tres dimensiones distintas entre sí aunque a su vez interrelacionadas: “*dimensión sensorial/discriminativa*” (relacionada con el estímulo en sí), “*dimensión motivacional/afectiva*” (valoración subjetiva del dolor; ansiedad, depresión) y “*dimensión cognitivo/evaluativa*”⁽²⁾ (creencias y valores culturales), siendo necesarias todas para entender el concepto de dolor. ⁽²⁾

Todo ello implica que el dolor no solo se basa en un componente físico, sino también emocional y sensorial, y además que se trata de un elemento subjetivo a cada individuo. Es por ello que, el pasado 7 de agosto de 2019, la IASP publicó una propuesta de nueva definición del dolor: “*An aversive sensory and emotional experience typically caused by, or resembling that caused by, actual or potential tissue injury*”, (“*Una experiencia sensorial y emocional desagradable típicamente causada por, o parecida a la causada por, una lesión tisular real o potencial*”).⁽³⁾

Durante el parto la percepción del dolor está influenciada también por otros aspectos que no son únicamente los físicos, como pueden ser el estrés y otros problemas psicosociales asociados, así como la cultura del dolor de la paciente.⁽⁴⁾

1.2.- Tipos de dolor

La clasificación del dolor se puede llevar a cabo según diversos criterios:

A) Clasificación según su duración:

- Dolor agudo: Se interpreta como una medida de protección fisiológica, ejerciendo la labor de alertar de que existe algún problema en nuestro cuerpo. Su duración es corta y que desaparece al tratar la causa que lo provoca. Suele tratarse de un dolor localizado y su intensidad va en relación con el estímulo que lo provoca.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

- Dolor crónico: Se trata de un tipo de dolor persistente en el tiempo, generalmente asociado a una patología permanente. Por su insistencia, puede suponer que la persona sufra de alteraciones psicológicas al producir desesperación o impotencia.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

B) Según su origen:

Se diferencian en tres tipos:

- Neuropático: afectación del SNC o nervios periféricos.

- Nociceptivo: producido mediante la activación de los nociceptores a causa de un estímulo, existiendo una relación entre la intensidad del estímulo y la del dolor percibido. Se divide a su vez en somático y visceral.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

- Psicógeno: en relación a un aspecto psicológico (ansiedad, depresión), viéndose afectado el ámbito psico-social del individuo.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

C) Según su intensidad:

Esta clasificación se basa en que el dolor refleja la fuerza con la que la persona lo experimenta. De esta forma se establece una escala:

- Leve: Suele relacionarse con quemaduras, golpes leves, etc. No interfiere en las actividades diarias. En una Escala Numérica para la valoración del dolor correspondería entre 1-3.

- Moderado: Es la escala intermedia entre leve y severo, obstaculizando las actividades diarias. En la EVN correspondería entre 3-6.

- Severo: Se ven comprometidos los músculos, huesos, articulaciones y otros tejidos, afectando al desarrollo del día a día. En una EVN supondría entre 7-10 de puntuación.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Por supuesto, siempre debemos tener en cuenta que el dolor es subjetivo, es decir, que cada individuo lo percibe de forma diferente y que cada uno posee diferentes umbrales de dolor.

Las escalas actualmente más utilizadas son las siguientes:

Valoración del dolor: escalas

- a) Escala Numérica: la cual utiliza los números del 0 al 10, siendo 0 la ausencia total de dolor y 10 el máximo dolor. Esta misma escala tiene su variante visual, la Escala Visual Numérica (EVN).⁽⁸⁾ (*Ver Figura 1 en anexos*)
- b) Escala Visual Analógica (EVA): esta representa de forma similar a la EVN pero de forma gráfica, utilizando una escala análoga.⁽⁸⁾ (*Ver Figura 2 en anexos*)

Continuando con las diferentes clasificaciones del dolor:

D) Según su localización:

Se establecen dos diferenciaciones:

- Somático: Se trata de un dolor cuya localización está bien definida, generalmente punzante y que afecta a receptores de la piel y musculoesqueléticos.⁽⁷⁾⁽¹²⁾

- Visceral: Es un dolor difuso cuya localización no está claramente definida, se trata de un dolor “continuo” y “profundo”.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

E) Según la velocidad de conducción:

La presencia de dos vías para el dolor, explica la observación fisiológica de que existen dos clases de dolor: “*dolor rápido y dolor lento*”⁽⁵⁾, en función de si las fibras poseen o no mielina.

1.3.- Fisiopatología del dolor

Los receptores del dolor son los denominados “nociceptores”, que son los encargados de transformar un estímulo en información mediante una señal eléctrica que viaja desde su punto de origen hasta los centros nerviosos superiores para ser interpretada.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Las fibras aferentes de las neuronas conducen el impulso eléctrico hasta la médula espinal; a través de las denominadas “raíces dorsales”, para terminar finalmente en la sustancia gris situada en las astas posteriores. De esta forma se lleva a cabo la traducción del estímulo hasta las neuronas medulares, las cuales trasladan posteriormente este impulso a las regiones cerebrales superiores encargadas de la percepción del dolor.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ (*Ver Figura 3 en anexos*)

Los nociceptores no sólo desencadenan el impulso eléctrico, sino que también liberan mediadores, como por ejemplo la “sustancia P” (“*neuropéptido miembro de la familia de las taquicininas*”⁽¹²⁾).⁽⁶⁾

2. El parto

El parto normal es aquel en el que la gestante lleva a cabo un trabajo de parto normal el cual ha iniciado espontáneamente entre la semana 37 y la 42 y que, tras los procesos fisiológicos de dilatación y expulsivo, resulta con el nacimiento del bebé. Tanto el periodo de alumbramiento como el puerperio deben también transcurrir dentro de lo normal fisiológicamente.⁽¹³⁾

Como concepto general, un parto normal ocurre cuando el feto ha cumplido su tiempo de vida intrauterina y, por tanto, se dice que la madre ha llegado “*a término*”. Esto ocurre de media en la semana 40, aproximadamente 280 días, entre las semanas 37 y 41 de gestación,⁽¹⁵⁾ tras el inicio de la amenorrea (ausencia de menstruación). A partir de este concepto se definen los partos “*postérmino*”⁽¹⁴⁾, como aquellos que se producen tras la semana 42, y los partos “*pretérmino*”⁽¹⁶⁾, como aquellos que se producen entre la semana 22 y la 36 y 6 días después de la última menstruación.

Además, según se lleve a cabo el parto en relación a su evolución, podemos caracterizarlo como “*espontáneo*”, si no interviene en su desarrollo ningún elemento externo, o “*provocado/inducido*” si es al contrario. Por otra parte, otra característica definitoria del parto diferencia entre una evolución del mismo fisiológicamente normal o no, utilizando los términos “*eutócico*” ó “*distócico*”, respectivamente.⁽¹⁷⁾

Los *partos distócicos*, ó aquellos en los que se dan *distocias*, engloban varios tipos atendiendo a distintos factores como dinámicos, óseos, distocias por presentación fetal,

etc. Además también se encuentran dentro de esta clasificación los partos instrumentales, en los que requiere de elementos como ventosas, espátulas y fórceps o los que acaban en cesárea.⁽¹⁸⁾ Es decir, son aquellos partos que no transcurren dentro de la normalidad.

Previamente al parto, el cuerpo comienza a prepararse produciéndose cambios en los genitales, cambios metabólicos y cambios posicionales del feto. Se dan los denominados “*Pródromos*”, los cuales indican el inicio del trabajo de parto, caracterizados por la expulsión del tapón mucoso, maduración del cérvix, por el descenso de la presentación fetal y por las contracciones de Braxton-Hicks, contracciones no dolorosas.⁽¹⁹⁾

2.1.- Proceso del parto

El trabajo de parto consta de un proceso que consiste en contracciones rítmicas, progresivas, producidas por la musculatura uterina, para conseguir las condiciones óptimas para que se produzca el nacimiento del feto. Este proceso comienza generalmente, no siempre, dos semanas antes o una semana después de la fecha que se estima que se dará a luz.⁽²⁰⁾

Se distinguen tres fases diferenciadas:

Periodo de dilatación

Se trata de la fase más larga del trabajo de parto durante la cual se produce el *borramiento* del cuello uterino y su dilatación hasta los 10 cm de diámetro.

El cuello uterino o cérvix posee una longitud de entre 2’5 a 3’5 cm de grosor. El denominado “*borramiento*” consiste en la disminución progresiva, gracias a las contracciones uterinas, del grosor del cérvix, finalizando con la desaparición del cérvix y la formación de un anillo.⁽²³⁾⁽²⁴⁾

Este periodo consta de dos fases:

- “*Fase precoz*”: esta marca el inicio del trabajo de parto, comenzando cuando existe una dinámica regular y modificaciones del cuello uterino.⁽²¹⁾ No se encuentra definido claramente el límite entre esta fase y la siguiente, aunque generalmente se entiende como el cambio de fase una vez se haya producido el borramiento completo y

una dilatación de 3 a 5 centímetros.⁽²²⁾ De media suele tener una duración entorno a 8 horas (para las primíparas) o a 5 horas (para las múltiparas).⁽²⁰⁾⁽²³⁾

- “*Fase activa*”: Durante esta fase se alcanza una dilatación completa, es decir de 10 cm de diámetro, haciendo descender la presentación fetal hacia la pelvis.⁽²³⁾ De acuerdo con la SEGO, la duración media de esta fase es inferior para las múltiparas que para las primíparas, con una evolución media de 1’5 cm/h y 1’2 cm/h, respectivamente.
⁽²⁰⁾⁽²²⁾⁽²³⁾

Durante este periodo de dilatación se deben llevar a cabo una valoración clínica y exploraciones cervicales periódicas.

Con respecto a la valoración clínica se deberán controlar las constantes vitales de la parturienta (TA, FC, Temperatura, SatO₂) y valorar el *riesgo obstétrico*. Además se debe revisar la Historia Clínica para buscar analíticas recientes y, en caso de que no se hayan realizado, llevar a cabo las pruebas necesarias (“*grupo Rh, serologías, coagulación*”⁽²²⁾). En las exploraciones se pretenderá conocer el estado del cérvix (“*borramiento, dilatación, consistencia, posición y altura de la presentación*”⁽²²⁾) y de las membranas, así como la presentación fetal.

También se toma, durante este periodo, la decisión de administrar la anestesia epidural, decisión que debe tomar la propia paciente en cualquier momento, independientemente del grado de dilatación, si no existen riesgos médicos, aunque generalmente se lleva a cabo cuando se ha alcanzado la fase activa del parto.

Periodo del expulsivo

Es el periodo desde la dilatación cervical completa hasta la salida del feto a través del canal del parto, con una duración media de 50 minutos para las primíparas y de 20 minutos para las múltiparas.⁽²⁰⁾

En ocasiones, cuando el feto realiza el movimiento de deflexión, uno de los 4 movimientos que realiza el feto a través del canal del parto (*Ver Figura 6 en anexos 1*), se produce una tensión muy alta en el periné existiendo riesgo de desgarro. En estos casos se puede llevar a cabo una “*episiotomía*”, un pequeño corte medio-lateral en el periné para liberar dicha tensión y que no se produzca un desgarro mayor, aunque no se

trata de una práctica que se deba llevar a cabo de forma sistemática, sino sujeta a valoración por parte de la matrona o matrócn que atiende el parto.⁽¹³⁾⁽²⁶⁾

Periodo de alumbramiento

Una vez el feto ha sido expulsado completamente al exterior comienza el periodo de alumbramiento. Durante este periodo se expulsa la placenta, pudiendo alargarse como máximo hasta los 60 minutos en la mayoría de los casos.⁽¹³⁾

Se debe esperar hasta que la placenta se desprenda por sí sola y en ningún caso tirando del cordón umbilical pues podría romperse o se podría arrastrar el útero junto con la placenta.

3. Dolor en el parto

No hay duda de que el dolor está presente de forma continua durante el parto, incluso en ocasiones llegando a ser insoportable, pudiendo generar perjuicios a la mujer e incluso al feto. Sin embargo, no hace demasiado tiempo que se comenzó realmente a conseguir avances en el manejo de este dolor.

En España, no fue hasta el año 1969 que el Dr. Anestésista Joan Oliveras Farrús introdujo por primera vez la anestesia epidural en los paritorios y, seis años más tarde, publicó, junto con los Drs. Beraudi y Lima, un estudio pionero sobre 500 partos asistidos en Barcelona con éxito con analgesia epidural.⁽²⁹⁾ Y no es hasta el año 1998 que el Parlamento Español declara la *“universalización de la analgesia epidural gratuita para el parto”*.⁽²⁸⁾

Se trata experiencia dolorosa única, tanto es así que se trata de una experiencia totalmente individual, pues el dolor es percibido por cada individuo de una forma diferente.

El nivel de dolor que se experimenta depende de varios factores como pueden ser la tolerancia al dolor, la posición del feto, la intensidad de las contracciones uterinas y las experiencias anteriores, si las hubiese. El estrés ocasionado por el dolor durante el trabajo de parto supone un riesgo de alteración del sistema pulmonar, así como el cardiovascular. A ello se le suma la posible ansiedad de la madre ante el resultado del

parto. Esto puede conllevar una serie de efectos negativos en cadena, pudiendo afectar al bienestar fetal.⁽²⁵⁾ Es por ello que el alivio del dolor en el parto es un pilar importante a tratar para evitar complicaciones secundarias a este.

3.1.- La epidural en el trabajo de parto

La anestesia se trata de un método farmacológico de alivio del dolor cuyo objetivo es el bloqueo de la transmisión de los estímulos dolorosos.⁽³⁰⁾ Generalmente, se ofrece la posibilidad de la analgesia epidural cuando el parto está en curso, entendiéndose como tal una dilatación de 2-3 cm y la presencia de contracciones efectivas.⁽³⁶⁾

Durante el trabajo de parto es el método más utilizado para dicho fin, produciendo un adormecimiento o una disminución de la sensibilidad desde la zona lumbar hacia la parte inferior del cuerpo. Por tanto, disminuye el dolor ocasionado por las contracciones de la musculatura uterina.⁽³¹⁾

Para llevar a cabo la administración de una analgesia epidural se debe colocar en el espacio epidural un catéter que perfunda de manera continua un fármaco analgésico adecuado.⁽³⁰⁾

- Anatomía de la médula espinal

El catéter epidural debe desembocar en el denominado “*espacio epidural*”, para producir los efectos analgésicos deseados. ⁽³⁰⁾

El espacio epidural es un espacio localizado entre el ligamento amarillo y la duramadre, ocupado por vasos sanguíneos, nervios y material lipídico, es decir, circundando el canal espinal donde se encuentra el LCR y la médula espinal.⁽³⁰⁾⁽³²⁾(Ver *Figura 4 en anexos*)

- Técnica para la colocación del catéter epidural

La colocación del catéter epidural se trata de un procedimiento sencillo en cuanto a los pasos a realizar pero complicado técnicamente, por tanto si no se lleva a cabo correctamente puede conllevar riesgos graves para la salud, por ello el éxito de esta

técnica depende de la correcta localización y punción del espacio epidural.⁽²⁹⁾ Todo el conjunto de la técnica debe llevarse a cabo de manera estéril, dado que se trata de un procedimiento invasivo y, por tanto, el facultativo deberá usar una mascarilla, guantes estériles, gorro y debe realizar un lavado de manos previo con una solución antiséptica.⁽³⁷⁾

En primer lugar se debe informar correctamente a la paciente del procedimiento; en qué consiste la técnica, sus beneficios y sus complicaciones. Una vez firmado el consentimiento se comenzará con el procedimiento.

Para llevar a cabo esta técnica se posiciona a la paciente en decúbito lateral o sentada, indicándole que debe flexionar el tronco superior⁽³¹⁾⁽³²⁾ de tal forma que la región toraco-lumbar quede más expuesta, favoreciendo así la inserción del catéter a través de las astas posteriores de las vértebras.

Una vez que la paciente adopta la posición correcta el anestesista procede a la palpación de las vértebras para localizar el punto de punción, zona que posteriormente esteriliza con un antiséptico para luego proceder con los siguientes pasos:

- Administración de anestésico local en dos fases; una primera dosis de forma superficial y una segunda dosis más profunda.⁽³³⁾
- Punción con la aguja específica para la punción epidural; para ello se procede siguiendo la técnica de “*Loss of resistance*” (*LOR*)⁽³⁴⁾.
- Una vez alcanzado el espacio epidural se introduce el catéter, midiendo la posición en la que se coloca, siendo de manera general a la altura de las vértebras T8-T12, muy habitualmente en las vértebras T10 y T11.⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾
- Fijación del catéter. ⁽³¹⁾⁽³⁵⁾ (*Ver Figura 5 en anexos*)

En la ejecución se realizan mayormente dos técnicas para localizar el espacio epidural de forma sencilla y eficaz, de entre multitud de técnicas descritas.

- “*Loss of resistance*” (*LOR*)⁽³⁴⁾: Ésta se basa en la pérdida de la resistencia al introducir la aguja en el espacio epidural, permitiendo el avance del émbolo de la jeringa. Esta técnica se lleva a cabo introduciendo líquido (suero fisiológico 0’9%) ó aire en el espacio.

- La “gota pendiente”⁽³⁴⁾: dentro del espacio epidural se conoce que existe presión negativa, lo que se traduce en que se debe producir un aspirado de líquido colocado en una jeringa de poco volumen, si se crea un circuito cerrado.⁽³¹⁾

Acorde con el estudio realizado por el Dr. Gustavo Illodo⁽³⁵⁾: “*La técnica de LOR continúa siendo la mejor opción en la actualidad debido a la alta tasa de éxitos y la reducida incidencia de complicaciones en manos experimentadas.*”

- Fármacos utilizados para la analgesia epidural

Cuando el o la anestesta determina que la técnica se ha realizado con éxito y no se han producido efectos adversos, se procede con la administración de fármacos siendo de manera general una “*dosis test*”, una dosis para impregnar el espacio epidural y posteriormente la perfusión continua.⁽³⁶⁾ Para ello se utilizan fármacos anestésicos locales, un opioide (generalmente fentanilo) y un vasoconstrictor (generalmente adrenalina o derivados, como la efedrina).

La “*dosis test*” consiste en una dosis de anestésico local junto con un vasoconstrictor como por ejemplo la efedrina⁽³⁶⁾, aunque no existe un concepto estandarizado de la misma, pues no existe un consenso general a cerca de la dosis ni el fármaco, valorando el uso de la ropivacaína, la bupivacaína o incluso la lidocaína.⁽³⁹⁾⁽⁴¹⁾ Según los Doctores Daniel C. Moore y Manbir S. Bartra, esta dosis debe contener una combinación de epinefrina y un anestésico local.⁽⁴⁰⁾ De tal forma, la dosis denota un aumento prácticamente instantáneo de la Frecuencia Cardiaca (FC) o produce signos de toxicidad claros a nivel del SNC en caso de que el catéter no se encuentre correctamente situado, concluyendo en que se encuentra en espacio intravascular. Por otra parte si se produce afectación respiratoria o inestabilidad cardiovascular, podría indicar la presencia del catéter en posición subaracnoidea.⁽³⁹⁾

Con respecto a la dosis inicial para impregnar el espacio epidural suelen utilizarse de 5 a 15 ml de bupivacaína en dilución 0’25% pudiendo o no combinarlos con un opioide, por ejemplo 50-100 mcg de fentanilo (“*aconseja utilizar fentanilo 100 µg como dosis de prueba intravascular en pacientes obstétricas*”⁽³⁹⁾).⁽³⁷⁾ Aunque no es la única opción, también se valora el uso de ropivacaína al 0’2% coadministrada con fentanilo.⁽³⁶⁾ Existe

controversia con esta dosis, al igual que con las *dosis test*, discusión entorno a la cual se han realizado gran número de estudios evaluando las diferencias entre bupivacaína y ropivacaína e incluso valorando el uso de, por ejemplo, la levobupivacaína.⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾

Finalmente, determinando que no resultan complicaciones derivadas de la colocación del catéter epidural ni de las dosis iniciales, se administra una perfusión continua de analgesia a una velocidad generalmente de entre 6 y 10 ml/h, según la altura de la parturienta. El fármaco administrado, una vez más, no resulta de elección única, aunque en mayor grado son utilizados la ropivacaína (0'1-0'2%⁽⁴⁴⁾) y la bupivacaína (“0,0625%-0,125%”⁽³⁷⁾), ambas coadministradas con fentanilo en proporciones de 2 a 4 mcg/ml. ⁽³⁷⁾⁽⁴⁴⁾

En ocasiones son necesarias dosis de refuerzo (“*bolos*”) para mejorar la calidad de la analgesia, pues pueden darse situaciones en las que no se cumple el grado de efectividad esperada.

Con la perfusión continua iniciada, se deben registrar durante los primeros 30 minutos las constantes vitales de la parturienta (TA, FC, SatO₂), así como vigilar el registro fetal. También se deberá controlar la aparición de posibles signos o síntomas de complicaciones secundarias a la analgesia epidural, pudiendo ser indicadores de una mala colocación del catéter o de mala tolerancia por parte de la parturienta; náuseas y vómitos, efecto analgésico desigual en las extremidades inferiores, hipotensión arterial, somnolencia, prurito, etc. son algunos de los más comunes.

- Riesgos y complicaciones potenciales

La Analgesia Epidural es la alternativa de primera elección para el tratamiento del dolor en el parto, pero no se trata de una técnica exenta de riesgos y posibles complicaciones. Aunque no son habituales si que en muchos casos podrían suponer un grave riesgo para la salud de la paciente.

Algunas de estas complicaciones potenciales son:

- “*Hipotensión Arterial*”⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾: “*es causada por el establecimiento del bloqueo simpático, lo que produce venodilatación y disminución de la precarga cardiaca.*”⁽⁴⁰⁾

- *“Inyección intravascular del anestésico local”*⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾
- *“Bloqueo motor extenso”*; lo cual podría influir en otros sistemas como el respiratorio o el vascular, y *“provocar una parada cardiorrespiratoria”*.⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾
- *“Migración del catéter epidural”*⁽³²⁾⁽⁴⁵⁾: se encuentra relacionado con el IMC, la posición y los movimientos de la paciente. También una mala fijación del mismo puede resultar en un bloqueo no efectivo.⁽⁴⁶⁾
- *“Cefalea”*⁽²⁹⁾⁽⁴²⁾: Se produce principalmente por la punción dural no intencionada, provocando una filtración del LCR.⁽⁴⁵⁾
- Infecciones: *“La meningitis o abscesos epidurales son complicaciones que se observan con más frecuencia.”*⁽⁴⁸⁾

Existen otras muchas reacciones adversas relacionadas con la técnica de la analgesia epidural, desde más comunes, como las náuseas y el vómito, hasta otras más graves, demostrando así que esta técnica dista totalmente de denominarse ‘inocua’.

Además se ha evaluado la influencia de la analgesia epidural en el transcurso normal del parto. De acuerdo a un estudio prospectivo de cohorte realizado en el Complejo Universitario de Ourense⁽⁴⁹⁾ se determinó que el uso de la analgesia epidural incide en que el número de partos instrumentales aumente pero no la incidencia de cesáreas, así como también se determinó un mayor uso de fármacos que favorezcan el trabajo de parto (*“oxitócicos”*) y mayor duración por fase. Por otra parte, no incide en la cantidad de episiotomías realizadas ni desgarros ocasionados.

4. La satisfacción en el parto

La satisfacción en el ámbito sanitario se trata de un indicador de la calidad de los servicios prestados a los pacientes, además de un método de inclusión de los mismos en la propia mecánica del sistema sanitario, el cual mide, en el caso de nuestro estudio, la efectividad de los servicios en relación a la natalidad.⁽⁵⁰⁾ Aunque sin embargo, su medición no es sencilla, ya que se trata de un concepto complejo.⁽⁵¹⁾

En el parto, son varios los factores que influyen en la satisfacción de la experiencia de la mujer, de entre los cuales se han descrito como más influyentes el apoyo y la

participación de la mujer, las expectativas prenatales, la asistencia a Educación Maternal, la calidad asistencial recibida y el control del dolor durante el proceso.⁽⁵⁰⁾⁽⁵²⁾

Se busca siempre el mejor de los resultados finales, ofreciendo el mejor servicio y prestaciones posibles y buscando en todo momento la mejor experiencia para la mujer. Debe mantenerse siempre un alto grado de satisfacción, pues en caso contrario, puede acarrear efectos inmediatos e incluso a largo plazo en la propia salud de la mujer y en la relación con su bebé.

De acuerdo con autores como Simki (1991,1992) y Laurence (1997), un alto grado de satisfacción favorece a una sensación de logro y autoestima de la mujer, así como la creación de expectativas nuevas para futuros partos. Por el contrario, aquellas mujeres que sufren una mala experiencia de parto poseen un recuerdo del parto con dolor, angustia, ansiedad o miedo, o incluso no tienen recuerdos, lo que puede representar una “amnesia traumática”, provocando aversión a un futuro posible embarazo. Además, una mala experiencia puede derivar en depresión post-parto y trastornos de estrés post-traumático, y también las mujeres que no se encuentren satisfechas con el parto pueden expresar dificultades e incluso disfunción sexual.⁽⁵³⁾

JUSTIFICACIÓN

Uno de los aspectos más relevantes durante el periodo de dilatación y expulsivo es el dolor que sufren las mujeres embarazadas, el cual puede influir en el desarrollo normal del parto, y es labor de los profesionales sanitarios ofrecer, si lo solicitan, un método de alivio del dolor eficaz y así conseguir un mayor grado de satisfacción en la experiencia de parto de la mujer.

La analgesia epidural es el método elegido por una gran mayoría de las parturientas, es una técnica médica eficiente pero no exenta de riesgos potenciales. En ella se basa gran parte de nuestra investigación, ateniendo a aspectos objetivos y subjetivos en relación a la misma, pues influirán en la satisfacción con respecto a la experiencia del parto, objetivo principal de nuestro estudio.

Por tanto, este proyecto de investigación no solo podría justificar que se trata de un método solicitado por un porcentaje elevado de mujeres sino que, además, hace que la evolución del periodo de dilatación y el expulsivo sea más satisfactorio.

OBJETIVOS

Objetivos principales

- *Determinar el nivel de satisfacción de la mujer frente al uso de la epidural y con respecto al servicio prestado.*

Objetivos secundarios

- *Establecer el perfil sociodemográfico que demanda la epidural.*
- *Evaluar si el nivel de satisfacción se ve influenciado en función del fármaco utilizado.*
- *Analizar la influencia del uso de la analgesia epidural precozmente en la satisfacción de la mujer (analgesia precoz).*
- *Determinar el grado de satisfacción con respecto al trato recibido por parte del equipo sanitario.*
- *Detectar aspectos que puedan mejorar la experiencia de la mujer.*

METODOLOGÍA

Diseño

Acorde con los objetivos propuestos para este proyecto de investigación, se plantea un estudio de tipo observacional descriptivo de tipo transversal y prospectivo. Para la obtención de datos se propone el uso de dos cuestionarios, uno de realización propia y otro cuestionario CEQ-E⁽⁵⁴⁾ que abarca la satisfacción global del parto, a realizar por las púerperas que hayan optado por el uso de la analgesia epidural en el Servicio de Paritorio del CHUC.

La búsqueda de información del estudio se ha llevado a cabo mediante la revisión bibliográfica de fuentes en español, inglés y portugués, a través de distintas bases de datos (Medline y PubMed) y buscadores científicos (Google Academic y revistas y páginas Webs científicas). Para cercar la búsqueda hemos acotado la fecha para seleccionar artículos de hace como máximo 10 años en su mayoría. En ocasiones se ha recogido información únicamente de resúmenes de los propios artículos, principalmente de aquellos que exigían un pago para su consulta completa. Además, para centrar la búsqueda en el tema que ocupa nuestro proyecto de investigación hemos utilizado las palabras clave: Trabajo del Parto, Dolor, Satisfacción, Analgesia Epidural. En base a estos criterios se han consultado un total de 61 bibliografías, de las cuales la gran mayoría se han encontrado a través del buscador de Google Academic y Medline.

Ámbito de estudio

El ámbito del estudio será el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, concretamente irá dirigido a aquellas mujeres que den a luz en su Servicio de Paritorio. Se trata de un hospital público que ofrece servicios especializados a la zona norte de la isla de Tenerife, además de hospital de referencia para la isla de La Palma. Posee un total de 822 camas y cuenta con 4.000 trabajadores.⁽⁵⁵⁾

Una vez se han llevado a cabo los protocolos correspondientes tras el parto, las púerperas son trasladadas al Servicio de Hospitalización de Obstetricia, servicio en el cual se llevará a cabo el estudio.

Sujetos de estudio

La población de referencia a la que irá dirigido este estudio serán las puérperas primíparas a término cuyo parto haya sido asistido en dicho servicio resultando éste eutócico, habiendo recurrido al uso de la analgesia epidural, y que se encuentren en el Servicio de Obstetricia tras el parto. Dichos sujetos de muestra serán aquellas mujeres que hayan dado a luz en dicho hospital en el periodo de 1 año.

Tipo de muestreo y muestra

Se establecerá un muestreo no probabilístico de conveniencia.

De acuerdo con fuentes administrativas, en el año 2019 se llevaron a cabo un total de 2140 partos, de los cuales 1402 fueron eutócicos (1051 partos normales y 351 partos espontáneos) y 738 distócicos. Del total de los partos eutócicos, en 1003 de ellos se ha recurrido al uso de la analgesia epidural, los cuales son nuestro objetivo de estudio. Por tanto, aplicando la fórmula de Fistera⁽⁵⁶⁾, a partir de una población finita de $N= 1402$ se estima una población diana aceptada para el estudio del 71'54% (p) correspondiente a las puérperas que hayan recurrido a la analgesia epidural (1003) y un 28'46% (q) no deseada, las cuales no usaron analgesia epidural. Estableciendo un coeficiente de fiabilidad del 95'5% (Z), una proporción del 5% y una precisión del 5% (d) se obtendrá una muestra de 256 mujeres (n). Aplicando un 15% de proporción de pérdidas esperadas (R), resulta una muestra de 301 mujeres. No obstante, el número total de mujeres encuestadas puede variar con el objetivo de alcanzar una confiabilidad y potencia adecuadas.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q} \quad n = \frac{1402 * 1'96^2 * 0'7156 * 0'2846}{0'05^2 * (1402 - 1) + 1'96^2 * 0'7154 * 0'2846}$$

Criterios de exclusión:

- Multíparas.
- Partos distócicos.
- Parto concluso en Exitus fetal.

- Menores de edad.
- Barrera idiomática.
- Barrera intelectual.
- No disposición a participar.

Variables e instrumentos de medida

Se definen una serie de variables que caracterizarán la muestra estudiada, mediante un cuestionario de elaboración propia llevado a cabo a través de una entrevista y un cuestionario CEQ-E que valora la satisfacción general con respecto al parto.

Variables socio-demográficas

- Edad de las usuarias. (*Variable cuantitativa discreta*)
- Nacionalidad (Española/Otra) (*Variable cualitativa nominal dicotómica*)
- Estado Civil (Casada/Soltera/Viuda/Divorciada). (*Variable cualitativa nominal politómica*)
- Situación laboral (Empleada/Desempleada). (*Variable cualitativa nominal dicotómica*)
- Nivel de estudios (Sin estudios/Primaria/Secundaria/Superiores). (*Variable cualitativa nominal politómica*)

Variables en relación a la gestación

- Control del embarazo (Si/No). (*Variable cualitativa nominal dicotómica*)
- Edad gestacional al momento del parto (Se medirá en semanas. Se agruparán las respuestas en: <37 semanas/37-41 semanas/>41 semanas) (*Variable cuantitativa nominal politómica*)
- Asistencia a Educación Maternal (Si/No) (*Variable cualitativa nominal dicotómica*)

Variables en relación al parto

- Inicio del parto (Espontáneo/Inducido) (*Variable cualitativa nominal dicotómica*)

- Duración del periodo de dilatación (Se medirá en horas. Luego se categorizarán en: $<8/8-16/>16$) (*Variable cuantitativa continua*)
- Duración del expulsivo (Se medirá en minutos. Luego se categorizarán en: $<1h/\geq 1h$) (*Variable cuantitativa continua*)
- Duración total del parto (Se medirá en horas. Luego se categorizarán en: $\leq 12h/>12h$) (*Variable cuantitativa continua*)
- Hora exacta en la que se produce el parto (horario 24h) (*Variable cuantitativa discreta*)
- Hora a la que se coloca el catéter epidural en relación a la duración del parto total (Se medirá en horas) (*Variable cuantitativa discreta*)
- Información adecuada y suficiente sobre la colocación del catéter epidural (Totalmente de acuerdo/Bastante de acuerdo/Bastante en desacuerdo/Totalmente en desacuerdo) (*Variable cualitativa nominal politómica*)
- Dilatación en el momento de la epidural (En cm: de 1 a 10) (*Variable cuantitativa discreta*)
- Uso de otras medidas para el alivio del dolor (Farmacológica /No Farmacológica/ Ambas/Ninguna) (*Variable cualitativa nominal politómica*)

Variables de estudio

- Satisfacción con respecto a la analgesia epidural:

Se proporcionará un cuestionario (*Anexo 2*) que formará parte del Cuaderno de Registro de Datos, cuyas preguntas estarán destinadas a correlacionar la valoración del uso de la analgesia epidural con la satisfacción general con respecto al parto valorada con el cuestionario CEQ-E. Este cuestionario consta de un total de 19 ítems, divididos en 4 grupos relacionados con el perfil sociodemográfico, con la gestación, con el parto y con aspectos de la epidural. Además de las variables expuestas se medirá el tiempo transcurrido desde que se solicitó la epidural hasta su colocación y se evaluará si la analgesia fue efectiva para el afrontamiento del parto, así como el fármaco utilizado.

- Satisfacción relativa al proceso del parto en general:

Se evaluará la satisfacción general de la puérpera mediante un cuestionario CEQ-E validado al castellano formado por 22 ítems y que consta de 4 dominios.

Con respecto a los ítems, 19 de ellos se valorarán mediante una puntuación de 0 a 4 según la escala Likert, mientras que los tres restantes se valorarán mediante una escala analógica visual (*VAS*). Dicha escala *VAS* traducirá los resultados en valores categóricos; 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3, 81-100 = 4; invirtiendo aquellos resultados expresados negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 21).

En cuanto a los dominios, se diferencian en los 4 siguientes: “*capacidad propia*” (aspectos como la sensación de control, sentimiento o dolor durante el parto), “*apoyo profesional*” (conocimientos y atención prestada), “*seguridad percibida*” (en relación a la seguridad y recuerdos del parto) y, finalmente, “*participación*” (percepción de la capacidad de influir en el resultado del parto y de las decisiones para el alivio del dolor y las posiciones).

A partir de los resultados se obtendrá una variable de satisfacción general con respecto al parto con un rango de valores de entre 22 y 88 puntos. De la misma forma, cada dominio obtendrá unos resultados en función del número de ítems que formen parte de cada uno; siendo el total de la suma de la puntuación de los dominios en particular igual al resultado global obtenido sobre la satisfacción global.

Método de recogida de información

Una vez obtenido la conformidad por parte del Comité Ético de Investigación y la autorización por parte de las distintas Direcciones y la Gerencia del CHUC se procederá con la realización del estudio.

Éste se llevará a cabo en el Servicio de Obstetricia, una vez que haya recibido el alta del Servicio de Partorio. Se expondrán las características del estudio a la puérpera, así como se le solicitará su consentimiento para llevar acabo la recogida de información y la consulta de su Historia Clínica con el objetivo de recabar los datos necesarios para cubrir las necesidades del estudio en base a las variables establecidas.

Se le hará entrega del cuestionario CEQ-E validado al castellano para valorar su satisfacción global. Posteriormente se llevará a cabo una entrevista en la cual se evaluarán las variables pre-establecidas; aquellas que no se recogen en la Historia Clínica. La recogida de datos no superará los 25 minutos.

Consideraciones éticas

En el transcurso y ejecución de este estudio se mantendrá en todo momento la protección de la privacidad de la paciente, garantizando que los datos recogidos durante la realización de los cuestionarios, la entrevista y la revisión de la Historia Clínica sean los justos y necesarios y estén dirigidos únicamente a cumplir los objetivos de dicho estudio y no estarán sujetos a posible divulgación fuera de los márgenes de éste. Para ello enmarcamos este proceso dentro de tres leyes fundamentales que defienden los principios de privacidad, anonimato y protección de los datos personales de la paciente.

Por un lado, se adaptará a lo acordado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁽⁵⁷⁾, la cual hace referencia por alusión también al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos personales y de su libre circulación como derecho fundamental de las personas físicas. Este artículo también se defiende en la Constitución en su apartado 18.4.

En segundo lugar, además también se ajustará a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽⁵⁸⁾, en cuyo artículo 16.3 se especifica el acceso a la Historia Clínica obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, de manera que quede asegurado su anonimato. Además se asegura también la participación voluntaria, uno de los criterios básicos de inclusión en el estudio.

Por supuesto, la paciente se mantendrá en todo momento bajo el amparo de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁽⁵⁹⁾, protegiendo aspectos esenciales de su privacidad y de su persona.

Análisis estadístico

Para estudiar los resultados obtenidos una vez llevados a cabo los diferentes métodos de recogida de información usaremos técnicas de estadística descriptivas. Este proceso será desempeñado por un estadístico a contratar, el cual establecerá los métodos de medición estadísticos entre las variables, así como las diferentes herramientas para las asociaciones entre ellas. En principio, se propone que el análisis de los datos se lleve a cabo empleando el programa SPSS en su última versión para Windows.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio son debidas a las propias características de este y de la forma en que se llevará a cabo.

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico, lo cual induce a un **sesgo de selección**, discriminando una gran parte de la población de manera consciente de manera que no se valorará la totalidad de las mujeres que usan la analgesia epidural y por tanto generando un déficit.

Por otra parte, se prevé un **sesgo de información**. Los datos obtenidos que se encuentran registrados en la Historia Clínica han sido registrados de diferente forma debido a que no todos los profesionales sanitarios que participan de ella registran la información de la misma manera, pudiendo perderse información obviada, que se encuentre sujeta a interpretación, etc. o que a la hora de obtener la información no se lleve a cabo de la forma correcta.

Dados nuestros criterios de inclusión, se ha descartado la participación de mujeres multíparas o multigestas con la intención de evitar **sesgos de complacencia**. De acuerdo con los datos recopilados, generalmente las mujeres multíparas o multigestas obtendrían un grado mayor de satisfacción con respecto al parto en general y, por tanto, con respecto a la epidural, pero este hecho se encuentra influenciado por la experiencia previa y conocimiento del desarrollo de un parto normal, además de características propias del parto como el tiempo por fases y tiempo total, que son diferentes en el parto de las primíparas.

Por otro lado, dados nuestros métodos de recogida de información (entrevista y cuestionario), debemos llevar a cabo en primer lugar en cuestionario CEQ-E, pues si fuese al contrario, realizando en primer lugar la entrevista, podría darse un **sesgo de obsequiosidad** condicionando y enfocando las respuesta de la encuestada hacia nuestro campo de mayor interés, la analgesia epidural.

Cronograma

	2019											2020
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	En
Elección del tema												
Revisión bibliográfica y diseño de la metodología												
Solicitud de autorización												
Recogida de datos												
Tabulación de los resultados												
Análisis de los datos												
Redacción de informes												
Difusión de los resultados												

Presupuesto

Tipo de recursos	Recursos específicos	Precio	Precio Total
Materiales	Folios (6u/pers)	Paquete 500u: 4.99 €	17'96 €
	Bolígrafos (10 u)	0'47 €	4'70 €
R. Humanos	Estadístico	≈ 400 €	≈ 400 €
	Enfermeros del Serv. De Obstetricia	0 €	0 €
Otros	Desplazamiento	30€/mes	120 €
Total =			542'66 €

Resultados esperados

Uno de los aspectos más relevantes y que siempre se encuentra presente durante el parto es el dolor, su influencia en el transcurso normal del parto y su tratamiento. Y aunque existen muchos otros métodos de alivio del dolor, sin duda la analgesia epidural constituye el método más efectivo para lidiar con el sufrimiento durante el parto. Se espera que los datos recogidos en este estudio reflejen que una amplia mayoría de las encuestadas se encuentran satisfechas con el uso de la analgesia epidural, de acuerdo con multitud de estudios⁽⁶⁰⁾, y que su uso ha resultado efectivo a la hora de afrontar el parto y que se han sentido seguras durante el proceso. Por supuesto este hecho no sólo se evalúa en función de la efectividad de la epidural, sino que también se verá influenciado por sus conocimientos previos y preparación al parto, por sus expectativas, etc.

Dados nuestros criterios de exclusión no analizaremos los motivos por los cuales las mujeres que rechazan la epidural toman dicha decisión. Sin embargo, de acuerdo con un estudio publicado por la Revista de la Sociedad Española del Dolor⁽⁶¹⁾, el perfil sociodemográfico de estas mujeres se encuentra bien definido por ciertas características, principalmente el nivel de ingresos, la edad, la ocupación y su nivel de educación. Esto nos lleva a que se prevé que el perfil sociodemográfico de nuestro estudio se desarrolle siguiendo una misma línea de características similares.

Con respecto a la efectividad de la analgesia epidural, se espera llegar a una conclusión más determinante en cuanto a la influencia del fármaco, pues en un principio no se establecen diferencias significativas entre los más utilizados⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾. Y, por otra parte, dado que analizaremos únicamente los partos eutócicos de acuerdo con nuestros criterios de inclusión, se determina que el uso de la analgesia epidural precoz no debería haber influido negativamente en el resultado del parto, por lo que se espera un alto nivel de satisfacción por parte de las púerperas que hayan recurrido a este tipo de analgesia de manera temprana.

Por otro lado, la colocación de la analgesia epidural será probablemente una novedad para las parturientas, y ante el desconocimiento puede generarse ansiedad y miedo. Por tanto, esperamos un alto nivel de trato personal por parte del equipo profesional

sanitario, encargado, entre otras, de proporcionar la información y resolver las dudas que sean necesarias a las nulíparas y de generar un ambiente positivo y seguro.

Además, mediante el análisis de los resultados de nuestro estudio, esperamos también destacar los aspectos subjetivos y objetivos, como el trato recibido o el tiempo de espera, que producen que el nivel de satisfacción de la parturienta se vea afectado negativamente y, por tanto, detectar acciones de mejora en la experiencia del parto y en la elección de la analgesia epidural.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) RAE ASALE. *dolor* | *Diccionario de la lengua española*. Website title: «Diccionario de la lengua española». Edición del Tricentenario. Fecha de consulta: 24 de abril de 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/dolor>
- 2) Montañés, M. C. (1994). *El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. Ansiedad y estrés*, 77-88.
- 3) IASP. *IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment*. Web Site title: iasp-pain.org. Fecha de publicación: 7 de agosto de 2019. [cited 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>
- 4) López Sánchez Juan Rafael, Rivera-Largacha Silvia. *Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales*. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2018 Aug [citado 2020 Apr 24] ; 16(2): 340-356. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732018000200340&script=sci_abstract&lng=en
- 5) Sánchez Herrera Beatriz. *Abordajes teóricos para comprender el dolor humano*. Aquichan [Internet]. 2003 Dec [citado 2020 Apr 25] ; 3(1): 32-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006&lng=en
- 6) Juan del Arco. *Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico* Vol. 29 Núm. 1 Págs. 36-43. Website title: elsevier.es Fecha de publicación: enero-febrero 2015 [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
- 7) Puebla Díaz F.. *Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2020 Abr 25] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es

- 8) Vicente-Herrero M.T., Delgado-Bueno S., Bandrés-Moyá F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M.V., Capdevilla-García L.. *Pain assessment. Comparative review of scales and questionnaires*. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Mayo 13] ; 25(4): 228-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.
- 9) Tierra, C. S., & Bryson, B.. *La mielina| Scitable..* [internet] Website title: Cajales yGalileos. 13 de noviembre de 2012 [cited 28 de mayo de 2020] Disponible en: <https://cajalesygalileos.wordpress.com/2012/11/13/la-mielina-scitable/>
- 10) García G, Mendieta L, Alatríste V, Luna F, Limón D, Martínez García MI. *El dolor. Una revisión a la evolución del concepto*. CN [Internet]. 10 de marzo de 2017 [citado 24 de abril de 2020]; Disponible en: <http://www.cic.cn.umich.mx/cn/article/view/339>
- 11) Cinta Martos Silván. *Nociceptores: Los receptores del dolor*. Website title: Lifeder.[internet] [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.lifeder.com/nociceptores/>
- 12) Barbosa-Cobos RE, Ramos-Cervantes MT, De Montesinos-Sampedro A, et al. *Sustancia P en la inflamación articular*. Rev Hosp Jua Mex. 2015;82(1):49-54. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57599>
- 13) SEGO. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia - Guía de Asistencia a un Parto Normal. Pag 2-11* [internet] [cited 21 de mayo de 2020] Disponible en: <https://sego.es/Gacetas>
- 14) Julie S. Moldenhauer (MD). *Embarazo postérmino* [internet] Last full review/revision June 2018 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/trabajo-de-parto>
- 15) The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. *Definición de embarazo a término* [internet] 16 de

- febrero de 2015 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=81944>
- 16) Huertas Tacchino Erasmo. *Parto pretérmino: causas y medidas de prevención*. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Mayo 08]; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es.
 - 17) Daniel López. *Tipos de Parto*. Website title: <https://www.materna.es/> [internet] 6 de marzo de 2015 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>
 - 18) SEGO. *Fundamentos de Obstetricia; 2007; Pag 679-809 Asistencia al Parto y Puerperio Patológico* [internet] [cited 21 de mayo de 2020] Disponible en: <https://sego.es>
 - 19) SEGO. *Fundamentos de Obstetricia; 2007; Pag 345 - 346 Cap 39 Signos Prodrómicos y Diagnóstico de Parto* [internet] [cited 21 de mayo de 2020] Disponible en: <https://sego.es>
 - 20) Haywood L. Brown (Duke University Medical Center). *Manejo del trabajo de parto normal*. Website title: Manual MSD - Versión para profesionales. [internet] Febrero de 2017 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
 - 21) Nápoles MD, Couto ND, Montes de Oca GA. *Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto* Website title: *MediSan*. 16 de mayo de 2012 [cited 9 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35203>
 - 22) Fuentes, M. N.. *Fase activa del Parto: Conducta y Manejo*. *Hospital Universitario Virgen de la Nieves*. [pdf] 2 de diciembre de 2010 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://es-static.z-dn.net/files/d2c/49a2e6f8e0b3dc3e8e0f49e32f132d7f.pdf>

- 23) Daniel López. *La dilatación*. Website title: <https://www.materna.es/> [internet] 26 de junio de 2015 [cited 9 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.materna.es/el-parto/la-dilatacion/>
- 24) Linda J. Vorvick (MD, Clinical Associate Professor). *Cuello uterino* Website title: MedLinePlus [internet] 7 de febrero de 2019 [cited 9 de mayo de 2020] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002317.htm>
- 25) Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enf Global* [Internet]. 5 de enero de 2014 [citado 2 de mayo de 2020];13(1):400-6. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.16253>
- 26) Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica Sobre la Atención al Parto Normal.- Pag 130 Apartado 6.7 Episiotomía*; [pdf] 2010 [cited 21 de mayo de 2020]
- 27) Javier González de Zárate Apiñaniz, Bienvenido Fernández Rodrigo, Jose Ignacio Gómez Herreras. *History of relief labor pain in Spain*. Dialnet [Internet]. 5 de marzo de 2015 [cited 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530819>
- 28) Cristina Valiñas. *Las mujeres de ahora no saben lo que es parir...* Website title: Enfermería21 [internet] 6 de febrero de 2019 [cited 13 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/las-mujeres-de-ahora-no-saben-lo-que-es-parir/>
- 29) Dr. José M. Carrera. *Introducción de la epidural*. Website title: Pressreader. La Vanguardia. 31 de mayo de 2019 [cited 13 de mayo de 2020] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiv7N338LDpAhUOExQKHUEyBSYQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.pressreader.com%2Fspanain%2Fla-vanguardia%2F20190531%2F282342566325075&usg=AOvVaw09zF_Je7RNuyYpgcXNRVtJ

- 30) Henry Paúl Chasi. *Anestesia epidural vs anestesia raquídea: ¿Qué debes conocer?* Website title: elsevier.com [internet]. 22 de diciembre de 2017 [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer>
- 31) John D. Jacobson, MD, Professor of Obstetrics and Gynecology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda Center for Fertility, Loma Linda, CA.. *Bloqueo epidural - embarazo*. Website title; medlineplus.gov. Revisado:19 de abril de 2018 [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000484.htm>
- 32) Sara Albina Carretero, Zalao-Izar Martínez Cincunegui, Esther Albina Carretero y Teresa Juaniz Luri. *Anestesia epidural y anestesia raquídea*. Website title: zonahospitalaria.com [internet] septiembre/octubre de 2011 [cited 6 de abril de 2020] Disponible en: <https://zonahospitalaria.com/anestesia-epidural-y-anestesia-raquidea/>
- 33) Dr^a. Sheila Sedicias. *Qué es la Anestesia Epidural principales indicaciones y posibles riesgos*. Website title: tuasaude.com [internet] [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/anestesia-epidural/>
- 34) Illodo, G., Doniz, M., Vázquez, A., Filgueira, P., Vázquez, L., & Ceresuela, R.. *¿Cuál es la mejor técnica para colocación del catéter epidural?*. *Rev Chil Anest*, 40, 7-12. [artículo] 2011 [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv40n01.02.pdf>
- 35) John D. Jacobson, MD, Professor of Obstetrics and Gynecology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda Center for Fertility, Loma Linda, CA.. *Epidural - Serie - Procedimiento*. Website title: medlineplus.gov [internet] 19 de abril de 2018 [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100195_1.htm
- 36) Campuzano C.. *Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad*. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2007 Mar [citado 2020 Mayo 07] ; 14(2):

117-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000200005&lng=es.

- 37) Ana María Espinoza U. y Luis Brunet L. - *ANALGESIA PERIDURAL TORÁCICA PARA CIRUGÍA TORÁCICA y ABDOMINAL MAYOR*. *Rev Chil Anest Vol. 40 Núm. 3 pp. 272-282* Website title: <https://revistachilenadeanestesia.cl> [internet] 2011 [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/analgesia-peridural-toracica-para-cirurgia-toracica-y-abdominal-mayor/>
- 38) José Luis Aguilar Sánchez - *Anestesia Epidural Torácica* Website title: <https://anestesar.org/> [internet] 16 de marzo de 2011 [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://anestesar.org/2011/anestesia-epidural-toracica/>
- 39) Luz Adriana Galindo Gualdrón - *Test dose in regional anesthesia - Colombian Journal of Anesthesiology, Volume 42, Issue 1, Pages 47-52* Website title: <https://www.sciencedirect.com> [internet] Enero-Marzo 2014 [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012033471300110X>
- 40) Daniel C. Moore, Manbir S. Batra; The Components of an Effective Test Dose Prior to Epidural Block . *Anesthesiology* 1981;55(6):693-696
- 41) APA Ngan Kee, Warwick D., MBChB, MD, FANZCA; Khaw, Kim S., MBBS, FRCA; Lee, Bee B., MBBS, FANZCA; Wong, Eliza L. Y., RN; Liu, Justina Y. W., RN.. *The Limitations of Ropivacaine with Epinephrine as an Epidural Test Dose in Parturients, Anesthesia & Analgesia*: June 2001; Volume 92: Issue 6. pag 1529-1531. Website title: *Anesthesia & Analgesia* [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2001/06000/The_Limitations_of_Ropivacaine_with_Epinephrine_as.35.aspx
- 42) Nakamura, G. et al.. *Bupivacaína, Ropivacaína e Levobupivacaína em Analgesia e Anestesia de Parto. Repercussões Materno-Fetais*. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 50, n. 2, p. 105-111, 2000. [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/66073>

- 43) Bergamaschi Felipe, Balle Vanessa Rezende, Gomes Marcos Emanuel Wortmann, Machado Sheila Braga, Mendes Florentino Fernandes. *Levobupivacaína versus bupivacaína em anestesia peridural para cesarianas: estudo comparativo*. Rev. Bras. Anesthesiol. [Internet]. 2005 Dec [cited 2020 May 07]; 55(6): 606-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000600003&lng=en.
- 44) Atienzar MC, Palanca JM, Borrás R, Esteve I, Fernández M, Miranda A.. *Ropivacaine 0.1% with fentanyl 2 µg mL⁻¹ by epidural infusion for labour analgesia*. European Journal of Anaesthesiology. Cambridge University Press; 2004;21(10):770–5. [cited 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-journal-of-anaesthesiology/article/ropivacaine-01-with-fentanyl-2-g-ml1-by-epidural-infusion-for-labour-analgesia/D0EE5F3FE8CE3A3DA3D50CAA11717BFE>
- 45) Calvo, M., Gilsanz, F., Palacio, F., Fornet, I., & Arce, N.. *Estudio observacional de la analgesia epidural para trabajo de parto: Complicaciones de la técnica en 5.895 embarazadas*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 12(3), 158-168. [internet] 2005 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n3/nota2.pdf>
- 46) Riveros Perez E, Barnett K, Jimenez E, Yang N, Rocuts A. *Migración de catéter epidural intraparto: comparación de tres métodos de fijación*. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 29 de agosto de 2019 [citado 8 de mayo de 2020];76(3):170-3. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/22726>
- 47) Ramírez-Guerrero A, Mille-Loera JE, Aréchiga-Ornelas G.. *Complicaciones de la analgesia epidural*. Rev Mex Anest. 33(Suppl: 1):30-32. 2010; [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24590>
- 48) Dr. Eugenio Canessa, Dr. Rodrigo Añazco, Dr. Jorge Gigoux, Dr. Jorge Aguilera - *Anesthesia for labor* Revista Médica Clínica Las Condes.; Volume 25, Issue 6,

November 2014, Pages 979-986 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706479>

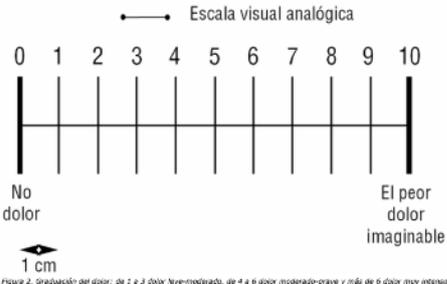
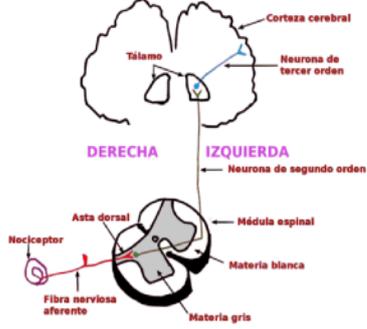
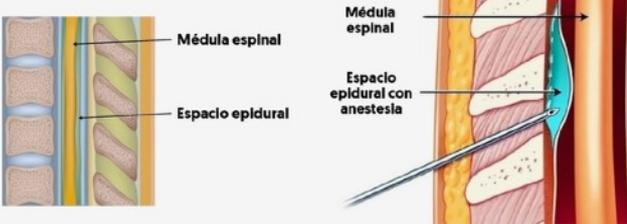
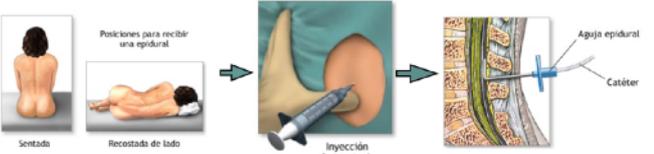
- 49) M.I.Segado Jiménez, J.Arias Delgado, F.Domínguez Hervella, M.L.Casas García, A.López Pérez, C.Izquierdo Gutiérrez.. *Epidural analgesia in obstetrics: Is there an effect on labor and delivery?* *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* Volume 58, Issue 1, 2011, Pages 11-16 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034935611706922>
- 50) Jafari, E., Mohebbi, P., & Mazloomzadeh, S. (2017). Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(3), 219–224. [cited 28 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494952/>
- 51) RosaMas-PonsabCarmenBarona-VilarabSoledadCarreguí-VilarcNoeliaIbáñez-Gild LourdesMargaix-FontestadceVicentaEscribà-Agüirbf.. *Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* *Gaceta Sanitaria*; Volume 26, Issue 3, May–June 2012, Pages 236-242; [internet] [cited 28 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003256>
- 52) Jan E. DICKSON, Michael J. PAECH, Susan J. McDONALD and Sharon F. EVAN.. *Maternal Satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 20 de Noviembre 2003; 43: 463-468. [internet] [cited 28 de mayo de 2020] Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1046%2Fj.0004-8666.2003.00152.x>
- 53) Conesa Ferrer, María Belén. *Comparativa de dos modelos diferentes de asistencia al parto y su influencia en la satisfacción de la mujer con la experiencia del parto*. 618 - Ginecología. Obstetricia Website title: Digitum [internet] 29 de octubre de 2014 [cited 28 de mayo de 2020] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/41147>

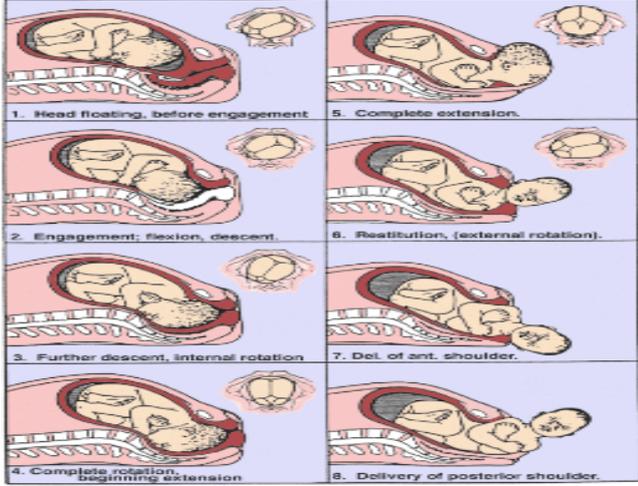
- 54) Soriano-Vidal, F. J., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., Congost-Maestre, N., Dencker, A., & Richart-Martínez, M. (2016). *The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment.. BMC pregnancy and childbirth, 16(1), 372.* <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>
- 55) Servicio Canario de Salud. El Hospital. Descripción [internet] Gob. De Canarias [cited 22 de mayo de 2020] <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
- 56) Pita Fernández, S. Fisterra.. *Determinación del tamaño muestral.* [internet] [cited 22 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>
- 57) Jefatura del Estado. BOE num. 294, de 6 de diciembre de 2018. *Ley Orgánica 5/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*; Ref: BOE-A-2018-16673. [internet] 5 de diciembre de 2018 [cited 24 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- 58) Jefatura del Estado. «BOE» núm. 274.. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de formación y documentación clínica.* Ref: BOE-A-2002-22188. 15 de noviembre de 2002. [cited 24 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- 59) Jefatura del Estado. «BOE» núm. 102. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.* Ref: BOE-A-1986-10499. 29 de abril de 1986. [cited 24 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- 60) Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews, 2012(3), CD009234.* [cited 25 de mayo de 2020] DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>

- 61) L. Biedma V., J.M. García de Diego, R. Serrano del Rosal. Revista de la Sociedad Española del Dolor. *Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”*; *Rev Soc Esp Dolor*; 2010; 17(1): 3-15 [internet] Website title: Elsevier [cited 25 de mayo de 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289-articulo-analisis-no-eleccion-analgesia-epidural-S1134804610700021>

ANEXOS

Anexo 1: Imágenes

	Imágenes	Fuentes
<p>Figura 1: Escala Visual Numérica</p>	 <p>Figura 2. Gradación del dolor: de 1 a 3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.</p>	<p>Pardo C., Muñoz T., Chamorro C... Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [Internet]. 2006 Nov [citado 2020 Mayo 07]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es.</p>
<p>Figura 2: Escala Visual Analógica (EVA)</p>		<p>Tratamiento del dolor y Cuidados Paliativos - tratamientosdeldolor.org. ¿Cómo medir el dolor?. [internet] Disponible en: https://tratamientosdeldolor.org/como-medir-el-dolor/</p>
<p>Figura 3: Nociceptores: receptores del dolor</p>	 <p>Vía nociceptiva. Transmisión del dolor desde el receptor nociceptivo hasta la corteza cerebral. Fuente: Battista Giubelli [CC BY-SA 4.0] (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) via Wikimedia Commons)</p>	<p>Cinta Martos Silván. Nociceptores: Los receptores del dolor. Website title: Lifeder. [internet] [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: https://www.lifeder.com/nociceptores/</p>
<p>Figura 4: Anatomía medular: espacio epidural</p>		<p>Drª. Sheila Sedicias - <i>Qué es la Anestesia Epidural principales indicaciones y posibles riesgos</i>. Website title: tuasaude.com [internet] [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: http://www.tuasaude.com/es/anestesia-epidural/</p>
<p>Figura 5: Pasos para la colocación del catéter epidural</p>		<p>John D. Jacobson, MD, Professor of Obstetrics and Gynecology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda Center for Fertility, Loma Linda, CA. - <i>Epidural - Serie - Procedimiento</i>. Website title: medlineplus.gov [internet] 19 de abril de 2018 [cited 6 de mayo de 2020] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100195_1.htm</p>

	Imágenes	Fuentes
<p>Figura 6: Movimientos cardinales en el expulsivo</p>	 <p>1. Head floating, before engagement</p> <p>2. Engagement; flexion, descent.</p> <p>3. Further descent, internal rotation</p> <p>4. Complete rotation, beginning extension</p> <p>5. Complete extension.</p> <p>6. Restitution, (external rotation).</p> <p>7. Del. of ant. shoulder.</p> <p>8. Delivery of posterior shoulder.</p>	<p>Irene Fernández Centellas (Pilates Boadilla) - EL TRABAJO DE PARTO Y LOS MOVIMIENTOS CARDINALES. UN GRAN PROTAGONISTA: EL BEBÉ. [internet] Website title: PilatesBoadilla. 8 de abril de 2016 [cited 8 de mayo de 2020] Disponible en: http://pilatesboadilla.com/el-trabajo-de-parto-y-los-movimientos-cardinales-un-gran-protagonista-el-bebe/</p>

Anexo 2: Cuaderno de Registro de Datos

1.- Edad

Nº de cuestionario: _____

2.- Nacionalidad

Española

Otra: _____

3.- Estado Civil

Casada

Soltera

Viuda

Divorciada

4.- Situación Laboral

Empleada

Desempleada

5.- Nivel de estudios

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Superiores

En relación al embarazo:

6.- Control del embarazo

Si

No

7.- Edad gestacional en el momento del parto. (en semanas)

_____ semanas.

8.- Asistencia a Educación Maternal

Si

No

En relación al parto:

9.- Inicio del parto

Espontáneo

Inducido

10.- Duración de la dilatación (cuánto tiempo hasta dilatar completamente) (en horas)

_____ horas.

11.- Duración del expulsivo (una vez alcanzada la dilatación hasta que salió el bebé) (en minutos)

_____ minutos.

12.- Duración total del parto (en horas)

_____ horas.

13.- Hora exacta en la que se produce el parto (Horario 24h)

_____ .

14.- Hora a la que se coloca la analgesia epidural en relación al total de horas del parto.

_____ horas.

15.- El equipo sanitario le informó de forma adecuada y suficiente sobre el procedimiento para la colocación de la epidural.

Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

16.- Dilatación en el momento de la epidural (en centímetros)

_____ cm.

17.- Uso de alguna otra medida para el alivio del dolor.

Farmacológica No farmacológica Ambas Ninguna

En cuanto a la analgesia epidural

18.- El tiempo de espera desde que se solicita y era posible ponerla hasta que finalmente se lleva a cabo la colocación de la epidural. (Se medirá en minutos)

_____ minutos.

19.- La analgesia epidural fue efectiva para afrontar el parto.

Totalmente de acuerdo Bastante de acuerdo Bastante en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Anexo 3: Cuestionario CEQ-E

Cuestionario sobre tu experiencia durante el parto

El propósito de este cuestionario es el de evaluar tus experiencias durante el parto, de esta manera obteniendo los datos suficientes que serán comparados con los de otras madres con el objetivo de analizar la atención ofrecida. Es importante tu participación y que sean respondidas todas las cuestiones para así tener una serie de datos completos que nos permitan mejorar.

En este cuestionario hay dos formas de respuesta; marcando con una x la casilla que consideres oportuna o marcando con una x sobre una línea horizontal.

Ejemplo 1. Lee la frase y marca con una cruz la casilla que mejor describa tu respuesta.

Como fruta cada día.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ejemplo 2. Lee la frase y marca con una cruz el tramo de línea que mejor describa tu respuesta.

¿Te gustan las manzanas?

●—————X—————●

Nada

Son lo mejor

en absoluto.

que hay.

The Childbirth Questionnaire - CEQ (Spanish Version)

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?

•—————•

No me sentí nada
del todo

Me sentí segura segura

Anexo 4: Consentimiento informado

David Santana Herrera, estudiante de 4º Grado de Enfermería, propone la realización de un estudio para evaluar la satisfacción de las parturientas con respecto al uso de la analgesia epidural durante el parto y a los servicios prestado por los profesionales sanitarios en el Servicio de Paritorio, el cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del CHUC, y cuya elaboración ha sido tutorizada por la Dra. D^a. M^a Del Carmen Hernández Pérez. Mediante este documento se le solicita su participación en dicho estudio colaborando con sus respuestas a dos cuestionarios.

La firma de este documento supone dar su consentimiento a participar en dicho estudio, pudiendo revocarlo en caso de cambiar de opinión. La información recogida, mediante la realización de los cuestionarios y a través de su historia clínica, quedará protegida en defensa de su privacidad y estará únicamente destinada para la elaboración de este estudio, teniendo acceso a los datos codificados el investigador y su equipo colaborador, el Comité Ético de Investigación y las Autoridades Sanitarias.

Participante:	
Fecha:	
Firma de la participante:	

Autor:

David Santana Herrera

Firma del investigador:

