

Analgesia epidural: actitud y calidad percibida por las puérperas en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Epidural analgesia: attitude and quality perceived by puerperal women at the Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Héctor González-de la Torre^{1,2}, Sergio Mies-Padilla¹, Jennifer del Pino Monzón-Déniz¹, Julia Jeppesen-Gutiérrez³

¹Matrón. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Servicio de Parto y Urgencias Obstétrico-Ginecológicas. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. ²Universidad de La Laguna-Sede La Palma. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería y Fisioterapia. Tenerife. Islas Canarias. ³Matrona. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias

RESUMEN

Objetivo: Identificar las actitudes y la calidad subjetiva percibida por las mujeres después del uso de analgesia epidural en el parto.

Metodología: Estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico realizado en el Hospital Universitario Materno Infantil de Gran Canaria, donde la población de estudio fueron las puérperas que recibieron analgesia epidural durante el parto entre agosto y octubre de 2019. Se utilizaron un muestreo consecutivo no probabilístico y un cuestionario autoadministrado. Se realizaron un análisis descriptivo de las variables y un análisis inferencial para explorar la asociación entre diferentes variables.

Resultados: La muestra final estuvo constituida por 354 mujeres. Las mujeres consideraron que la información recibida por las matronas era la más importante (57,6%), y el 20,3% percibió un retraso en la administración de analgesia epidural después de su solicitud. Se obtuvo una puntuación media respecto a la satisfacción global materna de 24,45 (desviación estándar= 4,97; máxima 28; mínima 0). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción global y el nivel educativo ($p= 0,019^*$), y entre la lectura y el entendimiento previo del consentimiento informado y la satisfacción global materna ($p < 0,001^*$). La percepción de demora en la administración influye de forma negativa en la satisfacción ($p= 0,003^*$).

Conclusiones: Un número elevado de mujeres que inicialmente no se planteaban la analgesia epidural en el parto acabó optando por ella, con un nivel alto de satisfacción y calidad percibida después de su uso.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Analgesia epidural, satisfacción de la paciente, dolor de parto, actitud, analgesia obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To identify labouring women's attitudes and subjective quality after the use of epidural analgesia.

Methodology: Observational, descriptive analytical cross-sectional study at the Mother and Children's University Hospital of Gran Canaria, with a study population of postnatal women who received epidural analgesia during delivery between August and October 2019. A non-probabilistic consecutive sample and a self-administered questionnaire were used. A descriptive analysis of the collected variables and an inferential analysis was performed to explore the association between different variables.

Results: From a sample of 354 women. Women considered the information received by midwives more important (57.6%) and 20.3% perceived a delay in the administration of epidural analgesia after their request. An average score of 24,45 regarding maternal global satisfaction was obtained (SD= 4.97; maximum 28; minimum 0). A statistically significant relationship was found between global satisfaction and educational level ($p= 0.019^*$) and between reading and prior understanding of informed consent and overall maternal satisfaction ($p < 0.001^*$). Delay perception in the administration of the epidural negatively influenced satisfaction ($p= 0.003^*$).

Conclusions: A high number of women who initially did not consider epidural analgesia in childbirth end up opting for it, the level of satisfaction and quality perceived after its use being high.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Epidural analgesia, patient satisfaction, labor pain, attitude, analgesia obstetrical.

Introducción

La elección de un método para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es una decisión personal. Para la mayoría de las mujeres, el parto será la experiencia más dolorosa a la que tendrán que enfrentarse en sus vidas, por lo que no es sorprendente que se hayan desarrollado métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor durante el parto. La

elección del método más adecuado para la mujer tiene en cuenta lo que ella considera como un nivel de dolor aceptable con un nivel de riesgo asumible. Esta decisión personal hace imprescindible que la mujer pueda comprender de forma adecuada los riesgos y efectos secundarios asociados al uso del método elegido. Entre las opciones farmacológicas para el proceso del parto nos encontramos con los agentes de inhalación,

Fecha de recepción: 19/06/2020. **Fecha de aceptación:** 27/07/2020.

Correspondencia: Héctor González-de la Torre. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Servicio de Parto y Urgencias Obstétrico-Ginecológicas. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. Islas Canarias. **Correo electrónico:** hegontor@gmail.com

los opioides sistémicos, los bloqueos nerviosos mediante anestésicos locales y la analgesia regional, que incluye la analgesia epidural¹.

La analgesia epidural implica el uso combinado de un anestésico local y un opioide en el espacio epidural para aliviar el dolor durante el proceso del parto². Los beneficios de la analgesia epidural en lo relativo a su capacidad de bloqueo del dolor son indiscutibles, pero también son conocidos los efectos secundarios asociados al uso de la misma, entre ellos el aumento de la tasa de parto instrumental y cesárea, así como el incremento de la duración de la segunda etapa del parto, la hipotensión materna, el bloqueo motor, la fiebre materna y la retención urinaria¹⁻⁴.

La mujer ha de sentirse libre para elegir el método para el alivio del dolor durante el proceso del parto; debe tener la información y sentirse empoderada en la toma de decisiones, lo que conlleva un trabajo durante la gestación para que conozca tanto los beneficios de la misma como los posibles efectos secundarios asociados a su uso. La satisfacción de la mujer con la analgesia de su elección durante el parto es fundamental, y además es una medida de la calidad en la prestación de servicios dentro de las instituciones sanitarias⁵. El nivel de dolor percibido por la mujer y la efectividad de su alivio pueden influir en la satisfacción con el parto, con efectos emocionales y psicológicos inmediatos y a largo plazo para algunas mujeres^{2,6,7}, que se sienten más satisfechas cuando se cumplen sus expectativas de dolor y de elección de su manejo⁸.

Además, el alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y, por tanto, debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados que prestan los profesionales sanitarios a la mujer durante el proceso de parto⁹.

Estudiar la satisfacción con la analgesia epidural puede ayudarnos a identificar los elementos asociados con una mayor satisfacción y los aspectos que influyen negativamente, para así mejorar la atención que reciben las mujeres durante el proceso del parto.

El Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC), ubicado en la isla de Gran Canaria, es el hospital obstétrico-ginecológico de referencia de la isla, con un total de 3.996 partos practicados en el año 2019. De éstos, el 78,8% fueron partos eutócicos, el 9,6% partos instrumentales (fórceps) y el 10,9% cesáreas.

Considerando la alta tasa de uso de analgesia epidural en este centro (59,3%), se presenta este estudio con el objetivo de identificar la actitud previa y la calidad subjetiva percibida tras el uso de analgesia epidural en las mujeres cuyo parto tuvo lugar en el HUMIC.

Metodología

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, con componente analítico y de corte transversal. La población a estudio estuvo constituida por las púerperas de las plantas de maternidad del HUMIC que recibieron analgesia epidural en su parto. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Púerperas con parto actual de feto único ≥ 34 semanas de edad gestacional, en el que se empleó analgesia epidural.

Criterios de exclusión

- Edad inferior a 18 años.
- Gestantes con muerte fetal perinatal en el parto actual.
- Gestantes con cesáreas electivas.
- Barrera idiomática y/o incapacidad para la lectura/comprensión del cuestionario.

Como criterio de retirada se consideró la cumplimentación del cuestionario de forma incorrecta (respuesta múltiple, preguntas sin contestar). Para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Durante los meses de junio a agosto de 2018, la media de partos en el HUMIC fue de 307,2 al mes, y la tasa de uso de analgesia epidural en ese periodo del 60% aproximadamente. Un cálculo muestral previo estimó que una muestra aleatoria de 284 sujetos era suficiente para estimar, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión de ± 5 unidades, un porcentaje poblacional que previsiblemente sería de alrededor del 60%. El porcentaje de reposiciones previsto fue del 10%.

La realización de este estudio fue aprobada por el comité ético de la provincia de Las Palmas (Código CEI-CEIm, HUGC Doctor Negrín: 2019-284-1). Previamente a la recogida de datos, se informó y solicitó a todas las participantes su inclusión en el estudio. Asimismo, se resolvieron las posibles dudas, garantizándose el anonimato a las participantes y recalando el carácter voluntario de su participación. Un consentimiento informado por escrito fue firmado y entregado por todas las participantes. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó una matriz cegada.

El periodo de recogida de datos comprendió desde el 1 de agosto al 31 de octubre de 2019. El proceso de reclutamiento se realizó en las plantas de puerperio del HUMIC, a través del personal de enfermería y las matronas. Los cuestionarios y consentimientos informados cumplimentados fueron depositados en una urna sellada y custodiada en el control de enfermería de cada planta (plantas sexta y séptima del HUMIC), cuyo contenido estuvo limitado a los investigadores principales.

Los instrumentos de recogida de datos fueron un cuestionario autoadministrado y una hoja de recogida de variables sociodemográficas (edad, nivel educacional, estado civil) y obstétricas (paridad, inicio del proceso del parto, uso de oxitocina, tipo de analgesia epidural, tipo de parto, existencia de trauma perineal, duración del parto, tipo de desgarro, episiotomía), la cual fue cumplimentada por los investigadores principales mediante la consulta de la historia clínica electrónica. La cumplimentación del cuestionario autoadministrado conllevó unos 15 minutos, en el que se incluían apartados orientados a evaluar la actitud de la mujer hacia la analgesia epidural y otros orientados a la calidad percibida del proceso.

Para evaluar la actitud ante la analgesia epidural, se tuvo como base el modelo de la encuesta aprobada por la New York University School of Medicine Institutional Review Board¹⁰, previa traducción y adaptación a nuestro entorno. Las preguntas valoraban los siguientes aspectos: pensamientos acerca de la analgesia epidural, la asistencia y percepción sobre las clases de educación maternal, fuentes de información y los factores que pueden influir a la hora de solicitar la analgesia epidural, medido con una escala de Likert que va desde el 1 (muy en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo). Se incluyeron 2 preguntas sobre el consentimiento informado.

Para confeccionar las preguntas destinadas a valorar la calidad subjetiva, se partió del modelo de encuesta de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por la paciente, SERVQHOS¹¹, con un formato de respuesta de una escala de Likert que va desde el 1 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho). Además, se incluyó una pregunta sobre la demora en la adquisición de la analgesia epidural.

Para la adaptación del cuestionario se contó con la colaboración de 3 anestesiólogos, 3 tocólogos y 3 matronas, y se llevó a cabo una prueba piloto previamente al inicio del estudio en la que participaron voluntariamente 11 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Tras tener en cuenta sus recomendaciones y efectuar las modificaciones pertinentes, se desarrolló el cuestionario final.

Para el análisis descriptivo y la creación de la base de datos se usó el programa estadístico IBM SPSS© en su versión 22.0. El análisis inferencial lo realizó un colaborador externo experto en análisis estadístico en el ámbito de ciencias de la salud con el programa estadístico R Core Team 2019© en su versión 3.6.2.

El análisis descriptivo de las variables se expresó en frecuencias y porcentajes en el caso de las variables cualitativas, y mediante media, desviación estándar (DE) y rangos mínimos-máximos para las variables cuantitativas. Se llevó a cabo un análisis inferencial para estudiar la asociación entre diferentes variables. Se realizó el test de tendencia lineal de la χ^2 para comprobar la

relación entre una variable dicotómica y una ordinal, y el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, estableciéndose que existía una asociación significativa entre las mismas si el valor de p obtenido era inferior al nivel de significación considerado para este estudio ($\alpha= 0,05$). Previamente a cada análisis se realizó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la simetría de los datos de la muestra.

De forma adicional, se realizó un análisis de fiabilidad del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach. También se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett para explorar la posibilidad de realizar un análisis factorial exploratorio en una fase posterior de la investigación.

Resultados

La muestra final estuvo compuesta por un total de 354 puérperas. El flujograma del estudio se puede consultar en la figura 1. El porcentaje de participación fue del 68,57% (371 puérperas), si bien se tuvo que retirar a 17 participantes debido a errores de cumplimentación del cuestionario. La media de edad de las participantes fue de 31,18 años (DE= 6,09; mínima 18; máxima 47). La media de edad gestacional fue de 39,80 semanas (DE= 1,46; mínima 35,20; máxima 42,20). En la tabla 1 se pueden consultar las frecuencias y los porcenta-

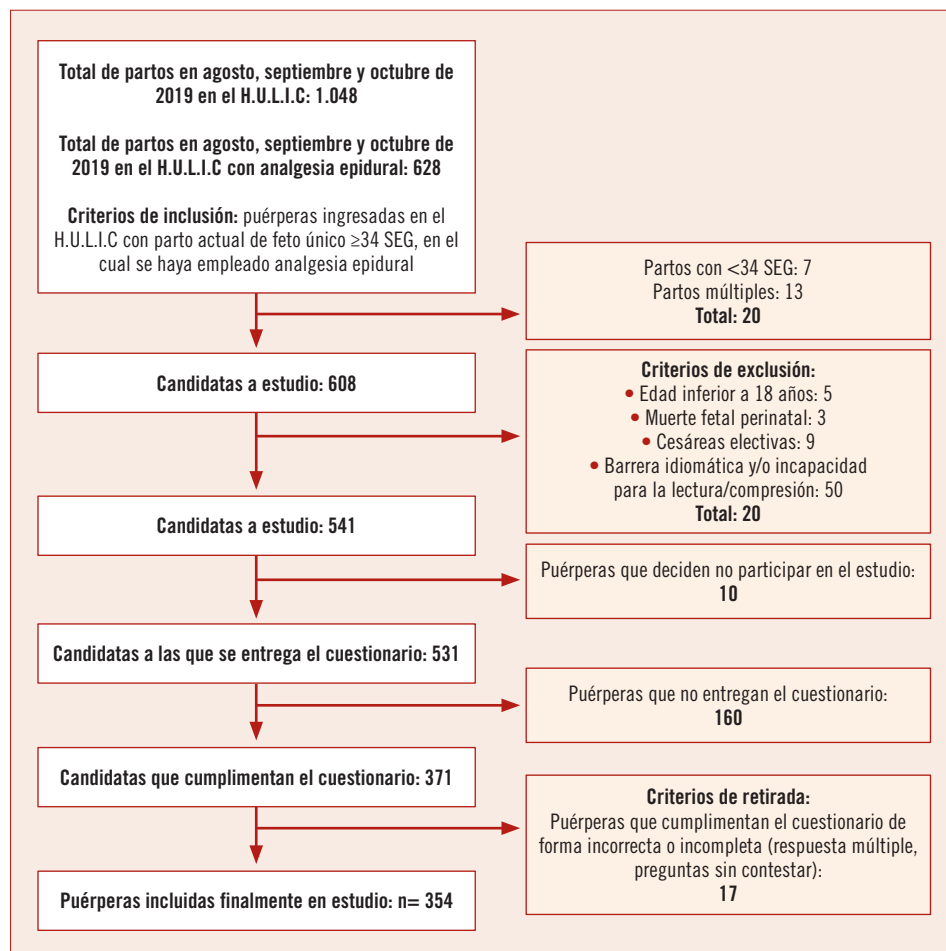


Figura 1. Flujograma del estudio. SEG: semanas de gestación

Tabla 1. Variables sociodemográficas y obstétricas consideradas

Variables	n= 354 (100%)	Variables	n= 354 (100%)
Estado civil	n (%)	Tipo de parto	n (%)
Casadas o con pareja	276 (78)	Eutócico-cefálico	259 (73,2)
Solteras, separadas, divorciadas o viudas	78 (22)	Eutócico-podálico	4 (1,1)
Nivel educacional^a	n (%)	Fórceps	57 (16,1)
Sin estudios	3 (0,8)	Distócico-podálico	3 (0,8)
Estudios primarios	75 (21,2)	Cesárea	31 (8,8)
Estudios secundarios	161 (45,5)	Trauma perineal^d	n (%)
Estudios universitarios	115 (32,5)	Sí	283 (79,9)
Paridad	n (%)	No	71 (20,1)
Primíparas	224 (63,3)	Episiotomía	n (%)
Múltiparas	130 (36,7)	Sí	104 (29,4)
Inicio del proceso del parto^b	n (%)	No	250 (70,6)
Espontáneo	151 (42,7)	Tipo de desgarro	n (%)
Mediante estimulación-inducción	203 (57,3)	Grado I	94 (26,6)
Uso de oxitocina	n (%)	Grado II	101 (28,5)
Sí	286 (80,8)	Grado III	7(2)
No	68 (19,2)	Grado IV	0 (0)
Tipo de analgesia epidural^c	n (%)	Sin desgarro	152 (42,9)
Analgesia epidural únicamente durante la dilatación	23 (6,5)	Duración del parto	n (%)
Analgesia epidural únicamente durante el expulsivo	1 (0,3)	≤12 h	266 (75,1)
Analgesia epidural durante la dilatación y el expulsivo	318 (83,8)	>12 h	88 (24,9)
Analgesia epidural y analgesia intradural	6 (1,7)	Total	354 (100)
Analgesia epidural y analgesia general	6 (1,7)		

^aSin estudios: mujeres que no han finalizado el periodo de escolarización básico; estudios primarios: mujeres que han recibido escolarización básica (EGB o ESO) al menos hasta los 13 años; estudios secundarios: mujeres que han cursado o están cursando estudios posteriores equivalentes a bachiller superior (BUP, bachiller LOGSE, COU o PREU) o formación profesional (en cualquiera de sus grados); estudios universitarios: mujeres que han cursado o están cursando estudios universitarios (diplomatura, licenciatura, estudios de grado/máster/doctorado).

^bEspontáneo: las mujeres alcanzaron una dilatación del cérvix ≥3 cm acompañada de modificaciones cervicales y dinámica uterina rítmica y regular (3-4 contracciones en 10 min) sin ayuda externa; estimulación-inducción: cuando las gestantes no estaban clínicamente de parto y se requirió ayuda externa, generalmente mediante amniotomía y perfusión de oxitocina, con o sin maduración cervical previa, con el propósito de desencadenar el parto.

^cAnalgesia epidural únicamente durante la dilatación: uso de analgesia en el periodo que englobó el intervalo de tiempo que transcurrió desde el inicio de las contracciones hasta que se produjo una modificación total del cuello uterino, cesándose la perfusión para el expulsivo; analgesia epidural únicamente durante el expulsivo: uso de analgesia en el periodo que abarcó desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto al exterior; analgesia epidural durante la dilatación y el expulsivo: uso de analgesia en el periodo que englobó desde el inicio de las contracciones y la modificación cervical total hasta la expulsión del feto al exterior; analgesia epidural y analgesia intradural: se usó inicialmente analgesia epidural en el proceso de parto, pero se requirió el empleo de analgesia intradural para la finalización del parto mediante fórceps o cesárea; analgesia epidural y anestesia general: se usó inicialmente analgesia epidural en el proceso de parto, pero requirió el empleo de analgesia general para la finalización del parto mediante fórceps o cesárea.

^dSe definió como trauma perineal la existencia de cualquier tipo de rotura tisular perineal durante el parto, ya fuera por la producción espontánea de un desgarro o por la realización de una episiotomía.

jes para cada una de las variables sociodemográficas y obstétricas consideradas.

En cuanto al uso previo de analgesia epidural, resultó que 131 mujeres (37%) la habían empleado con anterioridad. Sólo 80 participantes (22,6%) habían asistido a todas las clases de preparación a la maternidad, mientras que 186 (52,5%) a ninguna clase. De las asistentes, 147 (41,5%)

consideraron que se les había proporcionado información sobre la analgesia epidural en dichas clases. Además, las participantes describieron la inclinación del profesional acerca de esta información (figura 2).

Respecto a los pensamientos antes de presentar contracciones dolorosas, la mayoría de las participantes planeaba esperar durante el mayor tiempo posible (n= 123 [34,7%]), frente

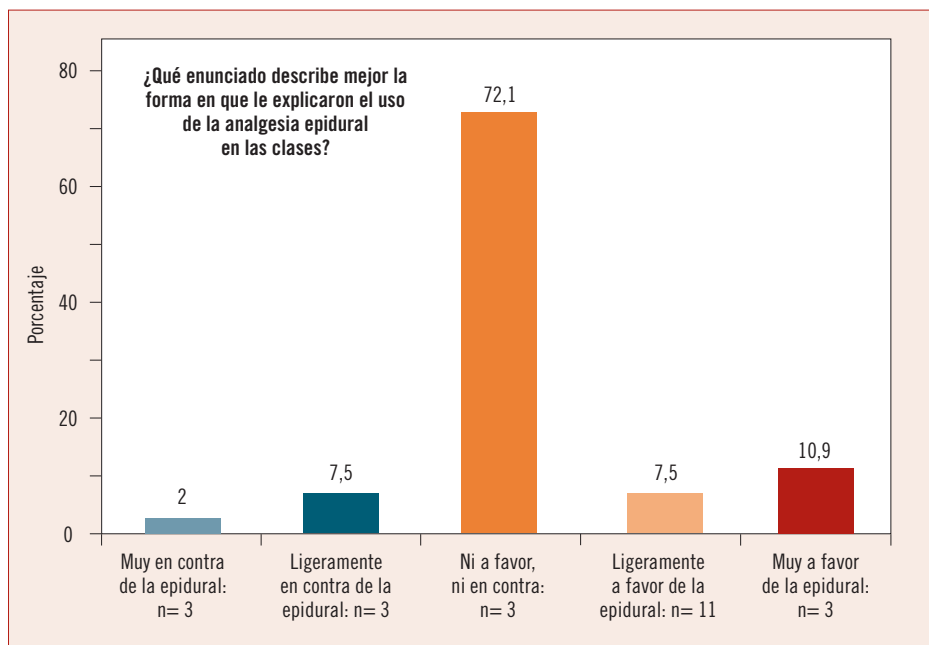


Figura 2. Percepción sobre la inclinación del profesional en las clases de preparación a la maternidad respecto a la analgesia epidural

Tabla 2. Grado de importancia de las fuentes de información

Fuente de información	Muy importante n (%)	Importante n (%)	Regular n (%)	Poco importante n (%)	No importante n (%)
Obstetras-ginecólogos	128 (36,2)	68 (19,2)	78 (22)	27 (7,6)	53 (15)
Anestesiastas	146 (41,2)	61 (17,2)	69 (19,5)	25 (7,1)	53 (15)
Matronas	204 (57,6)	89 (25,1)	43 (12,1)	8 (2,3)	10 (2,8)
Familiares y amigos	87 (24,6)	89 (25,1)	110 (31,1)	37 (10,5)	31 (8,8)
Libros, vídeos y televisión	27 (7,6)	54 (15,3)	125 (35,3)	56 (15,8)	92 (26)
Internet	33 (9,3)	44 (12,4)	128 (36,2)	63 (18,7)	86 (24,3)
Otros profesionales	49 (13,8)	83 (23,4)	106 (29,9)	39 (11)	77 (21,8)

a 40 (11,3%) que no habían planeado solicitar la analgesia epidural inicialmente. Respecto a los pensamientos después de presentar contracciones dolorosas, 189 participantes (53,4%) estaban seguras de que volverían a solicitar la epidural tan pronto como llegasen al hospital, y sólo 1 (0,3%) no volvería a solicitarla.

Respecto al lugar donde las mujeres recibieron el consentimiento informado, 300 (84,7%) lo recibieron dentro del paritorio, frente a 54 (15,3%) que lo recibieron antes de entrar (en las clases de preparación a la maternidad o en las consultas obstétricas). Un total de 263 mujeres (74,3%) consideró que había leído y entendido el consentimiento informado.

El grado de importancia otorgado por las mujeres para las fuentes de información respecto a su decisión de solicitar la analgesia epidural, se describe en la tabla 2. Los factores que influyeron en la decisión de las participantes a la hora de solicitar la analgesia epidural se exponen en la tabla 3. Respecto a qué enunciado describía mejor los pensamientos acerca de la efectividad de la analgesia epidural tras su administración, 150 mujeres (42,4%) no tuvieron dolor en ningún momento, frente a 10 (2,8%) que no notaron alivio del dolor en ningún

momento. El 20,3% (n= 72) percibió una demora en la administración de la analgesia epidural.

Se obtuvo información sobre la calidad percibida de las puérperas en el procedimiento de la analgesia epidural (tabla 4). Para el análisis de la satisfacción materna se estableció la reunificación de las puntuaciones obtenidas de las preguntas 18 a 24 del cuestionario, cuyas respuestas se expresan mediante una escala de Likert, para obtener así una medida de la satisfacción global. De esta manera la satisfacción global materna podía oscilar entre puntuaciones máximas de 28 puntos (máxima satisfacción) y mínimas de 0 puntos (mínima satisfacción). Previamente al análisis se realizó el test de Kolmogorov-Smirnov, con un resultado <0,001, para asegurar la normalidad de la simetría de la muestra.

Se obtuvo una puntuación media respecto a la satisfacción global materna de 24,45 (DE= 4,97; máxima 28; mínima 0).

Se exploraron posibles asociaciones de las variables respecto a la actitud de la gestante y la calidad subjetiva hacia la analgesia epidural. Se observó que las mujeres que han usado anteriormente analgesia epidural se muestran menos dubitativas en un uso posterior. Se empleó el test de tendencia lineal, con un valor de la χ^2 de 46,86 ($p < 0,001^*$).

Tabla 3. Factores que influyeron en la decisión de solicitar la analgesia epidural

n= 354	Muy en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Ni en desacuerdo ni de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Muy de acuerdo n (%)
Miedo al procedimiento	61 (17,2)	59 (16,7)	73 (20,6)	99 (28)	62 (17,5)
Exposición del bebé a riesgos	70 (19,8)	70 (19,8)	104 (29,4)	63 (17,8)	47 (13,3)
Capacidad de aguantar	65 (18,4)	49 (13,8)	55 (15,5)	115 (32,5)	70 (19,8)
No interferir en el proceso natural	65 (18,4)	68 (19,2)	91 (25,7)	67 (18,9)	63 (17,8)
No emplearla muy pronto	60 (16,9)	45 (12,7)	76 (21,5)	110 (31,1)	63 (17,8)
Parto más lento	58 (16,4)	45 (12,7)	71 (20,1)	108 (30,5)	72 (20,3)
Efectos secundarios	48 (13,6)	50 (14,1)	66 (18,6)	102 (28,8)	88 (24,9)
Aumentar la posibilidad de parto instrumental (fórceps)	48 (13,6)	58 (16,4)	95 (26,8)	84 (23,7)	69 (19,5)
Aumentar la posibilidad de cesárea	60 (16,9)	64 (18,1)	104 (29,4)	59 (16,7)	67 (18,9)
Recuperación posparto más lenta	68 (19,2)	65 (18,4)	113 (31,9)	61 (17,2)	47 (13,3)
Interferencia con la lactancia materna	91 (25,7)	87 (24,6)	112 (31,6)	39 (11,0)	25 (7,1)
Dolor de espalda duradero	62 (17,5)	56 (15,8)	98 (27,7)	85 (24)	53 (15)
Pérdida de movilidad en las piernas	54 (15,3)	59 (16,7)	87 (24,6)	89 (25,1)	65 (18,4)

Tabla 4. Calidad percibida en el proceso de la analgesia epidural

n= 354	Muy insatisfecha n (%)	Insatisfecha n (%)	Neutra n (%)	Satisfecha n (%)	Muy satisfecha n (%)
Amabilidad del personal	10 (2,8)	3 (0,8)	12 (3,4)	44 (12,4)	285 (89,5)
Interés por la resolución de problemas	6 (1,7)	6 (1,7)	24 (6,8)	73 (20,6)	245 (69,2)
Interés por las demandas tras solicitar la analgesia	7 (2)	6 (1,7)	22 (6,2)	76 (21,5)	243 (68,6)
Información facilitada por la matrona	8 (2,3)	6 (1,7)	34 (9,6)	90 (25,4)	216 (61)
Información facilitada por el personal de anestesia	17 (4,8)	9 (2,5)	42 (11,9)	95 (26,8)	191 (54)
Satisfacción global percibida	12 (3,4)	4 (1,1)	29 (8,2)	87 (24,6)	222 (62,7)

Se analizó la relación entre los pensamientos antes del uso de la analgesia epidural con su nivel educativo. Para ello, la variable «nivel educativo» se recodificó a variable dicotómica (sin estudios-estudios primarios frente a estudios secundarios-estudios universitarios), con resultados no estadísticamente significativos ($\chi^2=0,083$; $p=0,773$). Sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la satisfacción global, siendo ésta mayor en el grupo de sin estudios-estudios primarios ($p=0,019^*$; test de la U de Mann-Whitney).

Se encontró que la lectura y el entendimiento previo del consentimiento informado se asocian con una mayor satisfacción global materna ($p<0,001^*$; test de la U de Mann-Whitney).

Se observó que tanto la asistencia a las clases de preparación a la maternidad ($p=0,14$; test de la U de Mann-Whitney) como el hecho de que la analgesia epidural fuera tratado en ellas ($p=0,217$; test de la U de Mann-Whitney) parecen no relacionarse con el grado de satisfacción materna global.

Se analizó si la percepción de la demora en la administración de la analgesia epidural se relacionaba con la puntuación de la satisfacción materna global, encontrándose que la percepción de demora influye de forma negativa en la satisfac-

ción ($p=0,003^*$; test de la U de Mann-Whitney). Hay que mencionar que, a pesar de no obtener un valor estadísticamente significativo ($\chi^2=2,726$; $p=0,099$), las mujeres que mostraron una actitud proactiva hacia el uso de la analgesia epidural percibieron mayor demora en su administración.

El análisis de fiabilidad del cuestionario se realizó para varios supuestos mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach, y arrojó los siguientes resultados:

- Análisis de todas las preguntas del cuestionario, excluidos la edad, el estado civil y el nivel educativo: $\alpha=0,779$.
- Análisis del constructo «actitud previa ante la epidural» (lo conforman las preguntas 4, 7, 11-13, 16 y 17 del cuestionario): $\alpha=0,800$.
- Análisis del constructo «satisfacción y calidad percibida ante la epidural» (lo conforman las preguntas 8-10 y 18-24 del cuestionario): $\alpha=0,805$.

Discusión

Es importante para las organizaciones sanitarias la medición de la satisfacción percibida de la asistencia sanitaria recibida por las usuarias, ya que esta información es útil para identi-

car áreas de mejora, así como la medida de evaluación de la calidad de los servicios prestados¹². A pesar de que los aspectos técnicos y los posibles riesgos de la analgesia epidural sí están bien estudiados, no hay tanta información sobre el conocimiento que poseen las mujeres con respecto a ésta, la actitud previa a su solicitud o el momento más adecuado para solicitar el consentimiento.

Esta investigación está sujeta a ciertas limitaciones. La primera deriva del tipo de muestreo utilizado, ya que el muestreo no probabilístico de tipo consecutivo puede afectar a la precisión de los resultados y a la representatividad de la muestra, aunque se ha intentado paliar en parte esta limitación captando el mayor tamaño muestral posible y realizando un control estricto del flujo de participantes.

En ocasiones, el alivio del dolor mediante la analgesia epidural no es posible (p. ej., por dilataciones rápidas o partos precipitados). Algunas mujeres que seguramente deseaban analgesia epidural no pudieron emplearla probablemente por este motivo, y no se incluyeron en el estudio, lo que puede considerarse otra posible limitación.

No se han tenido en cuenta las posibles complicaciones debido al uso de la analgesia epidural a medio-largo plazo, ya que se han tomado los datos en las 24-48 horas posparto. Sin embargo, no se han encontrado estudios que reflejaran complicaciones una vez transcurrido este tiempo^{13,14}. En futuros estudios tal vez se debería evaluar la influencia de posibles complicaciones a medio-largo plazo en la satisfacción final de las mujeres con la analgesia epidural.

No existe ningún instrumento específicamente diseñado para la evaluación tanto de la actitud previa de las mujeres ante la analgesia epidural como de la satisfacción y la calidad percibida ante ésta. Existen multitud de instrumentos para medir la satisfacción de las mujeres con su parto, y generalmente la analgesia (ya sea epidural o no) es un parámetro o dimensión más que podría valorarse¹⁵.

Si bien el uso de un cuestionario no validado es una limitación que aceptamos, se han realizado esfuerzos para asegurar la fiabilidad del instrumento, como la participación de un grupo multidisciplinario y la realización de pretest. Los valores obtenidos del coeficiente α de Cronbach sugieren una aceptable consistencia interna para el instrumento (superior a 0,7)¹⁶, especialmente cuando se realizó un análisis por separado de dos constructos: «actitud previa ante la epidural» y «satisfacción y calidad percibida ante la epidural».

En este estudio se excluyó el parto de gestación múltiple, pues éste presenta ciertas peculiaridades y un manejo obstétrico más específico, que generalmente incluye la indicación del uso conveniente de analgesia epidural¹⁷, así como las cesáreas electivas. Esta decisión se basaba en el diseño del estudio, que requería incluir a mujeres que hubieran tenido la experiencia del trabajo de parto (descartándose cesáreas electivas) y que hubieran podido tener la libertad de elección respecto al tipo de analgesia a utilizar (no siempre posible en el caso de gestación múltiple).

Se ha sugerido que la mayoría de las mujeres no anhelan un alivio completo del dolor, sino que desean que sea tolerable, y solicitan analgesia cuando se excede un nivel aceptable de dolor^{10,18}. Los resultados muestran que sólo aproximadamente la mitad de ellas se planteó inicialmente usar analgesia epidural;

esto indica que muchas mujeres que no se plantean la analgesia epidural acaban recurriendo a ella. El uso frecuente de la analgesia epidural no planificado es parecido al que reflejan otros estudios^{10,19,20}, lo cual conlleva implicaciones en la planificación práctica de los recursos materiales y humanos en los servicios de atención obstétrica.

Los pensamientos de las gestantes antes del uso de la analgesia epidural en el parto actual se relacionaron con el uso previo de la misma, y las múltiples se mostraron menos dúbidas en un uso posterior, aspecto que coincide con los resultados de otros estudios^{19,21}. En este estudio se indaga en el grado de importancia que las mujeres otorgaban a las distintas fuentes de información. La mejor considerada fue la proveniente de las matronas, con resultados similares en otros estudios²¹⁻²³, lo que las convierte en las profesionales sanitarias que potencialmente aportan mayor influencia en la elección de la analgesia en el parto.

Es significativo que casi la mitad de las mujeres consideraba la información dada por familiares o amigos como importante o muy importante. Esto puede explicar conceptos erróneos relacionados con las técnicas analgésicas de alivio del dolor, ya que no siempre la información de estas fuentes es del todo fiable^{10,19,24}.

A menudo el consentimiento informado se obtiene dentro del partorio, una vez iniciado el proceso del parto. Según el estudio de Fröhlich et al.²⁵, el 80% de los anestesiólogos plantean que no es razonable obtener el consentimiento en el momento de la inserción de la epidural, como se realiza en la práctica habitual. Los resultados obtenidos muestran que la lectura y el entendimiento previo del consentimiento se asocian con una mayor satisfacción global materna ($p < 0,001$). Parece necesario replantear ciertos aspectos, como el momento de entrega y solicitud de dicho consentimiento.

Un aspecto importante que se desprende de los resultados es la percepción que aún tienen muchas mujeres de que la analgesia epidural no debe administrarse «demasiado pronto» durante el parto, cuestión que fue evidente en las respuestas. En 2002, el American College of Obstetricians and Gynecologists ya afirmó que «la solicitud materna es una indicación médica suficiente para el alivio del dolor durante el parto»²⁶. El hecho de que un gran número de mujeres (48,9%) continúen creyendo que debe retrasarse la administración hasta un grado arbitrario de dilatación cervical refleja la persistencia de conceptos erróneos.

En general, los indicadores de calidad subjetiva obtuvieron altas puntuaciones. La combinación de las respuestas «muy satisfecha» y «satisfecha» obtiene en casi todos los factores un 90% del total de la muestra. Aun así, se debe ser cauteloso en la valoración de estos resultados dado que éste es un problema común en las escalas e instrumentos que miden la satisfacción de las pacientes con la atención sanitaria, ya que están muy asociados a los efectos del techo en las respuestas que evalúan a los profesionales sanitarios²⁷.

La demora en la administración de la analgesia epidural influyó negativamente en la satisfacción global materna ($p = 0,003$). Este estudio consideraba el tiempo de demora percibida por las mujeres, pero no cuantificaba de forma objetiva si este tiempo de demora percibido era real o no, o si existían razones o causas que justificaran dicha demora.

Esto nos lleva a defender una organización de los servicios obstétricos que permita un acceso rápido y permanente de las mujeres a la analgesia epidural, donde se considere al profesional de la anestesiología como una pieza fundamental del equipo de atención obstétrica, no sólo involucrado en la realización de determinados procedimientos medicoquirúrgicos obvios (como cesáreas o partos instrumentales) sino también comprometido en la atención de las mujeres que, con un parto de curso normal, soliciten este tipo de analgesia.

Existen diferentes modalidades de aplicación de la analgesia epidural durante el parto^{28,29}, por lo cual creemos que en los estudios que pretendan evaluar cada una de estas modalidades es necesario incluir como un parámetro significativo de valoración la satisfacción y la calidad percibida, aspecto importante para inclinar la decisión sobre qué modalidad de uso es la más adecuada para cada caso.

Se puede concluir que los resultados obtenidos en este estudio revelan que un número elevado de mujeres que inicialmente no se planteaban la analgesia epidural en el parto acaban optando por ella, con un alto nivel de satisfacción y calidad percibida después de su uso.

Agradecimientos

A todas las participantes en el estudio. Al equipo obstétrico del servicio de paritorio y de las plantas de hospitalización maternal (matronas, enfermeras y personal médico), por su colaboración en este estudio y por su profesionalidad, dedicación y cariño en la atención a las mujeres. A la jefa de estudios de la Unidad Docente de Matronas, Dña. Elizabeth Guerra Hernández, y al jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, el Dr. José Ángel García Hernández, por su guía y ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 3: CD009234.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 5(5): CD000331.
- Cheng Y, Shaffer B, Nicholson J, Caughley A. Second stage of labor and epidural use: a larger effect than previously suggested. *Obstet Gynaecol.* 2014; 123(2): 527-35.
- Heesen M, Van de Velde M, Klohr S, Lehberger J, Rossaint R, Straube S. Meta-analysis of the success if block following combined spinal-epidural vs epidural analgesia during labour. *Anaesthesia.* 2014; 69(1): 64-71.
- Quintana MV, Torrado MJ, Núñez M, Bouchacourt JP, Álvarez E. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. *Anest Analg Reanim.* 2013; 26(2): 1-13.
- Manrique Muñoz S, Guasch Arévalo E. Actualización de los protocolos asistenciales de la sección de anestesia obstétrica de la Sociedad Española de Anestesiología (SEDAR). Reanimación y terapéutica del dolor, 2.ª ed. 2016. Disponible en: https://www.sedar.es/images/site/GuiasClinicas/2017-protocolos_SEDAR-2%C2%AA_edpdf.pdf
- Capogna G, ed. Epidural labor analgesia: childbirth without pain. Roma: Springer; 2015. p. 332.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2009/01. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 9: CD007396.
- Echevarria GC, Grant GJ, Chung Y, Lax J. Survey of nulliparous parturients' attitudes regarding timing of epidural analgesia initiation. *J Clin Anesth.* 2017; 41: 106-11.
- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prev.* 1998; 4: 12-8.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2017; 137: 89-101.
- Wang TT, Sun S, Huang SQ. Effects of epidural labor analgesia with low concentrations of local anesthetics on obstetric outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg.* 2017; 124(5): 1.571-80.
- Wang Q, Zheng SX, Ni YF, Lu YY, Zhang B, Lian QQ, et al. The effect of labor epidural analgesia on maternal-fetal outcomes: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 298(1): 89-96.
- Alfaro Blázquez R, Corchon S, Ferrer Ferrández E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review. *Midwifery.* 2017; 55: 103-12.
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2: 53-5.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Embarazo gemelar bicorial. *Prog Obstet Ginecol.* 2016; 59(1): 43-57.
- Paech MJ, Gurrin LC. A survey of parturients using epidural analgesia during labour. Considerations relevant to antenatal educators. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999; 39(1): 21-5.
- Mahomed K, Chin D, Drew A. Epidural analgesia during labour-maternal understanding and experience-informed consent. *J Obstet Gynaecol.* 2015; 35(8): 807-9.
- Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health.* 2019; 16(1): 71.
- Hernández Martínez A, Melero Jiménez MR, Sanabria Martínez G, Casás Güémez MJ, García Alcaraz F. Analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. *Matronas Prof.* 2003; 4(11): 30-6.
- Stewart A, Sodhi V, Harper N, Yentis SM. Assessment of the effect upon maternal knowledge of an information leaflet about pain relief in labour. *Anaesthesia.* 2003; 58(10): 1.015-9.
- Brinkler R, Edwards Z, Abid S, Oliver CM, Lo Q, Stewart A; Pan-London Peri-operative Audit and research Network (PLAN). A survey of antenatal and peripartum provision of information on analgesia and anaesthesia. *Anaesthesia.* 2019; 74(9): 1.101-11.
- Orbach-Zinger S, Landau R, Harousch AB, Ovad O, Caspi L, Kornilov E, et al. The relationship between women's intention to request a labor epidural analgesia, actually delivering with labor epidural analgesia, and postpartum depression at weeks: a prospective observational study. *Anesth Analg.* 2018; 126(5): 1.590-7.
- Fröhlich S, Tan T, Walsh A, Carey M. Epidural analgesia for labour: maternal knowledge, preferences and informed consent. *Ir Med J.* 2011; 104(10): 300-2.
- ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion number 269 February 2002. Analgesia and cesarean delivery rates. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol.* 2002; 99(2): 369-70.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010; 10: 81.
- Rodríguez González IP, Espinosa Domínguez E, Quesada García C, Rodríguez Chimeno Á, Borges R. Comparison between different epidural analgesia modalities for labor. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2019; 66(8): 417-24.
- Sng BL, Zeng Y, De Souza NNA, Leong WL, Oh TT, Siddiqui FJ, et al. Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 5: CD011344.