

ASPECTOS CULTURALES DEL DOLOR EN EL PARTO Y USO DE ANESTESIA EPIDURAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA EN EL AÑO 2012



MASTER UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

Eva Mª Orte González

Tutora: Ana Belloso

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	2
2. Antecedentes y estado actual del tema	3
3. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis	15
4. Metodología:	
4.1 Diseño.....	17
4.2 Población de estudio.....	17
4.3 Cálculo del tamaño muestral.....	17
4.4 Fuentes y recogida de información.....	18
4.5 Análisis realizado.....	20
5. Resultados	22
5.1 Análisis bivariante.....	25
5.2 Análisis multivariante.....	49
6. Discusión	50
7. Limitaciones	60
8. Conclusiones	61
9. Bibliografía	62
10. Anexos	
10.1 Anexo 1:Cuestionario.....	67
10.2 Anexo 2: Entrevista cualitativa.....	70
10.3 Anexo 3: Relato biográfico mujer magrebí.....	72
10.4 Anexo 4:Consentimientos en varios idiomas de anestesia epidural.....	75

1. Resumen y palabras clave:

El dolor del parto está catalogado como uno de los más intensos, un dolor agudo que tiene gran variabilidad según las gestantes, ya que influyen factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales.

El bienestar en el parto se ha identificado con la desaparición del dolor, lo que ha proporcionado un aumento del uso de la anestesia epidural y la medicalización del parto en nuestro medio.

Objetivo: Identificar si el origen étnico, así como alguna característica sociodemográficas u obstétrica influye en la percepción del dolor y el uso de la anestesia epidural durante el parto. Así como, analizar si las parturientas cambian la expresión del dolor del parto cuando están acompañadas.

Metodología: estudio piloto descriptivo transversal, con uso de técnicas cuantitativas y cualitativas sobre mujeres inmigrantes magrebíes, de Europa del Este, Sudamericanas, del África Subsahariana y autóctonas que acudieron al servicio de partos del Hospital Reina Sofía de Tudela entre mitad de enero a marzo del 2012.

Resultados: Se obtuvieron 117 cuestionarios de gestantes en trabajo de parto. Se ha observado asociación ($p < 0,05$) de la escala EVA con la expresión del dolor y la situación laboral. En las magrebíes se ha observado un cambio en la expresión del dolor en relación a si están acompañadas o no durante el parto ($p = 0,040$). Y respecto a la anestesia epidural se ha visto que es más demandada por las españolas ($p = 0,02$), por las que se enfrentan a su primer parto ($p = 0,018$), por las mujeres con un nivel educativo mayor ($p = 0,004$), por las que ingresan con menor dilatación ($p = 0,001$), y por las que ya la utilizaron en su primer parto ($p = 0,001$).

Palabras clave:

Dolor, inmigración, cultura, parto, mujer, anestesia epidural, escala analógica visual del dolor (EVA), creencias, investigación cualitativa.

2. Antecedentes y estado del tema

El dolor del parto, catalogado como uno de los más intensos, es un dolor agudo que tiene gran variabilidad según las gestantes. Según Bonica, el dolor resulta irresistible para la parturienta en un 20% de casos; es severo en un 30%; moderado en un 35% y mínimo en un 15%. Su presencia está provocada por las contracciones uterinas y los cambios en determinadas características del canal del parto: la dilatación cervical y la distensión perineal. El dolor de la primera etapa del trabajo del parto se deriva de la dilatación del segmento inferior del útero y del cuello uterino. El dolor de la primera etapa tardía y de la segunda etapa surge del descenso del feto en el canal del parto. Además, este dolor puede agravarse si el bebé está en una posición anómala. ⁽¹⁾

Los impulsos sensoriales a través de los cuales se manifiesta el dolor, se encuentran en la médula espinal a nivel de T10, T11, T12 y L1 los que corresponden al útero; mientras que los correspondientes al periné son S2, S3, y S4. ⁽²⁾

Aunque casi todas las mujeres experimentan el dolor de las contracciones a nivel abdominal, del 15 al 74% también pueden experimentar ese dolor en la zona baja de la espalda. ⁽³⁾

Se ha demostrado que el dolor se incrementa cuanto mayor es la dilatación y tiene una correlación positiva con la duración, intensidad y frecuencia de las contracciones. También el patrón del parto parece ser diferente entre mujeres multíparas y nulíparas.

Hallazgos consistentes indican que durante la primera etapa del trabajo de parto (antes de los 5 cm), las mujeres que nunca han tenido un hijo, en promedio experimentan mayor dolor sensorial que las mujeres que ya han tenido algún hijo. ⁽³⁾

A diferencia de expresiones dolorosas agudas o crónicas, el dolor del parto no se asocia con ninguna patología, pero sí con el nivel más básico y fundamental de la vida, el dar a luz a un nuevo ser. El por qué este proceso biológico debe causar dolor, ha sido objeto de debate fisiológico y religioso. En la biblia aparece: “A la mujer le dijo: «Tantas haré tus fatigas, cuantos sean tus embarazos, con dolor parirás los hijos” ⁽⁴⁾

Puede existir una explicación biológica para ese dolor, poner sobre aviso a la futura madre de manera suficiente para que pueda llegar a un lugar seguro y ser ayudada por otras personas en el nacimiento de su hijo ⁽³⁾. No obstante, este dolor es superior al experimentado por otras especies de animales en la misma situación. Este hecho es debido a la adaptación bípeda del *homo sapiens sapiens* que hizo que nuestra pelvis cambiara su forma ⁽⁵⁾ para, entre otros, proporcionar acoplamiento a los fuertes músculos que controlan las piernas y al tamaño del cerebro del bebé. El cerebro humano es siete veces más grande, en términos relativos, de lo que correspondería a nuestra especie. Por este motivo, el bebé debe nacer prematuramente en relación a otras especies, para poder atravesar el canal pélvico de la madre y por lo tanto nacer de una forma inmadura ⁽⁶⁾. Somos la única especie que no podemos valernos por nosotros mismos al poco de salir del útero de nuestra madre.

Por otro lado, la relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo. El sufrimiento se expresa de manera muy diversa en cada persona, ya que influyen factores fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales, y es fruto de una educación.

No hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo, según el sociólogo y antropólogo David Le Bretón ⁽⁷⁾.

Nuestra herencia cultural, los valores y las creencias que nos aporta, afectan a los patrones de pensamiento y de comportamiento, a la percepción de la realidad y al binomio salud/enfermedad, así como también a nuestras formas y estilos de comunicación ⁽⁸⁾. Esto hace que afrontemos de diferente forma el proceso del parto y que se puedan producir conflictos entre las costumbres de origen y las de acogida. También pueden influir factores como las informaciones previas al parto, condiciones psicosociales que las mujeres sufren al encontrarse en un contexto distinto al de origen, el no hablar posiblemente el mismo idioma y la falta de apoyo emocional. Todos estos aspectos las pueden predisponer a una tolerancia más baja al dolor ⁽⁹⁾.

Vivimos en un mundo en el que la percepción y expresión del dolor está construida socio-culturalmente. En algunas culturas se insta a la mujer a que permanezca en silencio y, en otras, se les permite manifestar el dolor y chillar. Algunas etnias son reacias al acompañamiento durante el parto ya que lo consideran “una cosa de mujeres”⁽¹⁰⁾ y, otras, consideran primordial el estar con alguien cercano en ese proceso.

En un artículo de López sobre las actitudes del personal sanitario ante la mujer inmigrante en el área de partos, menos de la mitad de los profesionales encuestados aceptaba que las mujeres inmigrantes gritaran como expresión a su dolor, mientras que la mayoría considera necesaria que las mujeres inmigrantes estén acompañadas durante el periodo de dilatación y en el parto⁽¹¹⁾. A pesar de ello, los profesionales hacían un esfuerzo por entenderse con ellas y no se alteraba la profesionalidad con que desarrollaban su trabajo.

El dolor puede condicionar la actitud de una mujer frente al proceso de nacimiento de su hijo y presentar comportamientos no colaborativos con los profesionales sanitarios. El miedo a lo desconocido, el umbral del dolor, el desconocimiento del idioma, los antecedentes obstétricos, etc. Todo ello puede llevar a magnificar el dolor en el parto. En un estudio realizado en Toledo, la percepción de dolor era mayor en la población extranjera a pesar de una menor demanda de la anestesia epidural. Sin embargo, las españolas manifestaban más miedo al proceso del parto que las foráneas⁽¹²⁾.

Por otro lado, se ha sugerido en algunos estudios que en posición vertical (antes de los 6 centímetros) se experimenta un menor dolor. Se ha sugerido también una relación del dolor con el peso fetal (3,13), con el peso de la parturienta, con la edad y con la ansiedad por la salud del recién nacido. Además, se ha observado que puede ser menor el dolor experimentado al dar a luz por la noche respecto al día, la asistencia a preparación al parto y la experiencia previa con el dolor. También se han observado como factores de riesgo el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción.

Como medición de este dolor, en varios estudios se utiliza la escala analógica visual del dolor (EVA). Esta escala fue ideada por Scott-Huskinson en 1976. Es una escala numérica que mide la intensidad del dolor, donde cero significa “sin dolor” y el diez “el peor dolor posible”. Esta escala es una herramienta sencilla para comparar el dolor de las mujeres con diferentes niveles de educación, de origen social y de lenguaje.

Además se puede utilizar rápidamente con un mínimo de instrucción de los sujetos ⁽¹³⁾. La utilización de esta escala en la medición del dolor en el parto es una práctica común y ha demostrado ser efectiva ⁽¹⁴⁾.

En los últimos años, España se ha convertido en un país de acogida de inmigrantes. Desde 1999 hasta el 2009, la población española ha crecido en seis millones de personas, de los cuales el 62,30% son extranjeros con autorización de residencia y un 50,62% mujeres ⁽¹⁵⁾, por lo que en los servicios de obstetricia se ha incrementado el número de partos de mujeres de otras etnias.

En nuestro país, las mujeres paren mayoritariamente en los hospitales y en ellos se oferta como alivio al dolor del trabajo del parto, la anestesia epidural. En Navarra, el servicio de anestesiología se instauró en el hospital Virgen del Camino en Pamplona en 1996 ⁽¹⁶⁾. En el hospital de Tudela fue en 1997. Este hospital atiende a una población de 97.000 habitantes y desde su inauguración se ha pasado de 537 partos en 1986 a 1042 en 2010. ⁽¹⁷⁾. El 97% de las mujeres que viene a parir a este hospital solicita este tipo de anestesia.

La era moderna de la analgesia del parto comenzó en 1847 cuando el Dr. James Young Simpson administró éter a una mujer de parto. Varios años más tarde, John Snow, administró de forma exitosa cloroformo a la reina Victoria durante el nacimiento de su octavo hijo.

En cuanto a las descripciones de los bloqueos nerviosos vertebral, lumbar, epidural, paravertebral y pudendo para el campo de la obstetricia, fueron publicados entre 1900 y 1930. La analgesia neuroaxial continua, tal como se practica hoy en día, tuvo su nacimiento a mediados del siglo XX, cuando Hingson Y Edwards publicaron el primer informe sobre analgesia continua caudal para el parto en 1943⁽¹⁾.

La analgesia epidural es una técnica de bloqueo nervioso central que se realiza en la región inferior de la columna lumbar. Implica la inyección de un anestésico cerca de los nervios que transmiten los estímulos dolorosos. El anestésico inhibe la conducción nerviosa mediante el bloqueo de los canales de sodio en las membranas nerviosas, lo que previene la propagación de los impulsos nerviosos a lo largo de estas fibras. El bloqueo de los impulsos dolorosos de los nervios, cuando cruzan el espacio epidural, da lugar a la analgesia, la cual debe ser evidente después de 10 a 20 minutos de la administración. La elección de fármacos y dosificación varía de un hospital a otro. Las soluciones epidurales se administran mediante bolo, infusión continua o una bomba controlada por la paciente ⁽¹⁸⁾.

El bienestar en el parto se ha identificado con la desaparición del dolor, lo que ha proporcionado un aumento del uso de la anestesia epidural a nivel mundial, pero sin valorar sus complicaciones y sus interferencias en el proceso natural del parto. Se ha identificado un mayor número de partos instrumentados, mayor riesgo de fiebre materna, malposición de la cabeza fetal, hipotensión materna, bloqueo motor, mayor duración de la segunda etapa del trabajo de parto ^(1,19) y un riesgo más elevado del uso de oxitocina según la revisión de un metanálisis que comparó 21 ensayos controlados ⁽¹⁸⁾. En este análisis, como en otros, aún debe comprobarse la posible asociación con una mayor incidencia de cesáreas ^(18,20). Hay estudios que relacionan el aumento de cesáreas con poner la anestesia en un estadio precoz del parto ⁽¹⁹⁾.

También se ha observado una mayor afluencia de mujeres que acuden al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia cuando aún no se ha iniciado el parto, esto se cree que es por temor de las gestantes a no llegar a tiempo para beneficiarse de la anestesia epidural por llegar demasiado tarde. Lo que generaría un ingreso más precoz en el servicio de partos, con una puesta de la anestesia en un estadio más temprano ⁽¹⁹⁾.

Aunque la analgesia epidural puede proporcionar un alivio eficaz del dolor en el trabajo de parto, a veces también puede producir una analgesia inadecuada, quizás por la distribución no uniforme del anestésico local.

Entre las complicaciones maternas informadas se encuentra la hipotensión, esto puede comprometer especialmente a un feto con reservas inadecuadas. Por este motivo, se administran líquidos intravenosos antes de los fármacos epidurales (precarga de líquidos), para atenuar la disminución de la presión arterial materna. También se han informado efectos secundarios como prurito, somnolencia, temblores y fiebre. Las mujeres además pueden sufrir retención urinaria durante la analgesia epidural. Esta retención puede requerir la inserción de una sonda vesical. La retención urinaria en el período postparto se ha atribuido a trabajos de parto prolongados en mujeres que recibieron analgesia epidural.

Uno de los efectos secundarios menos frecuentes es la punción accidental de la duramadre que, a veces, puede provocar cefalea grave. La cefalea se resuelve espontáneamente en algunas mujeres; sin embargo, cuando es persistente, puede ser necesario un parche sanguíneo ⁽¹⁸⁾.

Otro tipo de investigaciones en anestesia epidural, proponen la analgesia espinal y epidural combinadas para el alivio del trabajo del parto. En una revisión de la Cochrane se incluyeron 19 ensayos con 2658 mujeres y no se observaron beneficios sustanciales para priorizar esta técnica frente a la técnica de anestesia epidural tradicional, a pesar del inicio más rápido del efecto, menos retenciones urinarias y menos intervenciones de rescate. Pero no se vieron diferencias en la capacidad de movilización, el resultado obstétrico o el resultado neonatal ⁽²¹⁾.

En España, la mayoría de hospitales se caracteriza por una alta medicalización en el proceso del parto, aspecto que, a veces, choca con la cultura y costumbres de cada etnia. El uso de la anestesia epidural como instrumento para aliviar el dolor en el parto, se ha extendido en nuestro país desde finales del siglo XX. Su utilización es una elección a la que las mujeres tienen derecho. En nuestro sistema queda patente que la mayoría de las mujeres autóctonas eligen este método para aliviar el dolor de las contracciones, algunas inmigrantes por el contrario lo rechazan.

A veces existen perjuicios de orden religioso o moral que hace que se rechace la utilización de la anestesia. Ciertas religiones dicen que se debe sentir dolor para tener más amor hacia el bebé recién llegado.

Por otro lado las pacientes con menos estudios o con experiencias en partos previos en los que haya existido alguna complicación secundaria a la anestesia o un resultado neonatal adverso, pueden sentir reticencia al uso de este método ⁽⁹⁾.

El poner la anestesia epidural, es una técnica que requiere de una cierta habilidad realizada por un anestesista. En el Hospital Reina Sofía de Tudela, tras la comprobación de la firma en el documento de consentimiento informado sobre anestesia epidural del cual disponemos en varios idiomas (anexo 3) y la existencia de una analítica de los últimos meses de coagulación y recuento plaquetario, se procede a la realización de la técnica bajo condiciones estériles. Más adelante se administra una bomba de infusión continua que infunde la medicación a través de un catéter muy fino colocado en el espacio epidural. La medicación es preparada y administrada por la matrona según el protocolo existente. A la mujer a su vez, se le controla la medición de la tensión arterial y la saturación de oxígeno.

En general las mujeres que dan a luz con epidural tienen un nivel alto de satisfacción ⁽²²⁾, pero sería conveniente realizar investigaciones con respecto a qué alivio del dolor elegirían las mujeres si se les ofreciera una gama de opciones más allá de la analgesia epidural. Como en un estudio realizado en Estados Unidos, en la mayoría de los hospitales españoles no sabemos si el alto uso de la anestesia epidural es una verdadera preferencia entre las mujeres, o si se opta porque es la única opción de alivio del dolor ⁽¹⁹⁾.

También es curioso descubrir que, una revisión realizada por Hodnett muestra que los factores asociados con una mayor satisfacción materna durante el parto fueron, la relación con el cuidador y la cantidad de participación en la toma de decisiones durante el parto, no el alivio del dolor ⁽²³⁾.

Cabe destacar que existen otros métodos alternativos al uso de la anestesia epidural. Según los estudios, de un 30 a un 50% de los adultos en los países industrializados utilizan alguna forma de medicación complementaria alternativa.

Las mujeres en edad reproductiva son las que más frecuentemente la utilizan, un 49%., por lo tanto, cabe esperar que en el embarazo también se use. En un estudio realizado en EEUU en 2001 a mujeres embarazadas, el 9% era usuaria de tratamientos complementarios. Los productos herbarios fueron los que se utilizaron más frecuentemente ⁽²⁴⁾.

Existen métodos alternativos farmacológicos y métodos no farmacológicos. En cuanto a los farmacológicos existe la meperidina en ampollas de 2 ml (100 mg), la cual se puede administrar de forma intramuscular cuya dosis es 1 mg/Kg (el efecto máximo es a los 45 minutos) o de manera intravenosa. La dosis se puede repetir a las 3-4 horas ⁽²⁵⁾. También existe el óxido nitroso, que se administra mezclado con oxígeno al 50%, de forma inhalada.

En cuanto a los métodos no farmacológicos que pueden ser utilizados durante el parto, algunos se usan comúnmente, pero a veces su eficacia carece de un estudio científico riguroso ⁽¹⁾. Los podemos diferenciar en:

1. El apoyo y soporte de la dilatación durante el trabajo de parto conlleva según los estudios, a una menor utilización de la analgesia epidural, a una menor tasa de cesáreas y a una mayor satisfacción materna. En un metanálisis realizado por Hodnett sobre los resultados de 16 ensayos clínicos demuestra que el apoyo continuo personal durante el parto, disminuye la necesidad de anestesia epidural y se asocia con una ligera disminución en la duración del trabajo del parto ⁽²⁶⁾.
2. Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, que consiste en inyectar de 0,1 a 0,5 ml de agua estéril intradérmicamente en la región lumbosacra. Provocando un bloqueo de los estímulos nerviosos espinales.
3. El baño con agua caliente que relaja y favorece la producción de endorfinas. La temperatura del agua debe ser de 37° y la inmersión de 1-2 h, a partir de los cinco centímetros.
4. La libertad de movimientos durante el trabajo de parto.

5. Los métodos de curación manual como el masaje y la reflexología. Mediante la presión de las partes blandas en la región lumbosacra o abdominal en el caso del masaje y en la presión de diversos puntos que son reflejo de otras estructuras y órganos en los pies en la reflexología.
6. El uso de las respiraciones y de la relajación, que ayudan a disminuir la ansiedad y controlar mejor las contracciones.
7. La musicoterapia que disminuye el dolor y la necesidad de opiáceos, en cuyo caso el margen de beneficios es escaso.
8. La aromaterapia, que es el uso de los aceites esenciales y se basa en los poderes curativos de las plantas. Se piensa que estos aceites aumentan la producción de sustancias relajantes, estimulantes y sedantes del cuerpo.
9. La hipnosis, la cual es un estado de concentración limitada, que puede reducir la percepción de los estímulos externos y dar una mayor respuesta a las sugerencias. La mujer puede autohipnotizarse para reducir el dolor de las contracciones.
10. La acupuntura puede disminuir la necesidad de otras medidas para aliviar el dolor ⁽²⁷⁾, mediante el bloqueo del impulso nociceptivo ⁽³⁾. Supone la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo o disminuir el dolor mediante la acupresión, que es aplicar presión sobre un punto de acupuntura.
11. Por último, la homeopatía, cuyos productos derivan de hierbas u otras sustancias minerales. Se basa en la premisa de que “lo semejante cura lo semejante”

En una revisión sistemática de la Cochrane, en la cual se incluyeron catorce estudios, no se ha establecido la eficacia de las técnicas de acupresión, aromaterapia, relajación y masaje para aliviar el dolor del parto. Si que se ha encontrado evidencia significativa en el uso de la acupuntura y la hipnosis. Según Smith et al, hay pruebas que indican que la hipnosis reduce la necesidad de fármacos para el alivio del dolor. También se ha evidenciado una disminución del uso de oxitocina, mayor satisfacción materna y una mayor probabilidad de parto eutócico ⁽²⁴⁾.

En otro estudio de casos y controles realizado posteriormente por VandeVusse et al, también se refleja que, el uso de hipnosis redujo la utilización de sedantes y analgesia en el grupo de casos y mayores puntuaciones en el test de Apgar respecto al grupo control ⁽²⁹⁾. Una revisión de 2011 añade a estos datos, un periodo más corto de trabajo de parto, dando significación al uso de la hipnosis administrada en el parto y la autohipnosis como un prometedor complemento a los métodos farmacológicos⁽³⁰⁾.

En un estudio de 2003 se vio que el uso de baños de agua tibia y la inyección de una solución estéril en el rombo de Michaelis eran eficientes para la gestión del dolor en el trabajo de parto. La inyección de una solución estéril es eficaz, según los estudios, en el dolor en la región lumbosacra y por un tiempo limitado, de 45 a 90 minutos, por lo que no se ha mostrado disminución de la utilización de analgesia epidural en los estudios realizados ⁽³¹⁾.

Pocos estudios se han centrado específicamente en las percepciones sobre el dolor en el parto de las mujeres en las distintas culturas. La diversidad cultural marca el trabajo diario de una unidad de partos en España. La competencia cultural en los servicios de salud es cada vez más importante de acuerdo al tipo de pacientes que se atiende ⁽¹⁹⁾. Cada mujer que viene a parir a un hospital, lleva incorporados unos valores, unas actitudes y unos estilos de vida que, a veces, difieren mucho de los del país de acogida. Por eso es importante que los profesionales de la salud adquieran competencias transculturales. En este caso, las matronas son los profesionales que más tiempo pasan con la parturienta y su acompañante en un momento único de su vida, por lo que ellas son las más propicias para observar la variabilidad dentro de los grupos culturales y ver a cada persona como un individuo, pudiendo dar una atención culturalmente congruente.

Las mujeres pueden mostrar comportamientos reproductivos diferentes según su origen. Las que proceden de Europa Central y Oriental, así como las cubanas tienen pautas de fecundidad similares a las españolas, según los índices sintéticos de fecundidad. Las procedentes de los países árabes y del África subsahariana suelen tener

un mayor número de hijos, muchas veces acercándose a los seis hijos por mujer y, la edad de la maternidad se inicia a edades más tempranas. Hay estudios que dicen que la mujer inmigrante suele adoptar con el tiempo las pautas reproductivas del lugar de destino. Tal vez por este motivo observemos en nuestro medio una mayor afluencia de mujeres en periodos tempranos del parto y el aumento del uso de la anestesia epidural⁽³²⁾.

También la mayor o menor afinidad lingüística y religiosa puede ser un factor de diferenciación entre las diversas culturas, ya que puede hacer que miremos la vida de forma diferente en aspectos en relación con la crianza, el aborto, la alimentación, etc. Podemos ver, por tanto, que cada etnia tiene sus diversidades. Las inmigrantes latinoamericanas son las que acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, son las que mejor realizan los controles prenatales. Muchos embarazos son concepciones no planificadas, sobre todo en los casos de segundas gestaciones y la tasa de embarazo no deseado es mayor. También presentan un mayor porcentaje de cesáreas y demandan más frecuentemente la anestesia, posiblemente por la falta de problemas en la comunicación⁽³³⁾.

Las mujeres magrebíes son después de las latinoamericanas las que más utilizan los servicios de urgencias, pero por el contrario tienen una alta tasa de incumplimiento en los controles gestacionales. Presentan cierta ansiedad en tener una gestación temprana después del matrimonio y viven el parto con gran intensidad y drama. Es frecuente la ausencia de acompañamiento durante este y cuando si lo hay, se suelen cansar y se ponen nerviosos. Hay una menor utilización de la anestesia epidural y la lactancia materna es mucho más frecuente que en las autóctonas⁽³³⁾. Estas mujeres suelen presentar problemas en ser atendidas por un hombre y la visita de los familiares y vecinos es una práctica tradicional y una obligación social en la cultura árabe. Según Cioffi habría que facilitarles un lugar para la oración, para que los padres árabes puedan susurrar la oración (Adhan) al bebé cuando nace⁽²⁸⁾.

Las mujeres de Europa del Este suelen utilizar la epidural en igual número que las autóctonas y también es frecuente que el marido esté ausente. Se caracterizan por

tener una tasa alta de interrupciones del embarazo, de embarazos no deseados y de infecciones vaginales y urinarias, y suelen presentar una menor adhesión a la lactancia materna que las españolas.

En cuanto a las mujeres del África Subsahariana es muy frecuente también la ausencia del marido durante el parto y rechazan cualquier intervencionismo obstétrico. Son las que menos acuden a las consultas, suelen dar bastante valor a la sangre y proceden de sociedades donde el respeto como mujer depende del número de hijos que tengan. Las complicaciones del embarazo y el parto suelen ser altas ⁽³³⁾.

Por otro lado, si bien algunos colectivos son capaces de aprender el español de forma relativamente rápida, como es el caso de los rumanos, otros tienen gran dificultad en pasar de un nivel muy básico, como los asiáticos, africanos. Esto se acrecienta en el caso de familiares no trabajadores que vienen a España en virtud de las políticas de reagrupamiento familiar, que en algunos casos incluyen personas de edad avanzada y que van a tener una mayor dificultad para iniciarse en un nuevo idioma.

Debido a estos inconvenientes en la mayoría de las situaciones se recurre a familiares o amigos como intérpretes. Esta situación, si bien puede inicialmente tranquilizar al paciente, puede tener consecuencias negativas ya que puede suponer una pérdida de confidencialidad, o la enmascaración de sentimientos o se añade la negativa en muchos casos a comunicar asuntos que se prejuzgan íntimos por parte de los pacientes y no quieren revelar delante de sus parejas o familiares ⁽³⁴⁾.

Un estudio sobre la calidad de la comunicación con población inmigrante en el Hospital Universitario de Guadalajara, analizó las posibles soluciones ante las dificultades de comunicación con la población inmigrante, considerando más relevante el uso de materiales traducidos a las lenguas de los/as usuarios/as, disponer de intérpretes en el centro y, recibir formación sobre aspectos culturales de los/as pacientes ⁽³⁵⁾. En el hospital de Tudela se dispone de consentimientos informados en distintos idiomas sobre el uso de la epidural.

Debido a la alta medicalización en la atención al proceso del parto en nuestro medio, hace que choquen aspectos culturales, ya que esperamos que todas las etnias acepten las normas y los cuidados que se les brinda.

3. Preguntas de investigación.

- ✍ ¿Presentan mayor nivel de dolor las mujeres autóctonas que las inmigrantes en el proceso del parto en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012?
- ✍ ¿Utilizan mayoritariamente la anestesia epidural las españolas frente a las extranjeras en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012?
- ✍ ¿Cambian su expresión y manifestación del dolor las gestantes cuando están acompañadas a cuando no lo están en el proceso del parto las parturientas en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012?
- ✍ ¿Influye alguna característica sociodemográfica u obstétrica en la utilización de la anestesia epidural o en el nivel del dolor experimentado por las parturientas en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012?

Objetivos

- ✍ Identificar si el origen étnico influye en la percepción del dolor durante el parto en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.
- ✍ Analizar la utilización de la anestesia epidural según las diferentes etnias de las gestantes y según sus características sociodemográficas en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.
- ✍ Analizar si las parturientas cambian la expresión del dolor del parto cuando están acompañadas respecto a cuando no lo están en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.
- ✍ Evaluar el grado de dolor percibido y el uso de la anestesia epidural según las características sociodemográficas u obstétricas en las parturientas en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.

Hipótesis

- ✍ Las parturientas españolas presentan una mayor valoración en la percepción del dolor que las parturientas de otras etnias en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.
- ✍ Las gestantes españolas utilizan más la anestesia epidural que las gestantes extranjeras en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012.
- ✍ La anestesia epidural es más utilizada por aquellas mujeres que dan a luz en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012 con un nivel educativo mayor, una edad más longeva y por las que trabajan fuera de casa.
- ✍ Las gestantes extranjeras que paren en el hospital Reina Sofía de Tudela cambian la percepción del dolor cuando están acompañadas a cuando no lo están.

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio:

Se realizó un estudio piloto observacional, transversal, y descriptivo, con uso de técnicas cuantitativas y cualitativas.

4.2 Población de estudio:

La población diana la conforman las mujeres inmigrantes magrebíes, de Europa del Este, Sudamericanas, del África Subsahariana y autóctonas que acudieron al servicio de partos del Hospital Reina Sofía de Tudela, adscrito al servicio Navarro de salud en el periodo comprendido entre mitad de enero a marzo del 2012. La elección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia.

4.3 Cálculo del tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño muestral de mi población a estudio se basa en una población finita, por lo que para hallar el tamaño muestral de una población estimada de 952 partos que hay al año en la provincia de Tudela y para un nivel de confianza del 95% y un margen de error absoluto del 5%. En el que desconocemos la tendencia de la población y donde p es semejante a q y ambos tienen el valor de 0,5 es de:

$$n = \frac{N \cdot z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot e^2 + z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q} = \frac{952 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{951 \cdot (0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,25} = 274$$

El tamaño muestral total sería de 274 gestantes de parto. Teniendo en cuenta una posible tasa de no respuesta o respuesta incompleta del cuestionario del 10%, el tamaño necesario mínimo sería de **301 gestantes**.

El 40,44% de las gestantes son extranjeras, de las cuales, tras analizar el libro de partogramas y la nacionalidad de las gestantes que parieron en el Hospital Reina Sofía de Tudela en el 2011, sabemos que el 39%, es decir 372 de las 952 partos fueron extranjeras de las cuatro etnias seleccionadas para el estudio: magrebíes (el 55,11%), africanas (el 5,12%), de Europa del este (el 10,21%) y sudamericanas (el 29,57%).

Se necesitarían una muestra de **117 gestantes extranjeras y 184 españolas**.
Disgregado por etnias: 64 parturientas magrebíes, 6 africanas, 12 de Europa del Este y 35 sudamericanas.

4.4 Fuentes y recogida de información:

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Dialnet, Cuiden, Cinahl, IME, Pubmed, Scielo, Google Scholar y Cochrane.

Se recogieron las siguientes variables:

✍ Variables dependientes:

- Valoración del dolor, a través de la escala analógica visual del dolor (EVA).
- Utilización de anestesia epidural: sí, no (motivo).

✍ Variables independientes:

- Sociodemográficas:
 - ✍ Edad. (cuantitativa discreta)
 - ✍ Etnia (Magrebí, de Europa del este, Sudamericana, del África subsahariana y Española).
 - ✍ Religión.
 - ✍ Comprensión del idioma. (bien, regular, no entiende).
 - ✍ Años en España.

- ✍ Estudios realizados.(no escolarización, graduado escolar, bachiller superior o FP, estudios universitarios)
- ✍ Situación laboral (ama de casa, desempleada, autónoma, trabajadora por cuenta ajena).
- Obstétricas:
 - ✍ Paridad.
 - ✍ Semanas de gestación.
 - ✍ País de nacimiento de los hijos anteriores.
 - ✍ Utilización de anestesia epidural en los partos anteriores: si, no.
 - ✍ Asistencia a educación maternal: si, si ha acudido a cuatro o más sesiones y no.
 - ✍ Embarazo deseado: si, no.
 - ✍ Control del embarazo: si, no.
 - ✍ Test de Bishop al ingreso.
 - ✍ Centímetros de dilatación al ingreso.
 - ✍ Bolsa rota: si, no.
 - ✍ Utilización de oxitocina en el parto: si, no.
 - ✍ Parto: eutócico, instrumentado, cesárea.
 - ✍ Peso del recién nacido.
 - ✍ Sexo: varón, mujer.
- De apoyo
 - ✍ Acompañamiento en el momento del parto: ninguno, pareja, familiar, amiga.
- Expresión del dolor de las contracciones. Mediante una escala tipo likert: chillidos, quejidos y lamentos, movimientos corporales activos, expresión facial, no realiza ninguna expresión facial o corporal, o realiza varias expresiones de dolor.
- Cambio de expresión del dolor con el acompañamiento: si, no. En relación con la etnia se utilizará como variable dependiente.

Las variables han sido recogidas mediante un cuestionario ad hoc, creado tras revisar la bibliografía existente. Las encargadas de administrar el cuestionario han sido las matronas del servicio de partos del Hospital Reina Sofía de Tudela. Antes de comenzar la recolección de datos, las profesionales se presentaban y obtenían el permiso oral de las gestantes tras informarles del propósito de la investigación. El cuestionario fue rellenado por la matrona revisando la historia clínica informatizada de la paciente, también mediante observación directa de la parturienta para valorar la expresión del dolor y mediante la encuesta personal. La escala analógica del dolor se pasó a las mujeres que deseaban la anestesia epidural antes de ponérsela y a las que no la quisieron a los 8 cm de dilatación.

Los criterios de inclusión fueron todas aquellas mujeres con embarazo único, a término que ingresaron en el servicio de paritorios con diagnóstico de parto.

Los motivos de exclusión han sido el embarazo múltiple, llegar al servicio de partos en el periodo expulsivo, la inducción del parto, la incompatibilidad para ser administrada la anestesia epidural y ser ingresada para una cesárea programada.

A sí mismo, se ha realizado una entrevista individual cualitativa en profundidad siguiendo un guión predeterminado para este estudio (anexo 2) con una mujer magrebí, por ser el grupo de inmigrantes más numeroso en nuestro medio y varias entrevistas cualitativas más superficiales con una ginecóloga búlgara, una mujer ecuatoriana y una sudafricana para que testimonien la vivencia del parto en su país de origen y en el de acogida.

4.5 Análisis realizado:

Los datos de la investigación han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS (versión 15).

Todas las variables cuantitativas del estudio, por lo limitado de la muestra al tratarse de un estudio piloto, se reconvirtieron en variables cualitativas. Se realizó un análisis bivalente del uso de la anestesia epidural o no y de las puntuaciones dadas en la escala analógica visual del dolor EVA, según si puntuaron por debajo de siete o por encima de ocho. Para la asociación de estas variables cualitativas se realizó la prueba

de Chi-cuadrado y el análisis del riesgo. En los casos en los que no se ha podido utilizar el Chi-cuadrado porque la frecuencia esperada en alguna casilla era inferior a 5, se utilizó el estadístico exacto de Fisher. Más adelante se realizó un análisis multivariante, mediante un modelo de regresión logística múltiple para investigar los distintos factores asociados de forma independiente y controlar así los factores de confusión, sólo siendo esto posible con la variable dependiente de la anestesia epidural.

El nivel de significación estadístico fijado fue del 0,05 y los intervalos de confianza calculados del 95%.

En lo referente a la categorización de las variables se reconvirtieron en variables cualitativas dicotómicas: la paridad: (nulípara, multípara); país de nacimiento de hijos anteriores (España, otros); centímetros de dilatación al ingreso (= 4 cm, =5cm).

La edad se categorizó en (= 24años, 25-34, =35años) y el peso del RN (<3000gr, =3000gr, =4000gr).

En cuanto a la variable dependiente, la escala EVA de valoración del dolor. Debido a que todas las mujeres expresaron un valor mayor de 5 en los cuestionarios se dividió en una cualitativa dicotómica (EVA = 7 y =8).

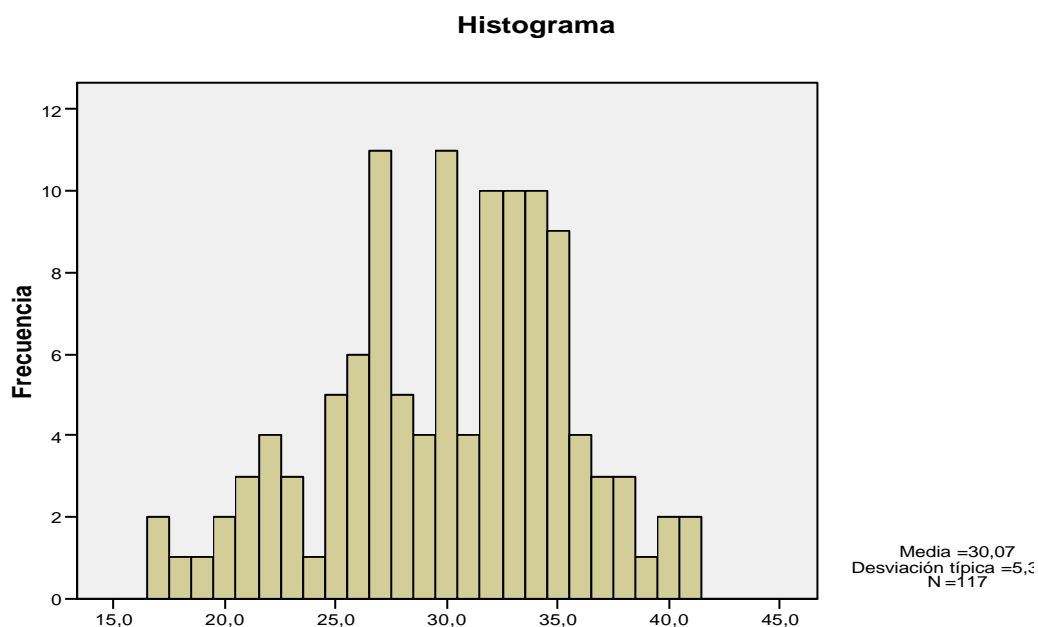
Para uno de los análisis la etnia también se categorizó en inmigrantes y españolas. Y para la comparación con las variables independientes también se valoraron las dos etnias más frecuentes en nuestro medio, la española con la magrebí.

5. Resultados

Se obtuvieron 120 cuestionarios. Se rechazaron tres de ellos, dos por no estar debidamente cumplimentados y otro por pertenecer a una etnia distinta a la del estudio. Por lo que, la muestra final fue un total de 117 gestantes a término en trabajo de parto. Todas las mujeres encuestadas dieron su conformidad verbal para participar en el estudio.

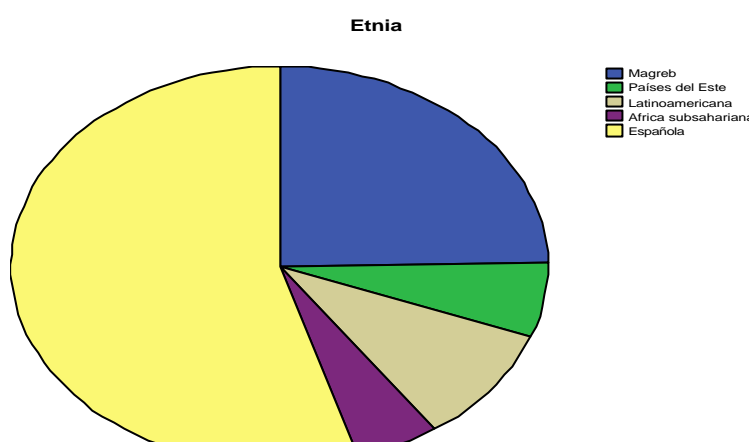
La edad de las mujeres estuvo comprendida entre los 17 y los 41 años de edad, con una media de 30,068 años y una desviación típica de 5,37 (gráfico 1). Un 44,4% (52) de las mujeres de la muestra eran primíparas, mientras que el resto 55,6% (65) ya habían dado a luz por lo menos en otra ocasión. En relación a las semanas de embarazo, la media de la muestra fue de 39,72 semanas. El control de embarazo en el 94,9% había sido regular, frente a un 5,1% que no había tenido. A la pregunta de si se trataba de un embarazo deseado el 95,7% contestaron de manera afirmativa.

Gráfico 1. Edad de las gestantes



Dentro de las diferentes nacionalidades nos encontramos que sesenta y cuatro tenían procedencia española (54,7%), veintinueve del Magreb (24,8%), once sudamericanas (9,4%), siete de Europa del Este (6%) y seis del África subsahariana (5,1%).

Gráfico 2. Etnias



La mayoría de parturientas magrebíes (93,1%) o del África subsahariana (83,4%) del estudio hablan de manera regular el español o no lo entienden. El resto de mujeres de otras etnias en general, hablaban bien el castellano.

Gráfico 3. Comprensión del idioma mujeres magrebíes

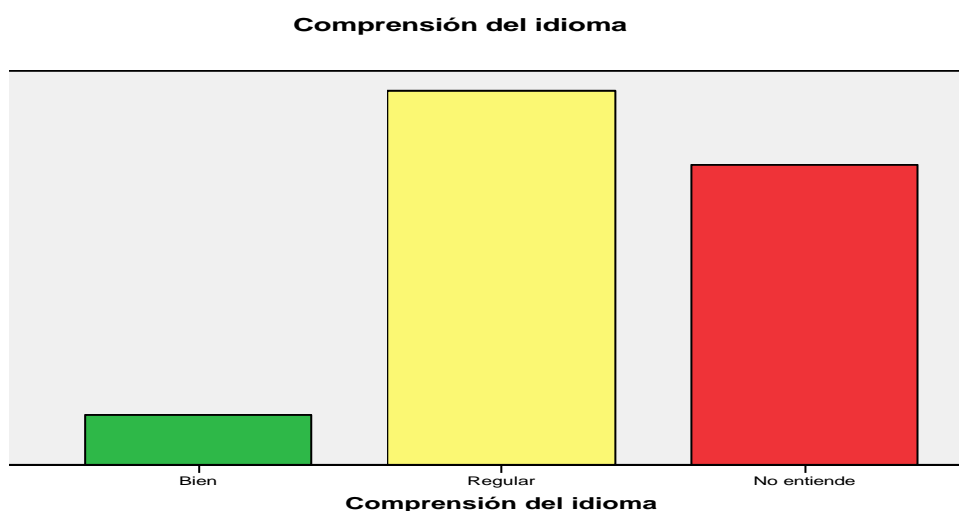
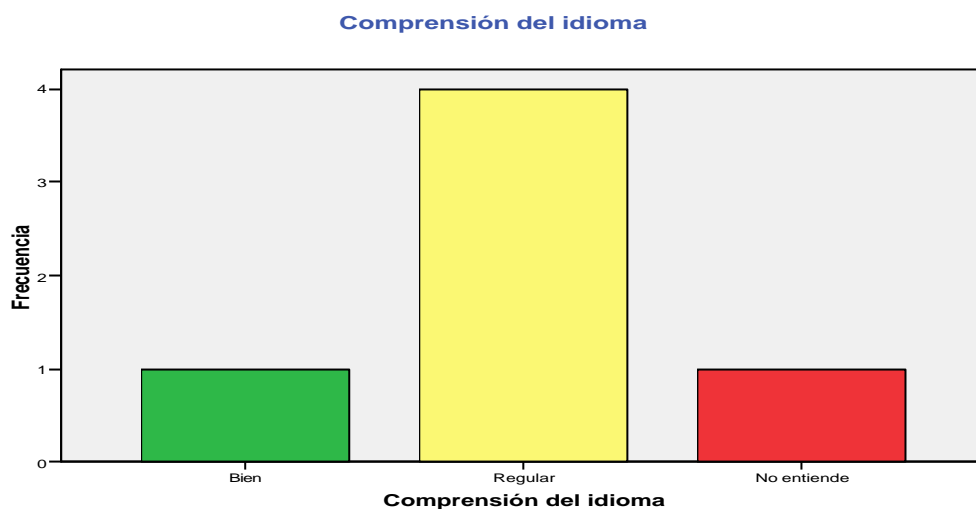


Gráfico 4. Comprensión del idioma mujeres del África Subsahariana

En cuanto al nivel educativo, el 33,3% contestó que había realizado el bachiller superior o un módulo de FP, el 25,6% de las encuestadas tenía el graduado escolar, el 21,4% estudios universitarios y el 17,9% dijo no haber realizado ningún tipo de escolarización.

La mayoría de las encuestadas trabajaba por cuenta ajena (49,6%), frente a un 35,9% que era ama de casa. El resto estaba desempleada (9,4%), era autónoma (4,3%) o estudiaba (0,9).

En los datos referidos al proceso de parto, la mayoría de las mujeres estuvieron acompañadas durante el parto, normalmente por su parejas (91,5%), un familiar (3,4%), una amiga (2,6%) y sólo el 2,6% de las personas no estuvieron acompañadas en ningún momento del parto.

En cuanto al peso medio de los recién nacidos fue de 3335,90, un 43,6% fueron hembras y un 56,4% fueron varones. El 74,4% de los partos fueron eutócicos, un 18,8% instrumentados y un 6,8% acabaron en cesárea.

5.1 Análisis bivariante.

5.1.1 En relación a la escala del dolor EVA:

- a) Y el tipo de *Etnia* no se encuentra asociación significativa, con un estadístico exacto de Fisher de 1,606 y una $p=0,837$.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Etnia	Magreb	13 (44,83%)	16 (55,17%)	29 (24,8%)
	Países del Este	2 (28,57%)	5 (71,43%)	7 (6%)
	Latinoamericana	6 (54,54%)	5 (45,46%)	11 (9,4%)
	Africa subsahariana	3 (50%)	3 (50%)	6 (5,1%)
	Española	26 (40,62%)	38 (59,38%)	64 (54,7%)
	Total	50	67	117

No se observa tampoco asociación si dividimos la muestra entre españolas e inmigrantes y la escala EVA. Chi cuadrado: 0,257, con una $p=0,612$, análisis del riesgo= 1,210 y un IC= 0,580-2,524. Las extranjeras presentan respecto a dar una valoración por debajo de siete en la escala analógica del dolor, ligeramente mayor (45,28%) que las españolas (40,62%).

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Etnia	Inmigrantes	24 (45,28%)	29 (54,72%)	53
	Españolas	26 (40,62%)	38 (59,38%)	64
	Total	50	67	117

- b) No se observa asociación entre la escala analógica visual y la edad materna. Chi cuadrado de 0,342 y una $p= 0,889$. No hay tampoco asociación en función del riesgo.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Edad	=24	8 (47,06%)	9 (52,94%)	17
	25-34	31 (40,79%)	45 (59,21%)	76
	=35	11 (45,83%)	13 (54,17%)	24
Total		50	67	117

Si lo analizamos respecto a la etnia sin existir asociación ($p=0,638$ para las parturientas inmigrantes y $p=0,430$ para las españolas), vemos que las extranjeras tienen los hijos más jóvenes que las españolas. Además las inmigrantes puntúan más alto, por encima de ocho en la escala EVA en todas las franjas de edad, mientras que las españolas hay un descenso a partir de los 35 años, en el cual se muestran más igualitarias las puntuaciones entorno al dolor del parto.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Edad	menor o igual a 24 años	7 (46,67%)	8 (53,33%)	15
		entre 25 y 34	16 (48,48%)	17 (51,52%)	33
		mayor o igual a 35	1 (20%)	4 (80%)	5
		Total	24	29	53
Españolas	Edad	menor o igual a 24 años	1 (50%)	1 (50%)	2
		entre 25 y 34	15 (34,88%)	28 (65,12%)	43
		mayor o igual a 35	10 (52,63%)	9 (47,37%)	19
		Total	26	38	64

- c) Entre la escala EVA y la paridad, tampoco existe significación estadística, con un Chi cuadrado de 1,469, una p de 0,226, $OR=0,631$ y un $IC=0,300-1,331$.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Gestapara	Primípara	19 (36,5%)	33 (63,46%)	52 (44,4%)
	Múltipara	31 (47,9%)	34 (52,30%)	65 (55,6%)
Total		50	67	117

Si lo analizamos respecto a si son inmigrantes o no, vemos que entre las inmigrantes sean nulíparas o multíparas puntúan mayoritariamente por encima de ocho en la escala EVA, en cambio entre las autóctonas puntúan más alto las nulíparas, pero sin embargo puntan un poco menos en la escala analógica del dolor (por debajo de 8) las multíparas, aunque no se encuentra asociación significativa ($p=0,858$ y $p=0,100$ respectivamente)

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Gestapara	Nulípara	8 (47,06%)	9 (52,94%)	17
		Multípara	16 (44,44%)	20 (55,56%)	36
	Total		24	29	53
Españolas	Gestapara	Nulípara	11 (31,43%)	24 (68,57%)	35
		Multípara	15 (51,72%)	14 (48,28%)	29
	Total		26	38	64

- d) No se observa asociación entre la escala analógica visual del dolor y los estudios realizados. Test de Fisher 3,743 y una $p=0,443$. Cabe destacar que las mujeres que han realizado estudios universitarios puntúan menos, por debajo de siete, en la escala analógica del dolor que el resto de categorías que puntúan por encima de ocho mayoritariamente. No se observa tampoco asociación de riesgo en ninguna de las categorías.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Estudios realizados	No escolarización	7 (33,33%)	14 (66,67%)	21 (17,9%)
	Graduado escolar	14 (46,67%)	16 (53,33%)	30 (25,6%)
	Bachiller superior	14 (35,90%)	25 (64,1%)	39 (33,3%)
	Estudios universitarios	15 (55,56%)	12 (44,44%)	27 (21,4%)
Total		50	67	117

Si lo asociamos además con la etnia, vemos que a parte de no existir asociación respecto al nivel del dolor según los estudios realizados, teniendo en cuenta la etnia (las extranjeras $p=0,178$ y las españolas $p=0,488$), ambos grupos puntúan más alto en la escala EVA a menor nivel de instrucción, mientras que las que

han cursado estudios universitarios, en el caso de las inmigrantes puntúan todas menos y en el caso de las españolas hay un equilibrio.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Estudios realizados	No escolarización	7 (33,33%)	14 (66,67%)	21
		Graduado escolar	11 (50%)	11 (50%)	22
		Bachiller superior	3 (42,86%)	4 (57,14%)	7
		Estudios universitarios	3 (100%)	0 (0%)	3
		Total	24	29	53
Españolas	Estudios realizados	Graduado escolar	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8
		Bachiller superior	11 (34,37%)	21 (65,63%)	32
		Estudios universitarios	12 (50%)	12 (50%)	24
		Total	26	38	64

- e) Entre la EVA y la situación laboral se observa significación estadística con un Test de Fisher de 10,664 y una **p=0,016**. Todas las mujeres puntúan más alto en la escala del dolor excepto las autónomas que puntúan menos.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Situación laboral	Ama de casa	19 (45,24%)	23 (54,76%)	42 (35,9%)
	Desempleada	2 (18,18%)	9 (81,82%)	11 (9,4%)
	Autónoma	5 (100%)	0 (0%)	5 (4,3%)
	Trabajadora cuenta ajena	23 (39,66%)	35 (60,34%)	58 (49,6%)
	Otras	1 (100%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Total		50	67	117

Si analizamos si existe en nuestro estudio alguna diferencia entre la situación laboral y la escala analógica del dolor respecto a ser inmigrante o española. Vemos que en el caso de las inmigrantes no existe asociación con un test de Fisher de 1,677 y una $p=0,781$, en cambio en el caso de las españolas si que encontramos asociación con un test de Fisher de 11,183 y una **p= 0,006**.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Situación laboral	Ama de casa	17 (47,22%)	19 (52,78%)	36
		Desempleada	2 (40%)	3 (60%)	5
		Trabajadora cuenta ajena	4 (36,36%)	7 (63,64%)	11
		otras	1 (100%)	0 (0%)	1
		Total	24	29	53
Españolas	Situación laboral	Ama de casa	2 (33,33%)	4 (66,67%)	6
		Desempleada	0 (0%)	6 (100%)	6
		Autónoma	5 (100%)	0 (0%)	5
		Trabajadora cuenta ajena	19 (40,43%)	28 (59,57%)	47
		Total	26	38	64

- f) Entre la escala EVA y haber asistido a educación maternal no se observa asociación significativa, con un Chi cuadrado de 0,632, una $p= 0,427$, $OR=0,737$ y un $IC= 0,347 - 1,565$.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
E.Maternal	Sí	18 (38,30%)	29 (61,7%)	47 (40,2%)
	No	32 (45,71%)	38 (54,29%)	70(59,8%)
Total		50	67	117

Si tenemos en cuenta además la etnia podemos observar que las inmigrantes no acuden prácticamente a las clases de educación maternal ofertadas, pero que en general las mujeres que acuden puntúan más alto en la escala analógica del dolor. No se observa asociación con una $p= 0,669$, $OR=0,587$, $IC = 0,050-6,898$ para las mujeres inmigrantes y una $p= 0,631$, $OR= 0,770$, $IC= 0,264-2,243$ para las españolas.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	E.Maternal	Sí	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3
		No	23 (46%)	27 (54%)	50
	Total		24	29	53
Españolas	E.Maternal	Sí	17 (38,64%)	27 (61,36%)	44
		No	9 (45%)	11 (55%)	20
	Total		26	38	64

- g) Entre la escala EVA y la utilización de anestesia epidural: tampoco se observa significación con un Chi cuadrado de 0,450, una $p=0,502$, $OR=1,440$ y un IC: 0,494 - 4,200.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	entre 8-10	
A.Epidural	Sí	44 (44%)	56 (56%)	100 (85.5%)
	No	6 (35,30%)	11 (64,70%)	17 (14,5%)
Total		50	67	117

Si lo analizamos respecto a ser inmigrante ($p= 0,226$, $OR=2,250$, IC: 0,595-8,515). Llama la atención que éstas puntúan de forma equilibrada si se han puesto la epidural y mayoritariamente (69,23%) por encima de ocho si no se la han puesto, en cambio las españolas ($p= 0,693$, $OR= 0,667$, IC= 0,088-5,060) lo hacen al contrario, si no utilizaron la epidural las puntuaciones son equilibradas, en cambio puntúan más alto las que se ponen la epidural (60%).

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	A.Epidural	Sí	20 (50%)	20 (50%)	40
		No	4 (30,77%)	9 (69,23%)	13
	Total		24	29	53
Españolas	A.Epidural	Sí	24 (40%)	36 (60%)	60
		No	2 (50%)	2 (50%)	4
	Total		26	38	64

- h) Entre la escala EVA y la expresión del dolor: existe asociación entre dar una puntuación más alta en la escala analógica visual del dolor y una mayor expresión del dolor con las contracciones. Estadístico de Fisher de 16,653 y una $p= 0,002$.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Expresión del dolor contracciones	Chillidos	0	1 (100%)	1 (0,9%)
	Quejidos y lamentos	11 (39,28%)	17 (60,72%)	28 (3,9%)
	Movimientos corporales activos	6 (66,67%)	3 (33,33%)	9 (7,7%)
	Expresión facial	19 (48,72%)	20 (51,28%)	39 (33,3%)
	Nada	6 (100%)	0	6 (5,1%)
	Varios	8 (23,53%)	26 (76,47%)	34 (29,1%)
Total		50	67	117

Si realizamos una regresión logística para ver el riesgo de esta variable categórica formada por varias categorías, obtenemos que respecto a realizar varias expresiones de dolor con las contracciones, existe asociación significativa con las mujeres que realizan movimientos corporales activos y con las que lo expresan de forma facial únicamente.

Variable	OR	IC 95%
Expresión del dolor		
Chillidos	5E+0,008	0,000
Quejidos y lamentos	0,476	0,159 – 1,424
Movimientos corporales	0,154	0,031 - 0,759
Expresión facial	0,342	0,118 – 0,890
Ninguna expresión	0,000	0,000
Varias expresiones	1	-

Si lo analizamos mediante la etnia, diferenciándolo entre españolas e inmigrantes, obtenemos un estadístico de Fisher para las inmigrantes de 7,283 con una $p= 0,125$ y un test de Fisher de 11,678 y una $p= 0,014$ para las españolas, es decir vemos que sólo existe asociación en el caso de las españolas.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Expresión del dolor contracciones	Chillidos	0 (0%)	1 (100%)	1
		Quejidos y lamentos	7 (46,67%)	8 (53,33%)	15
		Movimientos corporales activos	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
		Expresión facial	9 (64,29%)	5 (35,71%)	14
		Nada	1 (100%)	0 (0%)	1
		Varios	5 (26,32%)	14 (73,68%)	19
		Total	24	29	53
Españolas	Expresión del dolor contracciones	Quejidos y lamentos	4 (30,77%)	9 (69,23%)	13
		Movimientos corporales activos	4 (66,67%)	2 (33,33%)	6
		Expresión facial	10 (40%)	15 (60%)	25
		Nada	5 (100%)	0 (0%)	5
		Varios	3 (20%)	12 (80%)	15
		Total	26	38	64

- i) No se observa asociación significativa entre la escala analógica visual del dolor y estar acompañada durante el parto. Test de Fisher 2,724 y una $p=0,484$. Con una OR: 0,558 y un IC: 0,205-1,520. Las que estaban acompañadas por un familiar (75%) o una amiga (66,67%) puntuaron en proporción más bajo en la escala analógica del dolor y los que no tuvieron acompañante puntuaron más alto (66,67%).

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Acompañamiento durante el parto	Ninguno	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3 (2,6%)
	Pareja	44 (41,12%)	63 (58,88%)	107 (91,5%)
	Familiar	3 (75%)	1 (25%)	4 (3,4%)
	Amiga	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3 (2,6%)
	Total	50	67	117

Si lo analizamos tomando como relación si son inmigrantes ($p= 0,747$) o españolas ($p= 0,223$) vemos que no existe asociación, pero que mientras estas últimas la mayoría tuvieron como acompañamiento a la pareja y puntuaron por encima de ocho el 60,32%, las inmigrantes puntuaron mayoritariamente por encima de ocho en la escala del dolor las que no tuvieron acompañante (66,67%) o éste fue la pareja (56,82%) y por debajo de siete en el caso de que la acompañante fue una amiga (66,67%) o alguien de la familia (66,67%).

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Acompañamiento durante el parto	Ninguno	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3
		Pareja	19 (43,18%)	25 (56,82%)	44
		Familiar	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
		Amiga	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
	Total		24	29	53
Españolas	Acompañamiento durante el parto	Pareja	25 (39,68%)	38 (60,32%)	63
		Familiar	1 (100%)	0	1
	Total		26	38	64

- j) Entre los centímetros de dilatación al ingreso y la escala del dolor EVA no se observa asociación. Chi cuadrado: 0,397, una $p= 0,529$, OR= 1,299 y un IC: 0,575-2,938.

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Dilatación	=4	37 (44,58%)	46 (55,42%)	83
	=5	13 (38,23%)	21 (61,77%)	34
Total		50	67	117

Si analizamos además el número de gestación, vemos que las nulíparas puntúan más alto en la escala EVA que las multíparas cuando ingresan con menos de cuatro centímetros de dilatación, no observándose asociación ($p=0,709$ y $0,147$).

Gestapara			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Nulípara	Dilatación	=4	16 (35,56%)	29 (64,44%)	45
		=5	3 (42,86%)	4 (57,14%)	7
	Total		19	33	52
Múltipara	Dilatación	=4	21 (55,26%)	17 (44,74%)	38
		=5	10 (37,04%)	17 (62,96%)	27
	Total		31	34	65

Si analizamos el dolor presentado según la escala EVA y la dilatación en relación a la etnia observamos que las inmigrantes ($p=0,177$, $OR=2,322$ e $IC=0,673-8,010$) que acudieron al servicio de partos con menos de cuatro centímetros de dilatación (51,35%) puntuaban menos (entre 5 y 7) en la escala EVA del dolor, en cambio las que venían con más de cinco centímetros en general puntuaban más alto (68,75%). Sin embargo las españolas ($p=0,697$, $OR=0,804$ e $IC=0,267-2,419$) puntuaron más alto independientemente de los centímetros de dilatación, pero indicaban más dolor las que venían con menos de cuatro centímetros (60,87%).

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Dilatación	=4	19 (51,35%)	18 (48,65%)	37
		=5	5 (31,25%)	11 (68,75%)	16
	Total		24	29	53
Españolas	Dilatación	=4	18 (39,13%)	28 (60,87%)	46
		=5	8 (44,44%)	10 (55,56%)	18
	Total		26	38	64

- k) En relación a la rotura prematura de membranas. Chi cuadrado= 0,097, $p=0,755$, $OR=0,867$. Las mujeres que ingresan con bolsa rota puntúan más alto en proporción la escala EVA (60%), que las que no la tiene (56,52%), aunque no se observa asociación ($IC: 0,352-2,132$).

		Escala.EVA		Total
		entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Bolsa rota	Sí	10 (40%)	15 (60%)	25
	No	40 (43,48%)	52 (56,52)	92
Total		50	67	117

Al analizar el dolor según si la parturienta tiene la bolsa de las aguas rota, o no y en dependencia de la etnia, observamos que mientras que las españolas ($p=0,511$, $OR= 0,667$ e $IC= 0,198-2,243$) en ambos casos puntúan por encima de ocho en la escala EVA sobre todo si tienen la bolsa rota (66,67%) , las inmigrantes ($p=0,739$, $OR= 1,263$ e $IC= 0,318-5,011$) sólo puntúan por encima de ocho si tienen la bolsa de las aguas íntegra (55,81%), sino puntúan de manera igualitaria.

Etnia			Escala.EVA		Total
			entre 5 y 7	Entre 8 y 10	
Inmigrantes	Bolsa rota	Sí	5 (50%)	5 (50%)	10
		No	19 (44,19%)	24 (55,81%)	43
	Total		24	29	53
Españolas	Bolsa rota	Sí	5 (33,33%)	10 (66,67%)	15
		No	21 (42,86%)	28 (57,14%)	49
	Total		26	38	64

- l) Otros. No se observa asociación significativa entre la escala analógica visual del dolor y la utilización de oxitocina ($p=0,838$), el peso del recién nacido ($p=0,181$), el ser un embarazo deseado ($p=1$) y el uso de la anestesia epidural en partos anteriores ($p=0,615$).

5.1.2 En relación al uso de la anestesia epidural

- a) Existe asociación entre el uso de la anestesia epidural y la etnia. Las españolas utilizan más la anestesia epidural en relación a las extranjeras. Test de Fisher de 14,897 y una $p=0,02$.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Etnia	Magreb	19 (65,52%)	10 (34,48%)	29
	Países del Este	6 (85,72%)	1 (14,28%)	7
	Latinoamericana	11 (100%)	0 (0%)	11
	África subsahariana	4 (66,67%)	2 (33,33%)	6
	Española	60 (93,75%)	4 (6,25%)	64
	Total	100	17	117

Si realizamos una regresión logística binaria para analizar el riesgo por nacionalidades, obtenemos que sólo es significativo frente a las españolas, la etnia del Magreb y del África subsahariana.

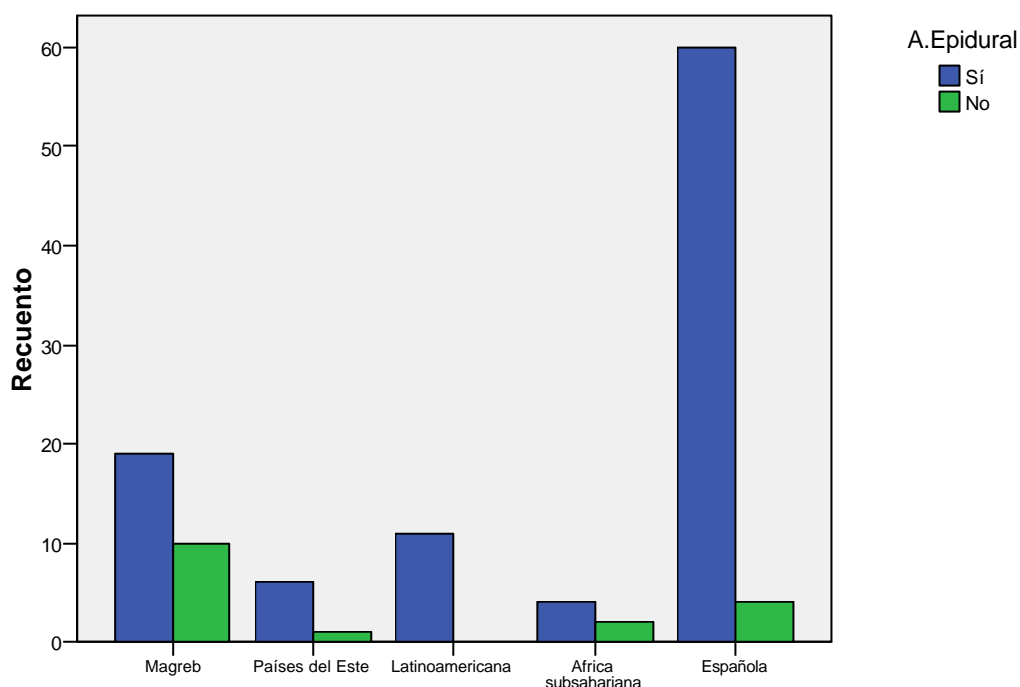
Variable	OR	IC 95%
Etnia		
Magreb	7,895	2,219 - 28,088
Países del Este	2,500	0,239 – 26,122
Sudamérica	0,000	0,000
África subsahariana	7,500	1,039 – 54,116

Si dividimos la muestra entre españolas e inmigrantes y la utilización de anestesia epidural encontramos una prueba de Chi-cuadrado: 7,999, $p= 0,005$, $OR=0,205$ y un IC: 0,062 – 0,674. Las inmigrantes (75,47%) se ponen menos la anestesia epidural que las españolas (93,75%). El ser española está asociado 4,88 (1/0,205) veces con ponerse la anestesia epidural.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Etnia	Inmigrantes	40 (75,47%)	13 (24,53%)	53 (45,3%)
	Españolas	60 (93,75%)	4 (6,25%)	64 (54,7%)
	Total	100	17	117

Gráfico 5. Uso de la anestesia epidural según las diferentes etnias.

Gráfico de barras



- b) Si relacionamos la edad con la utilización de la anestesia epidural. No se encuentra asociación significativa. Test de Fisher de 4,055 y una $p=0,117$. La OR no es significativa en ninguna categoría.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Edad	=24	12 (70,59%)	5 (29,41%)	17
	25-34	68 (89,7%)	8 (10,53%)	76
	=35	20 (83,33%)	4 (16,66%)	24
	Total	100	17	117

Si lo analizamos además mirando su origen, las inmigrantes, con un test de Fisher 2,315 y una $p=0,294$, disminuyen ligeramente el uso de la anestesia a partir de los 35 años. En las españolas, con un test de Fisher 1,588 y una $p=0,631$, se aprecia una ligera disminución conforme avanza la edad.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Edad	menor o igual a 24 años	10 (66,67%)	5 (33,33%)	15
		entre 25 y 34	27 (81,82%)	6 (18,18%)	33
		mayor o igual a 35	3 (60%)	2 (40%)	5
		Total	40	13	53
Españolas	Edad	menor o igual a 24 años	2 (100%)	0	2
		entre 25 y 34	41 (95,35%)	2 (4,65%)	43
		mayor o igual a 35	17 (89,47%)	2 (10,53%)	19
		Total	60	4	64

- c) Existe asociación significativa entre ser nulípara y la mayor utilización de anestesia epidural. Chi cuadrado de 5,785, con una **$p=0,018$** , una OR: 4,484 y un Intervalo de confianza al 95%: 1,213-16,570. El no haber tenido nunca un parto está asociado 4,484 veces a usar la anestesia epidural.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Gestapara	Nulípara	49 (94,23%)	3 (5,77%)	52
	Múltipara	51 (78,46%)	14 (21,54%)	65
Total		100	17	117

Al analizarlo respecto al uso de anestesia epidural entre las nulíparas y múltiparas según su origen no se observa asociación. Aunque las inmigrantes con una $p=0,138$, OR=3,300 y un IC= 0,642-16,961, que son nulíparas hacen un mayor uso de la anestesia (88,24%) que las que han tenido por lo menos un hijo. Lo mismo sucede entre las españolas, con una $p=0,218$, OR=3,923 e IC= 0,386-39,922, se observa un mayor uso entre las que nunca han tenido ningún hijo aunque no de manera significativa.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Gestapara	Nulípara	15 (88,24%)	2 (11,76%)	17
		Múltipara	25 (69,44%)	11 (30,56%)	36
	Total		40	13	53
Españolas	Gestapara	Nulípara	34 (97,14%)	1 (2,86%)	35
		Múltipara	26 (89,66%)	3 (10,34%)	29
	Total		60	4	64

- d) Si relacionamos la utilización de anestesia epidural y el nivel de instrucción si que encontramos asociación significativa. Test de Fisher de 14,111 y una $p=0,001$. Se utiliza mayormente la anestesia epidural a mayor nivel de instrucción.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Estudios realizados	No escolarización	12 (57,14%)	9 (42,86%)	21
	Graduado escolar	26 (86,67%)	4 (13,33%)	30
	Bachiller superior o FP	36 (92,31%)	3 (7,69%)	39
	Estudios universitarios	26 (96,30%)	1 (3,7%)	27
	Total	100	17	117

Si realizamos una regresión logística binaria para analizar el riesgo del nivel de instrucción frente al uso de la anestesia epidural tomando como referencia los estudio universitarios tenemos que sólo existe asociación significativa respecto a la no escolarización:

Variable	OR	IC 95%
Nivel de instrucción		
No escolarización	19,500	2,213 – 171,861
Graduado escolar	4,000	0,418 – 38,245
Bachiller superior o FP	2,167	0,213 – 22,019
Estudios universitarios	1	

Si lo analizamos en función de su origen, aunque vemos que pasa a ser no significativo, el hecho de que se utilice más la anestesia a mayor nivel de instrucción sucede más entre las inmigrantes, con un test de Fisher 6,276 y una $p=0,066$. Entre las españolas esto no se observa, con un test de Fisher 0,784 y una $p=0,785$.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Estudios realizados	No escolarización	12 (57,14%)	9 (42,86%)	21
		Graduado escolar	18 (81,82%)	4 (18,18%)	22
		Bachiller superior	7 (100%)	0	7
		Estudios universitarios	3 (100%)	0	3
		Total	40	13	53
Españolas	Estudios realizados	Graduado escolar	8 (100%)	0	8
		Bachiller superior	29 (90,63%)	3 (9,37%)	32
		Estudios universitarios	23 (95,83%)	1 (4,17%)	24
		Total	60	4	64

e) En cuanto a la utilización de la anestesia epidural y la situación laboral no se encuentra asociación significativa con un Test de Fisher de 8,125 y una $p=0,062$.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Situación laboral	Ama de casa	31 (73,81%)	11 (26,19%)	42
	Desempleada	9 (81,82%)	2 (18,18%)	11
	Autónoma	5 (100%)	0 (0%)	5
	Trabajadora cuenta ajena	54 (93,10%)	4 (6,9%)	58
	otras	1 (100%)	0 (0%)	1
	Total	100	17	117

Si las dividimos a su vez por su origen, obtenemos que la mayoría de las inmigrantes ($p= 0,595$) son amas de casa y si trabajan son más propensas a utilizar la anestesia epidural; en cambio entre las españolas ($p= 0,719$), la mayoría trabaja por cuenta ajena y utilizan ampliamente la anestesia epidural trabajen o sean amas de casa.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Situación laboral	Ama de casa	25 (69,44%)	11 (30,56%)	36
		Desempleada	4 (80%)	1 (20%)	5
		Trabajadora cuenta ajena	10 (90,91%)	1 (9,09%)	11
		otras	1 (100%)	0	1
		Total	40	13	53
Españolas	Situación laboral	Ama de casa	6 (100%)	0	6
		Desempleada	5 (83,33%)	1 (16,67%)	6
		Autónoma	5 (100%)	0	5
		Trabajadora cuenta ajena	44 (93,62%)	3 (6,38%)	47
		Total	60	4	64

- f) En cuanto a la anestesia epidural y la asistencia a educación maternal, no se encuentra asociación significativa. Chi-cuadrado de 4,199, una $p=0,059$, una $OR= 3,667$ y un IC: 0,991-13,562. Las que acuden a educación maternal presenta un porcentaje mayor (93,6%) que las que no acuden (80%) a la hora de ponerse la anestesia epidural. La asistencia a educación maternal está asociada 3,667 veces a ponerse la anestesia epidural.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
E. Maternal	Sí	44 (93,62%)	3 (6,38%)	47
	No	56 (80%)	14 (20%)	70
Total		100	17	117

Si lo analizamos en función de la su origen. Las inmigrantes que acudieron a preparación al parto presentan un porcentaje inferior de utilización de anestesia epidural (66,67%) que las que no acudieron (76%), con una $p= 0,715$, $OR=0,632$ e $IC= 0,053-7,592$. Las españolas por el contrario aunque de forma no significativa también con una $p= 0,403$, $OR=2,333$ e $IC= 0,305-17,878$, presentan un porcentaje ligeramente mayor de utilización de la anestesia las que acudieron a educación maternal (95,45%), que las que no lo hicieron (90%).

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	E.Maternal	Sí	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
		No	38 (76%)	12 (24%)	50
	Total		40	13	53
Españolas	E.Maternal	Sí	42 (95,45%)	2 (4,55%)	44
		No	18 (90%)	2 (10%)	20
	Total		60	4	64

- g) Dentro de las multíparas se encuentra asociación significativa entre la utilización de anestesia epidural en partos anteriores y la utilización de anestesia epidural en el actual parto. Chi cuadrado de 10,139, una **$p=0,001$** , $OR: 7,308$ y un $IC: 1,953 - 27,342$. En general las mujeres que habían utilizado la anestesia epidural en los partos anteriores volvieron a utilizarla en el actual. El haber utilizado la anestesia epidural en partos anteriores está 7,308 veces asociado con volverla a utilizar.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Epidural en partos anteriores	Sí	38 (90,48%)	4 (9,52%)	42 (35,9%)
	No	13 (56,52%)	10 (43,48%)	
Total		51	14	65

Si lo analizamos en función de si son inmigrantes o españolas, vemos que en el caso de las inmigrantes es significativo con una $p= 0,035$, $OR=5,727$ e $IC= 1,022-32,103$. En el caso de las españolas no se observa significación, con una $p= 0,167$, $OR=6,000$ e $IC= 0,365-98,720$, pero el 92,31% de las mujeres que se pusieron la anestesia en el anterior parto la vuelven a utilizar.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Epidural en partos anteriores	Sí	14 (87,5%)	2 (12,5%)	16
		No	11 (55%)	9 (45%)	20
	Total		25	11	36
Españolas	Epidural en partos anteriores	Sí	24 (92,31%)	2 (7,69%)	26
		No	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
	Total		26	3	29

Si comparamos el uso de la anestesia epidural en el actual parto, con el uso de anestesia epidural en partos anteriores, pero dividiéndolo entre los que nacieron en España o en su país de origen fuera de España, vemos que la asociación sólo se produce entre las mujeres que ya habían utilizado la anestesia epidural en el anterior parto producido en España ($p=0,021$), mientras que esta asociación no se ve entre las que su anterior hijo lo habían tenido en su país de origen ($p=0,215$).

País de hijos anteriores			A.Epidural		Total
			Sí	No	
España	Epidural en partos anteriores	Sí	36 (90%)	4 (10%)	40
		No	6 (60%)	4 (40%)	10
	Total		42	8	50
País de origen	Epidural en partos anteriores	Sí	2 (100%)	0	2
		No	7 (53,85%)	6 (46,15%)	13
	Total		9	6	15

- h) Si analizamos el uso de anestesia epidural con la expresión del dolor antes de ponerla, vemos que no existe asociación significativa. Test de Fisher 7,695 y una $p= 0,140$. Tanto las mujeres que acompañan el dolor de las contracciones

con varias expresiones como las que no emiten ningún tipo de expresión se ponen la anestesia epidural.

			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Expresión del dolor contracciones	Chillidos		0 (0%)	1 (100%)	1
	Quejidos y lamentos		24 (85,71%)	4 (14,29%)	28
	Movimientos corporales activos		7 (77,78%)	2 (14,29%)	9
	Expresión facial		36 (92,31%)	3 (7,69%)	39
	Nada		6 (100%)	0 (0%)	6
	Varios		27 (79,41%)	7 (20,59%)	34
Total			100	17	117

Si lo analizamos en función de su origen. Test de Fisher 6,559, con una $p=0,234$ en las parturientas inmigrantes y Test de Fisher 4,252, con una $p=0,304$ en las españolas. Es llamativo que en ambos grupos las que no manifestaron ninguna expresión se pusieron la anestesia.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Expresión del dolor contracciones	Chillidos	0	1 (100%)	1
		Quejidos y lamentos	13 (86,67%)	2 (13,33%)	15
		Movimientos corporales activos	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
		Expresión facial	12 (85,71%)	2 (14,29%)	14
		Nada	1 (100%)	0	1
		Varios	12 (63,16%)	7 (36,84%)	19
		Total	40	13	53
Españolas	Expresión del dolor contracciones	Quejidos y lamentos	11 (84,62%)	2 (15,38%)	13
		Movimientos corporales activos	5 (83,33%)	1 (16,67%)	6
		Expresión facial	24 (96%)	1 (4%)	25
		Nada	5 (100%)	0	5
		Varios	15 (100%)	0	15
		Total	60	4	64

- i) En relación a la anestesia epidural y el acompañamiento durante el parto no se observa asociación. Test de Fisher de 6,637 y una $p=0,062$, OR: 0,578, IC al 95%: 0,115–2,892. Llama la atención que los que estuvieron acompañados en proporción se pusieron más la anestesia epidural que los que no lo estuvieron (66,68%).

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Acompañamiento durante el parto	Ninguno	1 (33,33%)	2 (66,68%)	3
	Pareja	93 (86,91%)	14 (13,09%)	107
	Familiar	4 (100%)	0	4
	Amiga	2 (66,68%)	1 (33,33%)	3
Total		100	17	117

Si lo analizamos en función de su origen, podemos observar que las inmigrantes ($p=0,305$) que no estuvieron acompañadas utilizaron menos como alivio del dolor la epidural, que las que estuvieron acompañadas que la usaron mayoritariamente sobre todo si fue un familiar el quien estuvo con ellas en el proceso del parto. Las españolas ($p=0,795$) la utilizaron masivamente.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Acompañamiento durante el parto	Ninguno	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3
		Pareja	34 (77,27%)	10 (22,73%)	44
		Familiar	3 (100%)	0	3
		Amiga	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3
	Total		40	13	53
Españolas	Acompañamiento durante el parto	Pareja	59 (93,65%)	4 (6,35%)	63
		Familiar	1 (100%)	0	1
	Total		60	4	64

- j) Se observa asociación entre la dilatación y el uso de anestesia epidural. Chi-Cuadrado 12,259, una $p= 0,001$, una OR= 6,138 y un IC: 2,046-18,408. Las mujeres que ingresan con menos dilatación en el hospital tienen 6,138 veces más posibilidad de ponerse la anestesia epidural que las que ingresan con más de 5cm.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Dilatación	=4	77 (92,77%)	6 (7,23%)	83
	=5	23 (67,65%)	11 (32,35%)	34
Total		100	17	117

Si lo analizamos en función de la etnia. Esto sucede tanto en las inmigrantes ($p= 0,005$, OR=6,400 y un IC= 1,643-24,927), como en las españolas y una ($p= 0,031$, OR=9,000 e IC= 0,869-93,188).

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Dilatación	=4	32 (86,49%)	5 (76,49%)	37
		=5	8 (50%)	8 (50%)	16
	Total		40	13	53
Españolas	Dilatación	=4	45 (97,83%)	1 (2,17%)	46
		=5	15 (83,33%)	3 (16,67%)	18
	Total		60	4	64

- k) En relación a la rotura prematura de membranas. Chi-cuadrado de 1,092, una $p=0,296$, OR= 2,240 y un IC: 0,477-10,525. Aunque no existe asociación, se observa que se ponen más la epidural las mujeres que tiene la bolsa del líquido amniótico rota (92%), que las que no la tienen (83,69%).

		A.Epidural		Total
		Sí	No	
Bolsa rota	Sí	23 (92%)	2 (8%)	25
	No	77 (83,69%)	15 (16,31%)	92
Total		100	17	117

Si lo analizamos en función de si son inmigrantes ($p=0,712$, $OR=1,375$ y un $IC=0,253-7,483$) o españolas ($p=0,253$). Observamos que en ambos grupos, aunque mayoritariamente entre las españolas demandan la anestesia epidural si presentan la bolsa del líquido amniótico rota.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Bolsa rota	Sí	8 (80%)	2 (20%)	10
		No	32 (74,42%)	11 (25,58%)	43
	Total		40	13	53
Españolas	Bolsa rota	Sí	15 (100%)	0	15
		No	45 (91,84%)	4 (8,16%)	49
	Total		60	4	64

- l) Se observa asociación entre el uso de la oxitocina durante el parto y la utilización de anestesia epidural. Chi-cuadrado 19,417, una $p=0,000$, una $OR=9,625$ y un IC del 95% de 3,111 a 29,774. El uso de oxitocina esta asociado 9,625 veces a la utilización de anestesia epidural.

		A.Epidural		Total
		Sí	No	Sí
Oxitocina	Sí	84 (93,33%)	6 (6,67%)	90 (76,9%)
	No	16 (59,26%)	11 (40,74%)	27 (23,1%)
Total		100	17	117

Si lo analizamos en función de si son inmigrantes $p=0,002$, $OR=8,167$ y un $IC=1,939-34,391$ o españolas $p=0,000$ se encuentra asociación en ambos grupos.

Etnia			A.Epidural		Total
			Sí	No	
Inmigrantes	Oxitocina	Sí	35 (85,37%)	6 (14,63%)	41
		No	5 (41,67%)	7 (58,33%)	12
	Total		40	13	53
Españolas	Oxitocina	Sí	49 (100%)	0	49
		No	11 (73,33%)	4 (26,67%)	15
	Total		60	4	64

m) Otros. No se observa asociación entre el uso de la anestesia epidural y el peso final del recién nacido ($p=1$), si se trata de un embarazo deseado ($p=0,346$).

5.1.3. Si analizamos el cambio de expresión del dolor al estar acompañada según la etnia.

n) Se observa significación estadística entre ser magrebí y cambiar la expresión del dolor al estar o no acompañada, con un test de Fisher de 8,730 y una $p=0,040$. Las españolas por el contrario no cambian la expresión del dolor al estar o no acompañadas, tampoco las sudamericanas o las del África subsahariana.

		Cambia expresión de dolor con acompañamiento		Total
		Sí	No	
Etnia	Magreb	3 (10,35%)	26 (89,65%)	29
	Países del Este	1 (14,29%)	6 (85,71%)	7
	Sudamericana	0	11 (100%)	11
	África subsahariana	0	6 (100%)	6
	Española	0	64 (100%)	64
	Total	4	113	117

5.2 Análisis Multivariante. Regresión logística múltiple

Según el grado de significación, las variables más fuertemente relacionadas con la anestesia epidural y con menos implicación del azar, son la utilización de oxitocina durante la dilatación ($p=0,017$) y la utilización de anestesia epidural en partos anteriores ($p=0,034$). El resto de variables se ve influenciadas por el azar.

Variables	Significación	Razón de prevalencia (exp β)	Intervalo de confianza del 95%
Etnia (inmigrantes frente a españolas)	0,02	0,448	0,033-6,031
Utilización de epidural en partos anteriores (si/no)	0,001	6,490	1,150-36,637
Dilatación (=4,=5)	0,001	0,874	0,134-5,709
Oxitocina(si/no)	0,000	12,418	1,569-98,281
Estudios	0,001	0,485	0,046-4,316

6. Discusión

El presente trabajo estudia las experiencias del dolor en el parto en mujeres de cinco nacionalidades diferentes: magrebíes, de Europa del Este, sudamericanas, del África Subsahariana y españolas. Este estudio ha sido llevado a cabo de mitad del mes de enero a final de marzo del 2012, en el Hospital Reina Sofía de Tudela.

La cultura juega un papel importante en las actitudes y percepciones de este dolor que puede ser visto como una prueba de feminidad, una prueba de competencia personal, la experiencia máxima y el primer acto de la maternidad. En el dolor del parto influye una gran complejidad de variables múltiples.

En la bibliografía consultada queda claro que, los comportamientos hacia el dolor, pueden variar mucho entre los diferentes grupos culturales como resultado de patrones aprendidos. Sólo hay que observar como en países vecinos, las mujeres paren de distinta forma. En Holanda, Gran Bretaña y Finlandia las mujeres paren masivamente en casa o en casas de partos, por lo tanto, sin métodos farmacológicos de alivio del dolor. Las holandesas, por ejemplo, utilizan menos métodos farmacológicos en el trabajo de parto, ya que ven el nacimiento como un proceso natural y están convencidas de que hay que darle tiempo a su cuerpo para que la naturaleza siga su curso ⁽¹⁴⁾. En cambio en otros países como en España, las casas de parto son poco numerosas y tenemos una alta medicalización del proceso del parto. En los países de Europa del Este, según relatan en una entrevista realizada a una ginecóloga búlgara y una rumana, el tipo de parto depende de lo que puedas pagar: *“Si tienes miedo y quieres una cesárea quedas con el médico y ya está, tienes que quedar con un equipo antes del parto”*. En Sudamérica también existe una alta medicalización del parto, “el ginecólogo cobra más si es una cesárea” comenta una informante ecuatoriana y en el África subsahariana la mortalidad materna y del recién nacido es muy alta. En cuanto a las magrebíes en Marruecos, paren mayoritariamente en el hospital mientras que, las de los pueblos más alejados de las ciudades, recurren a una “Kabla” que es una matrona que acude a ayudar a las mujeres a parir en el domicilio. El resto va a la clínica en el momento del parto.

La primera pregunta de investigación hace referencia a si las españolas presentan más dolor que las mujeres inmigrantes en el proceso del parto. En este estudio no se ha observado asociación significativa entre la etnia y la escala analógica visual del dolor (EVA) ($p=0,837$). Tanto las magrebíes, como las españolas y las mujeres de Europa del Este, puntúan mayoritariamente más alto, por encima de 8 en esta escala del dolor. Por el contrario las parturientas africanas presentan puntuaciones más equilibradas (50%) y las sudamericanas incluso invertidas, ligeramente un mayor número (54,54%) puntúan por debajo de siete.

Por el contrario, en un estudio realizado en Toledo por Celia Novillo, observaron que las extranjeras (marroquíes, sudamericanas y de Europa del Este) puntuaban en la escala EVA en menor grado que las españolas, aunque estas lo hacían en mayor, en una escala visual de valoración del miedo al parto ⁽¹²⁾. La posible discrepancia en estos datos, es que ambos estudios han contado con una muestra pequeña, en nuestro caso es de 117 mujeres y en el suyo de 70 parturientas, por lo que se necesitaría una mayor proporción de sujetos para llegar a un resultado más significativo.

Por otro lado, aunque la escala analógica visual del dolor es el método más común de evaluación del dolor, tanto en la práctica clínica como en la investigación, sólo evalúa la intensidad del dolor, no refleja los aspectos emocionales, motivacionales y culturales del dolor ⁽³⁾. Una limitación de esta escala según los estudios puede ser, que se pasa como es el caso de este estudio, antes de administrar a las mujeres que lo desean la anestesia epidural y en las demás a los 8 centímetros. Esto implica diferentes (cm de dilatación) fases del trabajo de parto, pero no se puede medir a todas las mujeres a la vez, ya que cuando una mujer llega al hospital se relaciona con la magnitud y duración del dolor que percibe ⁽³⁶⁾.

Ante la segunda pregunta de investigación, sobre si las españolas utilizan más la anestesia epidural, los resultados muestran una asociación significativa ($p= 0,02$) entre ser española y utilizar analgesia sobre todo frente a las mujeres magrebíes y del África subsahariana, que son las más reticentes a utilizarla. El ser española está asociado 4,88

veces con ponerse la anestesia epidural. Aunque este método también es utilizado ampliamente por las sudamericanas y las de Europa del Este. No se observa, por el contrario, significación entre el uso de anestesia epidural y una mayor puntuación en la escala analógica del dolor (EVA) ($p=0,502$, OR: 1,440).

Llama la atención que las inmigrantes que viven en nuestro país, acaban adquiriendo nuestras costumbres. Cada vez se ponen más la anestesia epidural y acuden en un estadio precoz del parto. Según una magrebí entrevistada, *“en Marruecos la familia no deja que vayas al hospital. La mujer aguanta en casa con dolor. Mi hermana grande, en casa, toda la familia con ella, le dan algo como una infusión y espera, espera, hasta que casi va a salir el bebe. Si hubiera estado con mi familia hubiera aguantado más en casa, pero al estar sola y manchar me asusté y fui al hospital”*.

Por otro lado, en varios estudios norteamericanos exponen que las mujeres negras e hispanas son menos propensas a utilizar la anestesia epidural que las gestantes blancas no hispanas ^(37,38). En mi estudio, aunque es utilizada por todas las etnias, existe más reticencia al uso de esta técnica por las mujeres magrebíes. Entre las magrebíes, el motivo que aluden mayoritariamente para no querer la anestesia o “vacuna en la espalda” como asiduamente llaman a poner la anestesia epidural, es por un futuro dolor de espalda en el lugar de la punción que dicen suele quedar después del parto.

Si le preguntas a una mujer magrebí por qué en su país de origen no se ponen la anestesia, contestan que es porque *“hay que pagarla aparte”*. En Bulgaria sucede lo mismo, aunque las mujeres cuando vienen a España no tienen tanta reticencia a utilizarla ya que para ellas es un beneficio. Las mujeres sudamericanas también utilizan mayoritariamente la analgesia epidural, en este estudio todas la utilizaron. En Ecuador por ejemplo una mujer entrevistada también relata que si quieres hacer uso de ella debes pagarla a parte acudas a un centro público o privado.

La tercera pregunta de investigación hace alusión sobre si las mujeres cambian la expresión del dolor al estar acompañadas. En los hospitales se suele decir de forma

subjetiva por las matronas que atienden partos, que las mujeres magrebíes se quejan más si sus parejas están presentes. En este estudio, los resultados asocian el ser inmigrante a cambiar la expresión del dolor al estar acompañada ($p=0,040$), sobre todo en las inmigrantes magrebíes.

En un estudio realizado por Einat Sheiner, en el que investigaba las experiencias del parto entre beduinas y judías, estas últimas informaban de un dolor más intenso si su pareja estaba presente. Por otro lado el personal médico y las matronas manifestaban que las mujeres judías presentaban un mayor dolor en el parto que las beduinas. Al analizar los datos de la escala analógica del dolor (EVA) según habían puntuado las mujeres, vieron que las dos etnias: beduinas y judías puntuaban de forma similar en esta escala, aunque lo manifestaran de distinta manera ⁽¹³⁾.

En este estudio piloto existe asociación entre la escala del dolor con las manifestaciones que presentaron las mujeres de parto ($p=0,002$). Se observa que las que no expresan ningún tipo de dolor o lo hacen mediante movimientos corporales activos, puntúan por debajo de siete en la escala EVA y las que manifiestan varias expresiones a la vez, se quejan y lamentan, chillan o la manifiestan mediante expresiones faciales dan unas puntuaciones más altas en la escala analógica visual del dolor. Si lo analizamos además por su origen, diferenciando la muestra entre españolas ($p=0,014$) e inmigrantes ($p=0,125$) vemos que esto sólo es significativo en las españolas, aunque ambas mayoritariamente expresan el dolor de las contracciones con varias expresiones a la vez.

Según un estudio realizado por Lynn Callister, el parto fue visto por las mujeres como “un acto difícil, pero poderoso”. Fue visto como una experiencia agri dulce, con sentimientos paradójicos, entre el amor y el dolor. Las mujeres musulmanas expresaban el dolor gritando y llorando en comparación con otras etnias. Las mujeres guatemaltecas también a veces gritan un mantra para que les de fuerza o le chillan a Dios “¡Dios mío, no puedo, no aguanto más!” pero aceptan el dolor como una obligación en la vida de la mujer ⁽³⁹⁾.

Ante la pregunta cualitativa sobre este tema, una mujer magrebí relataba “*En Marruecos, mi hermana chillaba mucho. En la clínica cuando fui había mucha gente*

que gritaba. No sé si es porque trabajan mucho, cogen mucho peso y por eso les duele la espalda, no sé. Hay otras mujeres que no dicen nada.”

Respecto al acompañamiento, no se asocia significación entre la intensidad del dolor y el estar acompañada o no por la pareja, un familiar o una amiga. ($p=0,484$), pero sí que se observa que las personas que no estaban acompañadas refirieron más dolor y las que estaban con una amiga o un familiar menos, sobre todo entre las inmigrantes. Si era la pareja la que se encontraba presente en el periodo de dilatación hay disparidad de resultados, pero inclinándose a puntuar más alto en la escala EVA. En algunas culturas como en la árabe y en la africana el marido no suele estar en este proceso ⁽³³⁾. En España, se encuentran en otro país, con otra cultura, sin otro apoyo familiar y muchas veces al hablar con más fluidez nuestro idioma, la pareja tiene que actuar como interlocutor de su mujer. Estos normalmente se aburren y se muestran poco participativos, aparecen como meros observadores. Una mujer magrebí dice de ellos: “Aquí mi marido conmigo, pero no es como mi madre, mi hermana, mi familia, no es igual...”

Tampoco se ha observado en este estudio que exista asociación entre el acompañamiento y la utilización de la anestesia epidural ($p=0,062$).

La cuarta y última pregunta que se plantea en este estudio es sobre si influyen alguna de las características sociodemográficas u obstétricas en el nivel de dolor o en el uso de la anestesia epidural. En los resultados de este estudio piloto se observan diferencias significativas en cuanto al nivel de instrucción. No entre la intensidad del dolor valorada por la escala EVA y el nivel de estudios ($p=0,443$), aunque las inmigrantes y las españolas puntúan por encima de ocho en la escala EVA a menor nivel de instrucción, pero sí que se observa que, a mayor nivel de instrucción mayor utilización de la anestesia epidural ($p=0,004$), sobre todo en el caso de las mujeres que han cursado estudios universitarios respecto a las que no han sido escolarizadas. En el estudio realizado por Einat Sheiner, observaron que por el contrario a este estudio, las beduinas presentaban más dolor cuanto más nivel de instrucción tenían ⁽¹³⁾.

En otro estudio realizado por Eva Robertson, también encontraron diferencias significativas entre el país de nacimiento y el nivel de educación alcanzado. Contrariamente cuanto mayor era el nivel de educación, mayores eran las probabilidades de la reducción del dolor pero utilizando métodos alternativos, para las mujeres nacidas en el oeste de los países occidentalizados como Finlandia y Suecia.

Esto también se aplicaba, pero con menos probabilidad, a las mujeres nacidas en el sur de Europa y Sudamérica. Sin embargo en el estudio, los demás grupos de mujeres extranjeras no mostraron diferencias significativas⁽⁴⁰⁾.

En relación a la situación laboral y la escala analógica visual del dolor (EVA) en este estudio piloto se ha observado una asociación significativa ($p=0,016$), sobre todo entre las españolas. Si relacionamos a las mujeres que trabajan fuera de casa por cuenta ajena respecto a las autónomas, éstas últimas perciben con menor intensidad el dolor, pero utilizan mayoritariamente la anestesia epidural. Entre el uso de esta anestesia y la situación laboral no se observa asociación ($p=0,062$), pero si que se aprecia un mayor rechazo entre las inmigrantes que son amas de casa que entre las que trabajan fuera.

Entre la edad y la utilización de anestesia no se observa significación ($p=0,117$), pero entre las españolas se puede apreciar una ligera disminución conforme aumenta la edad y entre las inmigrantes se utiliza más en el rango de edad entre los 25 y los 34 años. Con relación a la intensidad del dolor ($p=0,889$) tampoco existe asociación, aunque se observa en las españolas que la percepción del dolor disminuye ligeramente a partir de los 35 años, ya que el 52,63% puntúa por debajo de siete en la escala del dolor.

Se ha observado también que a menor dilatación al ingresar en el servicio de partos, mayor uso de la anestesia epidural ($p= 0,001$), pero no por el contrario asociación con mayores puntuaciones en la escala del dolor ($p= 0,529$).

En el análisis multivariante únicamente dos variables han demostrado de forma independiente una relación con la anestesia epidural. Las mujeres que se pusieron la anestesia en sus anteriores partos tienen una frecuencia de 6,49 veces de volverla a usar. Así como, el uso de oxitocina durante la dilatación supone una frecuencia de

12,42 veces más posibilidades de utilizarla, que en aquellas mujeres que no se les puso oxitocina durante el parto.

En un estudio realizado en los países nórdicos (Bélgica y Holanda) encontraron que a menor edad existía mayor probabilidad de utilizar algún alivio para el dolor, por el contrario no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la paridad o el nivel educacional ⁽³⁹⁾. En nuestro estudio si que se ha observado una asociación entre no haber tenido ningún hijo y un mayor uso de la anestesia epidural ($p=0,018$).

En otro trabajo realizado por Biedma en Andalucía entre el año 2000 y el 2007, entrevistaron telefónicamente a mujeres ingresadas con diagnóstico de parto, sobre el uso de la anestesia epidural. Observaron que el uso de esta técnica, se ha multiplicado por dos desde el año 2000 al 2007. El 63,7% de las 11299 mujeres que al final compusieron la muestra se pusieron la anestesia epidural y el 36,3% no se la puso, porque alegó no considerarlo oportuno. El mayor rechazo a la anestesia epidural en ese estudio también se producía en las mujeres con bajos ingresos, nivel educativo inferior y en las amas de casa ⁽⁵⁾. En mi estudio piloto el motivo, por el que las españolas no se pusieron la anestesia es porque no dio tiempo y a mayor nivel de instrucción mayor uso. Sólo se ha observado una diferencia pero no significativa en las amas de casa, como hemos comentado, en relación a las inmigrantes.

En general, las mujeres que dan a luz con epidural tienen un nivel alto de satisfacción y esta es utilizada mayoritariamente en nuestro medio. Sería conveniente realizar investigaciones con respecto a qué alivio del dolor elegirían las mujeres si se les ofreciera una gama de opciones más allá de la analgesia epidural, ya que a veces, no sólo es valorable el dolor, sino la forma en que éste se gestiona. Estar bien informado y participar activamente en las decisiones que se toman, es importante para la satisfacción posterior de la experiencia del nacimiento de una nueva vida.

Por otra parte, según la bibliografía durante la primera etapa del trabajo de parto (antes de los 5 cm), las mujeres que nunca han tenido un hijo, en promedio experimentan mayor dolor sensorial según los estudios, que las mujeres que ya han

tenido algún hijo ⁽³⁾. En este estudio piloto no se han encontrado asociación significativa entre la paridad y la escala analógica del dolor ($p=0,226$), pero si que se observan una diferencia de puntuaciones más altas entre las nulíparas. Queda además patente que las inmigrantes embarazadas de su primer hijo son más jóvenes que las españolas. La media de edad del primer parto en las españolas de este estudio ha sido de 30,40 con una desviación estándar de 4,36. En cambio la media de edad de las otras etnias, para tener su primer hijo es de 23,12, con una desviación típica de 4,38. Con estos datos podemos observar una gran diferencia cultural con algunas etnias, ya que por ejemplo, aunque las etnias seleccionadas, a excepción de la española, para este estudio suelen tener los hijos muy jóvenes, en el caso de las mujeres del África Subsahariana su valoración social depende de los hijos que tenga, y las mujeres magrebíes si no tienen hijos al poco de casarse, el marido puede repudiarlas ⁽³³⁾, cosa que no sucede con las mujeres sudamericanas, españolas y de Europa del Este.

Para muchas nulíparas el dolor del parto, es la primera experiencia significativa con el dolor. Y ese miedo al dolor puede aumentar la ansiedad que siente la futura madre, aumentar la secreción de catecolaminas ⁽³⁾ y producirse un aumento del dolor en la primera fase del parto. Una mujer con confianza en su capacidad para hacer frente al trabajo del parto, se correlaciona con una menor percepción de dolor y una disminución del uso de medicamentos. Tal vez esto es lo que más influya en las diferentes culturas, pues todas somos anatómicamente similares y parimos de la misma forma. Tal vez habría que incidir en formar a las gestantes en los grupos de educación maternal, para hacerlas más conscientes de su propia fuerza interior. El problema que se presenta, como se refleja en mi estudio, es que la mayoría de las mujeres que acuden a los grupos de educación maternal son españolas. Las extranjeras por no entender el idioma o por desconocimiento se quedan al margen. Habría que fomentar su inclusión en estos grupos y dirigirlos más hacia la disminución de la ansiedad ante lo desconocido y al uso de habilidades de afrontamiento. Tenemos que ser capaces de ayudar a la mujer a adquirir habilidades para disminuir ese cúmulo de variables que producen y aumentan el dolor en el parto: el miedo al dolor, las experiencias previas, la preocupación por el resultado, la frecuencia de las contracciones, etc. y reforzar su confianza, pues ellas son las mejores predictoras de que todo funciona y avanza correctamente en su interior.

En este estudio, como en el de Einat Sheiner realizado en Israel, no se han observado diferencias significativas entre la asistencia a educación maternal y la evaluación del dolor ($p=0,427$). Mientras que las españolas que nunca han tenido un hijo acuden masivamente a educación maternal en la población de Tudela, no lo hacen así las inmigrantes, ya sea por la dificultad idiomática o porque, como dice una magrebí, *“en Marruecos todas las mujeres de la familia son matronas, han tenido hijos y hablas con ellas sobre el parto”*, este hecho se debería solventar haciendo unas charlas más integradoras y más atractivas para mujeres de diversas culturas, ya que en España no disponen de la red familiar que poseen en su país de origen y así potenciar en todas las mujeres su capacidad de afrontamiento.

En el estudio de Lynn Callister, vieron que el uso de medicamentos para el dolor, es más bajo, si las mujeres tienen una actitud positiva hacia el dolor del parto y aceptan este dolor como necesario para la evolución de la dilatación y el nacimiento de su bebé⁽³⁹⁾.

Bajo otro punto de vista, en el artículo de la buena sufridora realizado por Lourdes Biedma ⁽⁵⁾, así como en mi estudio, no se observa al perfil de mujer que demanda “un parto natural”. Normalmente, se trata de una persona con un nivel socioeducativo superior y que fundamenta su negación, en aspectos biomédicos muy elaborados. Este hecho, no quiere decir que no existan en este núcleo urbano, sólo que igual eligen formas o lugares alternativos para su parto.

Cada vez en nuestro país surgen voces discrepantes referidas a la alta medicalización de los partos en nuestros hospitales. Así asociaciones como “el parto es nuestro” aboga por una mayor humanización y una mejor atención a las madres y bebés en el embarazo, parto y puerperio.

En un estudio en Dinamarca vieron que el medio ambiente puede afectar a la capacidad de las mujeres a enfrentarse al dolor. Hicieron la comparación entre dos grupos de mujeres que fueron a parir a una casa de maternidad o al hospital. Observaron que las gestantes que iban a parir al hospital, solicitaban más medicación para paliar el dolor que las que iban a la casa de maternidad. No se encontraron diferencias significativas, pero incluso las mujeres que fueron enviadas al hospital

porque no había sitio en la casa de maternidad pidieron más alivio del dolor. También observaron que las mujeres que parían en la casa de maternidad tenían un nivel social mayor a las que lo hacían en el hospital ^(3,31). Esta claro que las variaciones del dolor del parto se asocian con la confianza en la propia capacidad de cada mujer de manejar el dolor en el parto ⁽¹⁴⁾.

Contrariamente, Le Bretón consideró que la clase social intervenía en la relación con el dolor. Él afirma que las clases sociales más altas tienen un culto al cuerpo que les hace rechazar cualquier tipo de dolor, mientras que las clases más bajas pueden tener una actitud más resignada ante el dolor. En este sentido, el dolor puede ser utilizado por algunas personas, a veces de forma inconsciente, para obtener atención y reconocimiento de las demás personas que le rodean. Tal vez, este sea el motivo que como hemos comentado anteriormente afecte a algunas mujeres magrebíes.

Finalmente decir, que existe poca bibliografía que verse sobre el dolor en el parto en las distintas culturas. Parte de los estudios que existen, no se pueden comparar entre sí al tratarse de grupos o subgrupos étnicos distintos y en situaciones diferentes de atención obstétrica.

7. Limitaciones

Como limitación cabe destacar que puede haber existido un error en la subjetividad de la valoración de la escala del dolor EVA. Al ser pasada esta escala en el estudio, por diferentes matronas del área asistencial de partos, puede que no todas las mujeres comprendiesen del todo lo que se les pedía, dada la gran variedad cultural y a veces el problema de entendimiento que existe con las parturientas que no hablan correctamente nuestro idioma.

Otra limitación, es la no existencia de suficiente representatividad de las diferentes nacionalidades, debido a que se cogieron a las gestantes que acudieron de parto en un periodo concreto y corto de tiempo. Por otro lado, se realizó una comparación por meses de las distintas nacionalidades en el año anterior a este estudio, no observándose que hubiera diferencia entre la afluencia de parturientas de diferentes etnias distribuidas en los diferentes meses.

Del total de mujeres que acudieron a parir al Hospital Reina Sofía de Tudela sólo se recogieron 120 cuestionarios, debido a olvidos o falta de tiempo para rellenar los cuestionarios por las matronas, debido a la presión asistencial, sobre todo en los fines de semana en los cuales por logística interna del hospital sólo hay una matrona por turno, en vez de dos que hay entre semana. No se ha observado ningún patrón individual en la no cumplimentación de los cuestionarios.

Al realizar una entrevista en profundidad con técnicas cualitativas a una sola mujer magrebí, en una sociedad multicultural, su testimonio no puede considerarse totalmente representativo de su cultura.

Por último decir que al tratarse de un estudio piloto en un sólo centro asistencial y de forma no aleatoria no tiene validez interna, ni se puede extrapolar a otras poblaciones.

8. Conclusiones

Aunque el dolor es una experiencia común en todos los grupos étnicos, comprender el significado cultural del dolor en el parto es una parte fundamental del trabajo de las matronas y de cualquier personal sanitario que tenga relación con las gestantes para así poder facilitar una experiencia de parto satisfactoria.

Los datos obtenidos en este estudio piloto muestran una asociación de la escala analógica del dolor (EVA) con la expresión del dolor y la situación laboral.

En cuanto a la anestesia epidural, aún existiendo una gran influencia cultural, se ha observado que es utilizada ampliamente por todas las etnias aunque sigue siendo más demandada por las españolas. A su vez, se ha visto asociación con aquellas mujeres que se enfrentan a su primer parto, por las gestantes con un nivel educativo mayor, por las que ingresan con menor dilatación, con las que se utilizó oxitocina durante la dilatación y por las que ya la utilizaron en su primer parto. Estas dos últimas variables son las únicas que han mostrado independencia respecto al resto de variables en el análisis multivariante.

El amplio rango hallado en los intervalos de confianza hace ver que se necesita un estudio más amplio para descubrir si las asociaciones encontradas son debidas al azar o independientes de él. También sería interesante, aumentar el estudio incluyendo la percepción del dolor de todo el proceso del parto al alta.

Los estudios más cualitativos se hacen por tanto necesarios para valorar las percepciones, actitudes, valores y respuestas a conductas de dolor y las preferencias para el tratamiento de éste. En el ámbito multicultural en el que vivimos, cada mujer debe poder decidir y ser partícipe del proceso del nacimiento de su hijo, de forma que ella y su acompañante se encuentren apoyados.

Bibliografía

- 1) Wong Cynthia A. Advances in labor analgesia. Int J Womens Health. 2010 Aug; 9(1):139-54.
- 2) Edrino Virginia, Pastrana Juana M, Rodríguez Francisco. Embarazo, parto y puerperio. Formación continuada Logoss. 5Ed; 2004.
- 3) Lowe Nancy. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol 2002 May;186(5):16-24.
- 4) La Biblia. Génesis Capítulo 3 Versículo 16.
- 5) Biedma Lourdes, García José M, Serrano Rafael. 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.
- 6) Marvin Harris. Vida doméstica En: Introducción a al antropología general. 3ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1993.
- 7) Le Bretón David. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999.
- 8) Oliver María I. Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. Matron Prof. 2002;9:21-27.
- 9) Mateu Natàlia, Paricio Beatriz Pilar, Farré Cristina, Mas Mª Belén. Analgesia epidural como control del dolor y cultura. Rev Paraninfo Digital, 2011; 11. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n11-12/058d.php>> [Consultado el 20 de Febrero de 2012].
- 10) Luque Miguel Angel, Oliver María Isabel. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. [Index Enferm] (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_9-13.php> [Consultado el 20 de Noviembre de 2011]
- 11) Lopez A.M, Martín M.A, Rodriguez R.M, rosa R, Sanchez M.I. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Prof 2002;10:32-39.

- 12) Novillo Celia, Gómez Sagrario, Duque Carmen, Sukkarieh Sandra, Tudela Cristina, Rodríguez Mª José. Diferencias en la vivencia del dolor en el parto en las diferentes culturas. 2009. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/077d.php>. [Consultado el 10 de Diciembre 2011].
- 13) Sheiner Einat K, Sheiner Eyal, Shoham-Vardi Ilana, Mazor Moshe, Katz Miriam. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. *Pain* 1999; 81(3):299-305.
- 14) Christiaens Wendy, Verhaeghe Mieke, Bracke Piet. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2010 Sep;10:268-280.
- 15) Boletín estadístico de extranjería e inmigración. 2009 Disponible en: <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Boletines/Archivos/boletin19.pdf>. [Consultado el 19 de Noviembre de 2011]
- 16) Albizu L, Goñi J, Mejías A. Educación maternal y reconocimiento del inicio del parto Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n2/enfera.html>. [Consultado el 4 de Marzo de 2012].
- 17) Hospital Reina Sofía de Tudela. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/61B64E96-659A-4593-9C6F-B217303C05E8/180649/ReinaSofia.pdf>. [Consultado el 4 de Marzo de 2012].
- 18) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 19) Leeman Lawrence, Fontaine Patricia, King Valerie, Klein Michael C, Ratcliffe Stephen. The nature and management of labor pain: part II. Pharmacologic pain relief. *Am Fam Physician*. 2003 Sep 15;68(6):1115-20.

- 20) Aceituno L, Sánchez-Barroso M.T, Segura M.H, Ruiz-Martínez E, Perales S, González-Acosta V, et al. Influencia de la analgesia epidural en el parto. Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(1):27-31.
- 21) Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo del parto. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 22) Atherton MJ, Feeg VD, el-Adham AF. Race, ethnicity, and insurance as determinants of epidural use: analysis of a national sample survey. Nurs Econ. 2004 Jan-Feb;22(1):6-13.
- 23) Hodnett Ellen D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186 (5 Suppl Nature): 160-72.
- 24) Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 25) Gómez Mª Eugenia. Analgesia alternativa a la analgesia epidural durante el parto. ENE Revista de enfermería. 2009 Abr;3(1):20-4.
- 26) Hodnett Ellen D, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 27) Aguilera Cristina, Mesas Angela, Muñoz Concepción, Salicru Sabina. Alternativas terapéuticas a la analgesia epidural en el dolor del parto. Med Clin. 2009; 133(15):599-601.

- 28) Cioffi Jane. Caring for Women From Culturally Diverse Backgrounds: Midwives' Experiences. J Midwifery Womens Health. 2004 Sep-Oct;49(5):437-42.
- 29) VandeVusse Leona, Irland Jacqueline, Healthcare WF, Berner Margaret A, Fuller Shauna, Adams Debra. Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. Am J Clin Hypn. 2007 Oct;50(2):109-19.
- 30) Landolt Alison S, Milling Leonard S. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. Clin Psychol Rev. 2011 Aug; 31(6):1022–1031.
- 31) Leeman Lawrence, Fontaine Patricia, King Valerie, Klein Michael C, Ratcliffe Stephen. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. Am Fam Physician. 2003 Sep 15;68(6):1109-12.
- 32) Gómez Josefa. Pluralidad sociodemográfica y cultural de la inmigración extranjera en España. Papeles de Geografía. 2003; 37:135-153.
- 33) Comité de solidaridad de la SEGO. MIAS. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Saatchi & Saatchi Healthcare. 2010.
- 34) Santos Angel. La emigración en España – Algunos datos para la reflexión. Disponible en: [http://lebab.es/emigracion\(2\).pdf](http://lebab.es/emigracion(2).pdf) [Consultado el 10 de Mayo de 2012].
- 35) Recuerda Solana C, Riquelme Raya R, Gutiérrez Martínez MM, Martínez Gámez MM, Hidalgo Ruzzante N. Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos.
- 36) Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0634.php> [Consultado el 10 de Mayo de 2012].
- 37) Ludington Elizabeth, Dexter Franklin. Statistical analysis of total labor pain using the visual analog scale and application to studies of analgesic effectiveness during childbirth. Anesth Analg. 1998 Sep; 87(3):723-7
- 38) Rust George, Nembhard Wendy N, Nichols Michelle, Omole Folashade, Minor Patrick, Barosso Gerrie, et al. Racial and ethnic disparities in the provision

of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery. Am J Obstet Gynecol. 2004 Aug;191(2):456-62.

- 39) Glance Laurent G, Wissler Richard, Glantz Christopher, Osler Turner M, Mukamel Dana B, Dick Andrew W. Racial differences in the use of epidural analgesia for labor. Anesthesiology. 2007 Jan;106(1):19-25.
- 40) Callister Lynn C, Khalaf Inaam, Semenic Sonia, Kartchner Robin, Vehvilainen-Julkunen Katri. The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. Pain Manag Nurs. 2003 Dec;4(4):145-54.
- 41) Robertson Eva, Johansson Sven-Erik. Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. Midwifery 2010; 26(4): 442–49.

Anexo 1: CUESTIONARIO

✍ Etnia:

- ? Magreb
- ? Rumanía
- ? Sudamericana
- ? África subsahariana
- ? Española

✍ Edad _____ años

✍ Religión _____

✍ Comprensión del idioma

- ? Bien
- ? Regular
- ? No entiende

✍ Años en España _____

✍ Estudios realizados

- ? No escolarización
- ? Graduado escolar
- ? Bachiller superior o módulo de formación profesional
- ? Estudios universitarios

✍ Situación laboral

- ? Ama de casa
- ? Desempleada .Especificar empleo anterior _____
- ? Autónoma. Especificar empleo _____
- ? Trabajadora por cuenta ajena. _____

✍ Paridad _____

País de nacimiento de los anteriores hijos _____

Epidural en partos anteriores: ? Sí ? No

✍ Semanas de gestación _____

✍ Asistencia a educación maternal

- ? Sí (si ha acudido a cuatro o más sesiones)
- ? No (si no ha asistido o ha acudido a tres o menos sesiones)

☒ Embarazo deseado

? Sí ? No

☒ Control del embarazo

? Sí ? No

☒ Test de Bishop al ingreso_____

☒ Centímetros de dilatación_al ingreso_____

☒ Bolsa rota: ? Sí ? No

☒ Anestesia epidural

? Sí Dilatación al poner anestesia _____ cm.

? No Motivo_____

☒ Expresión del dolor de las contracciones:

? Chillidos

? Quejidos y lamentos

? Movimientos corporales activos

? Expresión facial

? No realizan ninguna expresión facial o corporal

☒ Acompañamiento durante el parto

? Ninguno

? Pareja

? Familiar: _____

? Amiga

☒ Cambia la expresión del dolor con el acompañamiento

? No

? Sí: ? Chillidos

? Quejidos y lamentos

? Movimientos corporales activos

? Expresión facial

? No realizan ninguna expresión facial o corporal

✍ Utilización de Oxitocina durante el parto:

? Sí Cantidad _____ml/h.

? No

✍ Tipo de parto:

? Eutócico

? Instrumentado

? Cesárea

✍ Peso del Recién nacido: _____

✍ Sexo:

? Varón.

? Mujer

✍ Valoración del dolor. Escala EVA

Sin
dolor

El peor
dolor

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

Anexo 2. ENTREVISTA CUALITATIVA

Datos personales:

- País de origen:
- Número de hijos:
- País de nacimiento de los hijos:
- Años en España:
- Nivel de instrucción:
- Situación laboral:

Cuidados prenatales

- ¿Cómo ha sido el control de tu embarazo?
- ¿Te has sentido apoyada por los profesionales y por la gente de alrededor: familiares, pareja, amigas?

Aprendizaje

- ¿Alguien te ha informado sobre los cuidados del embarazo?
- ¿Y sobre el parto?
- En tu cultura, ¿ las mujeres de tu familia te han informado sobre estos temas?
- O has aprendido cosas a través de los profesionales en las clases de preparación al parto, en libros o conversando con amigas o a través de foros.

Hospital

- Llegada al hospital. ¿Cuándo acudiste al hospital? ¿Qué sentiste en ese momento?
- ¿Podías controlar el dolor de las contracciones?
- ¿Cómo te recibieron en el hospital, cómo te sentiste, quién te atendió?

Género

- ¿En tu parto necesitaste ser atendida por personal sanitario femenino?

Expectativas-Parto

- ¿Cómo sentías las contracciones?
- ¿Sentiste dolor durante el parto?
- ¿Fuiste capaz de controlar ese dolor?
- ¿Te ayudó la matrona o algún profesional a controlar ese dolor?
- ¿Te sirvió estar acompañada durante el parto?
- ¿Cuánto dolor esperabas sentir en el parto?
- ¿Se cumplieron tus expectativas?
- ¿Confiaste en los profesionales que te atendieron?
- ¿Preferías tener un parto vaginal?
- ¿Sentiste miedo en algún momento?

Satisfacción

- Grado de satisfacción de las instalaciones y servicios del hospital.
- Grado de satisfacción sobre el control del embarazo, parto, puerperio.
- Valoración del trato recibido.

Utilización de algún medio para calmar el dolor:

- ¿Te pusieron anestesia epidural en el parto?
- ¿Utilizaste alguna estrategia de afrontamiento frente al estrés?
- En tu país si hubieses podido la hubieras utilizado. ¿Por qué?
- ¿Dónde parirías si pudieras en tu país?
- Cómo fue el parto en tu país? ¿Qué diferencias encuentras respecto a la atención en tu país de origen y España?

Religión

- ¿Existe algún aspecto religioso en tu cultura que crees que influye en el parto?

Anexo 3. RELATO BIOGRÁFICO DE UNA MUJER MAGREBÍ.

Llegada a España

“Yo cuando vengo aquí me quedan 11 días para el parto, pero en Marruecos he hecho todo, los análisis, me traigo mis papeles de cuando me toca el parto. La doctora cuando ve los papeles ve que se ha hecho allí. . .

. . Fíjate que la primera vez que fui al ginecólogo en Marruecos me dice que el parto me toca con cesárea, te juro que me dijo cuando me hizo la primera ecografía que el parto iba a ser por cesárea. Cuando me dijo la fecha, dijo 4 días antes o 4 días después de esta fecha me toca el parto. Y es verdad 4 días antes de la fecha una cesárea, la segunda con puntos. Una con cesárea y otra con puntos...

Profesionales

La atención en Marruecos bien y aquí también. Tengo una enfermera conmigo 6 días que habla francés y español. La doctora que me atendió el parto hablaba francés también...

Me han tratado mucho bien. Yo también, la enfermera dice a mi marido, “ahora tienes dos hijas cuida bien de ellas” . . . Cuando vine y sólo llevaba 11 días aquí la enfermera me dijo no levantarte, cuando quieras algo toca el timbre y yo vengo, a cualquier hora. Estuve 6 días con ellas [ríe]

Aprendizaje: Linajes o educación maternal.

“Yo no he ido a clase de preparación al parto”. En Marruecos toda la familia son matronas, han tenido hijos...”Yo he hablado con mi madre, mis hermanas y mis cuñadas”(sobre el parto). Allí en Marruecos, mis padres y mis cuñadas todos en la misma casa, mis hermanas con la familia de sus maridos, pero cerca... “Con la suegra bien”

El acompañamiento

...Mi marido estuvo conmigo, pero en el parto no estuvo, no le dijeron nada.

Si el parto hubiera sido en Marruecos hubiera estado toda la familia[ríe]... Aquí mi marido conmigo, pero no es como mi madre, mi hermana, mi familia, no es igual...allí la madre , las hermanas grandes hacen la comida, están en el parto(...) La diferencia de aquí con allí. Cuando sales del hospital a casa a limpiar, cuidar de los niños. Allí no, cuando la mujer llega a casa, a su habitación, no sale de la habitación, toda la familia la ayuda y hace las cosas, aquí no.

En Marruecos después del parto sólo al baño, la familia hace todo 15 días, un mes, aquí no. La mujer es la reina. El marido ayuda, pero no como tu madre, tu familia, pero cuando llora te dice “toma a tu hija”. No como una mujer contigo.

Dolor parto

En el primer parto no tuve ningún dolor, sólo en mi casa la bolsa rota, vengo al hospital, espere dos horas a ver si podía hacerlo normal, pero no tengo ningún dolor, nada. (el parto terminó en cesárea por no progresión del parto)...Además miedo a no conocer el idioma, no conocer a nadie, no familia. Llorar y llorar[ríe], porque lo pasé duro... El idioma es muy difícil venir aquí y no saber el idioma.

Con el segundo (parto) el dolor, doler un momento y relajar(...) y manchas. Estaba en agosto, el calor y todo. La ginecóloga me dijo el manchado no es del parto. Ya me dijo “que quieres ahora”, “yo quiero dar a luz porque ya estoy cansada” [ríe]. Me dan una habitación arriba y me dejan de 4 de la tarde hasta 6 de la mañana y cuando me toca el parto muy fuerte, me hacen la peridural y después ya, pero puntos muchos. Casi doce dentro, 9 u 8 fuera. La diferencia entre los dos partos el primero mejor, la cesárea mejor. Hasta ahora me duelen los puntos. Tuve hemorroides, me molestaban mucho, mucho, yo lloraba...

En Marruecos, mi hermana chillaba mucho. En la clínica cuando fui había mucha gente que gritaba... No sé si es porque trabajan mucho, cogen mucho peso y por eso les duele la espalda, no sé. Hay otras mujeres que no dicen nada.

Uso de medios para paliar el dolor del parto – Anestesia epidural

...Yo aquí en España no tomé nada en casa. En Marruecos la familia no deja que vaya al hospital, la mujer aguanta en casa con dolor. Mi hermana grande, en casa, toda la familia con ella, le dan algo como una infusión y espera, espera hasta que casi va a salir el bebe... cuando llega a la clínica media hora y sale el bebé...

(...)Si hubiera estado con mi familia hubiera aguantado más en casa, pero al estar sola y manchar me asusté y fui al hospital... pero allí si esta mi madre y me cuida hubiera aguantado, pero aquí no sabe nadie... Mi marido no sabe, cuando tenía dolor el también tenía dolor [ríe]. Además ellos se aburren. “El me decía: cálmate, cálmate”, pero yo le decía como voy a calmarme si tengo dolor.

...No quería la epidural, pero al final me recomendaron que me la pusiera porque faltaba mucho y me la puse... Primero me dijo que “si quería ponerme la epidural” y “yo dije no”, pero luego me dijo “te falta mucho todavía deberías ponerte la epidural” y yo “no no”, pero a las seis de la mañana ya no podía más. Y le dije hazme la cesárea y me dijeron que no.

Todavía me duele la espalda en dónde me pincharon.

...En Marruecos mi hermana la ha hecho en la clínica. Pero la mayoría no hacen la epidural. Si tienen seguro, el seguro paga. Sino aguantan los dolores, mi hermana la mayor sin puntos, sin nada.

Género

...No no hay problema, porque no es yo quiero niña o niño. Lo importante para nosotros es que la salud y la cara contenta, lo que de Dios...

No sólo los árabes esto, una española tiene cinco niñas y su marido nos dijo voy a buscar hasta que tenga un niño, el sexto es niño. Yo pensaba también que los árabes sólo tenían esta idea, pero cuando lo he escuchado a él, pienso que hay más gente. Hay gente que si piensa así, pero yo no, lo que me ha dado Dios.

Expectativas-Satisfacción

...Los dolores del parto pensaba que iban a doler mucho, pensaba que iba a doler más. La diferencia entre los dos partos el primero mejor, la cesárea mejor. Hasta ahora me duelen los puntos. Tuve hemorroides, me molestaban mucho, mucho, yo lloraba.

Si tuviera otro, preferiría parir aquí pero con mi familia después. No sólo por el parto, que es más o menos igual que la clínica privada allí, pero por papeles . . . pero sin familia es duro.

Hay mucha diferencia entre el público y privado. Si conoces a alguien en lo publico bien, todo va rápido sino hay mucha gente

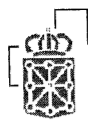
Religión

La religión musulmana se la enseñamos todos. Los niños van a la mezquita los sábados de las 9:30 a las 12:30 para aprender el Corán, el árabe y escribir árabe. En casa hablamos árabe. . . La educación de mis hijas se la damos los dos, si viviera en casa de mi suegra toda la familia ayuda.

Cuando nace un bebe, hay que rezar una oración, todo lo que dice es algo de nuestra religión. La religión dice que cuando nace un bebe decimos en su oreja izquierda tres veces (alobva) y a la oreja derecha toda la oración. Así nada mal le toca. Fíjate que me hija cuando los dientes le empiezan a salir, lo que calma es el Corán, escucha, escucha y no tiene dolor. Y cuando termina te dice mami vuelve a decir.

Un hombre le dice la oración, aunque no lo conozca. Mi primera hija, no porque fue cesárea y el peso de 2300 y estaba en la incubadora y hasta que no salió mi marido no le dio la oración. Cuando le dices a la gente lo que estas haciendo, respeta nuestras oraciones. Como nosotros respetamos otras religiones.

Anexo 4. CONSENTIMIENTOS DE ANESTESIA EPIDURAL EN VARIOS IDIOMAS



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Hospital "Reina Sofía"

Ctra. Tarazona, Km. 3
31500 TUDELA
Tel.: 848 43 40 00
Fax : 848 43 41 11
e-mail: hrst@cfnavarra.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Dª _____ con
D.N.I. _____

solicita al Servicio de Obstetricia y Ginecología y al Servicio de Anestesia y Reanimación, la aplicación de Analgesia-Anestesia epidural para el parto.

Sobre dicho procedimiento, queda informada de los siguientes extremos:

1) La analgesia-anestesia epidural, es un método de anestesia obstétrica que consiste en administrar medicamentos que quitan el dolor mediante su inyección cerca de la médula espinal, a través de un espacio intervertebral.

Previamente a la introducción de la aguja, se le habrá desinfectado la zona de piel correspondiente, y se infiltrará una pequeña cantidad de anestésico local para que la punción no resulte dolorosa.

Una vez situada la punta de la aguja en el lugar apropiado, se introduce a través de ella un tubito muy fino llamado catéter.

Se retira la aguja y es a través del catéter por donde se introduce la medicación que producirá alivio del dolor.

Una vez que se ha inyectado la medicación a través del catéter, su efecto no se notará inmediato, sino que empezará a aparecer de forma progresiva, al cabo de 10 o 20 minutos. El dolor pues, no desaparecerá de repente, sino poco a poco.

Se podría conseguir una insensibilidad total, pero ello no resulta conveniente para la buena marcha del parto. Sentirá un cierto grado de adormecimiento o de pesadez en el vientre y parte de los muslos. Notará un alivio importante del dolor de las contracciones, aunque podrá sentir las como una sensación de presión, y las percibirá en definitiva como mucho más soportables.

La analgesia epidural durará el tiempo que se necesite.

Una vez finalizado el parto, se le quitará el catéter que ha estado fijado en su espalda, y las sensaciones normales aparecen al cabo de unas pocas horas.

2) La analgesia epidural no es perjudicial, en general, ni para la madre ni para el hijo.

Aunque ninguna técnica invasiva está exenta de riesgos, no suelen ser frecuentes los efectos adversos sobre madre e hijo.

La duración del parto tampoco suele variar, si bien puede ser más rápido el periodo de dilatación y más lento el de expulsivo.

La analgesia epidural le permitirá empujar en el momento del expulsivo. Si bien las "ganas" de empujar pueden ser menores, es mayor la reserva de fuerzas no gastadas en el periodo de dilatación.

El personal que atiende su parto, le indicará sobre cómo debe empujar para hacerlo bien.

3) Vd. tiene derecho a recibir la mejor asistencia posible, y nosotros tenemos la obligación de proporcionarle esa asistencia, pero eso no implica que siempre haya de aplicarse analgesia epidural. Son los profesionales de los Servicios de Obstetricia y Anestesia los que deben valorar cada situación. Por ello, la aplicación de analgesia

obstétrica debe ser solicitada por el paciente que lo desee, indicada por la obstetra de Guardia, y decidida por el Anestesta que es quien va a juzgar sobre su pertinencia o no y quien la aplicará si él lo cree oportuno.

Por otra parte, ni el Hospital en general, ni los Servicios de Obstetricia y Anestesia en particular, contraemos con Vd. otro compromiso que no sea el de intentar que (si procede la aplicación de esta técnica analgésica) puede ser llevada a cabo.

En el día a día pueden surgir problemas (coincidencia de varios partos, otras situaciones urgentes, etc...) que con nuestros limitados medios de personal y material, imposibiliten de hecho la técnica.

4) La técnica de Anlgo-anestesia obstetricia, habitualmente bien tolerada, eficaz y segura, no siempre es inocua.

- La analgo-anestesia epidural puede interferir en el ritmo e intensidad de las contracciones.

- Puede hacer que el período de expulsivo del parto, se alargue bastante.

- Se puede necesitar ayudar al parto con instrumentación (ventosa, espátulas, fórceps, etc...)

- No siempre se consigue (pese a que la técnica anestésica sea perfectamente ejecutada) una Analgesia completa.

- Algunas de las complicaciones anestésicas pueden provocar o agravar un sufrimiento fetal, que nos obligaría a actuar en consecuencia (p. ej. Extrayendo al feto rápidamente por medio de una operación cesárea).

- Pueden ocurrir descensos de la presión arterial, temblores, mareos o dificultad respiratoria.

- En los días siguientes al parto, pueden producirse dolores de cabeza o de espalda, que suelen requerir tratamiento (analgésicos, antiinflamatorios u otro tipo de tratamientos).

- Son realmente excepcionales pero no imposibles, complicaciones más graves como paradas respiratorias, hematomas o hemorragias sobre las meninges, o problemas infecciosos.

5) Antes de poner la Anestesia epidural, deberá Vd. hacerse una analítica y un electrocardiograma. Ambas cosas se le pedirán desde la consulta de obstetricia.

Si el ginecólogo lo cree oportuno o si Vd. lo desea por algún motivo especial, será citada en consulta en el Preanestesia en el III trimestre de su gestación.

6) Si no desea la anestesia epidural, basta con no firmar este consentimiento y hacerlo saber al obstetra que lleva su embarazo.

En este caso, procederemos a atender su parto sin este tipo de analgesia.

7) Tanto si desea la anestesia epidural como si no la desea, es consejo de los Servicios de Obstetricia y de Anestesia, que acuda Vd. a los cursos de preparación al parto que se imparten en el Área de Salud. Si la utilidad de estos cursos está fuera de toda duda en los casos en que no se va a utilizar anestesia epidural, son igualmente útiles aun cuando se quiera esta anestesia, ya que nadie le puede a Vd. asegurar que finalmente sí se pondrá esta anestesia en su caso, y aun cuando se pudiera, el expulsivo de su parto se facilitará enormemente si, a falta de ganas de empujar, sabe Vd. hacerlo con la técnica adecuada.

Declaro haber entendido lo anteriormente expuesto y deseo que, si es posible, se me aplique Anestesia epidural para el parto.

Tudela, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Analgesia Locorregional en el Periodo del Parto / Realizarea Unei Analgezii Locoregionale În Timpul Sarcinii

CONSENTIMIENTO INFORMADO / CONȘIMȚĂMÂNT PENTRU

● rumano

Nombre del paciente / Numele pacientului
 Nombre del médico que informa / Numele medicului care informează
 Fecha / Data

Usted solicita y va ser sometida a una técnica analgésica llamada analgesia locorregional (epidural y/o raquídea) para el parto, puesto que no desea «padecer» los dolores naturales del parto y su obstetra considera beneficioso el efecto de este procedimiento sobre la progresión del mismo. No obstante, no es un procedimiento imprescindible.

La analgesia locorregional consiste en la inyección de un anestésico local en el espacio epidural de la columna vertebral o en el espacio intradural (analgesia epidural o raquídea). Para llegar hasta allí es preciso introducir una aguja entre dos vértebras lumbares anestesiando localmente la zona. Después se insertará un catéter a través de la aguja epidural que se mantendrá durante la duración del parto y así poder administrar anestésico hasta el nacimiento de su hijo. Si el parto necesitara de la realización de un fórceps o una cesárea, este catéter servirá para la administración de los anestésicos adecuados sin la necesidad de recurrir a una anestesia general.

Esta técnica, tan utilizada hoy día, no está exenta de riesgos que usted debe conocer y asumir. Entre los más frecuentes:

- Dificultad para la punción y riesgos asociados a ésta (punción repetitiva, hemática, de la raíz nerviosa, reacción vagal).
- Cefalea por punción accidental de la duramadre, importante y temporalmente incapacitante con una incidencia del 0,2% al 5%.
- Dolor lumbar en el postparto y escalofríos, los cuales pueden también deberse al parto *per se*.
- Parestesias durante la realización de la técnica y posteriormente, también en relación al parto *per se*.
- Hipotensión arterial, que requiere maniobras posicionales, infusión rápida de líquidos intravenosos o administración de fármacos.
- Puede aumentar la incidencia de parto instrumental.
- Fracaso de la analgesia. Podría ser necesaria la recolocación del catéter o incluso una nueva punción.

Menos frecuentes:

- Rotura del catéter o aguja.
- Bloqueo nervioso prolongado.

Complicaciones graves pero excepcionales: reacciones tóxicas o alérgicas del anestésico, hematoma epidural, encefalitis, meningitis, bloqueo anestésico masivo, lesión neurológica permanente.

Dumneavoastră solicitați și veți fi supusă unei tehnici analgezice care se numește **anestezie locoregională** (epidurală și/sau rahidiană pentru naștere, deoarece nu doriți "să simțiți" durerile firești ale nașterii și obstetricianul consideră că este avantajos acest procedeu pentru o bună desfășurare a nașterii. Cu toate acestea nu este un procedeu indispensabil.

Anestezia locoregională constă în injectarea unui anestezic local în spațiul epidural al coloanei vertebrale sau în spațiul intradural (anestezie epidurală sau rahidiană). Pentru a se ajunge aici trebuie introdus un ac între două vertebre lombare pentru a anestezia local zona. Apoi se va introduce un cateter prin acul epidural care se va menține în timpul nașterii pentru ca astfel să se poată introduce anestezic până la nașterea copilului. Dacă nașterea va necesita folosirea unui forceps sau a cezarienei, acest cateter va fi folosit pentru administrarea anesteziei adecvate, fără a fi nevoie să se recurgă la anestezie generală.

Această tehnică, atât de folosită în prezent, nu este lipsită de anumite riscuri, pe care dumneavoastră trebuie să le cunoașteți și să vi le asumați. Printre cele mai frecvente:

- Dificultăți la realizarea puncției și riscuri legate de aceasta (puncție repetată, hematică, a rădăcinii nervoase, reacții vagale).
- Cefalee din cauza puncției accidentale a duramaterului, importantă și temporară incapacitate cu o incidență de 0,2% până la 5%.
- Durere lombară după naștere și frisoane, care pot fi cauzate și de nașterea însăși.
- Parestezie pe timpul efectuării tehnicii și ulterior, legată de nașterea în sine.
- Hipotensiune arterială, care necesită schimbări ale poziției, introducerea rapidă a unui lichid intravenos sau administrarea unor medicamente.
- Poate crește necesitatea unei nașteri instrumentale.
- Eșuarea anesteziei. Ar putea fi necesară reasezarea cateterului sau chiar o nouă puncție.

Mai rare:

- Ruperea cateterului sau a acului.
- Blocaj nervos prelungit.

Complicații grave, dar rare: reacții toxice sau alergice la anestezic; hematom epidural; encefalite; meningită; blocaj anestezic masiv; leziune neurologică permanentă.

Consentimiento informado / Conșimțământ pentru

página 1 de 2

Analgesia Locorregional en el Periodo del Parto / Realizarea Unei Analgezii Locoregionale în Timpul Sarcinii	
CONSENTIMIENTO INFORMADO / CONȘIMȚĂMÂNT PENTRU	<p>No obstante, es importante que usted sepa que en el momento actual no existe ninguna alternativa analgésica igual de efectiva para el parto.</p> <p>Durante todo el tiempo que usted esté con este procedimiento será debidamente monitorizada y controlada de cerca por una matrona y el anestesiólogo responsable.</p> <p>Riesgos personalizados:</p> <p>Si después de leer este informe necesita alguna aclaración no dude en consultar a su médico.</p> <p>Declaro que he sido informado por el médico de las ventajas e inconvenientes de la analgesia locorregional para el parto. Declaro que mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente, asumo los riesgos que puedan aparecer, y acepto que se tomen las medidas precisas en el caso de que surgiesen complicaciones. En consecuencia doy mi consentimiento para que se realice la analgesia locorregional.</p>
	<p>Cu todas acestea, trebuie să știți că în prezent nu există altă alternativă analgezică la fel de eficientă pentru naștere.</p> <p>Pe tot parcursul acestui procedeu, veți fi adecvat monitorizată și controlată îndeaproape de către o moașă și de către anestezistul responsabil de acest lucru.</p> <p>Riscuri personalizate:</p> <p>Dacă după ce ați citit această informare, aveți nevoie de vreo lămurire, nu ezitați să vă consultați cu medicul.</p> <p>Declar că am fost informată de către medic asupra avantajelor și inconvenientelor anesteziei locale pentru naștere. Declar că neînțelegerile mele au fost clarificate într-un mod satisfăcător, îmi asum riscurile care pot apărea și accept să se ia măsurile necesare în cazul în care ar apărea complicații. În consecință îmi dau conșimțământul să se realizeze o anestezie locală.</p>
	<p>Firma del paciente / Semnătura pacientei</p> <p>Nombre del paciente / Numele pacientei</p> <p>Representante legal (en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente) / Reprezentantul legal (în caz de incapacitate sau dacă aceasta este minoră)</p> <p>Nombre / Numele DNI / Document identitate nr</p> <p>Firma / Semnătura Fecha / Data</p>
	<p>Deseo hacer constar que no consiento y rechazo que se me realice la analgesia locorregional para el parto / Doresc să se consemneze că nu consimt și resping anestezia locală pentru naștere.</p> <p>Firma del paciente / Semnătura pacientei</p> <p>Testigos / Martori (Nombre y firma) / (Numele și semnătura)</p> <p>El texto romano es una reproducción de una traducción hecha de la que es depositaria Ediciones Mayo, S.A. Textul în limba română este reproducerea unei traduceri autorizate, a cărei deținătoare este "Ediciones Mayo, S.A."</p>

Consentimiento informado / Conșimțământ pentru

página 2 de 2

تخدير محلي خلال فترة الحمل / Analgesia Locorregional en el Periodo del Parto

● árabe

Nombre del paciente / اسم المريضة /

Nombre del médico que informa / اسم الطبيب الذي قام بإخبار المريضة /

Fecha / التاريخ /

Usted solicita y va a ser sometida a una técnica analgésica llamada analgesia locorregional (epidural y/o raquídea) para el parto, puesto que no desea «padecer» los dolores naturales del parto y su obstetra considera beneficioso el efecto de este procedimiento sobre la progresión del mismo. No obstante, no es un procedimiento imprescindible.

La analgesia locorregional consiste en la inyección de un anestésico local en el espacio epidural de la columna vertebral o en el espacio intradural (analgesia epidural o raquídea). Para llegar hasta allí es preciso introducir una aguja entre dos vértebras lumbares anestesiando localmente la zona. Después se insertará un catéter a través de la aguja epidural que se mantendrá durante la duración del parto y así poder administrar anestésico hasta el nacimiento de su hijo. Si el parto necesitara de la realización de un fórceps o una cesárea, este catéter servirá para la administración de los anestésicos adecuados sin la necesidad de recurrir a una anestesia general.

Esta técnica, tan utilizada hoy día, no está exenta de riesgos que usted debe conocer y asumir. Entre los mas frecuentes:

- Dificultad para la punción y riesgos asociados a ésta (punción repetitiva, hemática, de la raíz nerviosa, reacción vagal).
- Cefalea por punción accidental de la duramadre, importante y temporalmente incapacitante con una incidencia del 0,2% al 5%.
- Dolor lumbar en el postparto y escalofríos, los cuales pueden también deberse al parto *per se*.
- Parestias durante la realización de la técnica y posteriormente, también en relación al parto *per se*.
- Hipotensión arterial, que requieran maniobras posicionales, infusión rápida de líquidos intravenosos o administración de fármacos.
- Puede aumentar la incidencia de parto instrumental.
- Fracaso de la analgesia. Podría ser necesaria la re colocación del catéter o incluso una nueva punción.

Menos frecuentes:

- Rotura del catéter o aguja.
- Bloqueo nervioso prolongado.

Complicaciones graves pero excepcionales: reacciones tóxicas o alérgicas del anestésico, hematoma epidural, encefalitis, meningitis, bloqueo anestésico masivo, lesión neurológica permanente.

No obstante, es importante que usted sepa que en el momento actual no existe ninguna alternativa analgésica igual de efectiva para el parto.

إنك تطالبين الخضوع، وستخضعين، لتقنية تخدير يُطلق عليها اسم التخدير المحلي (فوق الجافية و/أو ضلبي) أثناء الولادة، لأنك لا تريدين "المعاناة" من الآلام الطبيعية للولادة ولأن طبيبك الاختصاصي في طب التوليد يرى أن لهذه التقنية فوائد خلال الولادة. ومع ذلك فإن هذا الإجراء ليس إجبارياً.

ويمثل التخدير المحلي في حقن المريضة بمخدر موضعي فوق جافية العمود الفقري أو بداخل الجافية (تخدير فوق الجافية أو تخدير ضلبي). وللوصول إلى هذه المنطقة، من الضروري إدخال إبرة بين فقرتين قطنيتين وتخدير هذه المنطقة محلياً. وبعد ذلك يتم إدخال قناطر من خلال إبرة فوق الجافية سيقى في ذلك المكان خلال عملية الولادة لحقن المخدر إلى حين ولادة الطفل. إذا دعت الضرورة خلال الولادة لاستعمال ملقط أو إنجاز عملية قيصرية لاستخراج الجنين، سيستعمل هذا القناطر لحقن المريضة بالمخدر المناسب من دون حاجة إلى اللجوء إلى تخدير عام.

هذه التقنية شائعة الاستعمال حالياً، إلا أنها لا تخلو من أخطار يجب عليك أن تعرفينها وتحملينها. ومن بين الأخطار التي تتكرر نجد:

- صعوبة إجراء القنابل والأخطار المرتبطة بها (قنابل متكررة، قنابل دموية، قنابل الجنين العصبي، نوبات صغوية).
- صداع في الرأس بعد حقن قنابل عارض في الأم للجافية يكون دائماً ويحدث للمريضة غير قادرة على التحرك مؤقتاً في 0,2% إلى 5% بالمائة من الحالات.
- ألم قطني بعد الولادة وزحمة، وقد تكون هذه الأعراض ناتجة عن الولادة في حد ذاتها.
- الانتفاخ خلال إنجاز التقنية وبمدها. وقد يكون ذلك ناتجاً عن الولادة في حد ذاتها.
- انخفاض الضغط الدموي الذي قد يستدعي إعطاء المريضة وضماً محلياً أو حقنها بسرعة بمسائل في الوريد أو إعطائها بعض الأدوية.
- ويمكن أن ترتفع نسبة الولادة عن طريق الجراحة.
- فشل التخدير. وفي هذه الحالة قد يتعين إعادة وضع القناطر أو إجراء قنابل جديدة.

أخف وأندر:

- كسر القناطر أو الإبرة.
- توقف عصبي مطلق.

تعقيدات خطيرة ولكن نادرة جداً: تفاعل تكميني أو أرجي للعامة للخطورة أو تكمينات دموية فوق الجافية أو التهاب الدماغ أو التهاب السحايا أو توقف تخديري مكثف أو جرح عصبي دائم.

ويشترط من ذلك، من المهم أن تعرفي أنه في الوقت الراهن لا يوجد أي بديل تخديري أنجح من هذه الطريقة للولادة.

موافقة المريضة بعد إخبارها / Consentimiento informado

página 1 de 2

تخدير محلي خلال فترة الحمل / Analgesia Locorregional en el Período del Parto	
<p>Durante todo el tiempo que usted esté con este procedimiento será debidamente monitorizada y controlada de cerca por una matrona y el anestesiólogo responsable.</p> <p>Riesgos personalizados:</p> <p>Si después de leer este informe necesita alguna aclaración no dude en consultar a su médico.</p> <p>Declaro que he sido informado por el médico de las ventajas e inconvenientes de la analgesia locorregional para el parto. Declaro que mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente, asumo los riesgos que puedan aparecer, y acepto que se tomen las medidas precisas en el caso de que surgiesen complicaciones. En consecuencia doy mi consentimiento para que se realice la analgesia locorregional.</p>	<p>خلال الوقت الذي تخضعين فيه لهذا الإجراء، ستكونين تحت مراقبة ملائمة من طرف المولدة والطبيب المسؤول عن التخدير.</p> <p>الأخطار الخاصة بكل حالة على حدة:</p> <p>إذا احتجت بعض التوضيحات بعد قراءة هذه الوثيقة، لا تترددي في استشارة طبيبك.</p> <p>أصرح بأنه تم إخباري من طرف الطبيب بفوائد التخدير المحلي خلال الولادة وما يترتب عنه من مشاكل. وأصرح بأنني راضية على الرد على الشكوك التي كانت تخطر ببالي وأتحمّل مسؤولية الأخطار التي قد أتعرض إليها أثناء الولادة وأقبل أن يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية إذا ظهرت هناك أي تعقيدات. ولهذا فأني أصرح بموافقتي على الخضوع لتخدير محلي.</p>
<p>Firma del paciente / توقيع المريضة</p>	
<p>Nombre del paciente / اسم المريضة</p>	
<p>Representante legal (en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente) / ممثل قانوني (في حالة مريضة قاصرة أو فاقدة للأهلية)</p>	
<p>Nombre / الاسم</p>	<p>RNM / بطاقة التعريف الوطنية / DNI</p>
<p>Firma / التوقيع</p>	<p>Fecha / التاريخ</p>
<p>Deseo hacer constar que no consiento y rechazo que se me realice la anestesia locorregional para el parto. أريد في التصريح بأنني لا أوافق وأرفض أن أتعرض للتخدير المحلي من أجل الولادة</p>	
<p>Firma del paciente / توقيع المريضة</p>	
<p>Testigos / الشهود</p>	
<p>(Nombre y firma) / (الاسم والتوقيع)</p>	
<p>La traducción al árabe es una reproducción de una traducción jurada de la que es depositaria Ediciones Mayo, S.A. إن الترجمة للعربية هي نسخة من ترجمة رسمية توجد في حوزة شركة «Ediciones Mayo, S.A.»</p>	
<p>Consentimiento informado / موافقة المريضة بعد إخبارها</p>	<p>página 2 de 2</p>

وثيقة موافقة المريضة بعد إخبارها / INFORMED CONSENT

