



Tipus d'analgèsia i la seva utilització intrapart

PROJECTE FINALITZAT

CARLA HORNILLOS BRUGAT
Tutora: MARTA ROQUETA VALL-LLOSERÀ

Curs 2019-20
Grau en Infermeria
Treball de Fi de Grau

AGRAÏMENTS

Principalment agrair a la meva tutora, Marta Roqueta Vall-Ilosera, per la seva ajuda, orientació, suport i motivació en tot moment des de l'inici d'aquest treball. A més, agrair la seva constància i aportació en la realització del treball. Dono gràcies per la confiança que m'ha aportat i la que ha tingut ella en mi per formar part d'una investigació i així poder-me facilitar algunes de les dades i eines requerides per l'assoliment dels objectius.

Agrair a les meves amigues i companys de grau pel recolzament i les opinions rebudes en tot moment. A dos companys en especial, per l'ajuda recíproca que ens hem aportat durant els últims mesos, en la situació excepcional que ens ha tocat viure.

A la meva família i a la meva parella per tots els ànims que m'han aportat i per creure en mi i en el meu estudi.

RESUM

Introducció: El dolor és un component divers en la seva manera de manifestació i interpretació sociocultural que depèn de diversos factors, fisiològics i psicològics. La percepció del dolor de part com a producte d'una necessitat de salut afavoriria l'acceptació d'aquest dolor. La salutogènesi associa aquesta necessitat per promoure la mínima intervenció al part, utilitzant analgèsia no farmacològica, així augmentant la sensació de control. Per altra banda, les mesures farmacològiques només busquen l'alleujament del dolor. En conseqüència, conèixer la utilització dels diferents tipus d'analgèsia en el nostre entorn és de vital importància per tal de poder minimitzar les actuacions infermeres durant el part.

Objectiu: Conèixer la utilització i el tipus d'analgèsia intrapart.

Metodologia: Estudi descriptiu transversal amb una mostra de 100 dones participants. Els instruments utilitzats han sigut: el qüestionari adhoc de dades sociodemogràfiques i l'escala VAS del dolor. L'anàlisi bivariant s'ha realitzat utilitzant probes no paramètriques. S'ha acceptat una significança de $p \leq 0.05$.

Resultats: Un 91% de les participants han utilitzat algun mètode analgèsic intrapart. La pilota de part és el mètode analgèsic no farmacològic més utilitzat (37%) i l'analgèsia peridural el mètode farmacològic més utilitzat (79%). Les dones d'origen Amerindi refereixen una mediana de nivell de dolor més alt en comparació a les dones d'origen Mediterrani-europeu ($p \leq 0.05$). El grup de dones d'origen immigrant refereixen una mediana de nivell de dolor superior al de les dones d'origen autòcton ($p \leq 0.05$). Les dones que han utilitzat la bossa d'aigua calenta han referit més dolor en comparació a les dones que no l'han utilitzat ($p \leq 0.05$). El grup de dones que ha utilitzat l'analgèsia peridural han referit menys dolor en comparació a les dones que no l'han utilitzat ($p \leq 0.05$).

Conclusions: L'analgèsia peridural ha resultat un mètode efectiu en la disminució del dolor intrapart. La pilota de part és el mètode no farmacològic més utilitzat. S'ha observat la diferència entre la percepció del dolor segons l'origen de les dones. Tanmateix, és necessari un augment de la mostra, amb més variabilitat

ètnica, i afegir un anàlisi qualitatiu per tal de valorar el motiu de l'elecció del tipus d'analgèsia intrapart per obtenir resultats més robustos.

Paraules clau: *Part, Dolor, Alleujament del dolor, Nacionalitat, Diferències ètniques, Mètodes farmacològics, Mètodes no farmacològics, Epidural.*

Termes MeSH: *Labor, Obstetric; Labor Pain; Nationality; Analgesia, Obstetrical; Analgesia, Epidural.*

ABSTRACT

Background: Pain is a diverse component in its way of sociocultural manifestation and interpretation, and depends on multiple physiological and psychological factors. Labour pain perception as a health need would favour its acceptance. Salutogenesis can be associated with the need to promote non-intervention delivery, using non-pharmacological methods, thus increasing the sense of control. However, pharmacological measures are only focused on pain relief. Thus, knowing about the use of intrapartum pain relief methods is considered to be crucial in order to decrease medical interventions in labour.

Aim: To know the use of intrapartum pain relief and its types.

Methods: Cross-sectional descriptive study with a sample of 100 women. Data was obtained by an adhoc sociodemographic questionnaire and the VAS pain scale. Statistical analysis was conducted using non parametric tests for bivariate analysis. The significance level of acceptance was $p \leq 0.05$.

Results: A 91% of participants have used some labor pain relief method. The birthing ball is the non-pharmacological method most used (37%). The epidural is the pharmacological method most used (79%). Amerindian women report a higher pain level compared to Mediterranean-european women ($p \leq 0.05$). Immigrant women report a level of pain higher than native women ($p \leq 0.05$). Women who used hot water bottle reported more pain compared to women who did not use it ($p \leq 0.05$). Women who used epidural analgesia reported a lower pain level compared to women who did not use it ($p \leq 0.05$).

Conclusions: Epidural analgesia has been shown to be an effective method as an intrapartum pain relief. The birthingball is the preferred non-pharmacological pain relief method. The difference between the perception of pain according to nationality and origin has been noticed. Nevertheless, a higher sample is needed in order to obtain more variability in ethnic groups, as well as robust results. Further qualitative research is needed to assess the reason of choosing the type of labor pain relief.

Keywords: *Labour, Pain, Pain relief, Nationality, Ethnic disparities, Pharmacological methods, Non-Pharmacological methods, Epidural*

MeSH Terms: *Labor, Obstetric; Labor Pain; Nationality; Analgesia, Obstetrical; Analgesia, Epidural.*

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1 Il·lustració de l'analgèsia intrapart.....	16
Figura 2 Il·lustració dels punts d'acupuntura i/o acupressió	19
Figura 3 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Yongquan KID-1	20
Figura 4 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Kunlun BL-60	20
Figura 5 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Hegu L.I.-4	20
Figura 6 Il·lustració sobre l'ús de peridural intrapart.....	25
Figura 7 Il·lustració de la cascada intervencions.....	26
Figura 8 Gràfic de barres de l'origen segons disposició geogràfica	35
Figura 9 Diagrama de caixes de la relació entre la variable nivell de dolor VAS i grups d'edat.....	39
Figura 10 Diagrama de caixes de la relació entre l'origen i el nivell de dolor (VAS).....	40
Figura 11 Diagrama de caixes de la relació entre la variable origen agrupat i el nivell de dolor VAS	41
Figura 12 Diagrama de caixes de la relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i el nivell de dolor (VAS)	42
Figura 13 Diagrama de caixes de la relació entre la variable bossa d'aigua calenta i el nivell de dolor (VAS).....	43
Figura 14 Diagrama de caixes de la relació entre la utilització d'analgèsia peridural i el nivell de dolor (VAS)	44
Figura 15 Diagrama de caixes de la relació entre la utilització d'altres mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)	45
Figura 16 Gràfic de barres de la relació entre la variable pilota de part i l'origen	47
Figura 17 Gràfic de barres de la relació entre el nivell d'estudis i la utilització d'analgèsia peridural	49
Figura 18 Relació entre el nivell d'estudis i el nivell de dolor (VAS).....	72
Figura 19 Relació entre l'àrea de residència i el nivell de dolor (VAS)	72
Figura 20 Relació entre l'estat ocupacional i el nivell de dolor (VAS).....	72
Figura 21 Relació entre l'estat civil i el nivell de dolor (VAS).....	73
Figura 22 Relació entre la variable acompanyant al part i el nivell de dolor (VAS).....	73

Figura 23 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i el nivell de dolor (VAS).....	73
Figura 24 Relació entre la variable Dutxa/Bany i el nivell de dolor (VAS)	74
Figura 25 Relació entre la variable pilota de part i el nivell de dolor (VAS)	74
Figura 26 Relació entre la variable massatge i el nivell de dolor (VAS)	74
Figura 27 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS).....	75
Figura 28 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i l'origen de les dones	75
Figura 29 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i l'origen de les dones	75
Figura 30 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i l'origen de les dones	76
Figura 31 Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i l'origen de les dones	76
Figura 32 Relació entre la variable Dutxa/Bany i l'origen de les dones	76
Figura 33 Relació entre la variable massatge i l'origen de les dones	77
Figura 34 Relació entre els grups d'edat i la utilització d'analgèsia peridural ...	77
Figura 35 Relació entre l'àrea de residència i la utilització d'analgèsia peridural	77
Figura 36 Relació entre l'origen i la utilització d'analgèsia peridural	78
Figura 37 Relació entre l'estat ocupacional i la utilització d'analgèsia peridural	78
Figura 38 Relació entre l'estat civil i la utilització d'analgèsia peridural.....	78
Figura 39 Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i la utilització d'analgèsia peridural.....	79
Figura 40 Relació entre la variable acompanyant al part i la utilització d'analgèsia peridural	79

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1 Recomanacions dels mètodes d'analgèsia segons les guies de pràctica clínica	21
Taula 2 Complicacions analgèsia peridural	25
Taula 3 Descriptiu de les variables sociodemogràfiques.....	34
Taula 4 Descriptiu de les variables clíniques.....	37
Taula 5 Relació variables sociodemogràfiques i Dolor (VAS)	38
Taula 6 Relació variables clíniques i Dolor (VAS)	43
Taula 7 Relació mètodes d'analgèsia intrapart i origen agrupat.....	46
Taula 8 Relació variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural	48

ÍNDEX DE CONTINGUTS

AGRAÏMENTS.....	1
RESUM	2
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓ	12
1.1 Salutogènesi del part i el concepte de dolor com a societat	13
1.2 Tipus d'analgèsia	15
1.2.1 Analgèsia no farmacològica.....	16
Hidroteràpia	16
Termoteràpia	16
Massatge	17
Esferodinàmia.....	17
Altres intervencions no farmacològiques	18
1.2.2 Analgèsia farmacològica.....	22
Òxid Nitrós / Entonox®	22
Analgèsia Peridural.....	23
Anestèsia Raquídia.....	24
1.2.3 Complicacions de l'analgèsia peridural i la cascada d'intervencions ...	24
1.2.4 Justificació.....	27
2. OBJECTIUS.....	29
2.1 Objectiu general	29
2.2 Objectius específics	29
3. METODOLOGIA	30
3.1 Disseny	30
3.2 Àmbit de l'estudi.....	30
3.3 Població	30
3.4 Criteris d'inclusió i exclusió	30
3.5 Mostra	30
3.6 Variables	30
3.7 Instruments	32
3.8 Procediment.....	32
3.9 Anàlisi de dades.....	33
3.10 Aspectes ètics	33
4. RESULTATS.....	34

Resultat 1: Descriure les característiques de les variables sociodemogràfiques de les dones.....	34
Resultat 2: Descriure les característiques de les variables clíniques.....	35
Resultat 3: Determinar la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)	37
3.1 Relació entre els grups d'edat i el nivell de Dolor (VAS).....	38
3.2 Relació entre el nivell d'estudis i el nivell de dolor (VAS).....	39
3.3 Relació entre l'àrea de residència i el nivell de dolor (VAS).....	39
3.4 Relació entre l'origen i el nivell de dolor (VAS)	39
3.5 Relació entre la variable origen agrupat i el nivell de dolor (VAS)	40
3.6 Relació entre l'estat ocupacional i el nivell de dolor (VAS)	41
3.7 Relació entre l'estat civil i el nivell de dolor (VAS)	41
3.8 Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i el nivell de dolor (VAS)	41
3.9 Relació entre la variable acompanyant al part i el nivell de dolor (VAS)	42
Resultat 4: Determinar la relació entre les variables clíniques i la variable Dolor (VAS).....	42
4.1 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i el nivell de dolor (VAS)	42
4.2 Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i el nivell de dolor (VAS)	43
4.3 Relació entre la variable Dutxa/Bany i el nivell de dolor (VAS).....	44
4.4 Relació entre la variable pilota de part i el nivell de dolor (VAS).....	44
4.5 Relació entre la variable massatge i el nivell de dolor (VAS).....	44
4.6 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i el nivell de dolor (VAS)	44
4.7 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)	45
4.8 Relació entre la utilització d'altres mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)	45
Resultat 5: Conèixer la relació entre els mètodes d'analgèsia intrapart i la variable origen.	46
5.1 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i l'origen de les dones	46
5.2 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i l'origen de les dones	46
5.3 Relació entre l'absència d'utilització d'analgèsia i l'origen de les dones	47

5.4	Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i l'origen de les dones	47
5.5	Relació entre la variable Dutxa/Bany i l'origen de les dones	47
5.6	Relació entre la variable pilota de part i l'origen de les dones	47
5.7	Relació entre la variable massatge i l'origen de les dones	47
	Resultat 6: Descriure la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural	48
6.1	Relació entre els grups d'edat i la utilització d'analgèsia peridural	48
6.2	Relació entre el nivell d'estudis i la utilització d'analgèsia peridural	49
6.3	Relació entre l'àrea de residència i la utilització d'analgèsia peridural	49
6.4	Relació entre l'origen i la utilització d'analgèsia peridural	49
6.5	Relació entre l'estat ocupacional i la utilització d'analgèsia peridural ..	50
6.6	Relació entre l'estat civil i la utilització d'analgèsia peridural	50
6.7	Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i la utilització d'analgèsia peridural	50
6.8	Relació entre la variable acompanyant durant el part i la utilització d'analgèsia peridural.....	50
5.	DISCUSSIÓ	51
5.1	Limitacions	55
5.2	Rellevància clínica	55
6.	CONCLUSIONS	56
7.	BIBLIOGRAFIA.....	57
8.	ANNEXOS	68
	Annex 1: Qüestionari Adhoc	68
	Annex 2: Aprovació del Comitè d'Ètica	71
	Annex 3: Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)	72
	Annex 4: Gràfics de la relació entre les variables clíniques i el nivell de dolor (VAS)	73
	Annex 5: Gràfics de la relació entre la utilització d'analgèsia i la variable origen.....	75
	Annex 6: Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural.	77

1. INTRODUCCIÓ

Històricament, per al tractament del dolor durant el procés de part, s'utilitzaven tècniques no farmacològiques de manera empírica, efectives i segures, que interferien menys en la fisiologia i en el protagonisme de la dona en el part ^{1,2}. No va ser a partir de finals del segle passat que l'analgèsia farmacològica va prendre el protagonisme ^{1,2}.

La utilització de l'analgèsia peridural es va popularitzar a Espanya en la situació del treball de part a finals del segle XX ¹, sobretot al llarg dels últims 30 anys ². Aquesta constitueix una pràctica eficaç i de gran interès per alleugerir el dolor en el treball de part ¹.

El dolor que s'experimenta en el procés de part està afectat per múltiples factors fisiològics i psicològics ^{3,4}. És clar que no només podem associar el dolor a raons físiques ja que influències culturals, religioses, psicològiques i socials afecten a la percepció d'aquest ^{1,2}.

El dolor i el desconfort del treball de part són una preocupació important per a moltes dones embarassades ⁵. S'ha estès la filosofia de que el dolor és un patiment innecessari per l'ésser humà, que no aporta cap benefici; com a conseqüència el llindar social de la tolerància al dolor ha disminuït ². Conseqüentment, es podria pensar que al llarg dels últims anys, degut als canvis en el llindar social de la tolerància del dolor, entre d'altres factors, s'ha popularitzat l'ús de l'analgèsia peridural intrapart.

L'analgèsia peridural, com qualsevol intervenció, comporta canvis en el desenvolupament fisiològic del treball de part ⁶⁻⁸. Aquests canvis condicionaran l'aparició de possibles complicacions, les quals s'hauran de prevenir, obligant a iniciar més actuacions davant aquestes ⁶⁻⁸. Així es desencadena l'anomenada cascada d'intervencions (Figura 7)⁶. Aquesta implica la intervenció en el procés de part de manera medicalitzada, el que dificulta el desenvolupament fisiològic del treball de part ⁶⁻⁸.

La satisfacció i la vivència del moment de part estan íntimament lligades amb la sensació del dolor ¹. La percepció d'aquest dolor com a producte d'una necessitat

de salut, per exemple aconseguir un part sense intervencions, implicaria un bé major per a la dona i el nadó, afavorint l'acceptació d'aquest dolor¹. Per tant, el concepte de salutogènesi es podria associar a la necessitat de promoure els parts naturals de baixa intervenció, augmentant la sensació de control sobre el dolor i la situació de part. Per a que aquest fet esdevingui, caldria un empoderament de la dona, ja que tal i com descriuen Caballero, Santos i Polonio¹ a més empoderament, més satisfacció associada al procés de part.

La Organització Mundial de la Salut (OMS) assegura que la creixent medicalització dels parts normals està danyant la capacitat de les dones per donar a llum i incideix de manera negativa en l'experiència que tenen del part⁹. En conseqüència, si les recomanacions de la OMS van encaminades a promoure el part de baixa intervenció, fa pensar que les recomanacions d'utilitzar analgèsia farmacològica haurien de disminuir progressivament.

1.1 Salutogènesi del part i el concepte de dolor com a societat

Antonovsky A¹⁰ va proposar el terme Salutogènesis, el significat del qual és gènesi de la salut. La Salutogènesis com a model va ser establerta en la Primera Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, celebrada a Ottawa¹¹. Es va definir com el procés que permet a les persones augmentar el control sobre la seva salut per a millorar-la¹⁰. El terme salutogènesis ens serveix per entendre la promoció del treball de part de mínima intervenció, també anomenat part natural.

Per altra banda, l'empoderament de les dones suposa que siguin capaces de viure el seu procés de part com a protagonistes d'aquest, i en conseqüència queden més satisfetes quan les seves expectatives del dolor i d'elecció del maneig d'aquest es cobreixen i es compleixen¹. Per tant, el terme de salutogènesis es podria associar a un part natural amb l'ús d'analgèsia no farmacològica, i a la percepció de control de la dona sobre el seu procés de part.

Un altre aspecte a considerar quan parlem de la utilització d'analgèsia intrapart, és la percepció del dolor. Si explorem la definició de dolor de la Sociedad Internacional para Estudio del Dolor (IASP), aquest es descriu com: "experiència

sensorial o emocional no plaent, produïda per un dany tissular actual o potencial, o descrita en termes d'aquesta" ^{1, 12}.

El dolor experimentat per les dones durant el part es produeix en dues etapes diferents ^{1, 13}:

- Al final de la primera etapa del part, la dona experimenta dolor per les contraccions uterines i la dilatació del cèrvix.
- Durant la segona etapa, en l'expulsiu, la dona experimenta dolor per la dilatació de la vagina i de les estructures del sòl pelvià, el fetus exerceix pressió en les estructures pelvianes augmentant la intensitat d'aquest dolor.

El dolor que s'experimenta en el procés de part està afectat per múltiples factors fisiològics i psicològics ^{3, 4}. Gaskin IM¹⁴, citat per Jones L¹⁵, afirma que les percepcions del dolor en el procés de part varien intensament. El dolor és un component tan universal com divers en la seva manera de manifestació i interpretació sociocultural^{1, 2}. Per això, és necessari controlar un gran número de variables socials (edat, sexe, religió, família, classe social, etc.), psicològiques (llindar del dolor, autoestima, relacions afectives, etc.), històriques (vivències anteriors, experiències), i culturals ².

A més, existeix una diversitat d'experiències en el part. A moltes parts del món, les dones son assistides al domicili per parteres empíriques ¹⁶. En canvi actualment, a occident, l'atenció al part es realitza a l'àmbit hospitalari ¹⁶.

La percepció i expressió del dolor varia segons cultures ¹⁶. En algunes cultures, la dona en treball de part ha de romandre en silenci, mentre que en altres la dona pot cridar i manifestar el dolor ¹⁶. S'ha observat que les dones d'Europa de l'Est i les dones de l'Àfrica Subsahariana tenen una tolerància al dolor més elevada en comparació a altres cultures¹⁶. En les africanes s'observen expressions principalment facials amb moviments corporals mínims¹⁶. En les dones nord-africanes es mostra un comportament menys inhibit, manifestant el dolor d'una manera més patent ¹⁶.

En conseqüència, els múltiples escenaris d'assistència, les pràctiques professionals, els aspectes culturals i de percepció personal de la dona poden

fer interferència en la definició del dolor i en altres mesures, com per exemple la utilització d'analgèsia. Per tant, el factor cultural i el de creences són aspectes molt importants davant la percepció, interpretació i expressió del dolor de part ^{1, 2, 16-20}.

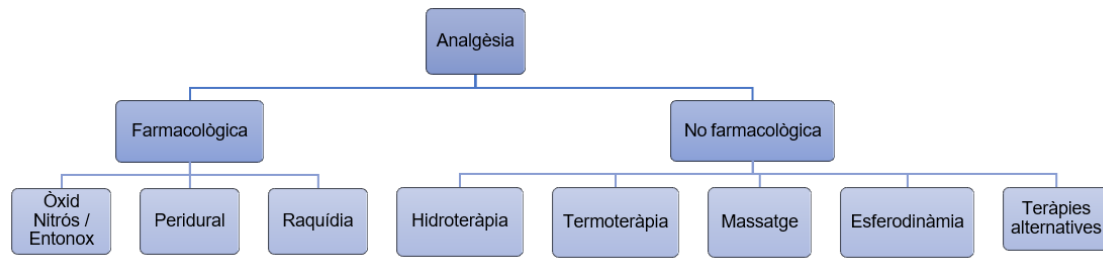
El dolor i el desconfort del treball de part són una preocupació important per a moltes dones embarassades ⁵. En la pràctica clínica s'ha estès la utilització d'analgèsics sota la filosofia de que el dolor és un patiment innecessari; com a conseqüència el llindar social de la tolerància al dolor ha disminuït ². Les decisions sobre les tècniques de control del dolor durant el part són importants en moltes discussions públiques i clíniques, en l'educació prenatal i dins d'alguns plans de naixement de les dones ⁵. Tot i així, la majoria de les dones esperen experimentar algun grau de dolor durant el part ⁵. De totes maneres, encara que la majoria consideren que aquest dolor s'ha d'alleujar, també hi ha moltes dones que els hi preocupen els efectes nocius de les tècniques de control del dolor ⁵.

Antigament s'utilitzaven tècniques no farmacològiques per al control del dolor, efectives i segures, que interferien menys amb la fisiologia del part i en el protagonisme de la dona en aquesta situació ¹. En els últims 30 anys, la utilització d'analgèsia peridural en la situació del treball de part s'ha incrementat, constituint una pràctica eficaç i de gran interès per alleugerir el dolor ^{1,2}. Per altra banda, al llarg dels últims anys s'està tornant a reforçar aquesta medicina complementària, aquella que recull totes les pràctiques i idees que queden fora de la medicina convencional, i així afavorint la promoció de la salut i el benestar de les dones ¹.

1.2 Tipus d'analgèsia

Pel que fa als tipus d'analgèsia, es distingeixen dos principals grups d'analgèsia; farmacològica i no farmacològica, i cada un d'ells consta de diferents mètodes:

Figura 1 Il·lustració de l'analgèsia intrapart



Font pròpia

1.2.1 Analgèsia no farmacològica

Hidroteràpia

Garland D ²¹, citat per Jones L¹⁵, afirma que la utilització d'aigua calenta per l'alleujament del dolor és una constant al llarg de la història. Edlich RF ²³, citat per Jones L¹⁵, així com Arubés ER, et al. ²² afirmen que una dutxa o un bany d'aigua calenta durant el part, produeix un immediat alleujament del dolor de les contraccions, millora la perfusió uterina, facilita la relaxació i mobilitat de la dona i redueix significativament l'ús de l'analgèsia regional.

Ginesi L ^{24, 25}, citat per Jones L¹⁵, així com Arubés ER, et al. ²² afirmen que al disminuir l'ansietat i l'estrès es produeix una millor alliberació d'oxitocina, el que comporta una millor progressió de dilatació. A més, Hall SM²⁶ i Richmond H ²⁷, citats per Jones L¹⁵, comenten que la lleu vasodilatació provocada per l'aigua calenta, redueix la tensió arterial i augmenta el pols matern que suma a la millor oxigenació muscular i fetal. Això suggereix que la immersió a l'aigua durant el procés de part augmenta la satisfacció materna i el sentit de control ^{26, 27}.

Termoteràpia

La termoteràpia, aplicada de manera superficial a la zona dolorosa, provoca hiperèmia per vasodilatació, que afavoreix l'arribada de nutrients a la zona tractada, augmenta la oxigenació dels teixits i redueix la isquèmia, que és una de les causes de dolor ²⁸. Aquesta vasodilatació augmenta la elasticitat tissular i redueix la inflamació i l'edema ²⁹. A més, l'augment de flux sanguini millora la eliminació de residus i substàncies algògenes segregades localment a causa del dany tissular (prostaglandines, noradrenalina o histamines) ²⁸. També produeix una acció sedant, ja que influeix en els impulsos nerviosos; pot inhibir o disminuir la sensació de dolor quan la aplicació és perllongada ²⁸.

Es pot aplicar utilitzant calor sec, que augmenta la temperatura de forma ràpida, o calor humit, que penetra en els teixits en major profunditat ²⁸.

A més a més, l'aplicació de compreses calentes en el perineu durant la fase expulsiva disminueix el risc de trauma perineal i redueix el dolor ²⁹. Per aquest motiu, la Societat Espanyola de Ginecologia y Obstetrícia recomana l'aplicació de compreses calentes en el perineu durant l'expulsiu com a mesura de relaxació, distensió del perineu i confort ²⁹.

Massatge

El massatge i el tacte tranquil·litzador durant el part, és un mètode d'alleujament del dolor amb efectes relaxants, que estimula la producció d'endorfines i disminueix les hormones de l'estrès ³⁰. La utilització del massatge durant el part millora la relaxació i redueix el dolor perquè millora el flux sanguini i la oxigenació dels teixits ³⁰.

El massatge inclou la manipulació dels teixits tous del cos ³⁰. Mètode utilitzat per ajudar a relaxar la musculatura tensa i tranquil·litzar i calmar a la gestant ³⁰. A més, ajuda a les dones a relaxar-se, transmetre interès, comprensió, procurar consol, i per tant a reduir el dolor durant el treball de part ³⁰. Pot ser administrat tan per la llevadora com per la parella ³⁰. Fernández J ³¹, citat per Fernández IM ³², afirma que es pot realitzar el massatge a la regió lumbar en la primera etapa del part per a la reducció del dolor.

Per altra banda, el massatge perineal durant l'embaràs, tot i ser un dels factors protectors del trauma perineal, redueix la probabilitat de patir esquinç perineal ³¹, no obstant no és efectiu per la reducció del dolor durant el part ³¹.

Esferodinàmia

Edlich RF ²³, citat per Jones L ¹⁵, comenta que la esferodinàmia consisteix en la col·locació de la gestant a sobre de la pilota de manera que, una vegada assentada, realitzi moviments de balanceig i rotació de la pelvis i la columna en posició vertical.

Aquest mètode es troba íntimament lligat a la llibertat de moviments, al balanceig pelvià i a la posició vertical materna ³³. Proporciona una mobilitat multidireccional i suport a la musculatura pelviana ³³. Al mateix temps permet relaxar la

musculatura abdominal en el període contràctil i així disminuir la sensació de dolor ³³.

El seu ús es recomana per ^{34, 35}:

- Afavorir la dilatació en el treball de part actiu.
- Fomentar la llibertat de moviments pelvians i de la columna.
- Ampliar els diàmetres pelvians.
- Alleujar el dolor.
- Afavorir el descens, la rotació i l'encaixament de la presentació.
- Augmentar la eficàcia de les contraccions.

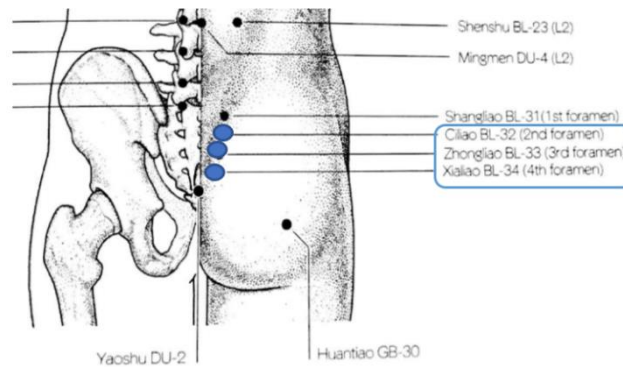
Altres intervencions no farmacològiques

- **Injecció d'aigua estèril:** Aquesta tècnica consisteix en l'administració intradèrmica o subcutània d'aigua estèril als dos costats de la base de la columna vertebral, dins de l'àrea coneguda com a "rombe de Michaelis" ²². Lytzen T ³⁶ i Trolle B ³⁷, citat per Jones L ¹⁵, creuen que la tècnica funciona a través dels alliberaments d'opioides endògens (endorfines i encefalines). Es basa en la *Teoria del control de porta*, la qual afirma que l'estimulació no nociva és capaç de suprimir el dolor ^{36, 37}.
- **Aromateràpia:** Aquesta tècnica consisteix en la utilització d'olis essencials, basant-se en els poders de les plantes per millorar el benestar físic i mental ^{38, 39}. El mecanisme d'acció de l'aromateràpia no està clar ³⁸. En els estudis no es mostra cap canvi en els paràmetres fisiològics, no s'ha evidenciat la efectivitat fins al moment ^{22, 39}, però indiquen una millora psicològica de l'estat d'ànim i l'ansietat ³⁹.
- **Tècniques de relaxació:** El ioga, la meditació, la música i la hipnosi poden tenir un efecte calmant i proporcionar una distracció del dolor i la tensió ^{30, 40}. Es creu que les tècniques de relaxació ajuden a les dones en el treball de part a utilitzar mètodes propis per fer front al dolor ⁴¹.
- **Acupuntura i Acupressió:** L'acupuntura implica la inserció d'agulles fines en parts específiques del cos ¹. L'acupressió implica aplicar pressió sobre el punt d'acupuntura, sense la inserció d'agulla ¹. Aquestes tècniques tenen com a objectiu calmar el dolor estimulants punts d'acupuntura ¹. Pomeranz B⁴², citat per Jones L¹⁵, comenta que, ja que la

majoria dels punts d'acupuntura estan connectats a estructures neuronals o es situen a prop, això suggereix que l'acupuntura estimula el sistema nerviós ⁴². Una altra teoria suggereix que l'acupuntura estimula el cos a alliberar endorfines, que redueixen el dolor ⁴². Els punts d'acupuntura que s'utilitzen per reduir el dolor del part es troben a les mans, peus i orelles ^{1, 43}.

- Ciliao BL-32: Utilitzat pels seus efectes en la promoció de la dilatació i la prevenció de l'aparició del dolor lumbar radiant ⁴⁴. Les dones asseguren que aquests punts produeixen un efecte anestèsic en la intensitat de les contraccions ⁴⁴. A mesura que el procés de part avança, la dona pot requerir pressió a Zhongliao BL-33 i Xialiao BL-34 per a que la tècnica sigui efectiva ⁴⁴.

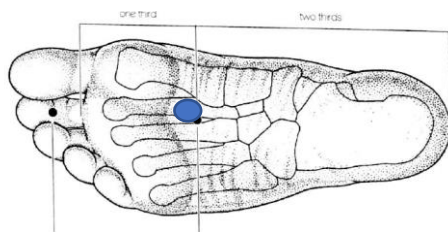
Figura 2 Il·lustració dels punts d'acupuntura i/o acupressió



Imatge extreta de Betts D ⁴⁴

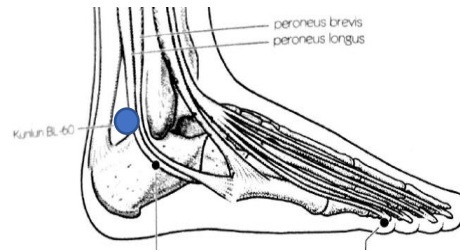
- Kunlun BL-60: Escollit pel seu ús clínic en provenir alleujament del dolor en el treball de part ⁴⁴.
- Yongquan KID-1: Utilitzat per l'efecte de relaxar la ment ⁴⁴. Pot ser utilitzat a qualsevol moment del treball de part, però és especialment efectiu durant la segona etapa ⁴⁴. També és útil quan hi ha sentiments de pànic ⁴⁴.

Figura 3 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Yongquan KID-1



Imatge extreta de Betts D ⁴⁴

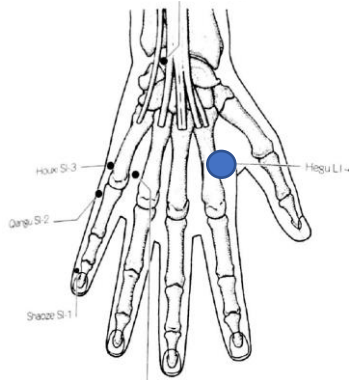
Figura 4 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Kunlun BL-60



Imatge extreta de Betts D ⁴⁴

- Hegu L.I.-4: Utilitzat per provenir un alleujament generalitzat del dolor en el treball de part ⁴⁴.

Figura 5 Il·lustració del punt d'acupuntura i/o acupressió Hegu L.I.-4



Imatge extreta de Betts D ⁴⁴

- **TENS:** *Transcutaneous electrical nerve simulation*. Aquesta tècnica utilitza un aparell que emet impulsos elèctrics de baix voltatge que varia en freqüència i intensitat ⁴⁵. Consta d'elèctrodes que s'adhereixen a la pell a la zona on es vol reduir el dolor local, normalment a la zona lumbar¹. Es creu que els polsos elèctrics estimulen les vies nervioses a la medulla espinal que bloquegen la transmissió del dolor ⁴⁵. El TENS també es pot utilitzar sobre els punts d'acupuntura durant la primera etapa del part, produint una reducció del dolor significativa ⁴⁶.

Recomanacions sobre la utilització d'analgèsia no farmacològica:

Quant a les guies de pràctica clínica de la Generalitat de Catalunya⁴⁷, del Ministeri de Sanitat⁴⁸ i la NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)⁴⁹; classifiquen els graus de recomanació de les diferents tècniques

farmacològiques i no farmacològiques segons l'evidència científica. Amb la classificació dels nivells d'evidència de Oxford *Centre for Evidence-Based Medicine*⁵⁰, les recomanacions per la seva utilització segons l'efectivitat dels mètodes per l'alleujament del dolor son les següents ⁴⁷⁻⁴⁹ (Taula1):

Taula 1 Recomanacions dels mètodes d'analgèsia segons les guies de pràctica clínica

Mètodes d'analgèsia	Generalitat de Catalunya (2013)⁴⁷	Ministeri de Sanitat (2010)⁴⁸	NICE (2017)⁴⁹
<i>Immersion en aigua calenta</i>	1A: Es recomana com a mètode eficaç durant la fase tardana de la primera etapa del part.		Oferir a la dona la oportunitat d'immersió en aigua com alleujament del dolor.
<i>Massatge</i>	2B: Es recomana el massatge i el contacte físic tranquil·litzador durant la primera i la segona etapa del part.	2B: Es recomana el massatge i el contacte físic tranquil·litzador durant la primera i la segona etapa del part.	Si la dona decideix utilitzar tècniques de massatge en el part que li han ensenyat, ha de rebre suport en la seva elecció.
	1A: Es recomana el massatge durant la primera i la segona etapa del part.		
<i>Pilotes de part</i>	5: Les dones que triïn utilitzar les pilotes han de ser animades a fer-ho per buscar postures més confortables.	5: Les dones que triïn utilitzar les pilotes han de ser animades a fer-ho per buscar postures més confortables.	
	1A: Es recomanen els exercicis amb pilotes com a opció en la disminució del dolor en el part.		
<i>Tècniques de relaxació</i>	5: Les dones que triïn utilitzar tècniques de respiració o relaxació haurien de rebre suport per la seva elecció.	5: Les dones que triïn utilitzar tècniques de respiració o relaxació haurien de rebre suport per la seva elecció.	Si la dona decideix utilitzar tècniques de respiració i relaxació en el part, ha de rebre suport en la seva elecció. Donar suport a la reproducció de música de l'elecció de la dona en el part.
	5: S'hauria de donar suport a la decisió de la dona respecte aquestes tècniques.		

<i>Injecció d'aigua estèril</i>	2B: Es pot utilitzar aquest mètode eficaç, sempre informant que produeix coïssor i dolor intens momentanis.	2B: Es recomana aquest mètode eficaç per l'alleujament del dolor lumbar, informant que produeix coïssor i dolor intens momentanis.	No utilitzar càpsules d'aigua injectada.
<i>TENS</i>	1A: TENS no s'hauria d'oferir a les dones amb part establert.		No oferir el TENS a les dones amb part establert.
<i>Acupuntura, acupressió, ioga, aromateràpia i hipnosis</i>			No oferir aquests mètodes durant la primera etapa latent del part; però no prevenir a la dona que desitja utilitzar-les.

Font pròpia amb dades extretes de la Generalitat de Catalunya⁴⁷, del Ministeri de Sanitat⁴⁸ i la NICE⁴⁹

1.2.2 Analgèsia farmacològica

Òxid Nitrós / Entonox®

L'analgèsia inhalada durant el treball de part implica la inhalació d'agents anestèsics mentre la mare roman desperta ⁵¹. L'ús de l'analgèsia inhalada per l'alleujament del dolor es data al 1847, quan James Simpson la va utilitzar per primera vegada en un part vaginal ⁵². L'òxid nitrós barrejat amb l'oxigen com a control del dolor en el treball de part s'administra de manera autònoma a les dones per inhalació a través d'una mascareta facial ⁵². Entonox® és un nom comercial per a una barreja d'òxid nitrós 50% i oxigen 50% en estat líquid ⁵².

Existeixen diferents tipus de analgèsia inhalada, tot i així, només l'òxid nitrós s'utilitza àmpliament en la pràctica obstètrica moderna. La seva utilització és deguda a ⁵¹:

- Facilitat d'administració
- Falta relativa de inflamabilitat
- Absència d'efecte sobre les contraccions uterines
- Toxicitat mínima
- Mínima depressió del sistema cardio-vascular
- Ràpida eliminació en la dona, fetus i nounat.

Klomp T, et al. ⁵² i Clyburn P⁵³, citat per Jones L¹⁵, asseguren que la dona se'l pot auto-administrar sota supervisió, després d'una instrucció inicial. L'analgèsia

inhalada es pot administrar de manera intermitent, de manera que s'administri quan el dolor de la contracció disminueix o desapareix ⁵⁴⁻⁵⁶. També es pot administrar de manera contínua, inhalant durant i entre contraccions ⁵⁴⁻⁵⁶.

De totes maneres existeix preocupació per part dels professionals, pel que fa a l'efecte de l'exposició perllongada d'aquests, ja que s'han associat pèrdua de fertilitat, avortament, part prematur i concentracions reduïdes de vitamina B12 amb l'exposició perllongada⁵⁴⁻⁵⁶.

Analgèsia Peridural

Aquest mètode consisteix en la injecció d'un anestèsic local en la regió lumbar entre dos vèrtebres, L3-L4 o L4-L5, prop dels nervis que transmeten la sensació de dolor ^{7, 57}. La anestèsia s'injecta mitjançant un catèter que arriba a l'espai epidural, just fora de la membrana que rodeja la espina dorsal i el fluid espinal ⁷. S'introdueix un bolus de prova per assegurar la correcta col·locació del catèter ⁷.

Un cop instaurada, l'efecte no és immediat, sinó que apareix de manera progressiva assolint l'alleujament del dolor ⁷. Aquest mètode obliga a realitzar una monitorització materna i fetal més intensa ⁵⁷.

Tota intervenció pot comportar complicacions, algunes d'aquestes son: disminució de la pressió arterial, restricció de la mobilitat, tremolors, retenció urinària, entre d'altres ^{7, 49, 57, 58}. De tots els efectes secundaris, un dels principals és la prolongació del part que, com a conseqüència, pot comportar un augment dels parts instrumentats ^{7, 49, 57, 58}.

Cada complicació esdevinguda a partir de l'administració de l'analgèsia peridural implica com a mínim una actuació infermera, algunes de les quals son invasives. Per exemple, la retenció urinària implicaria realitzar un sondatge vesical, en el qual existeix el risc de patir una infecció del tracte urinari (ITU). Les complicacions o els riscos de complicació que comporta l'administració de la peridural desencadena un part més intervingut i medicalitzat, en el que es deixa de veure com a procés natural.

La guia de pràctica clínica de la Generalitat ⁴⁷ recomana l'administració de peridural en dosis baixes que permetin una lleugera mobilitat i l'adopció de

postures més còmodes i convenients. Un cop administrada la peridural, convé mantenir-la fins que finalitza el part ⁵⁷.

Interpretant les recomanacions de la Guia d'Atenció al Part ⁴⁷, es pot afirmar que disminuint la dosi de peridural s'afavoreix la llibertat de moviments a la dona, es proporciona una disminució de les complicacions i les intervencions, moltes d'elles invasives, i al mateix temps es promou un part menys medicalitzat i menys intervingut, evitant l'anomenada cascada d'intervenció (Figura 7).

Anestèsia Raquídia

Aquest mètode consisteix en la injecció de l'anestèsic local directament en el líquid cefalorraquidi del conducte raquídi ^{49, 59}. Consisteix en la introducció d'un catèter a l'espai intradural, a través del que s'administren dosis successives d'anestèsic local ^{49, 59}. L'efecte d'aquesta anestèsia és més ràpid que el de la peridural ⁴⁰. La tècnica de punció és molt semblant a la de l'analgèsia peridural pel que fa a la posició de la dona i la punció a l'esquena, només varia l'espai d'administració i el material utilitzat ⁴⁹.

El seu ús es reserva per a dones d'alt risc, especialment hemodinàmic ⁵⁹. Es sol utilitzar en aquelles situacions en que, per raons de temps, no és possible instaurar l'analgèsia peridural ⁵⁹:

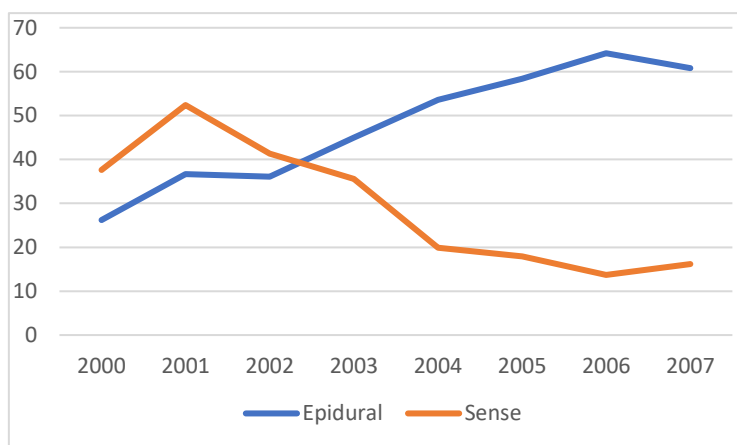
- Alleujament del dolor en l'expulsiu imminent.
- Episiotomies i/o reparació d'esquinçaments perineals.
- En casos d'instrumentació urgent.
- Extracció manual de placenta.
- Quan s'hagi de realitzar una cesària molt urgent o emergent.

1.2.3 Complicacions de l'analgèsia peridural i la cascada d'intervencions

Un estudi retrospectiu realitzat el 2009 pel "*Instituto de Estudios Sociales Avanzados* i el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*" va analitzar la elecció o no elecció materna de l'analgèsia peridural intrapart de les dones andaluses, des de l'any 2000 fins l'any 2007 ².

Aquest estudi és un exemple dels canvis d'elecció del mètode d'analgèsia intrapart al nostre país. Tal i com s'observa al gràfic, a partir de l'any 2002 hi va haver un punt d'inflexió en el que es troben els dos valors principals, en una tendència descendent de la negativa a utilitzar peridural junt amb la tendència ascendent en el seu ús ².

Figura 6 Il·lustració sobre l'ús de peridural intrapart



Font pròpia amb dades extretes de Biedma L ²

Tot i ser el mètode analgèsic més utilitzat per alleugerir el dolor en el part, aquesta tècnica comporta complicacions. Algunes de les complicacions de l'analgèsia peridural són ^{7, 8, 58}:

Taula 2 Complicacions analgèsia peridural

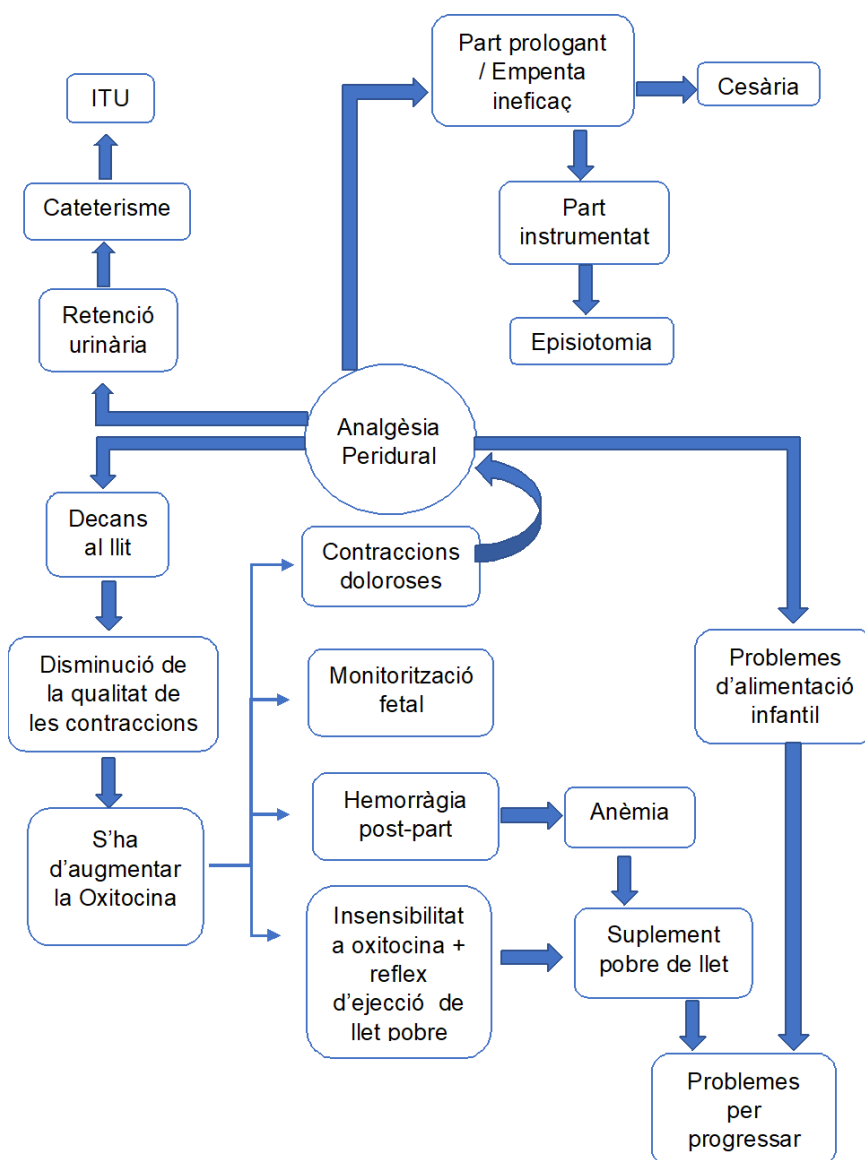
Efectes negatius interacció mare/nadó	Efectius nocius (mare)	Efectes nocius (nadó)
Lactància materna	Lumbàlgia	Acidosis
Part vaginal assistit	Hipotensió	Hipoglucèmia neonatal
Cesària	Depressió respiratòria i cardíaca	Complicacions neonatals a llarg termini
Part instrumentat	Cefalea post-punció dural	Aigües tenyides de meconi
Prolongació de la segona etapa del part	Retenció urinària	
	Neuropatia perifèrica	
	Febre	
	Nàusees i/o vòmits	

Font pròpia amb dades extretes de: Anim-Somuah M ⁷, Segado MI ⁸, Lancaster S ⁵⁸

Segons Jansen L, et al. per tal de prevenir o actuar davant les complicacions que comporta l'analgèsia peridural es van desenvolupant una successió d'actuacions i intervencions, anomenant a aquest fet la cascada d'intervencions ⁶.

L'administració de l'analgèsia peridural comporta que la dona hagi de sedestar, i el simple fet de mantenir la dona en treball de part en posicions on no hi ha verticalitat, pot provocar que les contraccions siguin lentes i de mala qualitat ⁶. Això pot provocar la necessitat d'augmentar la dinàmica uterina administrant oxitocina, aquesta pot causar contraccions més doloroses que puguin necessitar més analgèsia, a més d'un monitoratge electrònic fetal més intens ⁶.

Figura 7 Il·lustració de la cascada intervencions



Font pròpia amb dades extretes de Jansen L ⁶

Una altra complicació de l'analgèsia peridural és la retenció urinària, requerint sondatges vesicals repetits, els quals augmenten el risc de patir una infecció del tracte urinari (ITU) ⁶.

La peridural pot provocar un part prolongat i una empenta ineficaç, augmentant el risc d'un part instrumentat per un descens fetal ineficaç ⁶. Degut a la instrumentació del part, es pot requerir d'episiotomia com a resultat de laceracions vaginales o perineals ⁶. Un part prolongat amb fracàs per progressar o un part instrumentat fallit pot resultar en una cesària ⁶. Tant com el part instrumentat com la cesària condueixen a un augment del risc de dolor, infecció i hemorràgia ⁶. Per altra banda, la cesària, també, posa a l'infant en risc per problemes respiratoris i d'alimentació ⁶.

1.2.4 Justificació

En termes generals, l'objectiu principal de les intervencions no farmacològiques és ajudar a les dones a fer front al dolor del part, mentre que l'objectiu principal de les intervencions farmacològiques és alleujar el dolor del part ⁴⁸.

La medicalització del part està associada amb l'increment de les intervencions intrapart i dels parts distòcics, com per exemple la inducció del part, la monitorització fetal i l'analgèsia peridural ⁶⁰. L'augment de l'ús d'intervencions s'ha associat a una reducció de la taxa de lliuraments realitzats per llevadores, ja que aquestes intervencions poden augmentar les complicacions del part, maternes i fetals ⁶⁰.

Quant a les recomanacions de les guies de pràctica clínica, hi ha una lleugera discrepància entre aquestes. El mètode que consisteix en la injecció d'aigua estèril, és recomanat per les guies de la Generalitat i la del Ministeri, amb un segon grau de recomanació, mentre que la NICE no l'aconsella ⁴⁷⁻⁴⁹. Cal comentar que la Guia per a embarassades ⁶¹ incisa en que la injecció de sèrum fisiològic o aigua estèril en la zona lumbar no sembla proporcionar un alleujament del dolor gaire eficaç.

Tanmateix, es perceben canvis entre la guia de la Generalitat i la del Ministeri, aquests poden ser deguts a la actualització més recent de la Generalitat, en la que mostra un grau més elevat de recomanació davant dos mètodes

d'alleujament del dolor: el massatge i la pilota de part ⁴⁷⁻⁴⁹. S'hauria de mantenir la actualització contínua dels protocols i guies de pràctica clínica per així establir un consens i poder millorar l'assistència a les dones.

Respecte l'analgèsia peridural, aquesta pot afectar negativament a la interacció mare/nadó (part instrumentat, lactància materna ineficaç, prolongació de la segona etapa del part, etc.), pot provocar efectes nocius a la mare (lumbàlgia, hipotensió, cefalea, retenció urinària, neuropatia perifèrica, etc.) i al nadó (acidosis, hipoglucèmia, etc.) ^{7, 8}. En conseqüència, la utilització de l'analgèsia peridural pot estar justificada quan es vol pal·liar el dolor, però no va absenta d'efectes secundaris.

Convé ressaltar que una sèrie d'intervencions son desenvolupades per tal de prevenir o actuar davant les complicacions que comporta l'analgèsia peridural, iniciant la cascada d'intervencions ⁶.

En conclusió, la coneixença dels mètodes d'analgèsia utilitzats intrapart i els factors relacionats en la utilització d'aquests tipus d'analgèsia intrapart, dona la possibilitat de treballar sobre les dones per tal de promoure mètodes d'analgèsia no farmacològica i medicina convencional. Coneixent les complicacions relacionades amb els diferents mètodes d'analgèsia, podem establir un consentiment informat, amb una discussió de riscos i beneficis de cada pràctica, per tal d'empoderar a les dones i afavorir que aquestes tinguin una presa de decisions de manera informada. D'aquesta manera introduïm un element salutogènic promovent la salut de la dona.

2. OBJECTIUS

2.1 Objectiu general

Conèixer la utilització i el tipus d'analgèsia intrapart d'una mostra de dones participants a l'estudi "Satisfacció de les dones en el procés de part".

2.2 Objectius específics

- Descriure les característiques de les variables sociodemogràfiques de les dones.
- Descriure les característiques de les variables clíniques.
- Determinar la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS).
- Determinar la relació entre les variables clíniques i la variable Dolor (VAS).
- Conèixer la relació entre els mètodes d'analgèsia intrapart i la variable Origen.
- Descriure la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural.

3. METODOLOGIA

3.1 Disseny

Estudi descriptiu transversal, de metodologia quantitativa.

3.2 Àmbit de l'estudi

Unitat de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, planta de maternitat (4^a A).

3.3 Població

Mostra de 100 dones, de les 330 participants a l'estudi "Satisfacció de les dones en el procés de part", dut a terme a la Unitat de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, Sala de Parts, durant el període de temps entre Abril del 2017 i Octubre del 2019.

3.4 Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió: Participants a l'estudi "Satisfacció de les dones en el procés de part".

Criteris d'exclusió:

- No voluntat de participar a l'estudi i/o no haver firmat el consentiment informat.
- No presència al servei durant la recollida de dades.
- Dificultat idiomàtica que impedeixi l'ompliment del qüestionari.

3.5 Mostra

Mostreig no probabilístic per quotes, segmentant la mostra d'estudi en grups a partir de la variable sociodemogràfica origen.

3.6 Variables

Variables sociodemogràfiques

- **Edat:** Edat de les participants, variable quantitativa discreta. La variable s'ha agrupat en grups d'edat per l'anàlisi bivariant:
 - o 16-25 anys
 - o 26-35 anys

- 36-46 anys
- **Àrea de residència:** Població en la qual les participants resideixen, variable qualitativa nominal. La variable s'ha agrupat en rural i urbana per l'anàlisi bivariant.
- **Nivell d'estudis:** Nivell d'estudis finalitzat de les participants, variable qualitativa ordinal amb 3 categories:
 - Primaris o Obligatoris (ESO)
 - Superiors (Batxillerat, FP)
 - Universitaris
- **Estat ocupacional:** Ocupació actual de les participants. Variable qualitativa nominal amb 4 categories:
 - Tasques de la llar
 - Empleada
 - Contractada
 - Atur/Estudiant

Aquesta s'ha agrupat en Empleada o No empleada per l'anàlisi bivariant.

- **Origen:** País d'origen de les participants. Variable qualitativa nominal amb 6 categories:
 - Hindú
 - Amerindi
 - Mediterrani europeu
 - Nord-centre europeu
 - Mediterrani africà
 - Africà

S'ha agrupat en Natiu i Immigrant per l'anàlisi bivariant.

- **Estat civil:** Estat civil de les participants. Variable qualitativa nominal amb 4 categories:
 - Soltera
 - Viu en parella
 - Casada
 - Vídua

S'ha agrupat en Soltera o Amb parella per l'anàlisi bivariant.

- **Assistència a classes de preparació al naixement:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Acompanyant durant el part:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.

Variables clíniques

- **Utilització d'analgèsia intrapart:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Bossa d'aigua calenta:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Dutxa/Banyera:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Pilota:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Massatge:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Utilització d'analgèsia peridural:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Absència de mesures d'analgèsia:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Altres mesures d'analgèsia:** Variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: Sí o No.
- **Nivell de dolor:** Variable quantitativa del 0 al 10, recollida a partir de l'escala analògica visual (VAS) del dolor.

3.7 Instruments

El qüestionari adhoc (Annex 1) era autocompletat per les participants i es va utilitzar per recollir les variables sociodemogràfiques, les variables clíniques i l'escala VAS⁶² del dolor.

3.8 Procediment

Les dades procedeixen de l'Estudi "Satisfacció de les dones en el procés de part", realitzat a la Unitat de Sala de Parts de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona entre l'Abril de 2017 i Octubre de 2019. Les variables

sociodemogràfiques i clíniques s'han obtingut a partir del qüestionari adhoc (Annex 1) autocompletat a les 48 hores postpart.

3.9 Anàlisi de dades

Per a realitzar l'anàlisi de dades estadístic s'ha utilitzat el programa informàtic SPSS versió 25.

Per començar s'ha comprovat la normalitat de la distribució de les dades mitjançant la prova Kolmogorov-Smirnov, determinant que les dades son no paramètriques.

S'han calculat les freqüències i percentatges de les variables qualitatives i la mitjana \pm desviació estàndard de les variables quantitatives per tal de realitzar l'anàlisi descriptiu.

Per l'anàlisi bivariant s'han utilitzat les proves de U de Mann-Whitney per a dues mostres independents i Kruskal-Wallis per a tres o més grups .

Per l'anàlisi bivariant de dades categòriques, s'ha utilitzat la taula creuada mitjançant la prova de Xi-Quadrat de Pearson.

S'accepta com a resultat significatiu tot aquell que $p\text{-valor} \leq 0.05$.

3.10 Aspectes ètics

Les dades utilitzades formen part de l'estudi "Satisfacció de les dones durant el procés de part" (2017.044), el qual ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona (Annex 2). L'investigador principal afirma que no té conflicte d'interessos, i ha acceptat i firmat la Declaració de Helsinki, la qual està adjuntada al projecte de recerca original. Es va garantir l'anonimat de les dades seguint la Llei Orgànica Espanyola de 13/2018, de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, i es va obtenir el consentiment informat de totes les participants tal i com descriu el projecte de recerca.

4. RESULTATS

Resultat 1: Descriure les característiques de les variables sociodemogràfiques de les dones

En total, a l'estudi, s'ha agafat una mostra de 100 dones participants. La mitjana d'edat de les participants és de 31,06 anys. Entre d'elles, un 17% tenen entre 16-25 anys, un 65% tenen entre 26-35 anys i un 18% tenen \geq 36 anys.

Sobre el **nivell d'estudis** de les dones, un 29% ha declarat que el nivell d'estudis assolit era primària o els estudis obligatoris (ESO); un 34% estudis superiors i un 37% estudis universitaris.

En relació a l'**àrea de residència**, un 47% ha referit viure en un àmbit rural i un 53% en àmbit urbà.

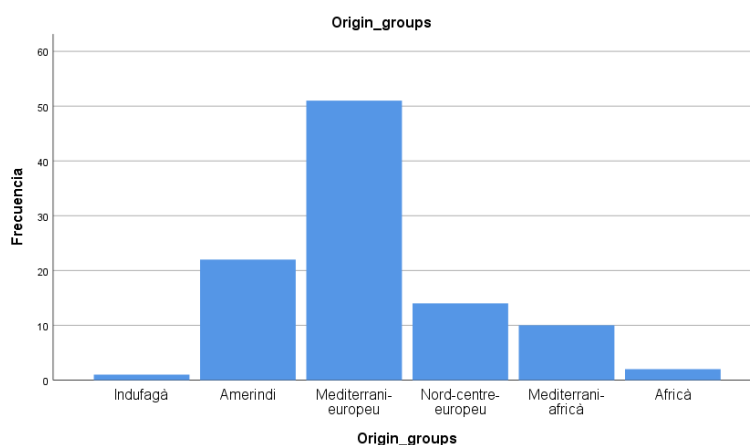
Taula 3 Descriptiu de les variables sociodemogràfiques

Variables sociodemogràfiques		
Mostra (n=100)		N (%)
Edat	16-25 anys	17 (17.0)
	26-35 anys	65 (65.0)
	\geq 36 anys	18 (18.0)
Nivell estudis	Primària o Obligatori	29 (29.0)
	Superiors	34 (34.0)
	Universitaris	37 (37.0)
Àrea de residència	Rural	47 (47.0)
	Urbà	53 (53.0)
Origen	Hindú	1 (1.0)
	Amerindi	22 (22.0)
	Mediterrani europeu	51 (51.0)
	Nord-centre europeu	14 (14.0)
	Mediterrani africà	10 (10.0)
	Africà	2 (2.0)
Origen agrupat	Autòcton	50 (50.0)
	Immigrant	50 (50.0)
Estat ocupacional	Empleada	61 (61.0)
	No empleada	39 (39.0)
Estat civil	Soltera	10 (10.0)
	Amb parella	90 (90.0)
Assistència a classes de preparació al naixement	Sí	46 (46.0)
	No	54 (54.0)
Acompanyant al part	Sí	98 (98.0)
	No	2 (2.0)

Variables qualitatives: valors expressats en N (%)

Pel que fa a l'**origen** de les dones, s'han agrupat segons disposició geogràfica. Una dona s'ha classificat com a hindú, un 22% de les dones s'han agrupat en territori amerindi, un 51% en territori mediterrani europeu, un 14% en nord-centre europeu, un 10% en mediterrani africà i, per últim, un 2% son dones africanes. Aquestes dades s'han agrupat segons l'**origen agrupat**, obtenint un 50% de les dones immigrants i un 50% autòctones, variable utilitzada pel mostreig no probabilístic per quotes.

Figura 8 Gràfic de barres de l'origen segons disposició geogràfica



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències.

Tanmateix, en quant a la **ocupació**, una major part de les dones, amb un 61%, ha referit estar empleada mentre que un 39% ha referit no estar contractada i per tant, no estar empleada.

Majoritàriament, un 90% conviu amb una **parella** estable mentre que un 10% refereix estar soltera.

Les **classes de preparació al naixement** han tingut una assistència d'un 46%, mentre que el 54% han afirmat no haver assistit a les classes.

Per altra banda, un 98% han estat **acompanyades** durant l'experiència del part, i només un 2% han experimentat el part en solitari.

Resultat 2: Descriure les característiques de les variables clíniques

Pel que fa a les variables clíniques, un 91% ha referit **utilitzar analgèsia intrapart**, mentre que un 9% no ha utilitzat cap mètode analgèsic.

L'**analgèsia peridural** ha sigut utilitzada per un 79% de les dones incloses a l'estudi, el 21% restant ha referit no haver utilitzat aquest mètode farmacològic com a analgèsia intrapart.

Sobre la utilització d'analgèsia no farmacològica intrapart, ens trobem amb un 24% de les dones que han utilitzat el mètode de la **bossa d'aigua calenta**, i per tant, un 76% que no ha utilitzat aquest mètode.

Així mateix, un 24% de les dones han recorregut al mètode de la **dutxa/bany**, mentre que un 76% no han optat per a utilitzar aquest mètode.

La **pilota de part** ha sigut el mètode no farmacològic més utilitzat per a les dones incloses en aquest estudi, un 37% ha utilitzat aquest mètode. Tanmateix un 63% no ha utilitzat aquest mètode.

L'últim mètode no farmacològic estudiat en aquest estudi, el **massatge**, ha resultat el menys utilitzat: un 15% de les dones ha utilitzat aquest mètode, mentre que el 85% restant ha optat per a la no utilització d'aquest.

Un 8% de les dones ha referit no haver utilitzat **cap tipus de mètode analgèsic** intrapart, mentre que el 92% va utilitzar algun mètode analgèsic, farmacològic o no.

Pel que fa a **altres mesures d'analgèsia**, un 3% va assegurar haver utilitzat altres mesures d'analgèsia no esmentades a l'estudi, però un 97% va utilitzar o no els mètodes d'analgèsia esmentats.

En el **nivell de dolor** de les dones, s'obté una puntuació de dolor de mitjana de 7.22 punts a l'escala de VAS amb una desviació estàndard (DS) de ± 2.859 .

Taula 4 Descriptiu de les variables clíniques

Variables clíniques		
Mostra (n=100)		N (%) o $\bar{x} \pm DS$
Utilització d'analgèsia intrapart	Sí	91 (91.0)
	No	9 (9.0)
Bossa d'aigua calenta	Sí	24 (24.0)
	No	76 (76.0)
Dutxa/Bany	Sí	24 (24.0)
	No	76 (76.0)
Pilota	Sí	37 (37.0)
	No	63 (63.0)
Massatge	Sí	15 (15.0)
	No	85 (85.0)
Analgèsia peridural	Sí	79 (79.0)
	No	21 (21.0)
Absència de mesures d'analgèsia	Sí	8 (8.0)
	No	92 (92.0)
Altres mesures d'analgèsia	Sí	3 (3.0)
	No	97 (97.0)
Nivell de dolor (VAS)	0-10	7.22 \pm 2.859

Variables qualitatives: valors expressats en N (%)

Variables quantitatives: valors expressats en $\bar{x} \pm DS$

Resultat 3: Determinar la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)

Les diferents variables sociodemogràfiques estudiades s'han contrastat amb la variable dolor amb l'escala VAS, expressades en (Med [25-75]), i s'han buscat possibles diferències significatives entre els grups de variables mitjançant les proves U de Mann-Whitney i Kruskal Wallis; considerant significatives les diferències quan el p-valor és ≤ 0.05 . Els resultats es mostren a la Taula 5, es desglossen per resultats específics. Es poden consultar els gràfics dels resultats no significatius a l'Annex 3 (Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)).

Taula 5 Relació variables sociodemogràfiques i Dolor (VAS)

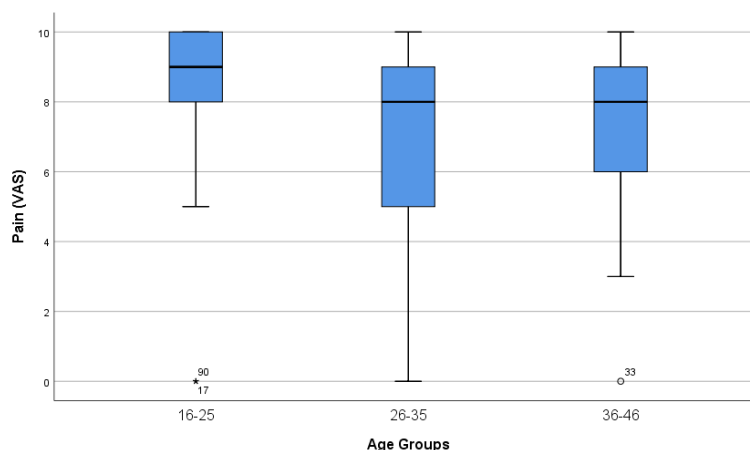
Variables sociodemogràfiques			
Mostra (n=100)		Dolor (VAS)	
		Med (25-75)	p-valor
Edat	16-25 anys	9 (8-10)	0.362**
	26-35 anys	8 (5-9)	
	≥36 anys	8 (6-9)	
Nivell estudis	Primària o Obligatoris	9 (6-10)	0.554**
	Superiors	8 (5-10)	
	Universitaris	8 (7-9)	
Àrea de residència	Rural	8 (6.50-10)	0.454*
	Urbà	8 (5-10)	
Origen	Hindú	4	0.043 ** Mediterrani europeu – Amerindi sig ajust. bilateral 0.039
	Amerindi	10 (7-10)	
	Mediterrani europeu	8 (5.50-8)	
	Nord-centre europeu	8.50 (5-10)	
	Mediterrani africà	8.50 (5-10)	
Origen agrupat	Autòcton	8 (5-8)	0.006 * Diferència de rang=15.8
	Immigrant	9 (6-10)	
Estat ocupacional	Empleada	8 (7-10)	0.782 *
	No empleada	8 (6-10)	
Estat civil	Soltera	8 (7-10)	0.571*
	Amb parella	8 (6-10)	
Assistència a classes de preparació al naixement	Sí	8 (5-9)	0.100*
	No	8 (6-10)	
Acompanyant al part	Sí	8 (6-10)	0.818*
	No	5 (0-10)	

** Kruskal-Wallis *U de Mann-Whitney

3.1 Relació entre els grups d'edat i el nivell de Dolor (VAS)

La mediana de dolor en el grup d'edat 16-25 anys és més elevada que en els altres grups d'edat. Tot i així, les diferències en els punts a l'escala de VAS esmentades entre aquests subgrups no són significatives (p -valor ≥ 0.05) (Taula 5). Al diagrama de caixes (Figura 9) podem observar que el grup d'edat 16-25 anys, té una mediana de dolor superior comparada als dos grups de major edat. Això ens pot indicar que, com més jove és la dona, més dolor manifesta. A més, aquest mateix grup d'edat té un rang de dolor menys ampli i superior a la resta. No obstant, caldria validar aquests resultats ja que existeix la presència de dades atípiques.

Figura 9 Diagrama de caixes de la relació entre la variable nivell de dolor VAS i grups d'edat



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

3.2 Relació entre el nivell d'estudis i el nivell de dolor (VAS)

El dolor en el grup de dones que ha finalitzat els estudis en l'educació primària/secundària té una mediana de 9 punts (6-10), mentre que en el grup d'estudis superiors és de 8 punts (5-10), i en el grup d'estudis universitaris és de 8 punts (7-9). S'han observat diferències mínimes en els valors de nivell de dolor segons el subgrup de nivell d'estudis, i aquestes no son significatives, ja que el p-valor és ≥ 0.05 . (Taula 5).

3.3 Relació entre l'àrea de residència i el nivell de dolor (VAS)

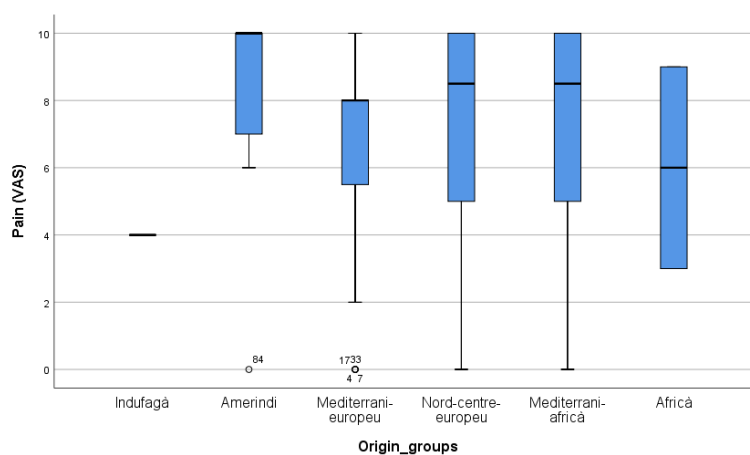
La mediana de dolor en les dones que viuen en àrea rural i urbana és la mateixa, de 8 punts, encara que els rangs de puntuació son diferents; (6.50-10) per l'àrea rural i (5-10) per l'àrea urbana. La lleugera diferència entre els dos grups comporta que els resultats no siguin significatius, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 5).

3.4 Relació entre l'origen i el nivell de dolor (VAS)

La mediana de nivell de dolor de totes les dones de l'estudi és [8 (6-10)], en una escala de VAS entre 0 i 10 punts. La variabilitat de les dades segons els grups d'origen és molt variada, tot i així algunes de les diferències entre grups és significativa (p-valor 0.043). A la Figura 3 es mostra el nivell de dolor en escala VAS segons els diferents grups segons l'origen de les dones. El grup hindú [4 (4-4)] només consta d'una dona i el grup africà [6 (3-9)] només consta de dues dones. Aquests dos grups refereixen un dolor inferior a la resta de grups

estudiats, però es consta de poca mostra en aquests grups, el que porta a concloure que es necessitaria una mostra més gran per tal d'obtenir dades més robustes. Les dones del grup amerindi [10 (7-10)] refereixen una mediana de dolor més elevada, en comparació el grup mediterrani-europeu [8 (5.50-8)], amb resultats significatius només entre aquests dos grups (p-valor de 0.039). La presència de dades atípiques fa que els resultats no es considerin robustos, les diferències observades entre altres grups d'origen i el nivell de dolor no son significatives.

Figura 10 Diagrama de caixes de la relació entre l'origen i el nivell de dolor (VAS)

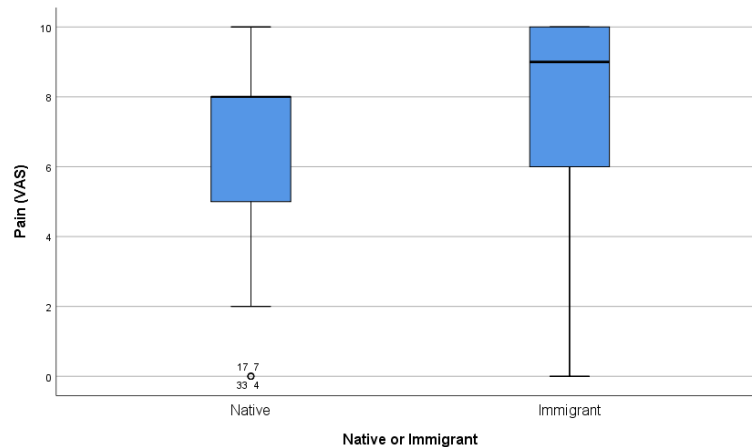


Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

3.5 Relació entre la variable origen agrupat i el nivell de dolor (VAS)

La mediana de nivell de dolor en les dones d'origen autòcton és inferior [8 (5-8)], comparat amb el grup de dones d'origen immigrant [9 (6-10)]; amb diferències de rang significatives (p-valor de 0.006) (Taula 5). Tot i així, caldria una mostra més gran per obtenir dades més robustes, ja que s'han obtingut dades atípiques. A la Figura 11 s'observa que les dones natives refereixen menys dolor que les dones d'origen immigrant. El 75% de les dones autòctones tenen un dolor inferior a 8, en canvi la mediana de les dones immigrants ja és de 9.

Figura 11 Diagrama de caixes de la relació entre la variable origen agrupat i el nivell de dolor VAS



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

3.6 Relació entre l'estat ocupacional i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones segons el seu estat ocupacional és la mateixa, de 8 punts. No existeixen diferències significatives (p -valor ≥ 0.05) (Taula 5).

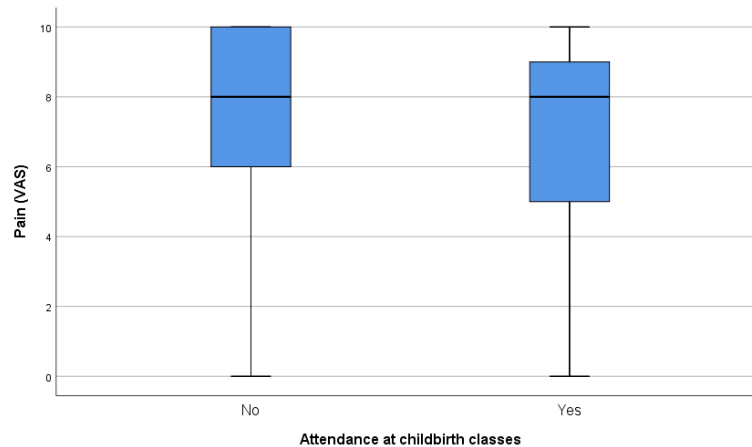
3.7 Relació entre l'estat civil i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones segons l'estat civil és la mateixa, de 8 punts. No existeixen diferències significatives (p -valor ≥ 0.05) (Taula 5).

3.8 Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones que havien assistit a les classes de preparació al naixement i de les que no hi havia assistit és la mateixa, de 8 punts. A la Figura 12 s'observa més variabilitat en el nivell de dolor entre les dones que han assistit a les classes, en comparació a les que no hi han assistit. Tot i així, la diferència esmentada no és significativa (p -valor ≥ 0.05).

Figura 12 Diagrama de caixes de la relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

3.9 Relació entre la variable acompanyant al part i el nivell de dolor (VAS)

El dolor en les dones que havien tingut acompanyant durant el part (8 [6-10]) és més elevat que el nivell de dolor de les dones que no havien estat acompanyades (5 [0-10]). La diferència esmentada no és significativa (p -valor ≥ 0.05) (Taula 5).

Resultat 4: Determinar la relació entre les variables clíniques i la variable Dolor (VAS)

Les diferents variables clíniques estudiades s'han contrastat amb la variable dolor amb l'escala VAS, expressades en (Med [25-75]), i s'han buscat possibles diferències significatives entre els grups de variables mitjançant la prova U de Mann-Whitney. Els resultats es mostren a la Taula 6, es desglossen per resultats específics. Es poden consultar els gràfics dels resultats no significatius a l'Annex 4 (Gràfics de la relació entre les variables clíniques i la variable Dolor (VAS)).

4.1 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i el nivell de dolor (VAS)

Les dones que no han utilitzat analgèsia intrapart tenen una mediana més elevada de dolor (9 [7-10]), en comparació a les dones que la utilitzen (8 [5.50-10]). Aquesta diferència no és significativa (p -valor ≥ 0.05) (Taula 6).

Taula 6 Relació variables clíniques i Dolor (VAS)

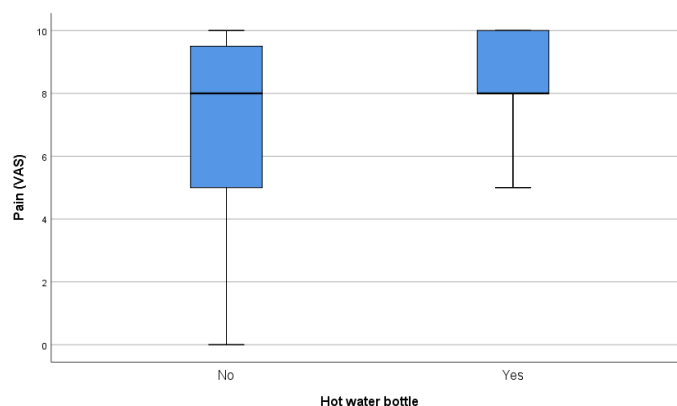
Variables clíniques			
Mostra (n=100)		Dolor (VAS)	
		Med (25-75)	p-valor
Utilització d'analgèsia intrapart	Sí	8 (5.50-10)	0.260*
	No	9 (7-10)	
Bossa d'aigua calenta	Sí	8 (8-10)	0.035* Diferència de rang=14.09
	No	8 (5-9.50)	
Dutxa/Bany	Sí	8 (6.5-9)	0.876*
	No	8 (6-10)	
Pilota	Sí	8 (7-8)	0.968*
	No	8 (5-10)	
Massatge	Sí	8 (6-10)	0.922*
	No	8 (7-8.50)	
Analgèsia peridural	Sí	8 (5-9)	0.001* Diferència de rang=22.33
	No	9 (8-10)	
Absència de mesures d'analgèsia	Sí	8.50 (7-9.50)	0.473*
	No	8 (5.50-10)	
Altres mesures d'analgèsia	Sí	10 (9-10)	0.142*
	No	8 (6-10)	

*U de Mann-Whitney

4.2 Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i el nivell de dolor (VAS)

Les dones que han utilitzat la bossa d'aigua calenta com a mètode d'analgèsia intrapart obtenen la mateixa mediana en el nivell de dolor que les dones que no han utilitzat aquest mètode. Tot i així, els rangs son diferents en els dos grups, tenint una variabilitat de puntuacions en escala VAS més elevada en les dones que no utilitzen la bossa (8 [5-9.50]), comparat amb les dones que si que la utilitzen (8 [8-10]), tal i com s'interpreta a la Figura 13. Tanmateix, aquesta diferència de rang de 14.09 és significativa, amb un p-valor de 0.035.

Figura 13 Diagrama de caixes de la relació entre la variable bossa d'aigua calenta i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

4.3 Relació entre la variable Dutxa/Bany i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones que es han utilitzat el mètode de dutxa/bany i les que no l'han utilitzat és la mateixa, de 8 punts. No existeix una diferència significativa (p -valor ≥ 0.05) (Taula 6).

4.4 Relació entre la variable pilota de part i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones que han utilitzat la pilota de part i les que no l'han utilitzat és la mateixa, de 8 punts; encara que els rangs de puntuació son diferents; [7-8] per la utilització de la bossa d'aigua i [5-10] per la no utilització d'aquesta, la lleugera diferència entre els dos grups no és significativa, ja que el p -valor és ≥ 0.05 (Taula 6).

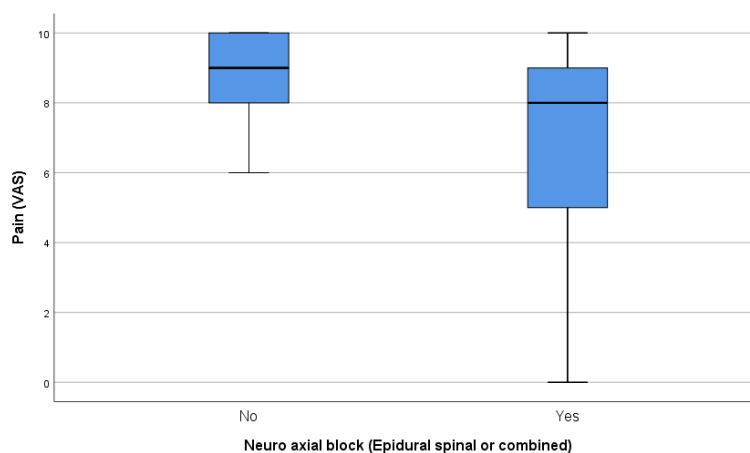
4.5 Relació entre la variable massatge i el nivell de dolor (VAS)

La mediana del nivell de dolor en les dones que han rebut un massatge i les que no l'han rebut és la mateixa, de 8 punts; encara que els rangs de puntuació son diferents; [6-10] per rebre un massatge i [7-8.50] per no rebre'l, la diferència comentada no és significativa, ja que el p -valor és ≥ 0.05 (Taula 6).

4.6 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i el nivell de dolor (VAS)

Les dones que no han utilitzat analgèsia peridural (9 [8-10]) refereixen més nivell de dolor que les dones que l'han utilitzat (8 [5-9]). La diferència esmentada és significativa, ja que el p -valor és de 0.001, amb una diferència de rang de 22.33. La Figura 14 mostra la relació entre les dues variables amb diagrama de caixes.

Figura 14 Diagrama de caixes de la relació entre la utilització d'analgèsia peridural i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

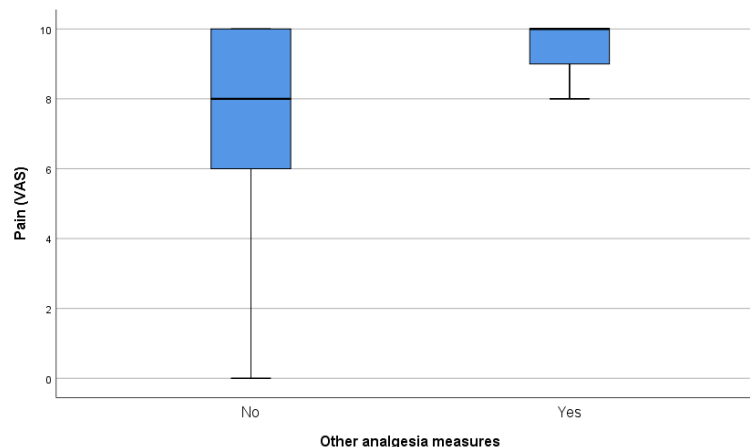
4.7 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)

El dolor en les dones que no han utilitzat cap tipus d'analgèsia és poc més superior (8.50 [7-9.50]), comparat amb les dones que han utilitzat algun mètode analgèsic (8 [5.50-10]). Existeix una diferència entre els rangs de puntuació dels dos grups, tot i això, aquesta diferència no es considera significativa ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 6).

4.8 Relació entre la utilització d'altres mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)

Les dones que han utilitzat mesures alternatives d'analgèsia (10 [9-10]), refereixen més nivell de dolor, comparat amb les dones que no les han utilitzat (8 [6-10]), aquestes tenen un rang de dolor més variable. La diferència entre els dos grups no és suficient per a considerar-se significativa, ja que el p-valor és de 0.142. Tot i així a la Figura 15 es pot observar que existeixen diferències, el que podria indicar que les altres mesures d'analgèsia que no es preguntaven a l'estudi no han sigut efectives per reduir el dolor del part, pel que precisariem una mostra més gran i preguntar de manera més específica sobre aquestes mesures per obtenir resultats més robustos.

Figura 15 Diagrama de caixes de la relació entre la utilització d'altres mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Resultat 5: Conèixer la relació entre els mètodes d'analgèsia intrapart i la variable origen.

Els diferents mètodes d'analgèsia estudiats s'han contrastat amb la variable origen, expressats en (%), i s'han buscat possibles diferències significatives entre els grups de variables mitjançant la prova de Xi-Quadrat de Pearson. A la Taula 7 es mostren els resultats, es desglossen per resultats específics. Es poden consultar els gràfics dels resultats no significatius a l'Annex 5 (Gràfics de la relació entre els mètodes d'analgèsia intrapart i la variable origen).

5.1 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i l'origen de les dones

Segons els resultats obtinguts a l'estudi, les dones autòctones han utilitzat més l'analgèsia (47%) en comparació de les dones d'origen immigrant (44%). Tanmateix, no existeix una diferència significativa en la utilització d'analgèsia intrapart (p -valor ≥ 0.05) (Taula 7).

5.2 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i l'origen de les dones

Les dones autòctones han utilitzat més l'analgèsia peridural (42%) comparat amb les dones d'origen immigrant (37%). Així mateix, aquesta diferència no és significativa (p -valor ≥ 0.05) (Taula 7).

Taula 7 Relació mètodes d'analgèsia intrapart i origen agrupat

		Autòctona	Immigrant	
		N (%)	N (%)	p-valor
Utilització d'analgèsia intrapart	Sí	47 (47.0)	44 (44.0)	0.488
	No	3 (3.0)	6 (6.0)	
Utilització d'analgèsia peridural	Sí	42 (42.0)	37 (37.0)	0.964
	No	8 (8.0)	13 (13.0)	
Absència d'utilització d'analgèsia	Sí	3 (3.0)	5 (5.0)	0.712
	No	47 (47.0)	45 (45.0)	
Bossa d'aigua calenta	Sí	14 (14.0)	10 (10.0)	0.482
	No	36 (36.0)	40 (40.0)	
Dutxa/Bany	Sí	11 (11.0)	13 (13.0)	0.815
	No	39 (39.0)	37 (37.0)	
Pilota	Sí	23 (23.0)	14 (14.0)	0.095
	No	27 (27.0)	36 (36.0)	
Massatge	Sí	10 (10.0)	5 (5.0)	0.263
	No	40 (40.0)	45 (45.0)	

Xi-quadrat de Pearson / Correcció de continuïtat

5.3 Relació entre l'absència d'utilització d'analgèsia i l'origen de les dones

No existeixen diferències significatives en l'absència de la utilització d'analgèsia segons l'origen de la dona, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 7).

5.4 Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i l'origen de les dones

En comparació a les dones d'origen immigrant (10%), més dones autòctones (14%) han utilitzat la bossa d'aigua calenta com a mètode analgèsic. Aquesta diferència no és significativa, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 7).

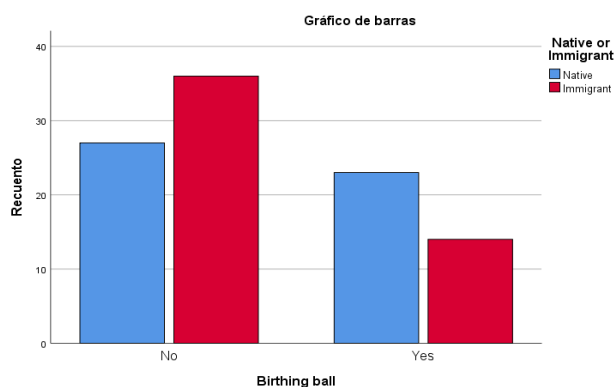
5.5 Relació entre la variable Dutxa/Bany i l'origen de les dones

El mètode de dutxa/bany l'han utilitzat més dones d'origen immigrant (13%), comparat amb les dones autòctones (11%). La diferència no és significativa (p-valor ≥ 0.05) (Taula 7).

5.6 Relació entre la variable pilota de part i l'origen de les dones

A la Figura 16 es mostra, amb més diferència, que les dones natives són el grup de dones que més utilitza la pilota de part com a mètode analgèsic (23%), comparat amb les dones d'origen immigrant (14%). Aquesta diferència no és suficient per a que resulti significativa, ja que el p-valor és de 0.095; el que indica que precisariem augmentar la mostra per tal de poder obtenir resultats més robustos.

Figura 16 Gràfic de barres de la relació entre la variable pilota de part i l'origen



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

5.7 Relació entre la variable massatge i l'origen de les dones

Les dones autòctones han utilitzat més el mètode del massatge (10%), comparat amb les dones d'origen immigrant (5%). La diferència esmentada no és significativa, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 7).

Resultat 6: Descriure la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural

Les diferents variables sociodemogràfiques estudiades s'han contrastat amb la variable utilització d'analgèsia, expressades en (%), i s'han buscat possibles diferències significatives entre els grups de variables mitjançant la prova de Xi-Quadrat de Pearson. Els resultats es mostren a la Taula 8, es desglossen per resultats específics. Es poden consultar els gràfics dels resultats no significatius a l'Annex 6 (Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural).

6.1 Relació entre els grups d'edat i la utilització d'analgèsia peridural

Les dones del grup d'edat de 26-35 anys han utilitzat més l'analgèsia peridural (53%), comparat amb el grup d'edat de 16-25 anys (13%) i de ≥ 36 anys (13%); tenint en compte que el grup d'edat de 26-35 anys consta de més participants. Les diferències esmentades no son significatives (p -valor ≥ 0.05) (Taula 8).

Taula 8 Relació variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural

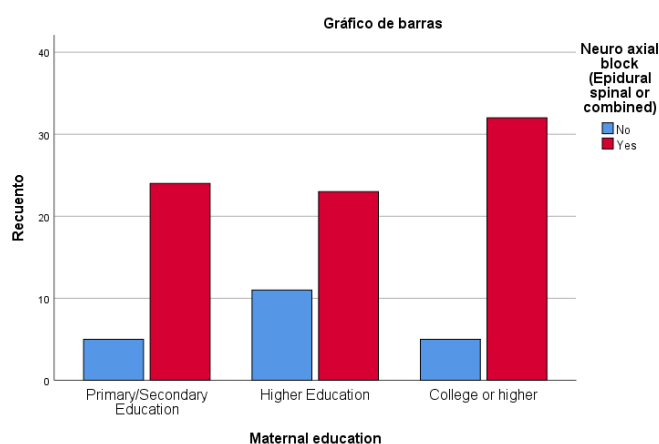
		Utilització d'analgèsia peridural		
		Sí	No	p-valor
Edat	16-25 anys	13 (13.0)	4 (4.0)	0.665**
	26-35 anys	53 (53.0)	12 (12.0)	
	≥ 36 anys	13 (13.0)	5 (5.0)	
Nivell d'estudis	Primària o Obligatoris	24 (24.0)	5 (5.0)	0.126**
	Superiors	23 (23.0)	11 (11.0)	
	Universitaris	32 (32.0)	5 (5.0)	
Àrea de residència	Rural	38 (38.0)	9 (9.0)	0.807*
	Urbà	41 (41.0)	12 (12.0)	
Origen	Hindú	1 (1.0)	0	0.440**
	Amerindi	14 (14.0)	8 (8.0)	
	Mediterrani europeu	43 (43.0)	8 (8.0)	
	Nord-centre europeu	11 (11.0)	3 (3.0)	
	Mediterrani africà	8 (8.0)	2 (2.0)	
	Africà	2 (2.0)	0	
Estat ocupacional	Empleada	49 (49.0)	12 (12.0)	0.876*
	No empleada	39 (39.0)	9 (9.0)	
Estat civil	Soltera	6 (6.0)	4 (4.0)	0.252*
	Amb parella	73 (73.0)	17 (17.0)	
Assistència a classes de preparació al naixement	Sí	38 (38.0)	8 (8.0)	0.568*
	No	41 (41.0)	13 (13.0)	
Acompanyant al part	Sí	78 (78.0)	20 (20.0)	0.888*
	No	1 (1.0)	1 (1.0)	

Xi-quadrat de Pearson / Correcció de continuïtat

6.2 Relació entre el nivell d'estudis i la utilització d'analgèsia peridural

A la Figura 17 es pot observar que el grup de dones que han finalitzat els estudis superiors obtenen menys diferència en la utilització o no de l'analgèsia peridural, comparat amb les dones que han finalitzat estudis obligatoris o universitaris. De totes maneres, aquesta diferència no és significativa, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 8). Amb una mostra superior es podria indagar més en aquesta variable per obtenir dades més robustes.

Figura 17 Gràfic de barres de la relació entre el nivell d'estudis i la utilització d'analgèsia peridural



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

6.3 Relació entre l'àrea de residència i la utilització d'analgèsia peridural

No existeix una gran diferència en la utilització d'analgèsia peridural segons l'àrea de residència de la dona, les dones d'àrea urbana han utilitzat més l'analgèsia peridural (41%), comparat amb les dones d'àrea rural (38%). La diferència esmentada no és significativa (p-valor ≥ 0.05) (Taula 8).

6.4 Relació entre l'origen i la utilització d'analgèsia peridural

No s'observa una diferència en la utilització d'analgèsia peridural segons l'origen de la dona. Existeix la mateixa negativa a la utilització d'analgèsia peridural en les dones d'origen Mediterrani-europeu (8%), tot i la major participació d'aquest grup de dones, i les dones d'origen Amerindi (8%). No existeix una diferència significativa (p-valor ≥ 0.05) (Taula 8).

6.5 Relació entre l'estat ocupacional i la utilització d'analgèsia peridural

Les dones empleades utilitzen més l'analgèsia peridural intrapart (49%), comparat amb les dones no empleades (39%). Tot i així, aquesta diferència no és significativa, ja que el p-valor és $p\text{-valor} \geq 0.05$ (Taula 8).

6.6 Relació entre l'estat civil i la utilització d'analgèsia peridural

A l'estudi, majoritàriament totes les dones tenen parella estable; així mateix, les dones que conviuen amb parella han utilitzat més l'analgèsia peridural (73%), comparat amb les dones en solteria (6%). La diferència esmentada no és significativa ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 8).

6.7 Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i la utilització d'analgèsia peridural

Les dones que no han assistit a classes de preparació al naixement han resultat utilitzar més l'analgèsia peridural (41%), comparat amb el grup de dones que hi ha assistit (38%). La diferència esmentada no és significativa, ja que el p-valor és ≥ 0.05 (Taula 8).

6.8 Relació entre la variable acompanyant durant el part i la utilització d'analgèsia peridural

El grup format per la negativa de dur acompanyant durant el part només consta de dues dones. Les dones acompanyades han utilitzat més l'analgèsia peridural (78%), ja que es consta de més mostra en aquest grup de dones. Aquesta diferència no resulta significativa (p-valor és ≥ 0.05) (Taula 8).

5. DISCUSSIÓ

L'**objectiu principal** d'aquest estudi era **conèixer la utilització i el tipus d'analgèsia intrapart d'una mostra de dones participants a l'estudi "Satisfacció de les dones en el procés de part"**. Un 91% de les dones van declarar haver utilitzat algun tipus de mètode analgèsic intrapart. Obtenint, amb un 79% de les dones, una major utilització de la analgèsia peridural comparat amb altres tipus d'analgèsia. Segons Biedma L et al. ², el 60% de les dones andaluses van utilitzar analgèsia peridural durant el part. Biedma L et al. ², atribueix l'alt percentatge en la utilització de l'analgèsia peridural a una major oferta d'aquesta tècnica. Així doncs, els resultats obtinguts són bastant superiors als altres estudis, el que potser precisaria recerca qualitativa per explorar la decisió d'utilitzar aquest tipus d'analgèsia en les gestants participants a l'estudi.

La mesura d'analgèsia no farmacològica més utilitzada ha sigut la pilota de part, amb un 37% de les dones. No s'ha pogut contrastar els resultats obtinguts sobre la utilització de la pilota intrapart ja que no s'han trobat altres estudis similars, tot i així, en un estudi de Taavoni S et al. ⁶³ es va obtenir una qualificació de dolor inferior en el grup que va utilitzar pilota de part, el que porta a concloure que és un mètode efectiu per a reduir el dolor de part. També, James S et al. ⁶⁴ va concloure que la pilota de part és una tècnica útil durant el part, la qual redueix el dolor de part, escurça el procés de part i empodera a la dona en aquest procés. Tanmateix, encamina a la dona a mantenir-se calmada, en millor auto-control i així evitant la utilització de medicació pel dolor ⁶⁴. Així mateix, el present estudi precisaria explorar la decisió d'utilitzar la pilota de part en les participants a l'estudi de manera qualitativa. D'aquesta manera es podrien estudiar els motius que influeixen en la decisió de utilització d'aquest mètode analgèsic en el part.

En relació als resultats obtinguts en el present estudi, a l'**objectiu específic de determinar la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)**, s'ha obtingut una diferència significativa en la percepció del dolor en les variables d'origen (p-valor = 0.039) i origen agrupat de la dona (p-valor = 0.006). Segons l'origen de la dona, es percep que les dones de d'origen amerindi refereixen més dolor (10 [7-10]) que les dones d'origen mediterrani-europea (8 [5.50-8]). Hollingshead NA et al. ⁶⁵ reuneix investigacions sobre la percepció del

dolor en la població llatinoamericana, i com aquestes refereixen una major sensibilitat i menys tolerància al dolor comparat amb les persones caucàsiques. També es va observar que la percepció de falta d'integració a la comunitat per motius ètnics en els llatinoamericans està associada a una major sensibilitat al dolor ⁶⁵. Aquesta troballa suggereix que la integració social a la comunitat explica algunes de les diferències ètniques en la percepció del dolor, i com la cultura llatinoamericana afecta en l'experiència d'aquest ⁶⁵. Tot i els resultats significatius obtinguts a l'estudi, no es podria determinar la relació entre el nivell de dolor i l'origen si no s'explora de manera qualitativa la percepció de dolor de les dones. A més, hi ha grups ètnics amb poca representació, pel que caldria augmentar la mostra per obtenir més variabilitat ètnica i resultats més robustos.

Un dels **objectius específics** era **determinar la relació entre les variables clíniques i la variable Dolor (VAS)**. Els resultats obtinguts en la comparació del dolor amb els mètodes analgèsics, s'observa que, l'analgèsia peridural és el mètode estrella per a pal·liar el dolor de part ja que existeix una diferència significativa ($p < 0.001$) en la mediana de puntuació en el nivell de dolor intrapart entre les dones que han utilitzat analgèsia peridural (8 [5-9]), en comparació a les que no l'han utilitzat (9 [8-10]). Aquest resultat coincideix amb múltiples estudis sobre la reducció del dolor de part com; Czech I et al.⁶⁶ Koyyalamudi V et al.⁶⁷ Anim-Somuah et al.⁷, s'observa l'analgèsia peridural com a mètode més efectiu en la reducció del dolor intrapart. Czech I et al.⁶⁶ va observar que l'analgèsia peridural va disminuir la mediana en el nivell de dolor en la segona (7 [6.50-7.50]) i tercera (2 [1.75-2.25]) etapa del part ($p < 0.01$). Un estudi realitzat per Salameh KM et al.⁶⁸ reconeix la major eficàcia per pal·liar el dolor de l'analgèsia peridural. Així mateix, estudia i exposa les complicacions que aquesta tècnica pot comportar a la morbiditat neonatal: ingrés a la unitat de cures intensives de neonatologia, necessitat de ventilació de pressió positiva, distret respiratori a les primeres 24 hores de vida, entre d'altres ⁶⁸. Així doncs, s'observa que l'analgèsia peridural és el mètode que més pal·lia el dolor de part. Nogensmenys, aquest mètode comporta complicacions maternes i neonatals; el coneixement, per part de les dones, d'aquestes complicacions poden influir en la decisió i satisfacció de la dona en l'elecció d'aquest mètode.

L'altre resultat significatiu ha resultat ser el mètode de la bossa d'aigua calenta, és a dir, la termoteràpia. En aquest present estudi s'ha mostrat que les dones que han utilitzat la termoteràpia com a mètode d'alleujament del dolor han referit nivells superiors de dolor (8 [8-10]) en comparació a les dones que no han utilitzat aquest mètode (8 [5-9.50]). Aquesta diferència significativa (p 0.035) podria indicar que la termoteràpia és menys efectiva per a pal·liar el dolor de part en comparació a altres mètodes. A diferència d'aquest resultat en el present estudi, Taavoni S et al.^{63, 69} va trobar que l'aplicació de calor a l'àrea sacre-perineal tenia una influència significativa en la disminució de la qualificació del dolor; les dones que van utilitzar l'aplicació de calor van referir una mitjana de dolor inferior (8.08 ± 1.47), en comparació a les dones que no van utilitzar aquest mètode (9.29 ± 1.10); resultant aquesta diferència significativa (p 0.007). Així mateix, Yazdkhasti M et al.⁷⁰ va obtenir com a resultat que l'aplicació de termoteràpia és un mètode efectiu per controlar i disminuir el dolor durant el part, sense efectes adversos. Així doncs, s'observa que el mètode de termoteràpia, en altres estudis, ha resultat efectiu. Tanmateix, a l'estudi actual, precisaria explorar la utilització d'altres mètodes d'analgèsia en les dones que no han utilitzat la bossa d'aigua calenta, per tal de conèixer la variabilitat en les puntuacions del nivell de dolor observades en aquest estudi.

L'objectiu específic plantejat en aquest estudi era **conèixer la relació entre els mètodes d'analgèsia intrapart i la variable origen**. Per aquesta variable, tot i no obtenir un resultat significatiu, s'ha observat que la utilització de la esferodinàmia, com a mètode analgèsic, és més utilitzada en les dones d'origen autòcton que en les dones d'origen immigrant. Referent a aquest resultat no s'ha trobat bibliografia que estudiï aquest tema en específic. Seria un tema a explorar per poder obtenir més dades robustes i així poder adquirir conclusions sobre aquest tema.

L'últim **objectiu específic** plantejat, **descriure la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural**. En aquest anàlisi no s'ha obtingut cap dada significativa, però s'ha pogut observar que la utilització de l'analgèsia peridural predomina en qualsevol variable demogràfica. De totes maneres, en la variable del nivell d'estudis matern, es mostra una mínima

diferència entre la utilització i la no utilització d'analgèsia peridural en el grup de dones que han finalitzat els estudis secundaris, en comparació als altres dos grups (estudis primaris o universitaris) que existeix una diferència important en la que predomina la utilització de peridural. Segons un estudi de Biedma L et al.⁷¹ les dones que s'ocupen de les tasques de la llar tendeixen a rebutjar la utilització de l'analgèsia peridural, sense comportar una relació amb el nivell d'estudis de la mare. Així mateix, caldria estudiar de manera qualitativa la decisió de les dones en la utilització d'analgèsia per tal d'obtenir resultats més robustos.

En la cerca d'estudis relacionats amb el dolor i la nacionalitat de les dones, s'ha obtingut informació sobre la relació de l'origen de les dones i la utilització de l'analgèsia peridural. En el present estudi no ha resultat significativa la relació entre l'origen i l'ús d'analgèsia peridural, però es podria fer més recerca en aquest àmbit per explorar el motiu de les diferències culturals en la utilització d'aquest mètode. En un estudi de Ekéus C et al.⁷² va resultar, en comparació amb les dones natives de Suècia, que l'analgèsia peridural s'utilitzava més en dones provinents de Xile, entre d'altres. També va obtenir com a resultat, que les dones provinents de Somàlia, Iraq o Turquia utilitzaven menys el mètode de la peridural⁷¹.

A continuació, Rust G⁷³ citat per Lange E⁷⁴, observa les diferències entre ètnies en la utilització d'analgèsia obstètrica. Aquest va obtenir un 53% en la utilització d'analgèsia peridural⁷³. Mentre que un 60% de les dones caucàsiques va utilitzar analgèsia peridural en el procés de part, només un 50% de les dones afroamericanes i un 35% de les dones llatinoamericanes va utilitzar aquest mètode en el part⁷³. Així mateix, Toledo P⁷⁵ citat per Lange E⁷⁴, comenta que un 85% de les dones caucàsiques van anticipar l'ús d'analgèsia peridural, comparat amb un 51% i un 67% de les dones llatinoamericanes i afroamericanes, respectivament. Les dones caucàsiques tenen la taxa d'ús més elevat d'analgèsia peridural (94%), mentre que les dones llatinoamericanes tenen la taxa d'ús més baix d'analgèsia peridural (79%)⁷⁵. Wilson et al.⁷⁶ coincideix amb l'ús inferior de l'analgèsia peridural en les dones afroamericanes i llatinoamericanes en comparació amb les dones caucàsiques.

5.1 Limitacions

Degut a que l'estudi és transversal i descriptiu, aquest no permet establir causalitat dels resultats obtinguts ja que està ubicat en un espai temporal determinat.

La mida de la mostra no és suficient per assolir el 95% IC amb un marge d'error del 5%. Es pot considerar aquest treball com un estudi pilot.

El tipus de mostreig és no probabilístic per quotes, reproduint a escala la població en la mostra, segmentant la mostra en grups a partir de les variables sociodemogràfiques. És per això que no es poden extrapolar els resultats a la població general.

5.2 Rellevància clínica

Aquest estudi pot aportar coneixements sobre la utilització dels mètodes d'analgèsia i els factors que condicionen el seu ús. Si es saben els factors que intervenen en l'ús d'analgèsia farmacològica podem intervenir sobre aquests per promoure un part natural, seguint el model salutogènic.

Es pot informar a les dones de tots els mètodes analgèsics per a pal·liar el dolor de part, siguin mètodes farmacològics o no. Informant a les dones es pot aconseguir una capacitat decisiva de manera informada. Si les dones saben els avantatges i els inconvenients de cada mètode analgèsic pel dolor de part, poden prendre decisions de manera conscient sobre el seu ús. Així mateix, introduint un element salutogènic per tal de promoure la salut i l'empoderament de la dona.

6. CONCLUSIONS

Com a conclusió principal, en el present estudi s'ha observat que un 91% de les dones utilitzen algun mètode analgèsic intrapart. Així doncs, obtenint la pilota de part com a mètode no farmacològic més utilitzat (37%) i una major utilització de l'analgèsia peridural (79%).

Tanmateix, s'han obtingut diferències significatives entre el nivell de dolor segons origen: el grup de dones d'origen amerindi han referit més dolor (10 [7-10]) en comparació a les dones d'origen mediterrani-europeu (8 [5.50-8]). D'altra banda, no s'ha observat una diferència entre l'origen de les dones i la utilització d'analgèsia peridural.

També s'ha obtingut una diferència significativa entre el nivell de dolor i l'origen de les gestants participants. S'ha observat que les dones d'origen immigrant refereixen més dolor (9 [6-10]) en comparació a les dones autòctones (8 [5-8]). Tot i així, hi ha grups ètnics amb poca representació, per tant caldria augmentar la mostra amb més variabilitat ètnica per tal de poder estudiar i determinar la relació entre el nivell de dolor i l'origen, pel que no es poden extreure resultats conclusius.

D'altra banda, existeixen diferències entre els resultats obtinguts i altres estudis realitzats sobre la termoteràpia i la reducció del nivell de dolor intrapart. En el present estudi, les dones que utilitzen aquest mètode refereixen més dolor, en canvi, en altres estudis s'ha demostrat l'eficàcia d'aquest mètode en la reducció del dolor intrapart. De totes maneres, precisaria explorar si les dones que no utilitzen la bossa d'aigua calenta haurien utilitzat altres mètodes d'analgèsia per esbrinar la variabilitat en aquestes puntuacions de dolor observades.

Sobre l'analgèsia peridural s'ha comprovat la seva eficàcia. L'analgèsia peridural és un mètode efectiu en la reducció del dolor intrapart.

Tanmateix, el present estudi requereix un augment de la mostra per tal d'obtenir resultats més robustos en l'anàlisi quantitatiu. Així doncs, és necessari compaginar aquest estudi amb un estudi qualitatiu, mitjançant entrevistes, per tal de poder valorar el motiu de decisió en l'elecció del tipus d'analgèsia intrapart.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Caballero V, Santos PJ, Polonio ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Nure Inv [Internet]. 2016 [consultat el novembre de 2019]; 13(85). Disponible a: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/927/731>
2. Biedma L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. 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 [Internet]. 2010 [consultat el novembre de 2019]; 17(1): 3-15. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n1/original1.pdf>
3. Lowe NK. The nature of labor pain. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2002 [consultat el novembre de 2019]; 186: S16–S24. Disponible a: doi:10.1067/mob.2002.121427
4. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Journal of Midwifery & Women’s Health [Internet]. 2004 [consultat el novembre de 2019]; 49(6): 489–504. Disponible a: <https://0-onlinelibrary-wiley-com.catalog.udg.edu/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
5. Steel A, Adams J, Sibbritt D, Broom A, Gallois C, Frawley J. Managing the pain of labour: factors associated with the use of labour pain management for pregnant Australian women. Australia: Health Expectations [Internet]. 2013 [consultat el novembre de 2019]; 18: 1633-1644. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060859/pdf/HEX-18-1633.pdf>
6. Jansen L, Gibson M, Carlson B, Leach J. First do no harm: Interventions during childbirth. The Journal of Perinatal Education [Internet]. 2013 [consultat el novembre de 2019]; 22(2): 83-92. Disponible a: doi: [10.1891/1058-1243.22.2.83](https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83)
7. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005 [consultat el novembre de 2019], Issue 4. Disponible a:

- <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/epdf/full>
8. Segado MI, Arias J, Domínguez F, Casas ML, López A, Izquierdo C. Analgesia epidural obstétrica: fallos y complicaciones neurológicas de la técnica. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2011 [consultat el novembre de 2019]; 18(5): 276-282. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n5/notaclinica.pdf>
 9. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2018 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
 10. Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 11. Organizació Mundial de la Salut. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ottawa: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.
 12. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IAPS Press [Internet]. 1994 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf
 13. Montenegro CAB, Rezende J. Obstetrícia Fundamental. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan; 2008.
 14. Gaskin IM. The pain/pleasure riddle. In: May's Guide to Childbirth. New York: Bantam Dell, 2003:150–66.
 15. Jones L, Othman M, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [consultat el novembre de 2019], Issue 3. Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/epdf/full>

16. Luque MA, Oliver MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. Index Enferm [Internet]. 2005 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es
17. Drake E. El significado cultural del parto: perspectivas de mujeres Mapuche. Independet Study Project (ISP) Collection [Internet]. 2014 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2869&context=isp_collection
18. Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Mukhtar NB, Lenoir D, Meeus M. Are pain beliefs, cognitions, and behaviors influences by race, ethnicity, and culture in patients with chronic musculoskeletal pain: a systematic review. Pain Physician [Internet]. 2018 [consultat el novembre de 2019]; 21: 541-558. Disponible a: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NTUwMw%3D%3D&journal=114>
19. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Gómez A, Lupiani S. Aspectos psicosociales del dolor. C. Med. Psicosom [Internet]. 2003 [consultat el novembre de 2019]; 66: 46-53. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/28063435_Aspectos_psicosociales_del_dolor
20. Biedma L, Garcia MI, Serrano R. Opiniones y actitudes: Percepciones sociales del dolor. Centro de Investigaciones Sociológicas [Internet]. 2019 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: https://libreria.cis.es/static/pdf/OA77_Percepciones_Sociales_del_Dolor_acc_E1BBgT3.pdf
21. Garland D, Jones. Waterbirths: supporting practice with clinical audit. MIDIRS Midwifery Digest. 2000; 10(3):333–6.
22. Arbués ER, Azón E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure investigation [Internet]. 2009 [consultat el novembre de 2019]; 41: 1-9. Disponible a:

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/450/43>

[8](#)

23. Edlich RF, Towler MA, Goitz RJ, et al. Bioengineering principles of hydrotherapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 1987; 8(6): 580–4.
24. Ginesi L, Niescierowicz R. Neuroendocrinology and birth 1: stress. *British Journal of Midwifery*. 1998; 6(10): 659–63.
25. Ginesi L, Niescierowicz R. Neuroendocrinology and birth 2: The role of oxytocin. *British Journal of Midwifery*. 1998; 6(12): 791–6.
26. Hall SM, Holloway IM. Staying in control: women's experiences of labour in water. *Midwifery* [Internet]. 1998 [consultat el novembre de 2019]; 14(1):30–6. Disponible a: <https://0-www-science-direct-com.catalog.udg.edu/science/article/pii/S0266613898901127?via%3Dihub>
27. Richmond H. Women's experiences of waterbirth. *Practising Midwife*. 2003; 6(3): 26–31.
28. Terré C, Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof* [Internet]. 2014 [consultat el novembre de 2019]; 15(4): 122-129. Disponible a: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-aplicacion-termoterapia.pdf>
29. Fernández I. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global* [Internet]. 2014 [consultat el novembre de 2019]; 13: 400-406. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf>
30. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary therapies: massage therapies. *BMJ* [Internet]. 1999 [consultat el novembre de 2019]; 319 : 1254–7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117024/pdf/1254.pdf>
31. Fernández J, Oliva A, Ruiz K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarró perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2012; 41 (2): 127-140.

32. Fernández IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2014 [consultat el novembre de 2019]; 13 (33): 400-406. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf>
33. Luces AM, Mosquera L, Tizón E. La pelota de parto. *Rev ROL Enferm* [Internet]. 2014 [consultat el novembre de 2019]; 37(3): 188-194. Disponible a: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/03/36_La_pelota.pdf
34. Mota L, Vasconcellos SMJ, Barbosa FM, Barreto M. Using the Swiss bal in labor. *Acta paul. Enferm* [Internet]. 2011 [consultat el novembre de 2019]; 24(5): 656-62. Disponible a: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_10v24n5.pdf
35. Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enferm glob.* [Internet]. 2011 [consultat novembre de 2019]; 10(21): 1-9. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/revision4.pdf>
36. Lytzen T, Cederberg L, Moller-Nielsen J. Relief of low back pain in labor by using intracutaneous nerve simulation (INS) with sterile water papules. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 1989 [consultat el novembre de 2019]; 68: 341-3. Disponible a: <https://doi.org/10.3109/00016348909028669>
37. Trolle B, Moleer M, Kronborg H, Thomson S. The effect of sterile water blocks on low back labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1991; 319: 1254-7
38. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [consultat el novembre de 2019], Issue 7. Disponible a: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009215/pdf/CDSR/CD009215/CD009215_abstract.pdf
39. Stevensen CJ. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. *Complementary Therapies in Medicine* [Internet]. 1995 [consultat el novembre de 2019]; 2: 27-35. Disponible a: <https://0-www-sciencedirect->

com.cataleg.udg.edu/science/article/pii/S0965229997800258?via%3Dihub

40. Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó [Internet]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2003 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
41. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [consultat el novembre de 2019], Issue 7. Disponible a: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/pdf/CDSR/CD003766/CD003766_abstract.pdf
42. Pomeranz B, Stux G. Scientific Bases of Acupuncture. Berlin: Springer-Verlag, 1989.
43. Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2011 [consultat el novembre de 2019], Issue 7. Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009232.pub2/epdf/full>
44. Betts D. The essential guide to acupuncture in pregnancy & childbirth. The Journal of Chinese Medicine. 2006.
45. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science [Internet]. 1965 [consultat el novembre de 2019]; 150 (3699): 971–9. Disponible a: <https://science.sciencemag.org/content/150/3699/971/tab-pdf>
46. Brown L, Holmes M, Jons A. The applications of transcutaneous electrical nerve stimulation to acupuncture points (Acu-TENS) for pain relief: a discussion of efficacy and potencial mechanisms. Physical Therapy Reviews [Internet]. 2009 [consultat el novembre de 2019]; 14 (2): 93-103. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/233610685_The_application_of

[transcutaneous electrical nerve stimulation to acupuncture points A CU-TENS for pain relief a discussion of efficacy and potential mechanisms](#)

47. Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013
48. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
49. NICE Guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
50. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. "The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Introductory Document)". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
51. Rosen Mark A. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2002 [consultat el novembre de 2019]; 186(5 Suppl Nature): S110–S126. Disponible a: doi:10.1067/mob.2002.121259
52. Klomp T, Van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro- Janssen AL. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [consultat el novembre de 2019], Issue 9. Disponible a:

- <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009351.pub2/epdf/full>
53. Clyburn P, Rosen M. The effect of opioid and inhalational analgesia on the newborn. In: Reynolds F editor(s). Effects on the Baby of Maternal Analgesia and Anaesthesia. London: Saunders, 1993:169–90.
54. Ahlborg G Jr, Axelsson G, Bodin L. Shift work, nitrous oxide exposure and subfertility among Swedish midwives. International Journal of Epidemiology [Internet]. 1996 [consultat el novembre de 2019]; 25(4): 783–90. Disponible a: <https://academic.oup.com/ije/article/25/4/783/655780>
55. BOC Healthcare. BOC Medical Gas Data Sheet (MGDS) entonox 50% nitrous oxide, 50% oxygen medicinal gas mixture SPC. MGDS [consultat el novembre de 2019] 2010. Disponible a: www.bocsds.com/uk/sds/medical/entonox.pdf
56. Bodin L, Axelsson G, Ahlborg G Jr. The association of shift work and nitrous oxide exposure in pregnancy with birth weight and gestational age. Epidemiology [Internet]. 1999 [consultat el novembre de 2019]; 10(4): 429–36. Disponible a: <https://journals.lww.com/epidem/pages/articleviewer.aspx?year=1999&issue=07000&article=00012&type=abstract>
57. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Atenció al part normal. Guia adreçada a dones embarassades, futurs pares i als seus acompanyants i familiars. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
58. Lancaster S, Schick U, Osman M, Enquobahrie D. Risk factors associated with epidural use. J Clin Med Res [Internet]. 2012 [consultat el novembre de 2019]; 4(2): 119-126. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320121/pdf/jocmr-04-119.pdf>
59. Endrino V, Pastrana JM, Rodríguez F. 2009. Intervenciones en el embarazo, parto y puerperio. 6ª edición. Jaén: Formación continuada Logoss.

60. Mead M, Kornbrot D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery* [Internet]. 2004 [consultat el novembre de 2019]; 20: 61-71. Disponible a: doi:10.1016/S0266-6138(03)00054-8
61. Generalitat de Catalunya. Guia per a embarassades [Internet]. 5^a edició. Barcelona: Departament de salut; 2018 [consultat el novembre de 2019]. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/guia_per_a_embarassades.pdf
62. Klimerk L, Bergmann KC, Biedermann T, Bousquet J, Hellings P, Jung K, et al. Visual analogue scales (VAS): Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in cases of allergic rhinitis in everyday health care. *Allergo J Int* [Internet]. 2017 [consultat el febrer de 2020]; 26: 16-24. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5288410/pdf/40629_2016_Article_6.pdf
63. Taavoni S, Sheikhan F, Abdolahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [Internet]. 2016 [consultat el març de 2020]; 24: 99-102. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388116300172?via%3Dihub>
64. James S, Hudek M. Experiences of South African multiparous labouring women using the birthing ball to encourage vaginal births. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2017 [consultat el març de 2020]; 22: 36-42. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S102598481630031X>
65. Hollingshead NA, Ashburn-Nardo L, Stewart JC, Hirsh AT. The pain experience of hispanic americans: A critical literatura review and conceptual model. *J Pain* [Internet]. 2016 [consultat el març de 2020]; 17(5): 513-528. Disponible a:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851887/pdf/nihms741753.pdf>
66. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-pharmacological methods of labor pain relief – Establishment of effectiveness and comparison. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [consultat el març de 2020]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6313325/pdf/ijerph-15-02792.pdf>
67. Koyyalamudi V, Sidhu G, Cornett EM, Nguyen V, Labrie-Brown C, Fox CJ et al. New labor pain treatment options. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2016 [consultat el març de 2020]; 20: 11. Disponible a: <https://0-link-springer-com.catalog.udg.edu/content/pdf/10.1007/s11916-016-0543-2.pdf>
68. Salameh KM, Paraparambil VA, Sarfrazul A, Hussain HL, Thyvilayil SS, Mahmoud AS. Effects of labor epidural analgesia on short term neonatal morbidity. *International Journal of Women's Health* [Internet]. 2020 [consultat el març de 2020]; 12: 59-70. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007791/pdf/ijwh-12-59.pdf>
69. Taavoni S, Abdolahian S, Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Medicine* [Internet]. 2013 [consultat l'abril de 2020]; 4: 1301-1306. Disponible a: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/14/9/1301/1877969>
70. Yazdkhasti M, Hanjani SM, Tourzani ZM. The effect of localized heat and cold therapy on pain intensity, duration of phases of labor, and birth outcomes among primiparous females: A randomized, controlled trial. *Shiraz E-Med J* [Internet]. 2018 [consultat el març de 2020]; 19(8): e65501. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/325974595_The_Effect_of_Localized_Heat_and_Cold_Therapy_on_Pain_Intensity_Duration_of_Phases_of_Labor_and_Birth_Outcomes_Among_Primiparous_Females_A_Randomized_Controlled_Trial

71. Biedma L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. 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 [Internet]. 2010 [consultat el març de 2020]; 17(1): 3-15. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n1/original1.pdf>
72. Ekéus C, Cnattingius S, Hjern A. Epidural analgesia during labor among immigrant women in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2010 [consultat el març de 2020]; 89(2): 243-249. Disponible a: <https://0-obgyn-onlinelibrary-wiley-com.catalog.udg.edu/doi/epdf/10.3109/00016340903508668>
73. Rust G, Nembhard WN, Nichols M, et al. Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2004 [consultat l'abril de 2020]; 191: 456-462. Disponible a: <https://0-www-sciencedirect-com.catalog.udg.edu/science/article/pii/S0002937804002340?via%3Dihub>
74. Lange E, Rao S, Toledo P. Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia. Seminars in Perinatology [Internet]. 2017 [consultat l'abril de 2020]; 41: 293-298. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0146000517300484?token=B6BF44F7B9B349D0F606EB9B4B8E3AD86E766AD51FDBF1E4CFC27234FB7DF4A803FEE72F9D55454D1308B9A2C3536590>
75. Toledo P, Sun J, Grobman WA, et al. Racial and ethnic disparities in neuraxial labor analgesia. Anesth Analg. 2012; 114: 172-178.
76. Wilson S, Elliott MP, Wolf BJ, Hebbar L. A prospective observational study of ethnic and racial differences in neuraxial labor analgesia request and pain relief. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology [Internet]. 2014 [consultat el març de 2020]; 119(1): 105-109. Disponible a: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2014/07000/A_Prospective_Observational_Study_of_Ethnic_and.17.aspx

8. ANNEXOS

Annex 1: Qüestionari Adhoc

Encuesta de datos personales y del parto. En las preguntas de respuesta abierta responde lo más breve y acurado posible. Cuando haya preguntas multirespuesta responde la opción o opciones más adecuadas marcándolas con una "X".

1) Edad: _____

2) Fecha del parto: ____/____/____

3) Nivel de estudios:

- Primarios
- Obligatorios (ESO)
- Secundarios (Bachillerato/Formación Profesional)
- Universitarios

4) Población de residencia: _____

5) Origen:

- Hindú
- Amerindio
- Mediterraneo europea
- Norte-centro europea
- Mediterraneo africana
- Africana

6) Situación laboral:

- Tareas de la casa
- Empleada
- Autònoma

Desempleo

7) Estado civil:

Soltera

Vive en pareja

Casada

Separada/divorciada

Viuda

8) ¿Había usted realizado clases de preparación al parto durante la gestación?

Sí

No

9) ¿Dónde realizaba usted las visitas de seguimiento del embarazo?

Sanidad Pública

Sanidad Privada

Mixta

Otros (especifique):

10) Medidas de analgesia utilizadas durante el parto (marcar más de una si es necesario):

Bolsa de agua caliente

Ducha o bañera de agua caliente

Pelota

Masaje

Entonox (óxido nitroso)

Anestesia epidural

Otros (especifique): _____

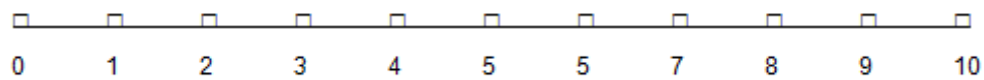
11) ¿Tenía usted acompañante durante el proceso de parto?

- Sí
- No

12) En caso afirmativo en la pregunta nº11, ¿Quién era su acompañante?

- Pareja
- Familiar
- Amigo/amiga
- Otros (especifique): _____

13) En general, durante el parto, ¿sentiste dolor? (Escala EVA).



Ningún dolor

El peor dolor

Imaginable

Annex 2: Aprovació del Comitè d'Ètica



Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

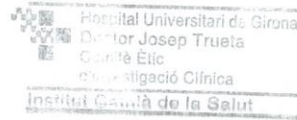
Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 28/03/2017 ha avaluat el projecte: **Satisfacció en les dones durant el procés de part**, prot.v:21/04/17 amb el Sra. MARTA ROQUETA VALL-LLOSERA com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

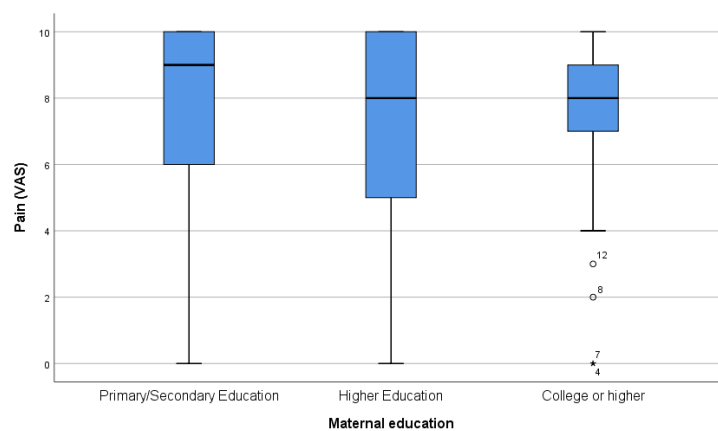
I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.



Girona, a 28/04/2017

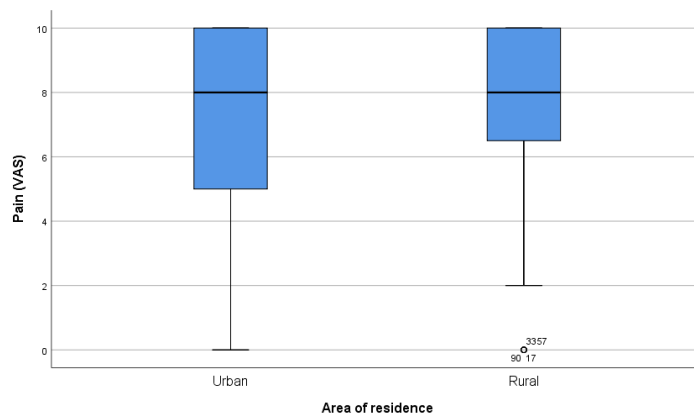
Annex 3: Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la variable Dolor (VAS)

Figura 18 Relació entre el nivell d'estudis i el nivell de dolor (VAS).



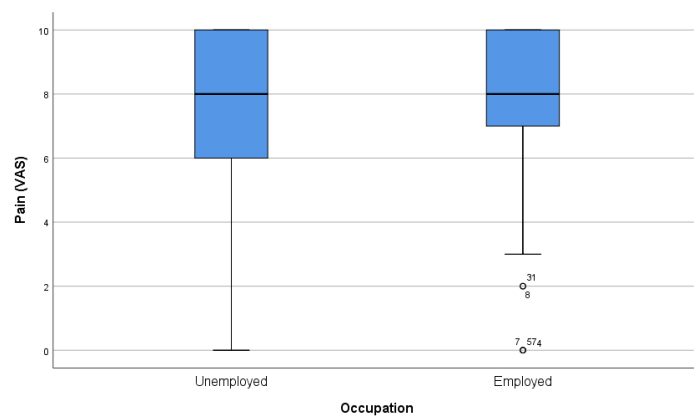
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Figura 19 Relació entre l'àrea de residència i el nivell de dolor (VAS)



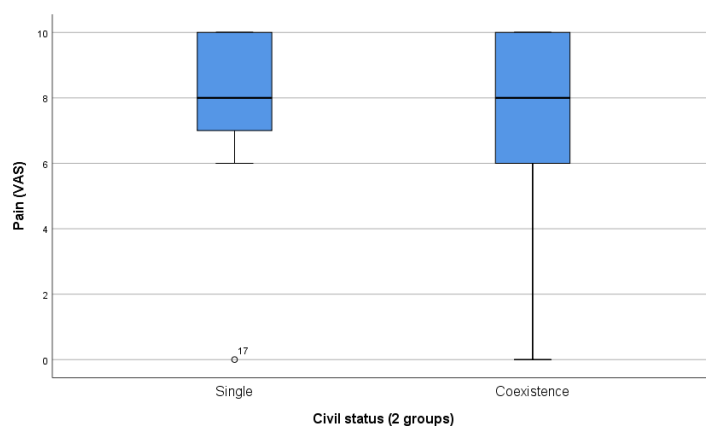
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Figura 20 Relació entre l'estat ocupacional i el nivell de dolor (VAS)



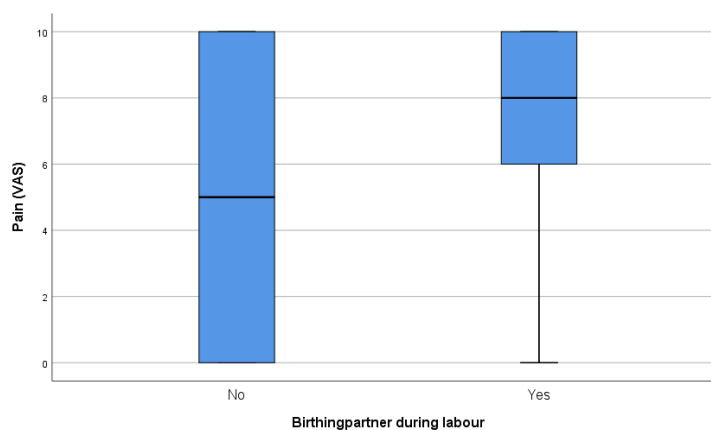
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 21 Relació entre l'estat civil i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

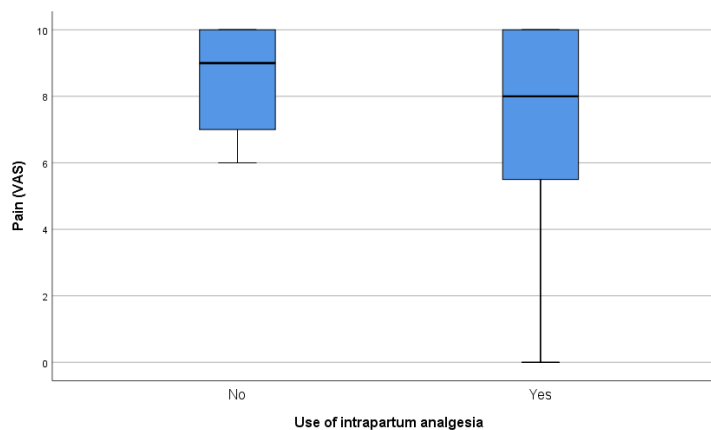
Figura 22 Relació entre la variable acompanyant al part i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

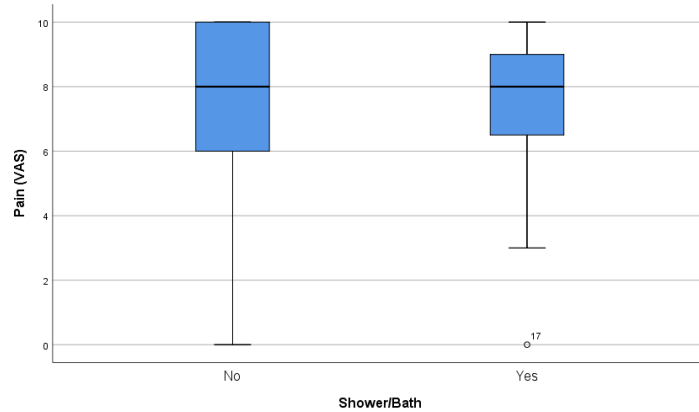
Annex 4: Gràfics de la relació entre les variables clíniques i el nivell de dolor (VAS)

Figura 23 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i el nivell de dolor (VAS)



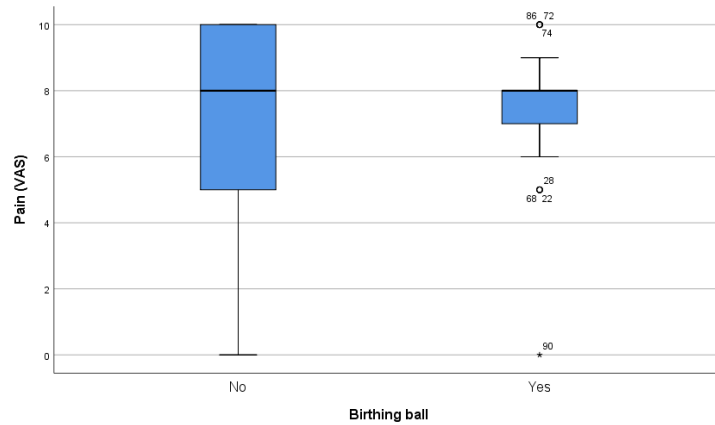
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Figura 24 Relació entre la variable Dutxa/Bany i el nivell de dolor (VAS)



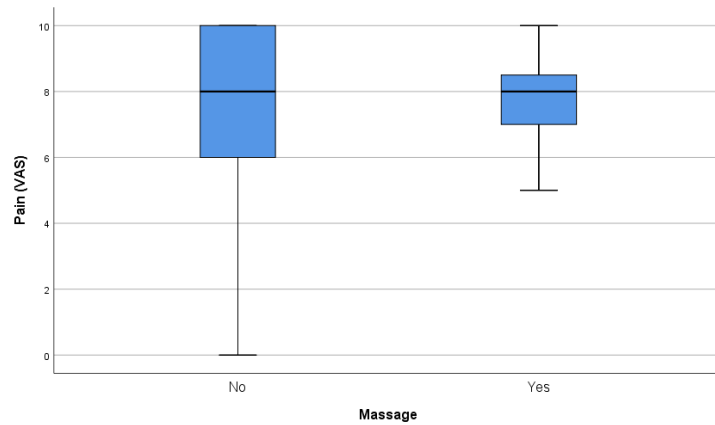
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Figura 25 Relació entre la variable pilota de part i el nivell de dolor (VAS)



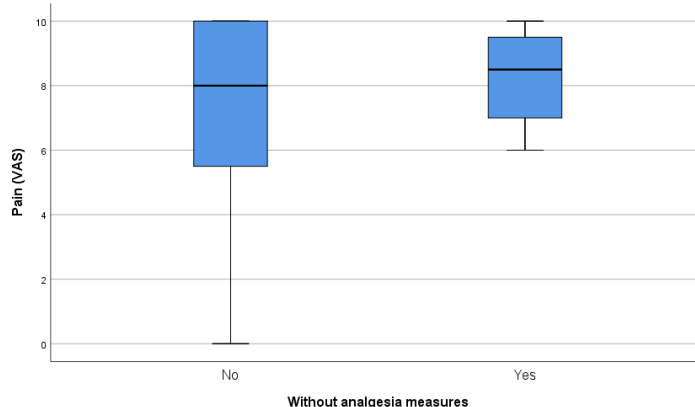
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

Figura 26 Relació entre la variable massatge i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

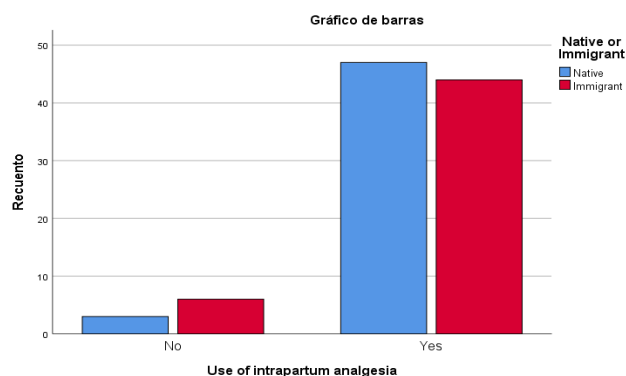
Figura 27 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i el nivell de dolor (VAS)



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en Med (25-75)

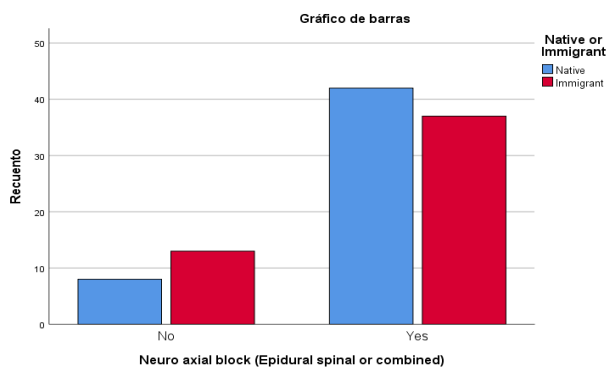
Annex 5: Gràfics de la relació entre la utilització d'analgèsia i la variable origen.

Figura 28 Relació entre la utilització d'analgèsia intrapart i l'origen de les dones



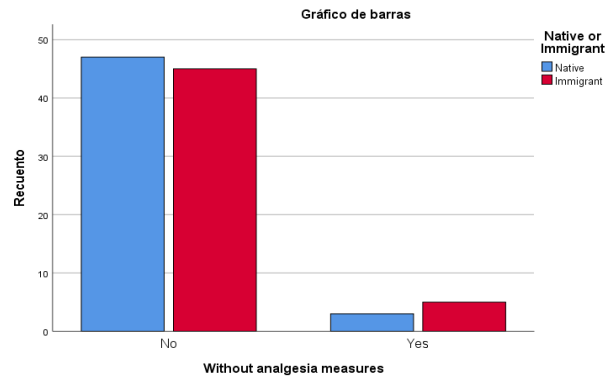
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 29 Relació entre la utilització d'analgèsia peridural i l'origen de les dones



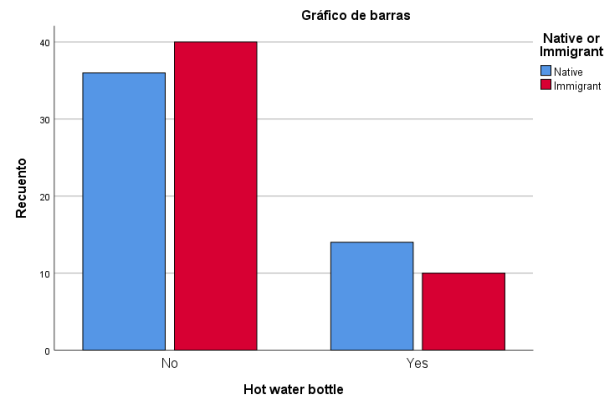
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 30 Relació entre l'absència de mesures d'analgèsia i l'origen de les dones



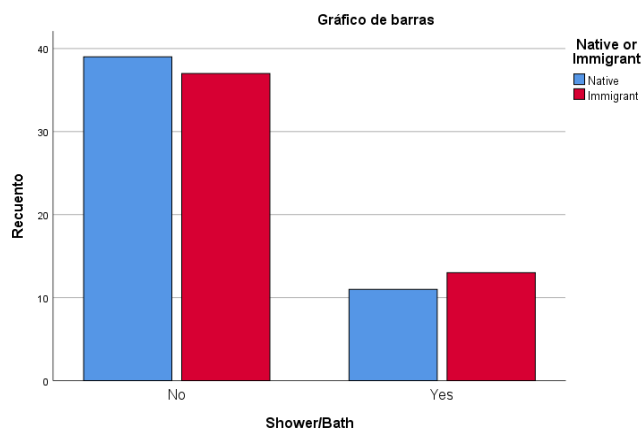
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 31 Relació entre la variable bossa d'aigua calenta i l'origen de les dones



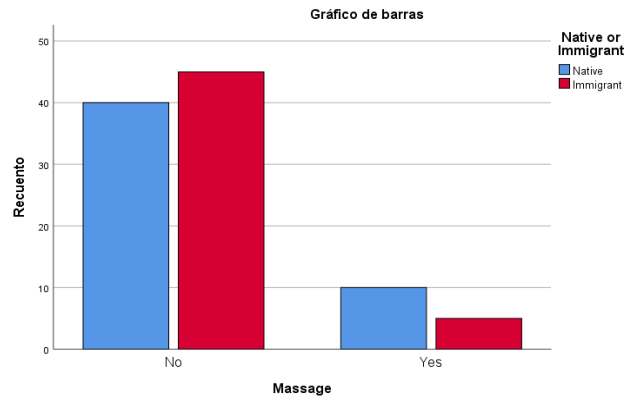
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 32 Relació entre la variable Dutxa/Bany i l'origen de les dones



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

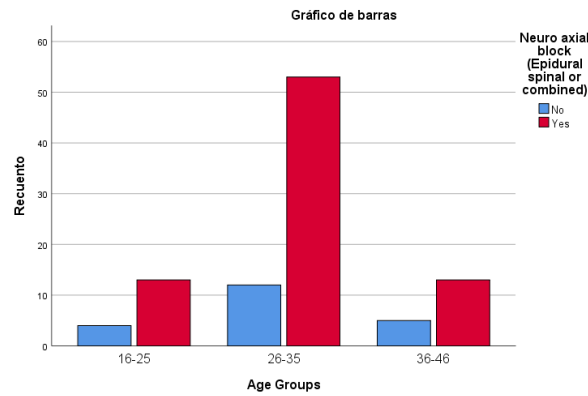
Figura 33 Relació entre la variable massatge i l'origen de les dones



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

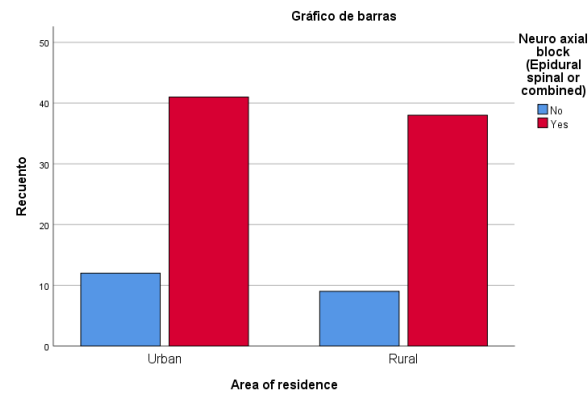
Annex 6: Gràfics de la relació entre les variables sociodemogràfiques i la utilització d'analgèsia peridural.

Figura 34 Relació entre els grups d'edat i la utilització d'analgèsia peridural



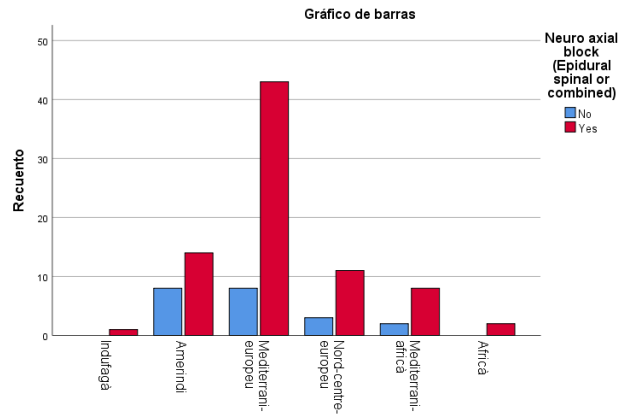
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 35 Relació entre l'àrea de residència i la utilització d'analgèsia peridural



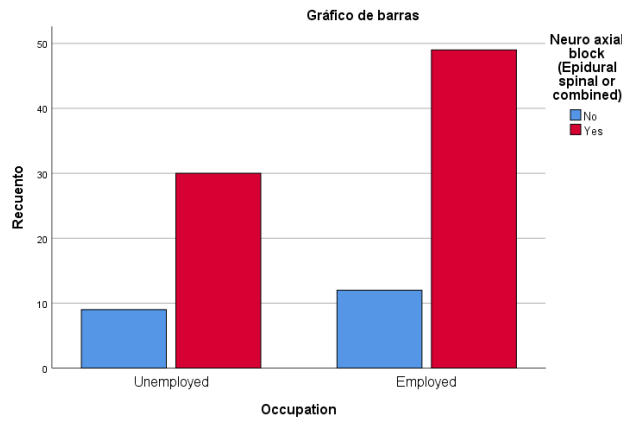
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 36 Relació entre l'origen i la utilització d'analgèsia peridural



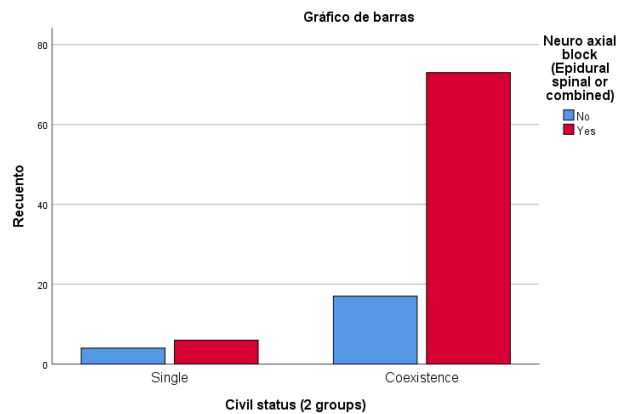
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 37 Relació entre l'estat ocupacional i la utilització d'analgèsia peridural



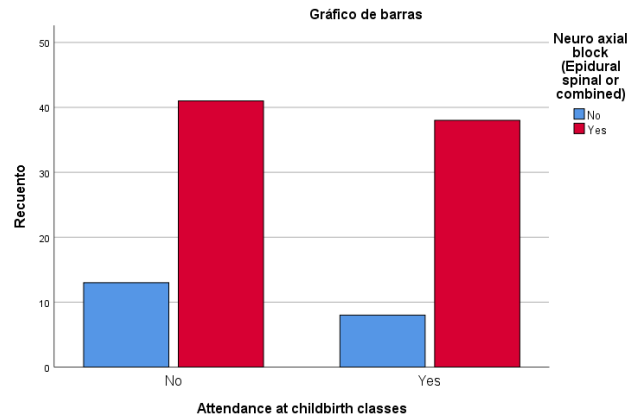
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 38 Relació entre l'estat civil i la utilització d'analgèsia peridural



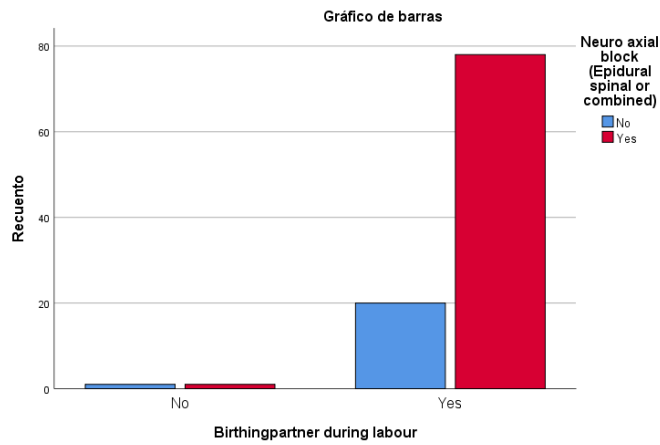
Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 39 Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i la utilització d'analgèsia peridural



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències

Figura 40 Relació entre la variable acompanyant al part i la utilització d'analgèsia peridural



Gràfic: Variable qualitativa en grups. Valors expressats en freqüències