

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA**



**EVALUACIÓN DEL DOLOR PERINATAL EN LA MUJER. ¿SE ESTÁ  
ABORDANDO ADECUADAMENTE? UN ESTUDIO OBSERVACIONAL,  
TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO**

**EVALUATION OF PERINATAL PAIN IN WOMEN. IS IT BEING ADDRESSED  
PROPERLY? AN OBSERVATIONAL, CROSS-SECTIONAL AND  
DESCRIPTIVE STUDY**

**AUTOR: NORTES HERNÁNDEZ, JUAN CARLOS**

**TUTORA: DRA. NURIA AGÜERO DOMENECH**

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, HISTORIA DE LA CIENCIA Y GINECOLOGÍA**

**COTUTORA: DRA. ANA PEIRÓ PEIRÓ**

**DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, PEDIATRÍA Y QUÍMICA ORGÁNICA**

**Curso académico 2024-2025**

**Convocatoria de junio de 2025**



## Agradecimientos

Este Trabajo fin de grado ha sido posible gracias a todas las mujeres que han participado en las encuestas, permitiendo que por un momento invadiera la intimidad de sus primeros días junto a su bebé, para compartir su felicidad, su experiencia y su dolor.

Mi más sincero agradecimiento a las Doctoras Nuria Agüero Domenech tutora de este trabajo y a Ana Peiró Peiró cotutora, por su desempeño y empatía, al personal sanitario del Hospital General Universitario de Elda, por comprender y compartir la necesidad de recoger la opinión de las mujeres en el periodo del puerperio para avanzar, y a mi familia, por perdonar mi ausencia para realizar este trabajo.

## Lista de abreviaturas

<b>DAD</b>	Demanda de alivio del dolor
<b>1ªDAD</b>	Primera demanda de alivio del dolor
<b>2ªDAD</b>	Segunda demanda de alivio del dolor
<b>3ªDAD</b>	Tercera demanda de alivio del dolor
<b>ECD</b>	Escala cualitativa del dolor de 5 niveles
<b>EVA</b>	Escala visual analógica
<b>HGUE</b>	Hospital General Universitario de Elda
<b>MAD</b>	Medidas de alivio del dolor
<b>MFAD</b>	Medidas farmacológicas de alivio del dolor
<b>MNFAD</b>	Medidas no farmacológicas de alivio del dolor
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud



# Índice

Resumen .....	7
1 Introducción .....	10
1.1 Antecedentes. Estado actual de los conocimientos científico-técnicos .....	10
1.1.1 Abordaje del dolor .....	11
1.2 Justificación de la propuesta .....	14
2 Hipótesis de trabajo .....	15
3 Objetivos del estudio .....	16
3.1 Objetivo general .....	16
3.2 Objetivos secundarios .....	16
4 Material y Métodos .....	17
4.1 Diseño .....	17
4.2 Recogida de variables .....	18
5 Resultados .....	20
6 Discusión .....	29
7 Conclusiones .....	34
8 Referencias bibliográficas .....	35
9 Anexos .....	38

## Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas. ....	20
Tabla 2. Características obstétricas. ....	21
Tabla 3. Características del parto. ....	21
Tabla 4. Características del dolor. ....	22
Tabla 5. Características de las condiciones obstétricas y fase del parto en la 1ªDAD. 22	
Tabla 6. Respuesta del personal sanitario ante dicha demanda de valoración y alivio del dolor, y nivel del dolor descrito por las encuestadas y medido con la EVA en la 1ªDAD. ....	23
Tabla 7. Datos recogidos sobre las MAD en la 1ªDAD de las encuestadas. ....	24
Tabla 8. Datos recogidos sobre las MAD en la 2ªDAD de las encuestadas. ....	25
Tabla 9. Datos recogidos en la 3ªDAD de las encuestadas. ....	25

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Nivel de satisfacción con la atención recibida. ....	25
Gráfica 2. Nivel de satisfacción con el alivio del dolor durante la maduración cervical. 26	
Gráfica 3. Sugerencias alivio dolor de las encuestadas. ....	26
Gráfica 4 . Infravaloración del dolor. ....	27
Gráfica 5. Percepción de salud actual en comparación al previo. ....	27
Gráfica 6. Percepción de salud actual en comparación al previo. Dinoprostona intravaginal. ....	28

## Resumen

**Introducción:** El dolor que puede acompañar al proceso del parto es multidimensional y podría estar asociado a consecuencias negativas como son la dispareunia (35%), ansiedad (9-24%), depresión (11-17%), tocofobia (6-15%) y el dolor perineal (11%). Por tanto, es fundamental su correcta evaluación y abordaje junto con el consenso de la usuaria, para su prevención.

**Objetivos:** Conocer el método de evaluación del nivel de dolor perinatal y el grado de satisfacción percibidos en su control, por las mujeres usuarias.

**Material y Métodos:** Se diseñó un estudio observacional, transversal y descriptivo por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se hicieron 31 entrevistas estructuradas, siendo la población de referencia las puérperas que acudieron en alguna de las fases del parto o para la finalización de la gestación en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Elda.

**Resultados:** Las puérperas encuestadas que demandaron alguna medida de alivio del dolor, no fueron evaluadas con instrumentos validables de medición del nivel del dolor y no se dispone de un protocolo específico de evaluación y manejo del dolor perinatal. Con excepción de la analgesia neuroaxial (epidural), los niveles de alivio percibidos por las encuestadas que demandaron alguna medida para el alivio del dolor fueron bajos, especialmente en el proceso de maduración cervical.

**Conclusiones:** Existe un infradiagnóstico del dolor perinatal, que sumado su multidimensionalidad, la dificultad que implica su estudio y manejo, y las posibles

repercusiones en la mujer, requiere la implicación de equipos multidisciplinares para su abordaje.

**Palabras clave:** dolor perinatal, puérperas, terapia intraparto.

## **Summary**

**Background:** The pain that can accompany the birth process is multidimensional and may be associated with negative consequences such as dyspareunia (35%), anxiety (9-24%), depression (11-17%), tocophobia (6-15%) and perineal pain (11%). Therefore, its correct evaluation and management, together with the client's consensus, is essential for its prevention.

**Objective:** To find out the method of evaluation of the level of perinatal pain and the degree of satisfaction perceived in its control by the women users.

**Material and Methods:** An observational, cross-sectional, descriptive study was designed using non-probabilistic convenience sampling. Thirty-one structured interviews were carried out, with the reference population being the postpartum women who attended the General University Hospital of Elda during any of the stages of labour or to end the pregnancy.

**Results:** The puerperal respondents who requested pain reduction measures were not evaluated with valid pain measurement instruments and there is no specific protocol for the assessment and management of perinatal pain. Except for neuraxial analgesia, the levels of pain reduction perceived by respondents who requested pain reduction measures were low, especially in the cervical ripening process.

**Conclusion:** There is an underdiagnosis of perinatal pain, which, added to its multidimensionality, the difficulty involved in its study and management, and the possible repercussions on women, requires the involvement of multidisciplinary teams to address it.

**Keywords:** perinatal pain, postpartum, intrapartum therapy.



# 1 Introducción

La salud, bienestar y calidad de vida de una mujer puede estar determinada por sus experiencias en el parto, y por la calidad de la atención que recibió en ese momento (1). Sin embargo, la evidencia es reducida respecto a la eficacia de las acciones que potencian la atención respetuosa con la mujer y reducen el manejo incorrecto en el trabajo de parto, por este motivo, los profesionales sanitarios tienen un papel crucial para hacerlas visibles y evitarlas, incorporando la perspectiva de género en los procesos de atención sanitaria (2).

## 1.1 Antecedentes. Estado actual de los conocimientos científico-técnicos

El dolor durante el parto es valorado en el Pain Rating Index, en una escala del 0 al 50, con una intensidad de 40 en nulíparas (similar al dolor agudo de una amputación de dedos) y de 30 en multíparas (3). Alrededor del 60% de las mujeres nulíparas y el 45% de las multíparas pueden experimentar dolor intenso durante la primera etapa del parto. La intensidad del dolor en el parto vaginal podría predecir el dolor posparto persistente (4).

El sufrimiento puede ser independiente del dolor y podría definirse en función de elementos psicológicos como la amenaza percibida para el cuerpo y/o la psique, la sensación de impotencia y pérdida de control, la angustia, los recursos insuficientes para afrontar dicha situación o el miedo a la muerte de la madre o del bebé (5). El estrés asociado al dolor implica cambios fisiológicos que podrían provocar resultados adversos en el proceso de parto y en el neonato (6).

Desde el punto de vista clínico, el manejo del dolor durante el parto implica mucho más que simplemente la provisión de una intervención farmacológica, siendo fundamental que su abordaje se base en una elección informada (7).

### 1.1.1 Abordaje del dolor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 realizó una serie de recomendaciones sobre los cuidados intraparto para una experiencia positiva, una de ellas era que los profesionales de la salud informasen a las mujeres de las opciones disponibles para aliviar el dolor en el centro del parto, analizando sus ventajas y desventajas como parte de la atención prenatal (8).

El enfoque no farmacológico del tratamiento del dolor incluye una amplia variedad de técnicas que intentan mejorar los componentes psicoemocionales de la atención y de esa manera reducir el sufrimiento, estas técnicas pueden carecer de evidencia en su eficacia para reducir el dolor, pero su bajo riesgo y la posibilidad de su combinación entre ellos y con otros medios farmacológicos, permite que su uso dependa de las preferencias de la gestante y de su disponibilidad (5).

La OMS en otra de sus recomendaciones de 2018 (8), aconsejó técnicas como la relajación muscular progresiva y el calor local para el alivio del dolor intraparto, además de fomentar la movilidad y la posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres con bajo riesgo (asociado a una reducción de cesáreas), entre otras medidas no farmacológicas para el alivio del dolor (MNFAD), que pueden variar según los entornos y contextos (6,9) y deberían ser objeto de investigación de calidad.

La sensación de empoderamiento y control de la paciente es el mayor predictor de la satisfacción materna en el parto, y la analgesia afecta en gran medida esta experiencia (10).

Los enfoques farmacológicos para el tratamiento del dolor incluyen analgésicos opioides, analgesia epidural y analgesia inhalada (oxígeno y óxido nítrico en proporción 50:50) (3,11). La evidencia actual demuestra que la analgesia neuroaxial reducen eficazmente el dolor del parto, sin estar exenta de posibles efectos secundarios, requiriendo una atención adecuada para mantener la seguridad (5).

El paracetamol intravenoso podría proporcionar una reducción modesta en las puntuaciones de dolor en la escala visual analógica (EVA) en comparación con el placebo, pero su uso en el proceso del parto es muy reducido (12).

Hasta el 25% de las mujeres en el Reino Unido han utilizado petidina o un opioide similar durante el parto. En comparación con el placebo no se han observado diferencias claras en la satisfacción materna con el alivio del dolor o en la cantidad de mujeres que solicitan un analgésico epidural. Los opioides atraviesan fácilmente la placenta, y la depresión respiratoria y la hipotermia neonatal siguen siendo motivo de preocupación (3,11).

Existe un creciente interés en el papel del remifentanilo como analgesia en cualquier fase del parto. Al ser un opioide de vida media corta, puede ser autoadministrado como analgesia controlada por el paciente a demanda (3). La OMS en 2018 afirmó que los opioides parenterales, como el fentanilo, la diamorfina y la petidina, son opciones recomendadas para mujeres embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el parto (8), pero la petidina no es la opción de elección, al disponer de otros opioides de acción más corta con menos efectos secundarios indeseables (8,12,13,14).

La OMS en sus recomendaciones, afirmó que debe descartarse el uso de agentes antiespasmódicos para prevenir el retraso del parto, hasta disponer de evidencia de beneficios clínicos con riesgos mínimos (8).

El óxido nitroso en oxígeno al 50% inhalado tiene cierta eficacia analgésica pero puede producir somnolencia, náuseas y alterar el metabolismo de la vitamina B12, preocupando su exposición laboral y requiriendo un sistema de eliminación adecuado. El 30% de las pacientes encontraron un alivio del dolor inadecuado (13), pero supone una alternativa a los opiáceos (15).

La epidural se considera el estándar de oro para la analgesia en el trabajo de parto y es recomendada por la OMS, con estimaciones de uso del 10% al 64% en países de altos ingresos (8,16).

Existe evidencia de alta calidad de que un inicio temprano (menos de 4 cm de dilatación) o tardío (4 o más cm de dilatación) de la analgesia epidural tiene efectos similares en todos los resultados medidos (17), acorde con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos que recomienda que "en ausencia de una contraindicación médica, la solicitud materna es una indicación médica suficiente para el alivio del dolor durante el trabajo de parto" (13,17).

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que el deseo de las mujeres de recibir analgesia epidural puede verse moderado por el contexto clínico en el que reciben atención prenatal e intraparto, si el parto es espontáneo o no, y su acceso y conocimiento a otras formas de medidas de alivio del dolor (8).

## 1.2 Justificación de la propuesta

No existe hasta el momento un protocolo asistencial en el **Hospital General Universitario de Eida (HGUE)** que contemple la evaluación y abordaje del dolor en las distintas fases del parto, cuando la evaluación del nivel de dolor perinatal puede permitir conocer si las necesidades respecto al dolor de la mujer durante este proceso están siendo adecuadamente atendidas, resultando fundamental el desarrollo e implantación de protocolos de evaluación y manejo del dolor perinatal y su supervisión por comisiones multidisciplinares de los servicios implicados, basados en evidencia clínica de calidad. Por este motivo, se ha planteado la necesidad de intentar investigar si el manejo del dolor perinatal está siendo suficiente abordado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGUE desde el punto de vista de las usuarias, como medio de concienciación de los profesionales que las asisten de la necesidad de implantar medidas de mejora si es posible, y de abrir nuevas vías de investigación.

## 2 Hipótesis de trabajo

Las mujeres durante el trabajo de parto han de ser tratadas con el máximo respeto, en un ambiente psicoafectivo óptimo y contando con toda la información, siendo el principio básico que la gestante sea el centro de la asistencia. Para ello, es necesario protocolizar la valoración del nivel de dolor percibido por las púerperas en las diferentes fases del parto, e identificar las medidas de alivio de dolor tanto farmacológicas como no farmacológicas evaluando el grado de satisfacción. Eso implica que la gestante participe activamente en la toma de decisiones del proceso de su parto, basándose en sus propias necesidades y expectativas. Consideramos que la existencia de un protocolo de evaluación y abordaje del dolor perinatal, aumentaría el nivel de alivio y reduciría el tiempo con dolor en el proceso del parto mejorando la satisfacción.



## 3 Objetivos del estudio

### 3.1 Objetivo general

Conocer el método de evaluación del nivel de dolor perinatal y el grado de satisfacción percibidos en su control, por las mujeres usuarias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGUE.

### 3.2 Objetivos secundarios

1. Valorar el nivel de dolor percibido por las puérperas en las diferentes fases del parto, tanto en procesos medicalizados como no medicalizados.
2. Identificar las diferentes medidas de alivio de dolor tanto farmacológicas como no farmacológicas que recibieron durante las diferentes fases y su grado de alivio del dolor, así como valorar el grado de satisfacción con las diferentes medidas que utilizaron.
3. Visibilizar la importancia de la valoración del dolor perinatal con escalas de medida implantados dentro de protocolos multidisciplinares de alivio del dolor.
4. Identificar posibles campos de investigación para avanzar en la mejora de la valoración y tratamiento del dolor perinatal.

## 4 Material y Métodos

### 4.1 Diseño

Se diseñó un estudio observacional, transversal y descriptivo por muestreo no probabilístico por conveniencia en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGUE. El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación del HGUE y se pidió el consentimiento informado a las participantes.

En una primera fase, se realizó una aproximación actualizada del tema de investigación a través de la búsqueda en la base de datos UpToDate, con los términos de búsqueda “management of labor pain”, seleccionando 3 artículos. Posteriormente se realizó una síntesis de la literatura disponible acerca de las características fisiológicas, psicológicas y de presentación clínica del dolor durante las fases del parto, y los métodos de alivio para dicho dolor, mediante la base de datos PubMed, con una búsqueda inicial en junio 2023 y otra búsqueda final en junio de 2024, a través del buscador avanzado, idioma inglés y español, con la siguiente estrategia de búsqueda utilizando términos Mesh: (“Labor/pain”[Majr] OR “Labor Pain/drug therapy” [Majr] OR “Labor pain/protocol”[Majr]), trabajos publicados en los últimos 5 años en humanos. Se obtuvo un total de 196 artículos, seleccionando aquellos artículos que por su título y resumen trataban el tema de interés y utilizando finalmente como referencias bibliográficas para la realización de este trabajo 21 artículos.

En la fase clínica, la población de referencia y criterio de inclusión, fueron púerperas que acudieron en alguna de las fases del parto o que ingresaron para la finalización de la gestación, y que parieron por vía vaginal o cesárea en dicho servicio, entre el **2 de noviembre de 2023 y el 30 de abril de 2024**. Los criterios

de exclusión incluían a las puérperas que no comprendían y hablaban el idioma castellano, la puérperas ingresadas en la Unidad de Reanimación postquirúrgica y las puérperas ingresadas por pérdida fetal. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta y técnica de entrevista estructurada, donde se valoró mediante el cuestionario que se elaboró para el estudio, que incluía una EVA y una Escala cualitativa del dolor de 5 niveles (ECD), el nivel del dolor que presentaba cuando realizó una demanda de alivio del dolor (DAD), y mediante una EVA de alivio del dolor y una escala cualitativa de alivio del dolor de 5 niveles, el nivel de alivio que se había logrado con las medidas aplicadas. Se utilizó una escala Likert unipolar de 5 puntos para la valoración de la satisfacción con el alivio del dolor y con la atención recibida. El cuestionario con las escalas se adjunta en el **Anexo I**.

#### 4.2 Recogida de variables

Se realizaron las entrevistas, de lunes a viernes de 12 a 14 horas para no interferir en las rutinas hospitalarias ni en el descanso de las puérperas, reduciendo lo máximo posible el tiempo de la entrevista y minimizando las molestias a la puérperas. Se llevaron a cabo de forma individual y en la respectiva habitación de las puérperas. Se realizó en un ambiente tranquilo y con la mayor intimidad posible para lograr una relación de confianza entre el entrevistador y la puérpera. Se recogió información sociodemográfica para obtener un perfil de usuaria del servicio (**Tabla 1**), variables obstétricas y antecedentes (**Tablas 2 y 3**). Se preguntó por el nivel de satisfacción con el alivio de dolor recibido durante las diferentes fases del parto y con la atención recibida durante el proceso desde el ingreso. Se añadió un apartado de sugerencias por parte de la puérpera.

Se realizó una búsqueda en Google de protocolos hospitalarios específicos de evaluación y manejo del dolor en el parto en España, encontrando un solo resultado, y se preguntó a los residentes de matrona de 2º año de la Comunidad Valenciana a través de una aplicación de mensajería, si en sus servicios disponían de un protocolo de valoración y manejo del dolor perinatal.

Se requirió de la herramienta Excel para la tabulación de los cuestionarios, cálculo de prevalencia y medidas de tendencia central de los datos obtenidos.



## 5 Resultados

Participaron en el estudio 31 mujeres. La **Tabla 1** muestra las características sociodemográficas de las encuestadas, siendo la edad media de 32 años, mayoritariamente españolas y con trabajo cualificado el 58%, a pesar de que el 48% tenían ingresos menores de 1000 euros/mes.

<b>Edad media</b>	<b>32 años</b>
<b>Nacionalidad</b>	<b>27 (87%) de 31 España</b> 3 (10%) de 31 Colombia 1 (3%) de 31 Rumania
<b>Nivel de estudios</b>	<b>12 (38%) de 31 Bachiller o Grado de formación profesional</b> 11 (35%) de 31 Universitarios 8 (26%) de 31 Enseñanza secundaria obligatoria
<b>Actividad laboral</b>	<b>18 (58%) de 31 Trabajo cualificado</b> 6 (19%) de 31 Trabajo no cualificado 4 (13%) de 31 Desempleada
<b>Nivel de ingresos económicos</b>	<b>16 (52%) de 31 Mayor a 1000 €</b> 9 (29%) de 31 Entre 500 y 1000 € 6 (19%) de 31 Menor de 500 €

Tabla 1. Características sociodemográficas. Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla 2** muestra las características obstétricas, siendo el 61% primíparas y sin cesáreas previas, con una ganancia ponderal de 10 a 14 Kg en el 58% de las encuestadas. En las 13 encuestadas con un parto previo el 54% refirió un nivel de dolor severo.

<b>Número de partos previos</b>	<b>19 (61%) de 31 Primer parto</b> 9 (29%) de 31 Segundo parto 3 (9%) de 31 Tercer parto o superior
<b>Cesárea previa</b>	<b>25 (81%) de 31 No</b> 6 (19%) de 31 Tenía 1 o más cesáreas previas
<b>Índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación</b>	<b>18 (58%) de 31 Peso normal (IMC 18.5-24.9 Kg/m<sup>2</sup>)</b> 9 (29%) de 31 Sobrepeso (IMC 25-29.9 Kg/m <sup>2</sup> ) 3 (9%) de 31 Obesidad (IMC mayor o igual a 30 Kg/m <sup>2</sup> ) 1 (3%) de 31 Bajo peso (menos de 18.5 Kg/m <sup>2</sup> )
<b>Aumento de peso durante la gestación</b>	<b>18 (58%) de 31 De 10 a 14 Kg</b> 6 (19%) de 31 De 5 a 9 Kg 3 (10%) de 31 De 15 a 19 Kg 3 (10%) de 31 Menos de 5 Kg 1 (3%) de 31 Mayor o igual a 20 Kg
<b>Educación maternal</b>	<b>30 (97%) de 31 Si realizó Educación maternal</b>
<b>Ejercicio físico (caminar 1 hora, programas dirigidos a gestantes)</b>	<b>19 (61%) de 31 Realizó 3 o más veces por semana</b> 3 (10%) de 31 Realizó 1 vez por semana 4 (13%) de 31 Realizó 2 veces por semana 5 (16%) de 31 Ninguno
<b>Plan de parto</b>	<b>11 (35%) de 31 Si lo realizó</b> <b>11 (35%) de 31 No lo hizo</b> 9 (29%) de 31 No sabía lo que es

<b>Consumo de tabaco durante la gestación</b>	<b>27 (87%) de 31 No consumieron</b> 4 (13%) de 31 Si consumieron
<b>Exposición a contaminantes en su medio laboral</b>	<b>24 (77%) de 31 No estuvo expuesta</b> 7 (23%) de 31 Si estuvo expuesta (gases anestésicos o disolventes orgánicos)
<b>Patologías previas a la gestación</b>	<b>17 (55%) de 31 No</b> 14 (45%) de 31 Si
<b>Dismenorrea</b>	<b>7 (24%) de 31 Si (con nivel de dolor medido con EVA <math>\geq</math> 6 cm) (moderado)</b>
<b>Nivel de dolor en el parto previo (múltiparas)</b>	<b>7 (54%) de 13 EVA <math>\geq</math> 8 cm (severo)</b> 6 (46%) de 13 EVA Entre 4 y 7 cm (moderado)
<b>Intervalo de la hora de nacimiento</b>	<b>17 (55%) de 31 Nacimientos entre las 8 am y las 19.59 pm</b> 14 (45%) de 31 Nacimientos entre las 20 pm y las 7.59 am

Tabla 2. Características obstétricas. Fuente: Elaboración propia.

La **Tabla 3** muestra las características del parto, finalizando con parto eutócico 15 (83%) de las 18 encuestadas con inicio espontáneo del parto, y 8 (62%) de las 13 encuestadas que requirieron dinoprostona intravaginal.

<b>Tipo de parto (n=31)</b>	<b>23 (74%) de 31 Partos eutócicos</b> 4 (13%) de 31 Cesárea 4 (13%) de 31 Instrumentado  Partos eutócicos 15 (83%) de las 18 encuestadas con inicio espontáneo del parto tuvieron un parto eutócico 8 (62%) de las 13 encuestadas que requirieron dinoprostona intravaginal tuvieron un parto eutócico
<b>Periné</b>	<b>13 (45%) de 31 No lesión perineal</b> 10 (32%) de 31 Desgarro Grado I 5 (19%) de 31 Desgarro Grado II 1 (3%) de 31 Desgarro Grado IIIA 4 (13%) de 31 Se realizó episiotomía
<b>Apgar del neonato</b>	<b>29 (94%) de 31 Mayor o igual a 9/10/10</b> 1 (3%) de 31 De 8/9/10 1 (3%) de 31 De 6/9/10
<b>Peso del neonato</b>	<b>25 (81%) de 31 Entre 2500g y 3500g</b> 6 (19%) de 31 Entre 3510-4000g
<b>Tipo de lactancia elegida</b>	<b>24 (77%) de 31 Lactancia materna exclusiva</b> 5 (16%) de 31 Lactancia artificial
<b>Inicio del parto</b>	<b>18 (58%) de 31 Inició el parto espontáneamente</b> 13 (42%) de 31 Maduración cervical con dinoprostona 10 mg intravaginal
<b>Indicación de maduración cervical (n=13)</b>	<b>7 (54%) de 13 Por RPM (rotura prematura de membranas)</b> 2 (15%) de 13 Por EVP (embarazo en vía de prolongación) 2 (15%) de 13 Por sospecha macrosomía 1 (8%) de 13 Por PEG (pequeño para la edad gestacional) 1 (8%) de 13 Por preeclampsia
<b>Inicio del parto con maduración cervical</b>	<b>7 (54%) de 13 No inició el parto y requirió inducción con oxitocina</b> 6 (46%) de 13 Inició el parto con dinoprostona intravaginal [4 (67%) de 6 Inició el parto antes de las 16 horas de su administración] [1 (16%) de 6 Inició el parto a las 4h de su administración] [1 (16%) de 6 Inició el parto a las 18h de su administración] 8 (62%) de 13 Finalizó con un parto eutócico 4 (31%) de 13 Requirió una cesárea (3 por fallo de inducción y 1 por RPBF (riesgo de pérdida de bienestar fetal)) 1 (8%) de 13 Requirió una instrumentación del parto

Tabla 3. Características del parto. Fuente: Elaboración propia.

## Resultados en la primera demanda de alivio del dolor (1ªDAD)

La **Tabla 4** muestra las características del dolor, siendo intermitente en 20 (65%) de 31 encuestadas, localizado principalmente en el hipogastrio.

<b>Tipo de dolor (n=31)</b>	<b>20 (65%) de 31 Intermitente</b> 11 (35%) de 31 Continuo
<b>Descripción del dolor</b>	<b>14 (45%) de 31 Similar a estiramiento muscular excesivo</b> 13 (42%) de 31 Dolor punzante 4 (13%) de 31 Compresión dolorosa
<b>Localización</b>	<b>18 (58%) de 31 Localizaba el dolor en el hipogastrio</b> 12 (39%) de 31 En la zona lumbar 1 (3%) de 31 En el sacro
<b>Dolor irradiado a otra zona</b>	<b>10 (32%) de 31 No irradiación</b> 9 (29%) de 31 Desde la zona lumbar hacia el hipogastrio 5 (16%) de 31 Desde hipogastrio hacia zona lumbar 3 (10%) de 31 Desde hipogastrio hacia las piernas 2 (6%) de 31 Desde el hipogastrio hacia el sacro 1 (3%) de 31 Desde el hipogastrio hacia el pubis
<b>Sintomas acompañantes</b>	<b>20 (65%) de 31 Ninguno</b> 5 (16%) de 31 Náuseas 4 (13%) de 31 Vómitos 1 (3%) de 31 Diarrea 1 (3%) de 31 Mareo

**Tabla 4.** Características del dolor. Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla 5** se recoge las condiciones obstétricas y fase del parto descritas en la 1ªDAD, cuando solicitaron la valoración y asesoramiento por su dolor al personal sanitario, no siendo explorada 6 (19%) de 31 encuestadas.

<b>Exploración vaginal (n=31)</b>	<b>8 (26%) de 31 Dilatación menos de 2 cm</b> 7 (23%) de 31 Dilatación de 2 o 3 cm 4 (13%) de 31 Dilatación de 4 cm 2 (6%) de 31 Cervix cerrado 1 (3%) de 31 Dilatación de 10 cm
	<b>6 (19%) de 31 No fue explorada</b>
<b>Dinámica uterina</b>	<b>14 (45%) de 31 Contracciones cada 2 minutos</b> 9 (29%) de 31 Contracciones cada 3 o 4 minutos 3 (10%) de 31 Contracciones cada 5 minutos 2 (6%) de 31 Contracciones cada 1 minuto 3 (10%) de 31 No lo sabía
<b>Fase del parto cuando solicitó 1ªDAD</b>	<b>10 (32%) de 31 Pródromos de parto</b> 9 (29%) de 31 Por dolor relacionado con dinoprostona intravaginal 7 (23%) de 31 Por parto en curso 4 (13%) de 31 Tras inicio de la inducción con oxitocina 1 (3%) de 31 Por dolor relacionado con el expulsivo

**Tabla 5.** Características de las condiciones obstétricas y fase del parto en la 1ªDAD. Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla 6** se recoge que, con un 52% de dolor severo, el 77% no fueron valoradas con ninguna escala de dolor válida, mientras que al 23% no fueron valoradas directamente. El 75% recibió la atención de una matrona.

<b>Valoración del dolor en la 1ª DAD</b>	<b>24 (77%) de 31</b> Fueron valoradas pero sin ninguna escala de medición del dolor (se les preguntó si el dolor era intenso pero sin medición con una escala)
	<b>7 (23%) de 31</b> No fueron valoradas (Recibieron como respuesta que era normal y que era pronto todavía) Todas eran gestantes con dinoprostona intravaginal
<b>Profesional que atendió la 1ª DAD</b>	<b>23 (75%) de 31</b> Matrona 5 (17%) de 31 Enfermera de planta 1 (4%) de 31 Ginecóloga 1 (4%) de 31 Residente de matrona
<b>Nivel de dolor descrito por la encuestada (EVA)</b>	<b>16 (52%) de 31</b> ≥8 cm (severo) 11 (35%) de 31 Entre 4 y 7 cm (moderado) 4 (13%) de 31 ≤3 cm (leve)
<b>Encuestadas a las que se le administró dinoprostona intravaginal (EVA) (n=13)</b>	<b>5 (38%) de 13</b> ≥8 cm (severo) <b>5 (38%) de 13</b> Entre 4 y 7 cm (moderado) 3 (23%) de 13 ≤3 cm (leve)

**Tabla 6.** Respuesta del personal sanitario ante dicha demanda de valoración y alivio del dolor, y nivel del dolor descrito por las encuestadas y medido con la EVA en la 1ª DAD. Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla 7** se muestra que un 29% no recibió ninguna MAD.

<b>Oferta de medidas de alivio del dolor (MAD) (n=31)</b>	<b>22 (71%) de 31</b> Le ofertaron alguna MAD
	<b>9 (29%) de 31</b> No recibió ninguna oferta de MAD 4 (44%) de 9 Solicitó alguna MAD 3 (33%) de 9 Se autoplizó una MNFAD 2 (6%) de 9 No utilizó MAD
<b>Personal sanitario que le ofreció la MAD</b>	<b>22 (71%) de 31</b> Matrona 3 (10%) de 31 Enfermera de planta 1 (3%) de 31 Ginecóloga
<b>MFAD (medidas farmacológicas de alivio del dolor): incluye petidina o epidural</b>	<b>18 (58%) de 31</b> No se le ofreció ninguna MFAD 5 (16%) de 31 Se le ofreció y administró 4 (13%) de 31 Solicitó la MFAD y se le administró 4 (13%) de 31 No deseaba ninguna MFAD
<b>MFAD: EPIDURAL</b>	<b>11 (35%) de 31</b> Afirmó no desearla en ese momento 7 (23%) de 31 Si se le ofreció y administró por estar de parto 7 (23%) de 31 No se le ofreció 5 (16%) de 31 Se le informó de que no era posible por no tener suficiente dilatación (3 con dinoprostona intravaginal y 2 con pródromos de parto) 1 (3%) de 31 No deseaba epidural por miedo a los posibles efectos secundarios
<b>MNFAD (combinación de dos o más medidas) &gt;apoyo psicoemocional &gt;control de la respiración &gt;deambulación &gt;pelota para movilización pélvica &gt;calor local &gt;ducha de agua caliente</b>	<b>EFICACIA PERCIBIDA MNFAD</b> <b>16 (52%) de 31</b> Afirmaron no haber tenido ningún alivio 11 (35%) de 31 Alivio suave 1 (4%) de 31 Alivio moderado 3 (9%) de 31 Alivio intenso
<b>HIDROCLORURO DE PETIDINA (n=2) 50 mg por vía intramuscular</b>	<b>EFICACIA PERCIBIDA</b> <b>1 (50%) de 2</b> Ningún alivio <b>1 (50%) de 2</b> Alivio suave
<b>ANALGESIA NEUROAXIAL: EPIDURAL</b>	<b>EFICACIA PERCIBIDA</b>

(n=7)	<b>4 (57%) de 7 Alivio extremadamente intenso</b> 2 (28%) de 7 Muy intenso 1 (14%) de 7 Ninguno
<b>ENCUESTADAS CON DINOPROSTONA INTRAVAGINAL (n=13)</b>	<b>9 (69%) de 13 No se le ofreció MFAD</b> 4 (33%) de 13 No deseaba la epidural en ese momento 4 (33%) de 13 Se le informó de que no tenían suficiente dilatación para administrarle la epidural 4 (33%) de 13 Solo se informó de MNFAD
<b>MNFAD (con dinoprostona intravaginal) (n=9)</b>	<b>EFICACIA PERCIBIDA</b> <b>4 (44%) de 9 No obtuvo ningún alivio</b> 3 (33%) de 9 Alivio moderado 2 (22%) de 9 Alivio suave

Tabla 7. Datos recogidos sobre las MAD en la 1ªDAD de las encuestadas. Fuente: Elaboración propia.

## Resultados en la segunda demanda de alivio del dolor (2ªDAD)

En la **Tabla 8** se describen los datos recogidos en la 2ªDAD, siendo el nivel de dolor percibido severo, en 24 (80%) de 30 encuestadas, con un intervalo de hasta 8 horas desde la 1ªDAD en 23 (77%) de las 30.

<b>Condiciones obstétricas cuando se realizó la 2ªDAD (n=30)</b>	<b>El 100% de encuestadas en su 2ªDAD fueron valoradas pero sin cuantificar el nivel de dolor con ninguna escala:</b> 23 (78%) de 30 Por una matrona 3 (11%) de 30 Por una ginecóloga
	<b>9 (29%) de 30 Se diagnosticó el parto en curso</b> 6 (19%) de 30 Fue en el posparto a partir de las 2 horas 5 (16%) de 30 Estaba en expulsivo 3 (10%) de 30 Continuaba con dinoprostona intravaginal 3 (10%) de 30 Había iniciado la inducción con oxitocina 3 (10%) de 30 Seguía con pródromos de parto 1 (3%) de 30 Estaba en la URPA en la primeras 2 horas tras una cesárea
<b>Intervalo de tiempo entre la 1ªDAD y la 2ªDAD</b>	<b>13 (44%) de 30 Mayor de 4 horas pero hasta 8 horas</b> 10 (33%) de 30 Menor o igual a 4 horas 3 (11%) de 30 Mayor de 12 horas 4 (12%) de 30 No hizo más DAD
<b>Nivel de dolor en la EVA 2ªDAD</b>	<b>24 (80%) de 30 ≥8 cm (severo)</b> 2 (7%) de 30 Entre 4 y 7 cm (moderado) 4 (13%) de 30 ≤3 cm (leve) <b>Las 3 gestantes con dinoprostona intravaginal afirmaron una EVA ≥8 cm (severo)</b>
<b>Motivo de no administración de epidural (n=11)</b>	<b>6 (46%) de 11 No deseaba la epidural por miedo a posibles efectos secundarios o no deseo de medicalización del parto, o no deseo de epidural en ese momento.</b> 3 (23%) de 11 Le comentaron que no tenía suficiente dilatación 1 (7%) de 11 No se la ofrecieron 1 (7%) de 11 No se la administraron por estar en expulsivo 1 (7%) de 11 No funcionó la técnica analgésica 1 (7%) de 11 No había anestesista disponible
<b>GESTANTES CON DINOPROSTONA INTRAVAGINAL. 2ªDAD (n=3)</b>	
Una de ellas solicitó la epidural y fue enviada a paritorio para su administración, con una dilatación de 2-3 cm	<b>El nivel de alivio de dolor con epidural fue extremadamente intenso</b>

Las otras 2 encuestadas continuaron con MNFAD, con una dilatación de 2-3 cm	Ambos encuestadas sin ningún alivio del dolor
	No se les ofreció MFAD (se les informó que no se podía administrar la epidural por no tener suficiente dilatación) (en una de ellas se retiró el dispositivo de dinoprostona intravaginal)

**Tabla 8.** Datos recogidos sobre las MAD en la 2ªDAD de las encuestadas. Fuente: Elaboración propia.

### Resultados en la tercera demanda de alivio del dolor (3ªDAD)

En la **Tabla 9** se describen los datos recogidos en la 3ªDAD de las 2 encuestadas con dinoprostona intravaginal, siendo el nivel de dolor percibido en ambas igual a 10 cm en la EVA.

<b>GESTANTES CON DINOPROSTONA INTRAVAGINAL. 3ªDAD (n=2)</b>	Las 2 fueron valoradas por una matrona pero sin cuantificar el nivel de dolor con ninguna escala
	En una de ellas la 3ªDAD fue una vez iniciada la inducción, a las 2h de la 2ª DAD Nivel de dolor = a 10 cm (severo) No se ofreció MFAD por las malas condiciones obstétricas y se indicó una CST urgente por fallo de inducción 4 horas después
	La otra encuestada solicitó la 3ª DAD a los 30 minutos de la 2ªDAD, y fue enviada a paritorio por estar en expulsivo, afirmando que no le administraron la analgesia epidural por dicho motivo Nivel de dolor = a 10 cm (severo)

**Tabla 9.** Datos recogidos en la 3ªDAD de las encuestadas. Fuente: Elaboración propia.

Respecto al nivel de satisfacción con la atención recibida, afirmaron 26 (84%) de 31 encuestadas estar extremadamente satisfechas (**Gráfica 1**).

**Gráfica 1.** Nivel de satisfacción con la atención recibida. Fuente: Elaboración propia.



Respecto al nivel de satisfacción con el alivio del dolor durante la maduración cervical, entre las menos satisfechas, 9 (69%) de 13 encuestadas había tenido un parto distócico y 4 (31%) de 13 un parto eutócico (**Gráfica 2**).

**Gráfica 2.** Nivel de satisfacción con el alivio del dolor durante la maduración cervical. Fuente: Elaboración propia.



Con referencia a las sugerencias sobre alivio del dolor de las encuestadas, 14 (45%) de 31 no indicó ninguna, 9 (29%) de 31 afirmó que hubiese querido que se le informase mejor de las MAD disponibles, y 5 (16%) de 31 hubiese preferido que le administraran antes la epidural (**Gráfica 3**).

**Gráfica 3.** Sugerencias alivio dolor de las encuestadas. Fuente: Elaboración propia.



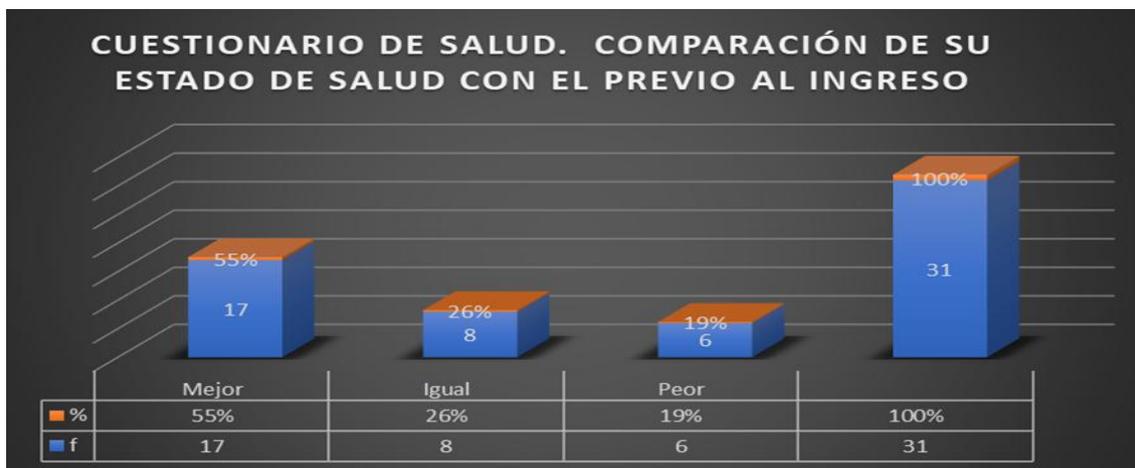
Respecto a la infravaloración del dolor, 5 (16%) de 31 encuestadas afirmó que se infravaloró su dolor (**Gráfica 4**).

**Gráfica 4** . Infravaloración del dolor. Fuente: Elaboración propia.



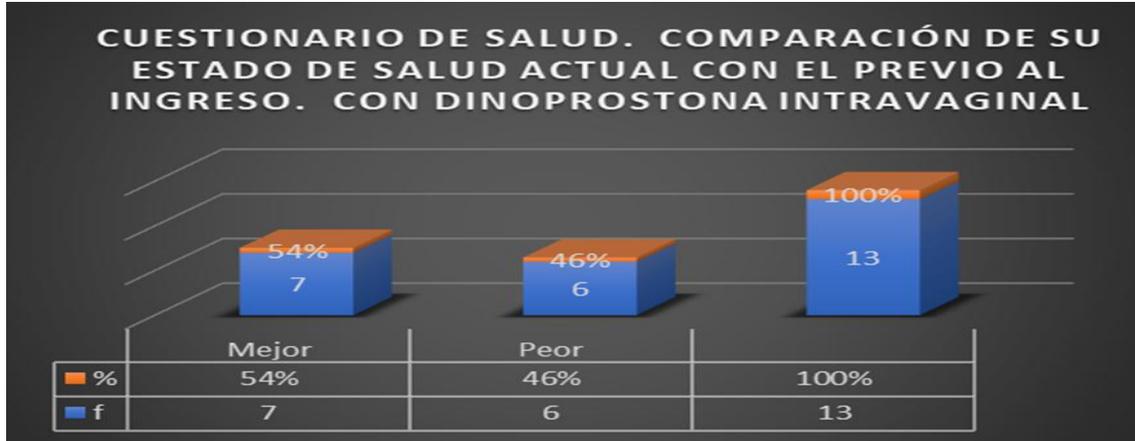
En referencia al cuestionario de salud, ante la comparación de su percepción de salud actual con la previa al parto, 17 (55%) de 31 encuestadas afirmó sentirse mejor, 8 (26%) de 31 igual y 6 (19%) de 31 peor (**Gráfica 5**).

**Gráfica 5** . Percepción de salud actual en comparación al previo. Fuente: Elaboración propia.



Si nos centramos en la encuestadas que requirieron maduración cervical, 7 (54%) de 13 afirmó sentirse mejor y 6 (46%) de 13 sentirse peor (**Gráfica 6**).

**Gráfica 6.** Percepción de salud actual en comparación al previo. Dinoprostona intravaginal. Fuente: Elaboración propia.



12 residentes de matrona de segundo año pertenecientes a 7 hospitales de la Comunidad Valenciana afirmaron no conocer la existencia de un protocolo específico para la evaluación y manejo del dolor en el proceso del parto en los servicios donde se forman.

## 6 Discusión

En este estudio tratamos de averiguar cómo se está realizando la evaluación y manejo del dolor perinatal y si está siendo adecuada.

Los datos muestran que aunque en la 1ªDAD, en un 52% de los casos el dolor fue severo, solo al 77% se les preguntó por su dolor, pero sin usar ninguna escala validada ni asociando ningún protocolo específico, y aunque solicitaron la valoración al personal sanitario, no fueron exploradas un 19%.

Los resultados indican la prevalencia de niveles altos de dolor, con un 52% de dolor severo en la 1ªDAD, que sumado a la aparente baja eficacia de las MAD, a excepción la analgesia neuroaxial, debería orientar hacia la necesidad de abordar el dolor de las mujeres durante las diferentes fases del parto, **mediante protocolos y/o guías clínicas consensuadas y actualizadas, que debería ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.**

Llama la atención que el 58% cuente con un trabajo cualificado pero el 48% afirme tener ingresos menores de 1000 euros/mes, hecho que condicionaría estar por debajo del Salario Mínimo Interprofesional (1.134 euros en España), mostrando una posible vulnerabilidad económica.

A pesar de que los datos de este estudio no puedan ser utilizados para demostrar evidencia científica, pueden ayudarnos a focalizar nuestra atención sobre la casi inexistencia de protocolos específicos de evaluación y manejo del dolor perinatal durante las diferentes fases del parto, que sitúen dicho dolor al nivel de importancia del dolor no vinculado al parto.

La carencia de un protocolo o guía clínica basado en la mayor evidencia científica podría hacernos pensar que es innecesario, pero el nivel de dolor y el número de horas con dicho dolor recogido en los cuestionarios parecen indicar lo contrario y debería ser abordado por equipos multidisciplinares debido a sus posibles repercusiones a nivel psicofísico en la madre y el neonato (3), añadiendo que dicha carencia dificulta que exista un criterio claro y un margen estrecho en la valoración y abordaje del dolor perinatal, que aumente la eficacia y disminuya la incertidumbre en la toma de decisiones, y que permita medir y evaluar el resultado de las acciones realizadas.

Los datos obtenidos sobre las características del dolor perinatal, podrían reflejar las diversas características del dolor producido por las contracciones uterinas durante las diferentes fases del parto, coincidiendo con diferentes autores que destacan su carácter multifactorial (4,5,6,7), aconsejando que sea abordado por equipos multidisciplinares, mediante protocolos clínicos actualizados, y bajo la supervisión de comisiones clínicas específicas que incluyan representación de enfermería, matronas, ginecología, pediatría, anestesia y farmacia.

Dada la multitud de factores en la etiología del dolor perinatal y su nivel de percepción, como parecen indicar los datos obtenidos en las encuestas sobre las características obstétricas cuando se solicitó la 1ªDAD, y de acuerdo con varios autores (8,13,17), las condiciones del cuello uterino no deberían ser las únicas referencias para determinar la intensidad de las MAD.

El aumento en la frecuencia de finalizaciones de la gestación y del uso de dinoprostona intravaginal para la maduración cervical en el medio donde se ha realizado este estudio y sus efectos sobre la dinámica uterina, el cérvix y los posibles efectos secundarios, parecen hacer aún más necesario valorar otros

factores además de las condiciones cervicales, para plantear diferentes MAD perinatal.

Respecto la valoración del dolor cuando solicitaron la 1ªDAD, el no disponer de protocolos o guías clínicas de evaluación y toma de decisiones, podría facilitar la disparidad de criterios a la hora de decir si es necesaria la valoración de la paciente cuando afirma tener dolor.

Respecto al nivel de dolor percibido por las encuestadas en la 1ª DAD, parece indicar que las gestantes realizaron la 1ª DAD con niveles de dolor moderado o intenso, pudiendo reflejar el concepto de que el parto va asociado a dolor y que debe soportarse todo lo posible, aunque esto podría dificultar el inicio de su manejo, cuando el nivel de dolor es inferior y abordable con MNFAD que retrasen el uso de las MFAD, o con fármacos de menor potencia y mayor seguridad. En este sentido, en las gestantes en las que se realizó maduración cervical, los niveles de dolor indicados por las encuestadas en la 1ªDAD, podrían indicar la necesidad de investigar la eficacia de realizar tratamiento precoz del dolor perinatal cuando se administra dinoprostona intravaginal, y su posible asociación con mejores resultados obstétricos (8).

Respecto a la eficacia de las medidas de alivio del dolor, las MNFAD debido a los múltiples factores relacionados con su forma de aplicación, tiempo de dedicación y personal sanitario que lo aplica, generan importante variabilidad en su medición, por lo que requieren de protocolos de aplicación validados. La evidencia disponible parece indicar que podrían ser insuficientes como medidas únicas, y que debería existir la posibilidad de complementarlas con medidas farmacológicas eficaces cuando sea necesario, dejando de utilizar fármacos de eficacia dudosa como la petidina y que deben ser sustituidos por alternativas

más seguras y eficaces como el remifentanilo (5,8,10). Habría que poner el foco en la gestantes que requieren maduración cervical, en las que parecería estar teniéndose en cuenta solo las condiciones cervicales para determinar las MAD.

Respecto a los datos recogidos de la 2ª DAD, el tiempo transcurrido desde la 1ª DAD, en el caso no haberse producido el parto, parecen reforzar la idea de que las MAD aplicadas, con excepción de la analgesia neuroaxial, no son suficientemente eficaces, como se describe en diversos estudios (3,5,8), y que las gestantes a pesar de describir niveles de dolor moderados y severos, esperan hasta no poder aguantar más antes de repetir la DAD, posiblemente por la idea generalizada de que se debe esperar hasta tener un nivel de dolor insoportable, dificultando y retrasando con ello la eficacia de las MAD.

La variabilidad en la velocidad de evolución del proceso del parto que puede observarse en las condiciones obstétricas en la 2ª y 3ª DAD, debería ayudar a replantearse el concepto de que se debe esperar a estar en fase activa de parto para ofertar MAD de mayor eficacia como la epidural (8,13,17), acorde con las recomendaciones de las sociedades científicas, sin olvidar que retrasar la oferta de MFAD, cuando el nivel de dolor y los deseos de la gestante podrían indicarlo, puede generar sufrimiento no deseado para la madre y sus acompañantes, complicaciones en el proceso de parto y resultados adversos para en el binomio madre-neonato.

El alto nivel de satisfacción con la atención recibida en las encuestadas concuerda con los datos de diversos autores (4,5,6), que indican la importancia de multitud de factores en la satisfacción con el proceso del parto y no solo el dolor. El menor nivel de satisfacción con el alivio del dolor cuando se administró dinoprostona intravaginal, podría sugerir la existencia de un manejo insuficiente

del dolor, pero sin olvidar factores como las complicaciones obstétricas y neonatales, que intervienen en los niveles de satisfacción percibidos y son más frecuentes en los partos que requieren maduración cervical e inducción del parto.

Respecto a las mejoras en las MAD sugeridas por la encuestadas destaca la necesidad de recibir más información cuando realizaron la DAD, tanto sobre su proceso de parto como de las MAD disponibles, así como el deseo de que no se le hubiese retrasado la aplicación de la analgesia epidural, señalando la importancia de protocolizar que profesionales deberían informar, que información dar, y como y cuando darla, estableciendo un marco de seguridad y eficacia tanto para la usuaria como para el equipo asistencial, basado en la evidencia científica.



## 7 Conclusiones

1. Los resultados indican un infradiagnóstico del dolor perinatal siendo evaluadas solo el 77% de las gestantes que lo solicitaron, pero sin utilizar ninguna escala de medida ni protocolo específico, y no siendo exploradas el 19% a pesar de solicitarlo, sin embargo el 84% de las encuestadas estaba extremadamente satisfecha con la atención recibida.
2. Pese a que el 52% afirmaba tener un dolor severo y el 35% un dolor moderado, el 29% no recibió ninguna MAD a pesar de disponer de ellas, aunque las MNFAD y la petidina vía intramuscular no proporcionaron ningún alivio en la mitad de las encuestadas, por lo que debería reevaluarse su indicación y protocolizar su aplicación.
3. El 48% tenía un bajo nivel socioeconómico, y por lo tanto, se trataría de una población más vulnerable.
4. Se debería plantear los motivos por los que el dolor perinatal y sus posibles repercusiones en la salud materno-infantil, no lo han situado en el suficiente nivel de importancia como para ser objeto de protocolización, investigación y actualización de su abordaje, al nivel de otras entidades como el hipotiroidismo o la diabetes gestacional, y aumentar con ello los niveles de seguridad, eficacia y evidencia de las MAD ofertadas, todo ello supervisado por comisiones clínicas multidisciplinares.

## 8 Referencias bibliográficas

1. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Dvora Kluwgant, Abalos E, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jun 2];12(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38070535/>
2. Ruiz Cantero MT. Perspectiva de género en medicina [Internet]. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019 [cited 2023 Jun 30]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/http://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina\_MTRuizCantero.pdf
3. Moran VH, Thomson G, Cook J, Storey H, Beeson L, MacArthur C, et al. Qualitative exploration of women's experiences of intramuscular pethidine or remifentanyl patient-controlled analgesia for labour pain. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Dec [cited 2024 Jun 2];9(12): e032203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31874879/>
4. Chin Wen Tan, Nicole Y-Kit Tan, Sultana R, Hon Sen Tan, Ban Leong Sng. Investigating the association factors of acute postpartum pain: a cohort study. *BMC Anesthesiology* [Internet]. 2023 Jul 25 [cited 2024 Jun 2];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37491196/>
5. Caughey, AB. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. In: UpToDate, Lockwood, CJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on June 30, 2024.)

6. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 3];40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31553374/>
7. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 Jun 5 [cited 2024 Jun 3]; (6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29870574/>
8. World Health Organisation. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. PubMed. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Jun 1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070803/>
9. Reis CCS dos, Dias L da C, Carvalho LB, Junior LBA, Imoto AM. Transcutaneous Nerve Electrostimulation (TENS) in Pain Relief During Labor: A Scope Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2022 Feb [cited 2024 Jun 3];44(02):187–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35213917/>
10. Smith A, Laflamme E, Komanecky C. Pain Management in Labor. *American Family Physician* [Internet]. 2021 Mar 15 [cited 2024 Jun 3];103(6):355–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719377/>
11. Nunes R, Colares P, Montenegro J. Is Pethidine Safe during Labor? Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2017 Jun 30 [cited 2024 Jun 3];39(12):686–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28666300/>

12. Reale, S. Pharmacologic management of pain during labor and delivery. In: UpToDate, Hepner, DL (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on June 30, 2024.)
13. Lam K, Leung MK, Irwin MG. Labour analgesia: update and literature review. Hong Kong Medical Journal [Internet]. 2020 Sep 17 [cited 2024 Jun 3]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32943586/>
14. Ching Wong SS, Cheung CW. Analgesic Efficacy and Adverse Effects of Meperidine in Managing Postoperative or Labor Pain: A Narrative Review of Randomized Controlled Trials. Pain Physician [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2024 Jun 4];23(2):175–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32214301/>
15. Chantrasiri R, Wanapirak C, Tongsong T. Entonox® versus Pethidine in Labor Pain Relief: A Randomized Controlled Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 Nov 29 [cited 2024 Jun 4];18(23):12571. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886299/>
16. Halliday L, Nelson SM, Kearns RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2022 Mar 21 [cited 2024 Jun 4];159(2). Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.14175>
17. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014 Oct 9 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25300169/>

## 9 Anexos

### Anexo 1. Cuestionario de valoración del dolor perinatal

NÚMERO DE CUESTIONARIO:

#### CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL DOLOR PERINATAL.

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS</b>		Edad: años.	País de origen:		Pareja: No H M Otro:		
Nivel de estudios: Primaria_ ESO_(curso: ) Bachiller_ Universitarios_ Doctorado_ FP de:_							
Actividad laboral:				Tipo contrato: Fijo_ Temporal_ En paro_ Nº de meses:			
Trabajó durante la gestación: SI NO				Actividad y EG en la que paró:		Motivo no trabajo:	
Peso hace 2 años:		Peso previo gestación: Kg		Altura: m.	IMC (previo gest):	Ganancia peso gest:	Kg
<b>DATOS OBSTÉTRICOS</b>		Fórmula obstétrica (Gestaciones, partos, cesáreas, abortos):					
Observaciones:				Educación maternal: SI NO			
Edad gestacional: sem.							
Ejercicio físico (tipo/horas-sem):				Plan de parto: SI NO No lo conoce_		Observaciones:	
Patología diagnosticada en gestación (semanas): SI NO. Hipotiroidismo_ Hipertiroidismo_ Epilepsia_ APP_							
Diabetes gestacional_		Insulina SI NO		Preeclampsia_		Versión externa (nalgas)_ Otras:	
Tóxicos (en gestación): SI NO Fumadora de: Tabaco_ Hachís_ Alcohol_ (vasos/día: ) Otras:							
Consumo de tóxicos previo a gestación: Tabaco_ (cigarrillos/día: ) . Alcohol (Tipo/vasos día: ) . Otras sustancias:							
Exposición laboral/ambiental durante gestación: SI NO. Tipo:							
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: SI NO. CUAL:							
Antecedentes quirúrgicos: SI NO. CUAL:							
ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL DOLOR				Máximo dolor sufrido en:		/ EVA:	
Dismenorrea: SI NO		EVA:		Lumbalgia: SI NO EVA:		Osteomuscular: SI NO CUAL: EVA:	
Cefalea: SI NO		EVA:		Psicoemocionales (motivo): EVA:			
Partos anteriores (tipo/EVA): 1º: / .2º: / .3º: / .4º: / .5º: /							
Otros: Observaciones:							
RPM: No Si (hora):		MADURACIÓN CERVICAL (Motivo, FECHA, Fco Y HORA):					
INDUCCIÓN (Motivo, FECHA Y HORA INICIO):				Amniorrexis (hora):		Amniotomía (hora):	
RESULTADO DEL PARTO		Día:		Hora de nacimiento:			
TIPO DE PARTO: Eutócico_ Asistido por: Matrona_ Ginecóloga_ Resid. de matrona_ Resid. ginecología_ No lo sabe_							
Ventosa manual_ Ventosa mecánica_ Espátulas_ Fórceps_ CST: Electiva_ CST urgente_ motivo:							
Peso del recién nacido: gramos. Test de Apgar: 1 min: 5 min: 10 min:							
Periné: Desgarro_ grado: Episiotomía_ Hemorroides_ Hematoma perineal_							
Tipo de lactancia: Materna_		Artificial_		Mixta_		Motivo de elección:	
Observaciones:							

Nº DE CUESTIONARIO:

DEMANDA DE ALIVIO DEL DOLOR (CUANDO SE INICIÓ EL DOLOR)		Nº DE DEMANDA o inicio de MAD/hora	1ª h	2ª h	3ª h	4ª h	5ª h
FASE DEL PROCESO EN LA QUE ESTABA	Versión cefálica externa						
	Maduración cervical con:	Propress					
		Misoprostol oral					
	Hora de inicio maduración con:						
	Propress:	Inducción del parto					
	Misoprostol:	Inicio de Oxitocina IV hora:					
		Pródromos de parto					
		Parto en curso					
		EXPULSIVO					
		Posparto <2h					
	Posparto >2h						
	Cesárea <2h						
	Postcesárea >2h						
Acompañamiento	No	Si por:					
→ EVA ANTES DE INICIO DE MEDIDAS DE ALIVIO DEL DOLOR:							
CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR	Continuo						
	Intermitente						
	Punzante (P) Presión (Pe) Estiramiento (Es)						
	Localizado en (Hipogastrio/Lumbar/Inguinal/periné)						
	Irradiaba a:						
	Otras características:						
SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES	Vómitos (V) Náuseas (N) Diarrea (D)						
	Otros:						
¿Le preguntaron por el nivel del dolor? Quien?:							
Exploración vaginal	No	Si					
		Dilatación	cm				
		Longitud cérvix	cm				
	Posición del cérvix	P	M	C			
		CONTRACCIONES (en 10')					
MEDIDAS DE ALIVIO APLICADAS/HORA	NINGUNA por:	No demandado (N) No deseado (Nd)					
		No ofrecido/Si ofrecido					
	Si MAD ofrecida por:	Matrona/Gine/Enfermera/otra:					
Información sobre evolución		No recibí					
	Si dada por:	Ginecología/MIR					
		Matrona/EIR/TCAE					
		Enfermera planta/TCAE					
		No lo sabe					
Apoyo psicoemocional		No dado	Si dado				
	Si dado por:	Personal sanitario (categor):					
		Acompañante (relación):					
MEDIDAS DE ALIVIO APLICADAS/HORA NO FARMACOLÓGICAS	Movilidad M	Pelota P Control Respiración R					
	Ducha D	Bañera B					
	Otro: (TENS, otro)	Bolsa Agua caliente BAC					
		Masaje Sacro-lumbar MS					
FARMACOLÓGICAS (indicar vía de administración)	Petidina Pe						
	Pa Paracetamol	I Ibuprofeno					
	Dexketoprofeno 50 mg	Dexketoprofeno 25 mg					
	Diclofenaco	Otro:					
	EPIDURAL (eficacia %)	Parche dolor/ Nº de punciones:					
→ EVA TRAS MEDIDA DE ALIVIO DEL DOLOR							
HORA APROXIMADA DE PERCEPCIÓN DE ALIVIO DEL DOLOR							
SUGERENCIAS SOBRE EL ALIVIO DEL DOLOR (Más información MAD, TENS, Óxido Nitroso 50%, Epidural antes, otro):							
CAUSA ELEGIR LA EPIDURAL:							
CAUSA DE NO EPIDURAL:							

Nº DE CUESTIONARIO:

¿CÓMO CALIFICA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL ALIVIO DEL DOLOR Y CON LA ATENCIÓN RECIBIDA, DURANTE LAS SIGUIENTES FASES DE SU PROCESO (escala de Likert unipolar de 5 puntos)?

NO SATISFECHA 1	POCO SATISFECHA 2	MODERADAMENTE SATISFECHA 3	MUY SATISFECHA 4	EXTREMADAMENTE SATISFECHA 5
--------------------	----------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------------------

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON/ DURANTE:	ALIVIO DEL DOLOR DURANTE:	ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE:
VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA		
PREPARTO		
MADURACIÓN CERVICAL		
INDUCCIÓN DEL PARTO		
PROCESO DEL PARTO		
PROCEDIMIENTO DE EPIDURAL		
EXPULSIVO		
CESÁREA		
PROCEDIMIENTO DE A. RAQUÍDEA		
POSPARTO INMEDIATO (2 H)		
PUERPERIO (DESDE LAS 2H HASTA AHORA)		
RECUPERACIÓN POSCESÁREA (2H)		
RECUPERACIÓN POSCESÁREA (DESDE LAS 2H HASTA AHORA)		
PIEL CON PIEL POSCESÁREA (MADRE/PAREJA/NO por):		
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE SU ATENCIÓN EN:		
-----	CONSULTA DE URGENCIA OBSTÉTRICAS	
-----	PARITORIO	
-----	UD. DE HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA	
-----	UD. DE POSTANESTÉSICA	
-----	UD. DE PEDIATRÍA	

¿CUÁL ES LA VALORACIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN RECIBIDA?:

¿CONSIDERA QUE SE DEBERÍA MEJORAR ALGÚN ASPECTO, PROTOCOLO O ACTUACIÓN RECIBIDA POR LOS SERVICIOS DE:

(Más información MAD, Ofertar uso TENS, Ofertar uso Óxido Nitroso 50%, Epidural antes, piel con piel CST, Pareja en Qx, otro)

- UNIDAD DE PARTOS (indicar)?
- PLANTA DE OBSTETRICIA (indicar)?
- ANESTESIA (indicar)?
- PEDIATRÍA (indicar)?

¿SE IDENTIFICARON LOS PROFESIONALES QUE LA HAN ATENDIDO A LO LARGO DE SU PROCESO?

¿PIDIERON SU CONSENTIMIENTO ANTES DE REALIZAR CUALQUIER ACCIÓN SOBRE USTED O SU BEBE?

CELADORAS/ES\_ TCAES\_ ENFERMERAS/OS\_ MATRONAS\_ GINECÓLOGAS/OS\_ ANESTESISTAS\_ PEDIATRAS\_  
 RESIDENTES DE MATRONA\_ RESID. DE GINECOLOGIA\_ RESID. DE ANESTESIA\_ RESID. DE PEDIATRÍA\_  
 ESTUDIANTES DE TCAE\_ ESTUD. DE ENFERMERÍA\_ ESTUD. DE MATRONA\_ ESTUD. DE MEDICINA\_

Observaciones:

¿CONSIDERA DESTACABLE ALGUNA O ALGÚN PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A LO LARGO DE SU PROCESO? ¿POR QUÉ MOTIVO?

¿CONSIDERA QUE SE DEBERÍA MEJORAR ALGÚN ASPECTO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOSPITAL DE ELDA (indicar)?

(Temperatura de la habitación/sala de partos, tiempo de espera en urgencias generales/obstétricas, otros)

¿CONSIDERA QUE SE HA INFRAVALORADO SU GRADO DE DOLOR? NO SI ¿Por qué motivo?

¿CONSIDERA QUE EL HECHO DE SER MUJER A INFLUIDO EN QUE SE HAYA INFRAVALORADO SU GRADO DE DOLOR?

NO SI Observaciones:

Nº DE CUESTIONARIO:

ESCALA DE DOLOR: 0 = NO DOLOR. 10 = DOLOR INSOPORTABLE

ESCALA DE ALIVIO DEL DOLOR: 0 = NINGÚN ALIVIO. 10 = TOTALMENTE ALIVIADO.

### CUESTIONARIO DE ESTADO DE DOLOR

Global Pain State questionnaire (GPSq)

DOLOR	
Señale sobre la línea horizontal donde mejor se describa el <b>dolor</b> que siente <u>ahora</u>	MARQUE CON UNA CRUZ
	<input type="checkbox"/> 4 - Extremadamente intenso
	<input type="checkbox"/> 3 - Intenso
	<input type="checkbox"/> 2 - Moderado
	<input type="checkbox"/> 1 - Suave
	<input type="checkbox"/> 0 - Ninguno

ALIVIO	
Señale sobre la línea horizontal donde mejor se describa el <b>alivio</b> que siente <u>ahora</u>	MARQUE CON UNA CRUZ
	<input type="checkbox"/> 4 - Extremadamente aliviado
	<input type="checkbox"/> 3 - Intenso
	<input type="checkbox"/> 2 - Moderado
	<input type="checkbox"/> 1 - Suave
	<input type="checkbox"/> 0 - Ninguno

### CUESTIONARIO DE ESTADO DE DOLOR

Global Pain State questionnaire (GPSq)

ESTADO DE SALUD	
La respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de <u>hoy</u> :	Señale sobre la línea vertical donde mejor se describa su estado de salud <u>hoy</u>
<p><b>Movilidad</b></p> <input type="checkbox"/> No tengo problemas para caminar <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para caminar <input type="checkbox"/> Tengo que estar en la cama	<p>El mejor estado de salud imaginable</p>  <p>El peor estado de salud imaginable</p>
<p><b>Cuidado personal</b></p> <input type="checkbox"/> No tengo problemas con el cuidado personal <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/> Soy incapaz de lavarme o vestirme	
<p><b>Actividades cotidianas</b> (p. ej. Trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)</p> <input type="checkbox"/> No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/> Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
<p><b>Dolor/malestar</b></p> <input type="checkbox"/> No tengo dolor ni malestar <input type="checkbox"/> Tengo moderado dolor o malestar <input type="checkbox"/> Tengo mucho dolor o malestar	
<p><b>Ansiedad/depresión</b></p> <input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido <input type="checkbox"/> Estoy moderadamente ansioso o deprimido <input type="checkbox"/> Estoy muy ansioso o deprimido	
<p><b>Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud de hoy es:</b></p> <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Peor	

OCUPACIÓN ACTUAL:  Trabajador en activo  Parado  Jubilado  Ama de casa

INGRESOS ECONÓMICOS:  Menos de 500 €  Entre 500-1000 €  Más de 1000 €

APORTACIÓN AL PAGO DE MEDICAMENTOS POR RECETA									
ACTIVOS	0%	30%(mutualista)	40%	50%	60%	PENSIONISTA	0%	10%	60%

## Anexo 2. Documento de consentimiento informado



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA  
PROTOCOLO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Departamento de Elda

Anexo II. Documentos de información para participantes en estudio y Consentimiento informado.

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES EN ESTUDIO. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** Evaluación del dolor perinatal en la mujer. ¿Se está abordando adecuadamente?: Un estudio observacional descriptivo.

El presente documento trata de explicar de forma clara y sencilla el objetivo del estudio que se va a llevar a cabo en el Hospital General Universitario de Elda (HGU de Elda), con el fin de que pueda decidir si desea participar en el mismo.

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque cumple con los criterios de inclusión de este estudio y no tiene ningún criterio de exclusión de este.

El propósito de esta investigación es valorar el grado de dolor que deben gestionar las mujeres durante las diferentes fases del proceso del parto y el nivel de alivio del dolor que se les proporciona con las medidas aplicadas. Este estudio permitirá conocer el grado subjetivo de alivio del dolor y las posibles áreas de investigación para su mejora o para poder proponer posibles soluciones.

Su participación es voluntaria, consistirá en una entrevista estructurada, que se realizará en el HGU de Elda y se le pedirá que conteste a una serie de preguntas predefinidas en las que además podrá añadir sugerencias y que durará aproximadamente 20 minutos.

Consideramos que el participar en este estudio no tiene para usted ningún riesgo añadido al habitual, ya que no supone realizar ninguna intervención, únicamente valorar su experiencia con el dolor durante las fases del proceso del parto. Debe conocer también que este estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Científicas (CEIC).

No obstante es usted libre de participar en este estudio y considere que en caso de rechazarlo ello no influirá en la relación que mantenemos ni en los cuidados que se le deban prestar.

Podrá preguntar cuántas dudas tenga y siempre le informaremos de los resultados obtenidos en las revisiones realizadas.

La información obtenida sólo será accesible para el personal autorizado para la realización y análisis de este estudio.

**Departamento de Elda**

Será tratada con absoluta confidencialidad y se respetarán los principios de la Declaración de Helsinki, las normas de Buena Práctica Clínica, la Ley de Investigación Biomédica y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

Yo (nombre y apellido):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido/a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

He hablado con (nombre del investigador): Juan Carlos Nortes Hernández.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio: Cuando quiera, sin tener que dar explicaciones de los motivos de tal causa y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos ni en mi atención sanitaria en general.

Por lo tanto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información. (Marque el apartado que desee)

SÍ

NO

Firma del paciente

Firma del investigador

Fecha:

Fecha:

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, .....

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado. Firma y Fecha

de la revocación

## Anexo 3. Aprobación del Comité de ética de la investigación con medicamentos (CEIm) del HGUE



Departamento de Elda

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)  
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA  
Ctra. Elda-Sax, s/n. 03600 - Elda. <http://www.elda.san.gva.es>  
Tfno: 96 698 9019. email: [ceic\\_elda@gva.es](mailto:ceic_elda@gva.es)

**Comité de Valoración Institucional del Hospital General Universitario de Elda**  
Institutional Review Board of Elda General University Hospital

Fecha Date	26/10/2023
---------------	------------

Número Protocolo Estudio Clínico Clinical Study Protocol Number	2023/30PI
--	-----------

Investigador Principal Principal Investigator	Juan Carlos Nortes Hernández	Departamento Department	Estudiante de Medicina de la Universidad Miguel Hernández
--	------------------------------	----------------------------	--

Título del Proyecto Project Title	<b>EVALUACIÓN DEL DOLOR PERINATAL EN LA MUJER. ¿SE ESTÁ ABORDANDO ADECUADAMENTE? UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO.</b> ASSESSMENT OF PERINATAL PAIN IN WOMEN: IS IT ADEQUATELY ADDRESSED? A DESCRIPTIVE OBSERVATIONAL STUDY.
--------------------------------------	---

### CERTIFICA /CERTIFIES

Que el estudio arriba indicado, habiendo completado satisfactoriamente todos los requerimientos impuestos por las autoridades de este País, incluyendo los de la Declaración de Helsinki (AMM, 2008) y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea,

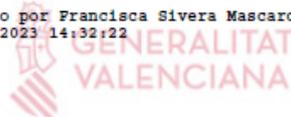
That the above study, having successfully completed all the requirements imposed by the authorities of this Country, including those of the Declaration of Helsinki (WMA, 2008) and Norms of Good Clinical Practice of the European Union,

fue APROBADO por este CEIm  
was APPROVED by this IRB

en (fecha) on (date)	17/10/2023
-------------------------	------------

y efectivo hasta (fecha) and effective until (date)	31/10/2028
--	------------

Firmado por Francisca Sivera Mascaró el  
02/11/2023 14:32:22



**Dra. Francisca Sivera Mascaró.**  
**Presidente** [President]  
**CEIm Hospital G. U. Elda** [IRB Elda G. U. Hospital]

CSV:VK68M17H-2BY04TU-3L3ELVZ1 URL de validación:<https://www.tramita.gva.es/on-5005/index.faces?cadena=VK68M17H-2BY04TU-3L3ELVZ1>