

# SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO EN EL HOSPITAL DE LA PALMA

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
SEDE LA PALMA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

JUNIO 2020

**AUTORA: JULIA ISABEL DÍAZ HERNÁNDEZ**  
**TUTORA: ELENA M<sup>a</sup> ORTEGA BARREDA**

## RESUMEN

---

El nacimiento de un hijo es una experiencia única en la vida de la mujer, pero con su institucionalización, la experiencia vivida y la satisfacción de las gestantes han podido verse afectadas negativamente, por lo que la O.M.S y otras organizaciones obstétricas han elaborado recomendaciones que han contribuido en la mejora de la satisfacción y protagonismo de las mujeres. Mediante el plan de parto las mujeres comunican sus preferencias durante todo el proceso del parto desde la llegada al hospital hasta el alta. El objetivo de este proyecto es conocer el grado de satisfacción de las usuarias del Hospital General de La Palma en relación al grado de cumplimiento de su plan de parto mediante un estudio analítico y de carácter transversal. La muestra incluirá a toda mujer gestante que elabore y entregue un plan de parto. La recogida de datos se realizará mediante un cuestionario de elaboración propia, donde la participación será voluntaria y de carácter anónimo. El análisis de los datos se realizará mediante un análisis estadístico descriptivo y bivariante. Este proyecto de investigación tendrá una duración de un año.

**Palabras clave:** Plan de parto, parto obstétrico, satisfacción del paciente, parto humanizado, parto normal.

## ABSTRACT

---

The birth of a child is a unique experience in a woman's life, but with its institutionalization, experience and satisfaction of pregnant women may have been negatively affected, so the O.M.S and other obstetric organizations have developed recommendations that have contributed to improving the satisfaction and leadership of women. Through the birth plan, women communicate their preferences throughout the birth process from arrival at the hospital to discharge. The objective of this research project is to know the degree of satisfaction of the users of La Palma General Hospital in relation to the degree of compliance with their birth plan through an analytical and cross-sectional study. The sample will include any pregnant woman who develops and delivers a Birth Plan. The collection of data will be carried out by means of a questionnaire of its own making, in which participation will be voluntary and anonymous. The analysis of the data shall be carried out by means of a descriptive and bivariate statistical analysis. This research project will last one year.

**Key words:** Birth plan, delivery obstetric, patient satisfaction, humanizing delivery, normal birth.

# ÍNDICE

---

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Antecedentes</b> .....	2
<b>Justificación</b> .....	4
<b>Objetivos</b> .....	5
- Objetivos generales.....	5
- Objetivos específicos.....	5
<b>Marco teórico</b> .....	6
A. Parto Normal.....	6
A.1. Definición de Parto Normal.....	6
A.2. Clasificación del parto.....	7
A.3. Aspectos generales.....	7
A.4. Fases del parto.....	8
1. Periodo de dilatación.....	8
2. Periodo expulsivo y de alumbramiento.....	12
3. Puerperio.....	14
B. Parto Humanizado.....	16
C. Plan de parto y nacimiento .....	19
<b>Metodología</b> .....	20
1. Búsqueda bibliográfica.....	20
2. Tipo de estudio.....	21
3. Población y muestra del estudio.....	21
4. Variables del estudio.....	22
5. Instrumentos de medida.....	23
6. Recogida de datos.....	23
7. Análisis de los datos.....	23
8. Consideraciones éticas.....	24
9. Cronograma.....	25
10. Presupuesto.....	25
<b>Bibliografía</b> .....	26
<b>Anexos</b> .....	31

Anexo 1: Cuestionario para analizar el grado de satisfacción de las mujeres del Hospital General de La Palma en relación al cumplimiento de su Plan de Parto y Nacimiento.....	31
Anexo 2: Hoja de registro hospitalaria del Plan de Parto y Nacimiento proporcionado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.....	34
Anexo 3: Autorización para la Gerencia del Hospital General de La Palma.....	35
Anexo 4: Consentimiento informado para la realización del estudio.....	36

## INTRODUCCIÓN

---

El nacimiento de un hijo es un proceso natural y una experiencia única para la madre, por lo que las mujeres deben ser en la medida de lo posible, las protagonistas de dicho evento con ayuda de los profesionales sanitarios, ofreciendo cuidados individualizados, respetando sus decisiones, favoreciendo la disminución de procedimientos innecesarios, la confianza y respetando la intimidad.<sup>1</sup>

En el año 1983, en Estados Unidos, la escritora Sheila Kitzinger propuso el concepto de planificación del parto como un método de *“redescubrimiento y restauración del control tradicional de la mujer sobre su parto”*,<sup>2</sup> siendo el plan de parto un documento escrito legal muy parecido a un consentimiento informado, donde la mujer redacta sus expectativas o predilecciones acerca de cómo quiere que sea su parto basado en sus valores, deseos personales y necesidades especiales.<sup>3</sup>

En 1996 la Organización Mundial de La Salud (OMS) publicó las recomendaciones en el cuidado del parto normal que tiene como objetivo asegurar la salud de la madre y su hijo, por lo que todas las intervenciones que se realicen deben estar justificadas si van a interferir en el proceso natural del parto.<sup>4</sup>

El 10 de octubre de 2007 se aprobó la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud (SNS) donde se habló por primera vez en España sobre el plan de parto y nacimiento. Esta estrategia tiene como objetivo un cambio en el modelo instaurado en España de atención al parto. Dentro de los objetivos se encuentra únicamente la realización de técnicas basadas en la evidencia científica, impulsar la participación de las mujeres gestantes, fomentar la formación de los profesionales sanitarios tanto de formación continuada como especializada en las áreas de obstetricia-ginecología y pediatría, actualizando los conocimientos y habilidades profesionales, y llevar a cabo la investigación necesaria para modificar y mejorar algunos hábitos y rutinas.<sup>5</sup>

Más adelante, en el año 2011, se desarrolló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS donde se habla más en profundidad de la maternidad y temas relacionados con la Salud Sexual que tiene como objetivo ofrecer una mejora en la calidad en estos dos aspectos.<sup>6</sup>

Ambas estrategias tienen como objetivo fomentar la participación de las mujeres gestantes en el proceso de parto y la mejora de la atención por parte de los profesionales sanitarios. Es por ello que en el año 2012 el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad publicó una plantilla de plan de parto y nacimiento con la ayuda de la Agencia

de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio de Salud de las Mujeres, donde aparte de poder planificar el parto también se les informa de la realización de los procedimientos recogidos en la EAPN y Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS.<sup>7-8</sup> A raíz de este documento varias Comunidades Autónomas (CC. AA) españolas también han desarrollado diversas versiones de planes de parto y nacimiento.<sup>8</sup>

## ANTECEDENTES

---

Un estudio publicado en 2016 de Birth Issues in perinatal care demostró que las 109 usuarias que habían elaborado un plan de parto tenían un mayor grado de satisfacción en su experiencia de parto al tener una mayor cantidad de peticiones cumplidas. Las peticiones más cumplidas fueron en un 100% la no realización de la episiotomía y un 89% no terminaron en una cesárea, por lo que afirman que tener elaborado un plan de parto puede cumplir con sus expectativas, proporcionar un grado de control y una experiencia positiva general. Por otro lado, algunas mujeres elaboraron su plan de parto con una mayor cantidad de peticiones, por lo que la mayoría de ellas se sintieron insatisfechas o decepcionadas con su experiencia de parto al no cumplir con todas las solicitudes, como puede ser en el caso de la administración de analgesia intravenosa en el 71,9% de los casos y el 32,5% en la administración de la epidural, el 51,4% de las usuarias se les administró oxitocina a pesar de notificar en su plan de parto de no querer la administración de ésta.<sup>9</sup>

Según un estudio realizado por Anderson CM, et al, y publicado en noviembre de 2017, en un hospital de Honolulu (Hawái), con el objetivo de mejorar la calidad en relación de la comunicación, la confianza y la satisfacción después del parto, en el que participaron 81 mujeres con plan de parto, se observó una mejoría en la comunicación, la confianza y la satisfacción. Los autores, sin embargo, concluyeron que el mérito no puede ser atribuido únicamente a la implementación del plan de parto y nacimiento.<sup>10</sup>

En el año 2019, Renata Marien Knupp Medeiros et al, en su estudio realizado en Brasil, tenían como objetivo analizar la repercusión del plan de parto basándose en la producción científica nacional e internacional, obteniéndose tres resultados principales. El primero fue que la cumplimentación del plan de parto influye positivamente en la experiencia vivida en el proceso del parto, proporcionando más confianza, mayor grado de satisfacción y a las mujeres gestantes les producía una sensación de control durante el proceso de parto. El segundo resultado del estudio fue que las mujeres que elaboraban planes de partos poco realistas podían experimentar una disminución de la

satisfacción a la hora de vivir el momento del parto, por lo que las mujeres deben ser flexibles si se realizan cambios en sus elecciones, si fuera necesario. Por último, las matronas desempeñan un papel fundamental en el apoyo en el proceso de parto y planes de parto. Aunque hay muchos profesionales sanitarios que no están de acuerdo en llevar a cabo un plan de parto porque consideran que algunos pueden ser poco realistas y esto podría afectar negativamente a la atención clínica de la paciente.<sup>11</sup>

En el Hospital Francesc de Borja de Gandía, varias matronas y el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia llevaron a cabo un estudio durante los meses de enero y septiembre del 2012 sobre el *“Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía.”* La primera conclusión del estudio dio lugar a que las variables más cumplidas por parte de las matronas son, el no rasurar el vello púbico, la lactancia materna y la información dada a la madre sobre su evolución durante el proceso de parto. Además, las matronas realizan una atención más personalizada y mayor grado de cumplimiento del Plan de parto en los turnos de noche y cuando tienen menos carga laboral.<sup>12</sup>

En el año 2016 durante un estudio de Fin de Máster realizado por Saray Díaz Hernández se obtuvo que la mayoría de las gestantes han obtenido información y acceso a este documento por medio de las matronas de Atención Primaria. Los ítems más solicitados en los planes fueron con *“un 99.3% el acompañamiento de las parejas durante todo el proceso del parto, un 98.9% fue la alimentación del recién nacido, un 94% sobre el manejo del dolor, un 92.5% la ingesta de líquidos durante el parto, 92.5% las preferencias respecto al corte y pinzamiento del cordón y un 92.1% las preferencias relacionadas con la higiene del recién nacido.”* La autora comenta como conclusión, que las mujeres que presentan los planes de partos en este hospital, son personas que han sido bien informadas antes de la elaboración. Además, explica que podrían mejorarse la presentación en varios idiomas de los planes, ya que solamente se les facilita un modelo en español, y una mejora en el almacenamiento y registro de los planes de partos presentados, donde da como opción la creación de un registro informático para que conste en la Historia Clínica de la mujer.<sup>13</sup>

En octubre de 2017, en España, varios autores publicaron un artículo sobre los planes de parto que se proporcionan en treinta hospitales públicos de Cataluña. Estos planes de partos presentan tres tipos de estructuras diferentes:

- Planes de parto que contienen una lista de los ítems propuestos por el Ministerio de Salud sin ninguna explicación aparente.

- Planes de partos que presentan una lista de ítems con algunas explicaciones sobre el proceso de maternidad, protocolos y normas del hospital.
- Planes de partos que solamente proporcionan procedimientos que se realizan en el hospital.

Tras el análisis realizado, se obtiene que, en la mayoría de los planes de parto, algunos ítems ofrecen alternativas limitadas, teniendo como resultado la disminución de la capacidad de elegir y expresarse libremente, por ejemplo, el tema de la lactancia, el acompañamiento, la administración de medicación y la canalización de la vía venosa periférica. Además, han observado que la mayoría de estos planes de parto se centran especialmente en el cuidado de la mujer, dejando un poco de lado el cuidado en el recién nacido.<sup>8</sup>

## JUSTIFICACIÓN

---

Según lo comentado anteriormente el porcentaje de mujeres que cumplimentan el plan de parto en nuestro medio es bajo. En la tesis doctoral de la autora Saray Díaz, se entregaron en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria 267 Planes de Parto, es decir un 9,2% de la totalidad de partos que se produjeron en ese año.<sup>12</sup> En Murcia, en un estudio realizado entre enero de 2011 y diciembre de 2012, dónde en el año 2011 se registraron 4.618 partos se entregaron solamente un 2,8% (132) planes de parto y nacimiento y en el año 2012 hubo 4.685 partos de los cuales disminuyó el porcentaje de entrega de planes de partos y nacimiento a un 2,3% (108).<sup>14</sup> En un hospital de Holanda, donde se llevó a cabo un estudio en el año 2017, donde incluyeron a 11.159 mujeres que iban a dar a luz, solamente el 34,7% de ellas habían elaborado un plan de parto.<sup>15</sup>

La satisfacción de las usuarias es un indicador que puntúa la calidad de la atención sanitaria de un hospital.<sup>16</sup> Existen diversas variables que pueden llegar a afectar a la satisfacción de las mujeres durante el proceso del parto. Algunas de ellas como el acompañamiento de la pareja, las expectativas personales, la intimidad, la confianza en los profesionales sanitarios, el apoyo de las matronas, intervienen en un aumento en el nivel de la satisfacción. En cambio, hay muchas de ellas que por el contrario disminuyen la satisfacción, éstas pueden ser el manejo del dolor, la lactancia, la terminación del parto en cesárea.

Si bien no hay evidencia que demuestre que la satisfacción de las mujeres gestantes con su parto se deba exclusivamente al cumplimiento de sus expectativas manifestadas en el plan de parto, éste constituye el único documento escrito donde la mujer y su pareja expresan sus deseos en relación a la asistencia al nacimiento y puede ser considerado un indicador de calidad asistencial. Además, España es uno de los países donde a través de las diferentes estrategias se recomienda el uso de dicho documento para fomentar la participación y la capacidad de elección de las mujeres en la experiencia del nacimiento.

A pesar de las publicaciones de las estrategias del SNS y las recomendaciones de la O.M.S, en nuestro país siguen ocurriendo casos considerados como violencia obstétrica como el ocurrido en el hospital Xeral-Calde de Lugo donde el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) obliga en la resolución del 28 de febrero de 2020, al estado español a indemnizar a una mujer tras la violencia obstétrica sufrida durante su parto.<sup>17</sup>

Por todo ello, el objetivo de este proyecto será analizar el grado de satisfacción en relación al cumplimiento de su plan de parto y nacimiento de las mujeres que parieron en el Hospital General de La Palma.

## OBJETIVOS

---

### Objetivos Generales

- Analizar el grado de satisfacción en relación al cumplimiento de su plan de parto y nacimiento de las mujeres que parieron en el Hospital General de La Palma.

### Objetivos específicos

Los objetivos específicos son:

- Determinar el porcentaje de mujeres que elaboran y entregan un plan de parto.
- Determinar las características de las mujeres gestantes que elaboran y entregan un plan de parto y nacimiento.
- Determinar el grado de cumplimiento de las condiciones generales.
- Determinar el grado de cumplimiento en la realización de técnicas durante el proceso de dilatación.

- Determinar el grado de cumplimiento en la realización de técnicas durante el proceso expulsivo.
- Determinar el grado de cumplimiento en la realización de técnicas durante el puerperio.

## MARCO TEÓRICO

---

### A) PARTO NORMAL

#### A.1. DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL:

Se pueden encontrar diversas definiciones por parte de algunas organizaciones como pueden ser:

La O.M.S. define parto normal como *“Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre la semana 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”*.<sup>4</sup>

La F.A.M.E. (Federación de Asociaciones de Matronas de España) especifica que el parto normal *“Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.”*<sup>18</sup>

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O) determina que el parto normal es *“Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la semana 37 y 42 y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.”*<sup>1</sup>

## **A.2. CLASIFICACIÓN DEL PARTO:**

### ***Según el comienzo del proceso de parto:***

Se puede observar dos tipos de parto que pueden ser:

- Parto espontáneo: Es el proceso de parto que se origina de forma natural sin necesidad de ninguna intervención médica. <sup>19</sup>
- Parto inducido: Es un procedimiento que produce la estimulación de las contracciones uterinas antes de que se inicien las contracciones espontáneas. <sup>20</sup>

### ***Según su finalización:***

- Parto eutócico: El parto eutócico se define como el proceso de parto que se origina de manera espontánea y cursa de forma fisiológica. <sup>21</sup>
- Parto distócico: El parto distócico es aquel trabajo de parto difícil que realiza la gestante donde hay ciertas dificultades de origen fetal o materno en el progreso normal del parto. Esto es a causa de contracciones ineficientes, presentación inadecuada del feto, alteraciones en la pelvis materna, malformaciones en los tejidos blandos maternos, finalizando el parto con instrumental o mediante cesárea. <sup>22</sup>

## **A.3. ASPECTOS GENERALES:**

### ➤ El acompañamiento durante el parto:

El acompañamiento durante el parto ha ido evolucionando notoriamente. Al principio las mujeres gestantes eran acompañadas por familiares y mujeres que entendían como era el proceso de nacimiento y a medida que las tecnologías sanitarias fueron avanzando, el acompañamiento familiar se fue limitando. Este hecho tuvo como resultado, que las mujeres empezaran a sentirse solas, aisladas en una sala hospitalaria sin ningún tipo de apoyo emocional ni ambiente familiar. <sup>23</sup>

Poco a poco esto ha ido evolucionando hasta tal punto que las políticas sanitarias de la mayoría de hospitales que hay en España se han modificado para que las mujeres gestantes estén siempre acompañadas. <sup>5</sup>

Actualmente el acompañamiento en el parto es un derecho, ya que se encuentra acreditado en muchos decretos y sociedades científicas. Por

ejemplo, la OMS en la guía publicada en 1996, en el documento de Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud.<sup>4-5</sup>

➤ Espacio físico durante el parto y uso de materiales:

No todos los hospitales son iguales en cuanto a equipamiento, comodidades, salas de paritorios, por lo que se le recomienda a la madre gestante informarse sobre las ofertas que le puede ofrecer el hospital, como la posibilidad de utilizar duchas, bañeras, piscinas, pelotas, cuerdas y comentarles alguna preferencia o hacer alguna petición para el día del nacimiento.<sup>20</sup>

➤ Intimidad durante el parto:

Las madres gestantes tienen el derecho a la privacidad e intimidad durante todo el proceso del parto, por lo que en este acontecimiento se hallaran únicamente el personal sanitario necesario y el acompañante que la mujer autorice.

Algunos hospitales tienen la condición de tener “*profesionales en formación*” presenciando el parto, por lo tanto, se le informará a la usuaria y se obtendrá su autorización.<sup>24</sup>

#### **A.4. FASES DEL PARTO:**

El proceso de parto se divide en tres etapas, periodo de dilatación que es la primera fase del parto, seguidamente con el periodo expulsivo y el alumbramiento.<sup>19</sup>

##### ***Periodo de dilatación***

El periodo de dilatación es la primera etapa en el proceso del parto empezando por las primeras contracciones hasta la dilatación completa. Se dividen en dos fases.

- *Fase latente*: La fase latente o también llamada fase prodrómica, es aquella fase donde comienzan las primeras contracciones uterinas

con una duración y una frecuencia muy variables. La fase latente finaliza cuando se ha llegado entre 2 – 4 cm de dilatación. <sup>19</sup>

- *Fase activa:* La fase activa es aquella etapa de la dilatación donde ya las contracciones uterinas son mucho más reiteradas, con una mayor duración y más dolorosas. En este proceso finaliza el periodo de dilatación hasta llegar a los 10 cm. <sup>19</sup>

Algunas de las intervenciones que se realizan durante el proceso de dilatación y que la mujer puede participar en la toma de decisión de si llevarlas a cabo o no son:

➤ Rasurado del periné

No hay evidencia científica suficientes sobre la recomendación del rasurado del periné para la prevención de las infecciones perineales, por lo que es un procedimiento de realización injustificada. <sup>5</sup>

El Sistema Nacional de Salud recomienda:

- Evitar este proceso como un procedimiento rutinario a las mujeres gestantes.
- A la realización de una sutura por algún motivo como puede ser por la realización de una episiotomía indicada, se podrá hacer un pequeño rasurado del vello para facilitar la sutura, se realizará con el consentimiento de la gestante. <sup>5</sup>

➤ Administración de enema

Las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud desaconsejan la administración de enema a la mujer gestante como un procedimiento de realización rutinario. En el caso que esté indicado se le dará a la mujer la información necesaria de la realización e indicación del mismo, además de su consentimiento. <sup>5</sup>

Otras de las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud son:

- Se realizarán monitorizaciones y controles del bienestar fetal según las recomendaciones de la OMS. <sup>25</sup>
- No se aconseja la administración rutinaria de medicación para acelerar el proceso de parto (oxitocina) si el progreso del parto es adecuado. Solamente se administrará este tipo de medicación en

caso que esté indicado y se le informará a la gestante sobre el procedimiento y el motivo por el cual se realiza. <sup>5</sup>

- La gestante podrá deambular y adoptar la postura que ella considere necesario, por lo que el personal sanitario facilitará estas opciones en la medida de lo posible. <sup>5</sup>
- No se realizarán rotura de la bolsa amniótica de forma rutinaria a no ser que existan situaciones clínicas en que esté indicado, en ese caso se informará a la parturienta del motivo y se solicitará consentimiento previo. <sup>5</sup>
- Se utilizará partogramas para la evaluación de proceso de parto. <sup>5</sup>

➤ Tactos vaginales:

Se recomienda realizar tactos vaginales cada 2-4 horas para supervisar el desarrollo del parto. Asimismo, este procedimiento se llevará a cabo tras la realización de otros, como pueden ser la rotura de la membrana amniótica, *“tras la aparición de un registro cardiográfico patológico sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.”*<sup>1</sup>

➤ Canalización de una vía intravenosa:

El personal sanitario canaliza una vía intravenosa durante el parto por cautela, pero a no ser que las madres prefieran un parto intervenido y *“no exista riesgo de hemorragia posparto”* no se recomienda realizar esta técnica. <sup>1</sup>

En el caso de canalizar una vía venosa periférica se le explicará a la gestante que por ella se le administrará los fármacos necesarios. <sup>1</sup>

➤ Ingesta de líquidos:

La OMS recomienda una ingesta de líquidos adecuada durante el proceso de parto. Aunque el personal sanitario debe informar que, sí se deben evitar los lácteos y modificar alimentos sólidos por ligeros. <sup>1-4</sup>

➤ Manejo del dolor

El dolor durante la fase de dilatación y expulsivo es una experiencia frecuente donde cada una de ellas lo experimenta de forma diferentes. Existen varios métodos para el manejo del dolor en las mujeres.<sup>19-25</sup>

*Métodos no farmacológicos de alivio del dolor*

- Posiciones que la mujer gestante elija durante la dilatación, expulsivo y alumbramiento. Varios estudios están de acuerdo que durante la fase del expulsivo la posición vertical o lateral ofrecen diversas ventajas como son, menos incomodidades y dificultades para pujar, disminución de dolor de parto, menos infecciones y menos traumas perineal y vaginal.<sup>26</sup>
- Permitir la libertad deambulación también se asocia a menos dolor en el parto.<sup>21</sup>
- Muchas mujeres se les alivia el dolor tomando una ducha o un baño de agua caliente o superior a la temperatura corporal (<37C<sup>0</sup>). El agua caliente además de tener una función relajante también tiene la función de producción de endorfinas.<sup>26</sup>
- Se utilizan técnicas distintas técnicas para centrar la atención de la mujer como puede ser la respiración, la relajación que pueden combinarse con otras, como puede ser la música.<sup>19</sup>
- Los masajes lumbares es una técnica que se realiza durante el trabajo de parto a las mujeres gestantes para el alivio del dolor. La técnica consiste en aplicar presión en la zona de las lumbares durante las contracciones para relajar los músculos utilizando el puño o el talón de la mano con movimientos firmes y circulares.<sup>26</sup>
- También es utilizada la técnica de TENS (Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea) que es utilizada al inicio del parto con la colocación de electrodos sensoriales periféricos, pero aún su eficacia no ha sido demostrada.<sup>19</sup>

*Métodos farmacológicos de alivio del dolor*

- Los fármacos para el alivio son varios, el más utilizado es la petidina como alcaloides opiáceos, también la prometacina como fenotiacina y muchos otros. El óxido nitroso con 50% de oxígeno también lo utilizan como fármaco para el alivio del dolor en algunos países mediante la inhalación.<sup>19</sup>

- Uno de los métodos farmacológicos para el alivio del dolor es la analgesia epidural. Este método proporciona a la mujer gestante un mejor control del dolor que muchos otros fármacos.<sup>19</sup>

### ***Periodo expulsivo y de alumbramiento***

El ***periodo expulsivo*** o segunda etapa del parto abarca desde la dilatación completa hasta que el feto sale completamente al exterior.<sup>19</sup> Este periodo, como el periodo de dilatación también se divide en dos fases. Esas dos fases se denominan:

- ***Periodo expulsivo pasivo:*** Este periodo se produce cuando existe una dilatación completa del cuello uterino sin sensación de pujo.<sup>27</sup>
- ***Periodo expulsivo activo:*** Una vez ya alcanzado la dilatación completa comienza el periodo activo donde la mujer tiene la necesidad de empujar con cada contracción ya que siente una fuerte presión en la zona del recto.<sup>27</sup>

El ***período de alumbramiento*** es la fase del parto donde se produce la salida de la placenta posteriormente de la expulsión fetal. Una de las características de este periodo es el sangrado vaginal originado por el desprendimiento de la placenta, el cordón umbilical desciende de su posición inicial, contracciones uterinas dolorosas y la sensación de una disminución de peso.<sup>19</sup>

Los procedimientos que se realizan durante estas fases del parto son:

#### ➤ Posición materna durante el periodo expulsivo

Según el Sistema Nacional de Salud no está demostrado científicamente cuál es la postura o el lugar indicado para llevar a cabo el proceso del parto.<sup>5</sup>

Por lo que la elección depende de cada mujer de adoptar la postura que ellas prefieran. Además, los profesionales sanitarios deben estar capacitados sobre las diferentes posturas durante el proceso del parto e investigar cuáles son las percepciones de las mujeres de las posturas que adoptan según su elección.

➤ Episiotomía

El procedimiento no está considerado como un procedimiento rutinario ya que puede tener complicaciones y efectos secundarios. Por lo que las recomendaciones son:

- *“No practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.”*
- *“Se deberá realizar este proceso cuando exista necesidad clínica, como podría ser un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal.”*
- *“Antes de realizar una episiotomía deberá realizarse una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.”*
- La técnica que recomiendan para la episiotomía es mediolateral y no debe ser realizada en mujeres que presenten desgarros de tercer o cuarto grados en partos anteriores.<sup>27</sup>

➤ Cordón umbilical

Durante el periodo de alumbramiento se realiza el procedimiento de corte del cordón umbilical una vez ya haya dejado de latir donde la mujer gestante decide si el cordón es cortado por su acompañante en el proceso de parto siempre y cuando el personal sanitario se lo indiquen y las circunstancias lo permitan. Además, la parturienta tiene la opción de la donación de sangre del cordón por lo que tiene que hacérselo saber a los profesionales sanitarios para que le explique cómo va ser el procedimiento y proporcionarle la información oportuna.<sup>7</sup>

➤ Contacto piel con piel

Se ha demostrado que un contacto piel con piel madre-hijo puede ser muy beneficioso para ambos. Las recomendaciones según el Sistema Nacional de Salud son:

- No separar al bebé de la madre tras el proceso del parto y no separarlos en ningún momento si la salud de ambos lo permiten.<sup>5</sup>

- Durante el contacto piel con piel se realizarán solamente dos procedimientos que serían la identificación del recién nacido y la valoración del recién nacido mediante el test de Apgar.<sup>5</sup>
- Dar toda la información a la madre sobre cuáles son los beneficios del contacto piel con piel.<sup>5</sup>
- Para no interrumpir el contacto precoz se realizarán los procedimientos de profilaxis ocular, peso, vitamina k, se realizarán más adelante y se intentarán realizar delante de los padres.<sup>5</sup>
- *“Favorecer la erradicación de las salas nido.”*<sup>5</sup>
- *“Estimular el método madre-canguro”*<sup>5</sup>

### **Puerperio**

*“El puerperio es el periodo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta la sexta semana después del parto.”*<sup>19</sup> La etapa del puerperio se divide en:

- *Inmediato u hospitalario precoz:* El periodo consta de las dos primeras horas tras el parto permaneciendo en la sala de paritorio.
- *Mediato u hospitalario precoz:* Consta desde las 2 horas postparto hasta las 48 horas.
- *Tardío o vuelta a casa.*<sup>19</sup>

La separación del recién nacido de la madre se debe realizar por motivos justificados y, además, para su realización se le deberá informar y se le pedirá el consentimiento previo.<sup>24</sup> Los procedimientos a realizar en el puerperio son:

#### ➤ Administración de medicamentos preventivos y vacunación

A todos los recién nacidos de este país las autoridades sanitarias y las organizaciones científicas recomiendan la administración de:

- La administración de la pomada antibiótica oftálmica (Eritromicina) que *“previene de infecciones oculares severas.”*<sup>24</sup>
- La administración de la primera dosis de la Vacuna de la Hepatitis B por vía intramuscular, en caso de que la madre sea un caso positivo de Hepatitis B se realiza en algunas CC.AA.<sup>28</sup>

- La administración de la Vitamina K para la prevención de las hemorragias comunes del recién nacido. Puede ser por vía oral o por vía intramuscular, siendo ésta última la más frecuente y aconsejada.<sup>7-24</sup>

➤ Higiene del recién nacido

Los profesionales sanitarios no recomiendan bañar al recién nacido durante las primeras horas de vida, si no a partir del segundo día. Aunque la decisión de llevarlo a cabo lo tiene la madre siempre se les informará y en caso de bañarlos se les pedirá su consentimiento.<sup>24</sup>

➤ Lactancia

Según las recomendaciones de la OMS lo ideal para la alimentación del recién nacido es la lactancia materna de forma exclusiva, ya que su composición se adapta a las necesidades del bebé, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. A partir de los seis meses de edad se debe de complementar con otros alimentos. Pero no todas las madres optan por darle el pecho a sus hijos y solamente el 10% de los recién nacidos llegan a los seis meses alimentados exclusivamente por la leche materna.<sup>19</sup>

Para obtener una lactancia materna exitosa se debe tener en cuenta los siguientes procesos:

- El *contacto precoz* es un proceso que tiene muchos beneficios, como pueden ser, obtener una mayor duración de la lactancia materna, una mejoría en la glucemia y del equilibrio ácido-base del recién nacido, disminuye el llanto y mantiene una temperatura constante.<sup>19</sup>
- Las *características de las tomas* también influyen, como puede ser la frecuencia, donde el personal sanitario recomienda un horario a demanda desde el principio y la duración, donde no debe limitarse el tiempo en las tomas.<sup>19</sup>
- La *técnica de amamantamiento* tiene que ser la correcta, ya que cuando no se realiza bien duele producir a la madre gestante grietas dolorosas en los pezones, maceración del pezón, etc. Además, se debe dar el pecho en una zona tranquila sin mucho ruido y en una postura cómoda tanto la madre como el gestante.<sup>19</sup>

El personal sanitario le aconsejará a la madre cual sería la mejor decisión con respecto a la lactancia, pero ella es quién decide que opción escoger. En el

plan de parto y nacimiento del Ministerio de Salud se dan a disposición varias opciones que son, “*Deseo dar el pecho*”, “*He decidido dar a mi bebé leche de fórmula*”, “*Tomaré la decisión más adelante*”, “*Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia materna*”, y detallar las preferencias en cada uno de los casos.<sup>7</sup>

## B) PARTO HUMANIZADO

Históricamente en España antes del siglo XIX, las gestantes daban a luz en sus domicilios y eran atendidos por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. El parto antiguamente se consideraban un proceso natural, pero existía un alto porcentaje en la morbilidad materna y neonatal. En España a partir del siglo XIX empezó a aumentar el número de mujeres que parían en los hospitales. Fue en el siglo XX cuando el proceso de parto se empezó a institucionalizar y medicalizarse.<sup>29</sup> Las mujeres daban a luz en entornos totalmente desconocidos, donde la posibilidad de intervenciones médicas es mayor, y la de estar acompañada y con su recién nacido menor.<sup>2</sup>

Por lo general, los médicos eran los que se encargan de la atención al parto, donde las mujeres gestantes pasan a ser pacientes con una enfermedad que necesita asistencia médica. Durante la atención al parto las mujeres habitualmente debían estar acostadas y dar a luz en posición de litotomía por comodidad de los médicos y, además, utilizaban instrumentos como pueden ser, fórceps (objeto mecánico inventado por ellos mismos para facilitar así la práctica asistencial médica), iniciándose así la tecnificación de la asistencia al nacimiento.<sup>30-31</sup>

Durante el siglo XX, se ha producido un proceso de medicalización sobre todo en los países occidentales en el que se ha visto afectado la asistencia al nacimiento, en el que se consideraba un fenómeno mecánico, donde se empezaron a incluir ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, los enemas, la rasuración del pubis, la estimulación al parto, el uso de los fórceps y otros instrumentos, etc. Además, hubo un aumento en la realización de cesáreas y en la utilización de fármacos (analgésicos y anestesia obstétrica) ya que los fármacos que producen la inducción de las contracciones uterinas hacen que la madre gestante tenga unas contracciones muchas más intensas y dolorosas.<sup>32</sup>

En 1980, se pusieron en duda algunos ideales de voces críticas del feminismo, donde se formulaban diversas cuestiones que tenían relación con la

concepción ideológica de la maternidad. Por este motivo, a finales del siglo XX sobre todo en Europa y América del Norte estas cuestiones dieron lugar a movimientos de las mujeres y profesionales sanitarios en el que defendía una asistencia al parto menos intervencionista, produciéndose modificaciones en el concepto de atención de calidad.<sup>33</sup>

Como resultado, en el año 1985, en Fortaleza (Brasil) se realiza una conferencia celebrada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS donde asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. En esta conferencia la OMS decretó unas recomendaciones sobre El nacimiento con el objetivo de respetar el derecho de las mujeres a decidir sobre su parto, respetar las necesidades y expectativas que tenían las madres gestantes y todo ello a causa del modelo biomédico de atención a la gestación que estaba instaurado.<sup>25-33</sup>

En 1993, un grupo de expertos en Reino Unido elaboran un documento denominado “Changing Childbirth” con el objetivo de cambiar el modelo de atención al parto mediante una serie de recomendaciones basadas en tres principios. Esos principios eran:

- *“El cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndola sentir que tiene el control sobre que está sucediendo, e introduce el concepto de comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios.”*
- *“Las mujeres deben tener acceso sencillo a los servicios de maternidad y éstos deben responder a las necesidades de la mujer.”*
- *Las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que éstos se adapten a sus necesidades.”*<sup>33</sup>

En el año 2000, en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en Brasil se crea un término, actualmente conocido por “Humanización de la atención al parto”. Este término se creó por motivo del intervencionismo que se estaba produciendo en todo el mundo, sobre todo en el campo de la ginecología y obstetricia, donde los aspectos de calidad y confianza han quedado olvidados por el aumento de procedimientos de rutinas que se realizaban a las mujeres que iban a dar a luz. Por lo que, muchas instituciones han reclamado la necesidad de individualizar y humanizar los cuidados.<sup>33</sup>

En España, a partir del 2008, con la publicación de la Estrategia Nacional de atención al parto normal y en 2011 con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se contempla el derecho en la toma de decisiones de las mujeres en relación al proceso de parto, aunque los profesionales sanitarios deben informales sobre las alternativas basadas en la evidencia científica para fomentar la toma de decisiones de manera autónoma.<sup>33</sup>

Actualmente, existe un concepto para referirse al trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud hacia la mujer embarazada denominado violencia obstétrica, una de las ramas de la violencia de género originada por primera vez en Venezuela en el año 2007. Ibone Olza, comenta que este acontecimiento puede dar lugar en algunas mujeres estrés postraumático por la experiencia vivida durante su proceso de parto.<sup>33</sup>

### C) PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Los primeros planes de parto, por así llamarlo en esa época, se sitúan en Estados Unidos a principio del siglo XX. Los nacimientos se producían en los domicilios de las parturientas con ayudas de familiares y parteras, por lo que las mujeres gestantes le explicaban de forma oral, sin ningún documento de por medio, como querían que fuese su parto y elegían quienes podían estar presentes en ese acontecimiento.<sup>34</sup>

En los años 60, llegan a Europa los primeros planes de parto debido a que profesionales de la materia, apoyaron a la mujer gestante en la atención natural al parto. Estos documentos fueron creados por educadoras prenatales, en el que se han ido modificando con el paso de los años, por motivo de la culturalidad de los distintos países.<sup>34</sup>

El concepto del plan de parto y nacimiento como tal, lo definió Sheila Kitzinger, en los años 80 en EE.UU., reconocida mundialmente como experta en los aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos del parto.<sup>33</sup>

Se define actualmente los planes de parto y nacimiento como:

*“Un documento escrito, de carácter legal, en el que la mujer embarazada, (tras haber recibido información sobre el proceso de embarazo y parto a través de su matrona de Atención Primaria), teniendo en cuenta sus valores y deseos personales, además de las expectativas que se ha creado sobre su parto a lo largo de su embarazo, y atendiendo también a las necesidades particulares del mismo, consensua con la matrona de*

*Atención Primaria y posteriormente con la matrona de Atención Especializada, que alternativas, de buena praxis, prefiere durante su parto en condiciones normales. El plan de parto y nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre las mujeres embarazada y la matrona, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le presente a lo largo de todo el proceso.”* <sup>35</sup>

Los planes de partos se pueden elaborar mediante una variedad de formatos disponibles, como puede ser una lista donde la mujer simplemente tiene que marcar la opción de “sí” o “no”, u otro tipo de formato con los diferentes ítems del proceso de parto donde las indicaciones son más abiertas.<sup>33</sup>

En España, el plan de parto apareció en el año 2008 la Estrategia de Atención al Parto Normal y también en 2011 con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En el año 2012, se publicó una plantilla de plan de parto y nacimiento por parte del Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad, donde refleja por apartados cuales son las prácticas adecuadas para el proceso de parto. Estos son los apartados que contiene este plan de parto y nacimiento: <sup>33</sup>

1. Llegada al hospital.
2. Período de dilatación: Asistencia, cuidados, alimentación e intervenciones.
3. Periodo expulsivo.
4. Alumbramiento de la placenta.
5. Cuidado y atención al recién nacido.
6. Período de puerperio.
7. Parto instrumental (Fórceps, ventosa, espátula) o cesárea. <sup>7</sup>

Cabe destacar que al final de este documento aparece una hoja-cuestionario de registro hospitalario que debe de ser rellenada por la matrona donde ella marca las preferencias de la mujer gestante que anteriormente ha detallado y además podrá anotar algunas observaciones que irán surgiendo en el momento del nacimiento.<sup>7</sup>

Numerosos hospitales españoles elaboran sus planes de parto con la ayuda de estas estrategias, la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto <sup>36</sup> y la plantilla del plan de parto y nacimiento. <sup>33</sup>

### 1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a partir del Punto Q de la Universidad de la Laguna y Google Académico. Las bases de datos consultada son Elsevier, Scielo, PubMed, Elibrary, Medline.

Para la elaboración del marco teórico se han utilizados ciertos criterios para la selección de los artículos que son:

- Artículos que disponen de texto completo.
- Todos los artículos que se encuentre dentro del periodo de búsqueda. (2010-2020)
- Artículos en español, inglés y portugués.

Además, se realizó una búsqueda intencionada de guías y estrategias, en las páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Federación de Asociaciones de Matronas en España, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Las palabras claves y términos que se han utilizado para la búsqueda de información han sido:

#### DECs

#### MESH

<b>Plan de parto</b>	Birth plan
<b>Parto Obstétrico</b>	Delivery Obstetric
<b>Satisfacción del paciente</b>	Patient satisfaccion
<b>Parto normal</b>	Normal birth
<b>Parto Humanizado</b>	Humanizing Delivery

## 2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se llevará a cabo en este proyecto de investigación será de tipo cuantitativo, analítico y de carácter transversal.

## 3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

El estudio se realizará en el Hospital General de La Palma. Este hospital es el centro hospitalario de referencia de las nueve Zonas Básicas de Salud (Santa Cruz de La Palma, Las Breñas, Mazo, El Paso, Los Llanos de Aridane, Tazacorte, Tijarafe, Garafía, San Andrés y Sauces) que comprende el Área de Salud de La Palma.

Población: La población diana serán las mujeres gestantes mayores de 18 años de edad que darán a luz en el Hospital General de La Palma. La población a estudio la componen las parturientas que hayan elaborado y entregado un plan de parto y nacimiento.

Muestra: Según los datos disponibles del Instituto Canario de estadística, en el año 2018 hubo un total de 491 nacimientos.<sup>37</sup> Según el libro de partos de paritorio en el año 2019 hubo un total de 405 partos. Teniendo en cuenta estos datos y la luz del bajo porcentaje que suponen las mujeres que rellenan su plan de parto en los estudios realizados en entornos similares, la muestra la conformarán la totalidad de mujeres durante un año que cumplan los criterios de inclusión y deseen participar en el estudio.

Selección muestral: Se realizará un muestreo por conveniencia entre las mujeres dadas de alta en la planta de maternidad con el diagnóstico de parto.

### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Rango de edad mayores de 18 años.
- ✓ Tener un plan de parto.
- ✓ Gestaciones de bajo riesgo.
- ✓ Embarazo a término.

### **Criterios de exclusión:**

- ✓ Plan de parto incompleto.
- ✓ Mujeres que rechazan participar en el estudio.

- ✓ Cesáreas programadas.

#### 4. VARIABLES DEL ESTUDIO

- Edad.
- Pareja (Sí/No)
- Lugar de nacimiento.
- Nivel de estudios.:
  - Sin estudios (Ninguna titulación)
  - Estudios básicos (Titulación E.S.O/ Formación profesional media)
  - Estudios superiores (Titulación bachiller/ Formación profesional superior)
  - Titulación universitaria.
- Educación maternal (Sí/No)
- Inicio del parto (Espontáneo, Inducido)
- Tipo de parto. (Eutócico, Instrumental, cesárea)
- Paridad (Primigesta, múltipara)
- Preferencias respecto a:
  - Aspectos generales
    - Intimidad.
    - Espacio físico.
    - El acompañamiento durante el parto.
    - Movilidad y uso de material de apoyo.
    - Lugar del parto.
  - Decisiones a afrontar durante la dilatación
    - La ingesta de líquidos.
    - Rasurado.
    - Administración de enema.
    - Canalización de vía periférica venosa.
    - Sondaje vesical.
    - Tactos vaginales
    - Métodos para el alivio del dolor.
  - Decisiones a afrontar durante el expulsivo:
    - Episiotomía.
    - Corte del cordón.
    - Contacto piel con piel.
  - Decisiones a afrontar después del parto:

- Alimentación del recién nacido.
- Vacunación y otros medicamentos profilácticos.
- Higiene del recién nacido.
- Grado de satisfacción de la mujer durante el parto.

## 5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El instrumento de medida en este estudio es un cuestionario de elaboración propia (Anexo 1) a partir de los ítems identificados en el Plan de Parto elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Anexo 2). Dicho cuestionario consta 26 ítems dividido en datos demográficos (8 ítems) y datos sobre su parto y postparto (17 ítems), además incluye una escala para medir la satisfacción de las mujeres gestantes con su experiencia en el parto. (Anexo 1)

## 6. RECOGIDA DE DATOS

La investigadora hará entrega de los cuestionarios cada mes durante un año a las enfermeras de la planta de maternidad para que sean entregados a las mujeres con diagnóstico de parto al alta hospitalaria. Previo a la entrega de los cuestionarios el personal sanitario tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria y las mujeres, serán informadas del objetivo de este estudio. Además, se les explicará a las mujeres que el cuestionario una vez cumplimentado lo deberán entregar a las matronas de Atención Primaria en la primera revisión postparto.

El hecho de ofrecerles a estas mujeres el cuestionario una vez que le hayan dado el alta es porque tendrán una visión global de lo que haya sucedido en su proceso de parto, y, por tanto, en el grado de satisfacción de su experiencia vivida.

Los cuestionarios serán recogidos en las consultas de las matronas de Atención Primaria, periódicamente cada mes por la investigadora principal.

## 7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

### Análisis descriptivo:

Las variables cuantitativas serán descritas con media, DT y rango. Las variables cualitativas con sus frecuencias absolutas y relativas.

### Análisis bivalente:

Para el análisis de las correlaciones entre variables cualitativas se establecerán tablas de contingencia, aplicando en las variables que hayan mostrado alguna correlación, la chi cuadrado. En el caso que la muestra fuera pequeña (alguna celda menor 5) se utilizará el test exacto de Fisher.

En el caso de variable cuantitativa y cualitativa el estadístico a utilizar será la T Student entendiendo la gráfica como normal (>30). Aceptando significación estadística cuando p menor 0.05 en todos los casos.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico Statal Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 para Windows.

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En primer lugar, se procederá a solicitar el permiso correspondiente al Comité ético a la Gerencia del Hospital General de La Palma. (Anexo 3).

Se solicitará a las mujeres el consentimiento informado por escrito, siendo este documento la validación para la participación en el estudio de forma activa. Además, para garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales de las usuarias, se respetará el anonimato, tal y como se establece en la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. (Anexo 4).

## 9. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Año 2020			Año 2021												Año 2022	
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
Solicitud de autorización a Dirección de Enfermería del hospital.																	
Recogida de datos.																	
Análisis de datos.																	
Elaboración del informe.																	
Difusión de los resultados.																	

## 10. PRESUPUESTO

CONCEPTO	CANTIDAD	TOTAL
Encuestador/a		0 €
Recursos inventariables		
1. Ordenador	1	250€
2. Impresora	1	80€
3. Pen-drive	1	7€
Recursos fungibles		
1. Tóner	2	17€/unidad=34€
2. Papelería	2 x 500 folios	3€/pack=6€
Transporte	1 Coche (Gasolina)	50€
Profesional estadístico	1	500€
<b>Total</b>		<b>927€</b>

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. Madrid: SEGO; 2003 [Citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>
2. Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing [Internet] 2006 March-April [Consultado 03 febrero 2020]; 35(2): 295-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
3. Busquet Gallego M. El Plan de Parto como documento de instrucciones previas. MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet] 2020 [Consultado el 04 febrero 2020]; 5(1): 47-58. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/MUSAS/article/view/363265>
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una Guía práctica. [Internet] Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996. [Consultado 17 de abril 2020] Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)
5. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Consultado 13 de abril 2020] Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
6. Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Monografía de Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011. [Consultado 17 de abril 2020] Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS\\_SR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS_SR.pdf)
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. [Internet] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. [Consultado 17 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
8. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M, et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. Sexual & Reproductive Healthcare

- [Internet] 2017 october [Consultado 17 abril 2020]; 13: 41-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.006>
9. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE [Internet] 2016 June [Consultado 07 febrero 2020]; 43(2): 95-186. Disponible en: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/birt.12226>
  10. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschnn M, Kaneshiro B. Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. Hawai'i Journal of Medicine & Public Health [Internet] 2017 Nov [Consultado 06 febrero 2020]; 76(11): 305-309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694973/>
  11. Knupp Medeiros RM, Figueiredo G, de Paula Correa AC, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Revista Caúcha de Enfermagem [Internet] 6 June 2019 [Consultado 08 febrero 2020]; 40: e20180233. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
  12. Berrocal Gil AB, Martín de la Leona RM, Mateo Jurado I, Carmona Moral JV. Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía. Enfermería Integral [Internet] marzo 2015 [Consultado 06 mayo 2020]; 107: 35-40. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/107/ENF-INTEG-107.pdf>
  13. Díaz Hernández, S. ¿Qué quieren las mujeres gestantes? Plan de parto y autonomía [Tesis doctoral] La Laguna: Universidad de La Laguna; 2016-2017.
  14. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2015 [Consultado 10 febrero 2020] Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)
  15. Jolles MW, de Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE [Internet] 2019 September [Consultado 06 mayo 2020]; 46(4). Disponible en: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/birt.12451>

16. Benítez Regalado, S. Satisfacción de las mujeres durante el parto. [Tesis] Tenerife: Universidad de La Laguna; 2014-1015.
17. Jan C. La ONU condena a España a indemnizar a una mujer por la violencia obstétrica sufrida durante el parto. El País. 11 de marzo de 2020; Violencia de género.
18. Federación de Asociaciones de matronas de España. Definición de "Parto Normal". Federación-matronas.org [Internet] Jornada Iniciativa Parto Normal: Vélez Málaga; 10 de junio de 2006 [Consultado el 11 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>
19. Dirección General de Programas Asistenciales del Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva [Internet] Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio canario de Salud; 2009. [Consultado el 15 de febrero 2015] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-a458-9f9c164fb562/GUIAMaternidadLIBRO.pdf>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción al parto [Internet] SEGO; 2012. [Consultado el 12 de abril 2020] Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Parto\\_inducido.pdf](https://sego.es/mujeres/Parto_inducido.pdf)
21. Diccionario del español jurídico, parto eutócico. [Sede Web] España; Real Academia Española. [Actualizada en 2020; Consultado 8 de febrero 2020] Disponible: <https://dej.rae.es/lema/parto-eut%C3%B3cico>
22. López Siña JA. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero-diciembre 2016 [Tesis] Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018.
23. Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Matronas Prof [Internet] 2014 [Consultado 30 de marzo 2020]; 15(4): e1-e6. Disponible en: <https://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/revisionbeneficios-pareja.pdf>

24. Junta de Andalucía. Plan de Parto y Nacimiento [Internet] 1ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2017 [Consulta 26 de marzo 2020] Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PLANPARTOS2017JUNIO\\_completo.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PLANPARTOS2017JUNIO_completo.pdf)
25. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985 [Internet] Lancet. 1985; 2:436-437.
26. Gómez de Enterría Cuesta ME. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. ENE, revista de enfermería [Internet] 2009 [Consultado 28 de marzo 2020]; 3(1): 20-24. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/153/136>
27. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. [Internet] 1ª Ed. Vitoria – Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, octubre 2010. [Consultado 8 febrero 2020] Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
28. Luis Cordero J, Fernández-Reyez MJ, Grande AM, Arroyo JE. Prevención de las infecciones víricas en el recién nacido. [Internet] 1ª ed. Badajoz: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Consultado el 30 de marzo 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/55.pdf>
29. Driéguez Castaño C, López Martínez EM, Avilés Sáez A, Conesa Ferrer MB. Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. Cultura de los Cuidados [Internet] 2018 [Consultado 3 de febrero 2020], 22(52); 77-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.07>
30. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras [Internet] May-Dic 2012 [Consultado 13 de febrero]; 10 (2-3): 44-59. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
31. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Matronas prof [Internet] 2013 [Consultado 23 de marzo 2020]; 14 (2): 62-66. Disponible en: [https://www.Academia.edu/36676399/La\\_humanizaci%C3%B3n\\_del\\_trabajo\\_de\\_parto\\_la\\_necesidad\\_de\\_definir\\_el\\_concepto](https://www.Academia.edu/36676399/La_humanizaci%C3%B3n_del_trabajo_de_parto_la_necesidad_de_definir_el_concepto)

32. Goberna-Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto. ENE, Revista de Enfermería [Internet] 2012 [Consultado 24 de marzo 2020]; 6 (1): 71-78. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/12-49-1-PB.pdf>
33. Biurrun Garrido A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [Tesis] Barcelona: Universitat de Barcelona; 2017. [Acceso 25 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. De Molina Fernández I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? Matronas Prof. [Revista en Internet] 2010 [Consultado 27 de marzo de 2020]; 11 (2): 53-57. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol11n2pag53-7.pdf>
35. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Revista Latino-americana de Enfermagem [Revista en Internet] mayo-junio 2015 [Consultado 27 de marzo 2020] 23 (3): 520-526. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
36. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. [Internet] 1ª Ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. [Consultado 21 de abril 2020] Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)
37. Instituto Canario de Estadística, Estadística de Nacimientos. [Internet] Gobierno de canarias. [Actualizado 19 de marzo de 2020; Consultado 12 de abril 2020]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>

## ANEXOS

---

### ANEXO 1: Cuestionario para analizar el grado de satisfacción de las mujeres del Hospital General de La Palma en relación al cumplimiento de su Plan de Parto y Nacimiento.

#### CUESTIONARIO PARA CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN AL CUMPLIMIENTO DE SU PLAN DE PARTO

Los datos son totalmente anónimos, y llevará un tiempo aproximado de realización de 5 minutos. Rellene o marque con una X cada una de las opciones.

- ❖ Fecha de recogida de los datos: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- ❖ Edad: \_\_\_\_\_
- ❖ Con pareja: Sí/ No.
- ❖ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_.
- ❖ Nivel de estudios:
  - Sin estudios. (Ningún título)
  - Estudios básicos. (Titulación E.S.O/ Formación profesional media)
  - Estudios superiores. (Titulación bachiller/ Formación profesional superior)
  - Titulación universitaria.
- ❖ Educación maternal:
  - Sí
  - No
- ❖ Inicio del parto:
  - Espontáneo.
  - Inducido.
- ❖ Tipo de parto:
  - Eutócico.
  - Instrumental.
  - Cesárea.
- ❖ Paridad:
  - Primigesta (Primer parto)
  - Multípara (Más de un parto)

❖ Elaboración de un Plan de Parto y Nacimiento **(Si la respuesta a esta opción es Sí puede usted seguir rellenando el cuestionario):**

- Sí
- No

A continuación, marque con una circunferencia un número del 1 al 5, lo que usted crea conveniente en las siguientes cuestiones, siendo:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

<b>Sentí que mi intimidad fue respetada en todo momento.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La habitación de paritorio donde realizó el trabajo de parto le pareció agradable.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión del acompañamiento se respetó durante todos los procesos de parto.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Los medios materiales que le ofreció el hospital fueron los adecuados.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La movilidad durante el trabajo de parto fue respetada en todo momento.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Le dejaron ingerir líquidos sin ningún problema.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión sobre el rasurado del periné fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión de la administración de un enema fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión de la canalización de una vía venosa periférica fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Se siente usted conforme con el número de veces que le realizaron el procedimiento del tacto vaginal.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión tomada sobre el manejo del dolor durante el proceso de parto fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión tomada sobre la realización de episiotomía fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión tomada sobre el corte y donación del cordón umbilical fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Se respetó el contacto inmediato piel con piel con su recién nacido tras el nacimiento.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión que usted eligió sobre la lactancia fue respetada</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión de la administración de medicamentos (Preventivos y vacunación del recién nacido) fue respetada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>La decisión sobre la higiene del recién nacido fue respetada por el personal sanitario.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Marque con una circunferencia el grado de satisfacción sobre su experiencia vivida en la experiencia de parto siendo 0 la calificación más baja y 10 la calificación más alta.**

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

**ANEXO 2: Hoja de registro hospitalaria del Plan de Parto y Nacimiento proporcionado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.**

HOSPITAL:  

**HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO**

Nombre:

Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social:

Desea estar acompañada por:

**ATENCIÓN AL PARTO**

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto <input type="text"/>	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) <input type="text"/>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: <input type="text"/>
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input type="checkbox"/>

**MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN**

Idioma principal: <input type="text"/>	Requerimientos específicos: <input type="text"/>
Otros idiomas que domina: <input type="text"/>	
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

**ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**

Profilaxis Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: <input type="text"/>
Lactancia Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. ANVERSO

Borrar campos

### **ANEXO 3: Autorización para el Comité ético de la Gerencia del Hospital General de La Palma.**

**Julia Díaz**

**4º Año Académico**

Universidad de La Laguna

Sede de La Palma



**Asunto: Solicitud de autorización para la realización del proyecto de fin de grado.**

Santa Cruz de La Palma, a xx de xxxxx del xxxxx

Sr./ Sra, Gerente del Hospital General de La Palma,

Por la presente se solicita permiso a la gerencia de este hospital para la realización del proyecto de fin de grado.

El objetivo principal de este estudio es analizar el grado de satisfacción en relación al cumplimiento de su plan de parto y nacimiento de las mujeres que parieron en el Hospital General de La Palma. Los resultados obtenidos en la investigación nos permitirán emprender acciones de mejora en la asistencia al parto en el Hospital General de La Palma.

Los cuestionarios que le entregaremos a las mujeres que participen en el estudio serán totalmente anónimo y voluntario.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable, firmo la presente y me despido dándole las gracias por su ayuda y colaboración.

Saludos cordiales, Julia.

## ANEXO 4: Consentimiento informado para la realización del estudio.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_, y mayor de edad, acepto ser incluida en el estudio, "*Grado de satisfacción de las mujeres del Hospital General de La Palma al cumplimiento de su Plan de Parto*". He sido informada sobre la investigación, así como que mis datos serán tratados de un modo confidencial con arreglo a la *Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, y el *Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/Ce (Reglamento general de protección de datos)*.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Se le entregará un cuestionario que usted podrá rellenar con preguntas variadas.

La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en este hospital.

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, y que sean utilizado mis datos con fines investigadores.

Santa Cruz de La Palma, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.

Fdo.