



PROYECTO DE FIN DE GRADO

AUTORA: SARA BENÍTEZ REGALADO

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: M^a DEL CARMEN HERNÁNDEZ PÉREZ

Doctora por la Universidad de La Laguna y profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2014-2015



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado

Autor/a:
Sara Benítez Regalado

Firma del alumno/a

Tutor/a:
M^a del Carmen Hernández Pérez

V^o. B^o del Tutor/a:

La Laguna a

Satisfacción de las mujeres durante el parto.

RESUMEN

El parto es un proceso íntimo, especial y fisiológico, pero desde que se institucionalizó, su vivencia y satisfacción han tenido valoraciones negativas. Con las pautas y recomendaciones de la OMS y organizaciones obstétricas se intentó dar un giro en la experiencia para otorgarle un papel protagonista a la mujer y aumentar su satisfacción.

En el presente estudio se consideran siete dimensiones conexas a la satisfacción de la gestante; el acompañamiento, las expectativas personales, el respeto a la intimidad y privacidad, el autocontrol, la toma de decisiones, el dolor y la atención de un profesional que la informe y la apoye.

Medir la satisfacción de la mujer durante el parto a través de los servicios recibidos, representa un indicador importante tanto para la mujer como para los profesionales, pues valora la calidad de la atención obstétrica y enfermera.

Palabras clave: Parto, satisfacción, dolor, acompañamiento, derechos, profesional.

Abstract

Childbirth is an intimate, special and physiological process, but since it was institutionalized, its experience and satisfaction has only had negative assessments. With the guidelines and recommendations of WHO and obstetrical organizations it was attempted to turn on the experience, to provide a leading role to women and increase their satisfaction.

This study considers seven dimensions related to the satisfaction of the mother; accompaniment, personal expectations, respect for privacy, self-control, decision making, pain and a care professional who reports and supports her.

Measuring satisfaction of women during childbirth through the services received, it represents an important indicator for both women and professionals, since it values the quality of obstetric and nursing care.

Key words: childbirth, satisfaction, pain, support, rights, professional staff.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	29
3. Objetivos.....	29
3.1. Objetivo general	
3.2. Objetivos específicos	
4. Metodología.....	30
4.1 Diseño	
4.2 Ámbito	
4.3 Población de estudio	
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	
4.5 Intervenciones e instrumentos	
4.6 Validación del cuestionario	
4.7 Cálculo del tamaño muestral	
4.8 Análisis de los datos	
5. Cronograma.....	32
6. Presupuesto.....	34
7. Aspectos éticos.....	35
8. Agradecimientos.....	36
9. Bibliografía	37
10. Anexos	43
10.1 Anexo 1	
10.2 Anexo 2	
10.3 Anexo 3	

1. INTRODUCCIÓN

Al inicio de la humanidad, unos 40.000 años a.C, se tienen datos indicativos de la atención exclusiva del marido en el parto; sin embargo, ya en el año 6.000 a.C, la asistencia al parto se empezó a considerar un “arte” en el que solo las mujeres que poseían mayor experiencia eran requeridas con más frecuencia en el mismo. Comenzando así el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, la comadrona, partera o, en griego, obstetrix. ^(1,2)

Hasta el siglo XVII el papel de la comadrona y la asistencia al parto no sufrieron cambio alguno. Las comadronas seguían ocupando el puesto de “únicas verdaderas especialistas” que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de mitigarles el dolor, aconsejar en su vida sexual e incluso llevar a cabo técnicas abortivas. Sus conocimientos y experiencias los enseñaban a través de la tradición oral mientras que los médicos consideraban que la sangre, las heridas y los partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos. Además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, ocupaban un estatus social y profesional inferior al de los médicos. ^(2,3)

Desde el principio de la humanidad el trabajo del parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados, esculturas e incluso ilustraciones que evidencian el diseño de las sillas usadas para el parto, a lo largo de la Edad Antigua, Media y el Renacimiento. ⁽⁴⁾

Fue en el siglo XVII cuando el matrn Mauriceau acostó a las mujeres en el trabajo del parto para poder aplicar el instrumento de moda de esos tiempos, el fórceps. Hecho que coincidió con el uso de la analgesia peridural, cuyo propósito era solventar el dolor del parto y que favoreció aún más el uso de la posición horizontal, pues una mujer bajo los efectos de los anestésicos prácticamente no podía adoptar otra postura diferente a la horizontal. ⁽⁴⁾

Las matronas “monopolizaron la asistencia obstétrica hasta el siglo XVIII”, surgiendo grandes personajes como Louise Bourgeois que pasó a la historia por ser una partera real y traer al mundo a los seis hijos de la reina de Francia, María de Médicis. Y por exponer sus conocimientos por escrito publicando obras como “Observaciones diversas sobre la esterilidad, el aborto, la fertilidad, el parto y enfermedades de la mujer y los recién nacidos” en 1609. Obra que se convirtió en un auténtico tratado de obstetricia en el que plasmó su experiencia, casi 2000 partos en 50 capítulos, con explicaciones que a día de hoy siguen estando presentes. ⁽⁵⁾

Siglo XVIII

Fue en el siglo XVIII cuando el papel clínico de la matrona se vio truncado, convirtiéndose en una mera ayudante del tocólogo, observadora de aparatos y criada tecnológica, pues fue en este siglo cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde paría la mujer para atenderla. ^(2,6,7)

Pese a los avances médicos y tecnológicos las hemorragias e infecciones puerperales durante el parto siguieron aumentando la mortalidad materna, a lo que también había que añadir la mortalidad durante la gestación. ⁽⁵⁾

Siglo XIX

En el siglo XIX se abre un camino de esperanza para la mortalidad materna y perinatal, grandes avances y nuevos conocimientos de la asepsia favorecieron una disminución del riesgo de mortalidad fetal y materna en el parto. ⁽²⁾

Ignaz Philipp Semmelweis, fue un médico húngaro de origen alemán que “sentó las bases de la asepsia” pues descubrió que la incidencia de la fiebre puerperal o sepsis puerperal podía reducirse usando una solución de hipoclorito cálcico para el lavado y desinfección de las manos. ⁽⁵⁾

También en este siglo Louis Pasteur, cobró un papel importante descubriendo el bacilo causante de la fiebre puerperal. Y poco a poco se fue introduciendo el uso de guantes de goma en el trabajo del parto y en las técnicas quirúrgicas. ⁽⁵⁾

Siglo XX

Gracias a los descubrimientos nombrados anteriormente la mortalidad materna fue descendiendo considerablemente a tasas inverosímiles 0,5%, ya que a principio del siglo XIX eran de un 86%. Llegando en 1937 al 0,1% y siendo la hemorragia la causa más frecuente de muerte materna. ⁽⁵⁾

Una de las muchas causas de este descenso fue el descubrimiento de la penicilina, pues la cesárea, que era un asunto pendiente por superar, se convirtió en una operación de bajo riesgo y ya no fue necesario decidir entre la vida de la madre o la del hijo. ⁽⁵⁾

Controlada la mortalidad materna, la vida fetal empezó a tener importancia y a cobrar especial interés médico. Se comenzó a tratar al bebé como un paciente más evaluando su estado y realizando diagnósticos de padecimientos fetales. ⁽⁵⁾

A medida que fue avanzando la tecnología, los partos dejaron de realizarse en las casas y se convirtieron en competencia de los hospitales. Este hecho propició que el parto pasara a ser un proceso más medicalizado y menos fisiológico, produciéndose una deshumanización que afectó tanto a la madre como al niño. ⁽²⁾ Para los partos dirigidos farmacológicamente era necesario controlar la perfusión de oxitocina mediante bombas de perfusión y el control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) con cardiotocógrafos, hecho que favoreció la inmovilización horizontal de la madre durante todo el trabajo del parto. ⁽⁷⁾

También surgió la medicina paternalista modelo en el que el personal sanitario, sobre todo médicos y obstetras, determinan lo que es mejor para la usuaria pueda opinar ni intervenir. ⁽⁸⁾ Y se fija como objetivo primordial; un control materno- fetal más seguro. Para ello los servicios sanitarios se dotaron con medios cada vez más sofisticados permitiendo la garantía de una asistencia segura al parto, en particular a los casos de gestaciones de alto riesgo. Pero, en contra partida la atención al parto de bajo riesgo se vio afectada por una medicalización creciente ⁽⁸⁾, despojando del derecho a la intimidad y de elección a la madre y dejando completamente de lado sus habilidades para parir. ^(2,7,9)

Una vez subsanada la morbilidad materno-fetal, las mujeres comenzaron a preocuparse por el dolor que el parto en sí les causaba. En los años 70, apareció el protóxido (óxido nitroso). ⁽⁷⁾ El N₂O es inhalado por la mujer a través de una mascarilla y tiene la ventaja de ser de acción rápida, no acumularse y no deprimir la contractilidad uterina. ⁽¹⁰⁾

En el siglo XX se inició la etapa del parto sin dolor. ⁽⁷⁾ En 1921 Fidel Pagés, un médico militar español, abordó el espacio peridural desde la zona lumbar atravesando el ligamento amarillo. ^(11,12,13) Así mismo en esta época se comenzó a utilizar la mezcla de anestésico local y opioides epidurales. Solucionando el problema de inhibición del pujo y causando un revuelo entre los obstetras jóvenes que le otorgaron a la técnica su apoyo y aceptación. ⁽¹⁴⁾

Veinte años después del descubrimiento de la técnica peridural lumbar, un anestesiólogo cubano, Manuel Martínez Curbelo, quiso mejorarla copiando lo esencial de la técnica que uso Lemmon en 1940 en el uso de la analgesia raquídea continua. Por lo que utilizó una aguja de Tuohy para llegar al espacio peridural lumbar e introdujo un catéter urológico a través de la misma, hallando así una de las técnicas más utilizadas para aliviar los dolores del parto: la analgesia peridural continua. ⁽¹¹⁾

Pero la técnica más revolucionaria fue y sigue siendo la analgesia combinada espinal-epidural, desarrollada en esta última década y que ha tenido una buena acogida. La diferencia de esta técnica con la epidural es el uso de agujas espinales a traumáticas

y finas (calibres 27,29), y el uso subaracnoideo para la administración de opioides, tales como el Fentanil (25 mg) o el Sufentanil (7.5 – 10 mg), solos o con dosis bajas de anestésico local (2 a 3 mg) de Bupivacaina, Ropivacaina o Levobupivacaina, produciendo al instante analgesia, sin bloqueo motor. ⁽¹⁵⁾

En 1996 un grupo compuesto por expertos en Perinatología de cada uno de los países de la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el parto normal que afirmaba que “El objetivo del cuidado durante el parto normal es asegurar la salud de la madre y de su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos” ⁽¹⁶⁾

A finales de este siglo la OMS abandona la idea de que "todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario" y apoya el parto humanizado, un parto en el que se mantiene a la parturienta y a su acompañante en un ambiente relajado, respetando el derecho ético de autonomía. Sin dejar de lado el control médico y su intervención exclusivamente pertinente. ⁽²⁾

España

En el 2006 y 2007 se dedicaron 4 millones de euros de los fondos destinados a estrategias de salud y políticas de cohesión, en la Comunidades Autónomas, en la puesta en marcha de acciones relacionadas con la formación de profesionales, la adopción de protocolos basados en la evidencia científica para mejorar la atención en el parto y la puesta en marcha de iniciativas que fomentaban la lactancia materna, la participación de los padres y la atención multicultural. ⁽⁸⁾

En 2008 se publicó “la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” como referencia de actuación clave en la materia para todo el territorio español. Ésta tiene como objetivo general, humanizar la atención al parto y, para ello, se propuso revisar las prácticas actuales y eliminar intervenciones innecesarias como la episiotomía, el rasurado o el enema. ⁽⁸⁾

Esta publicación pretende realizar una profunda transformación en el modelo de atención al parto, creando incluso un nuevo modelo que se rija por los siguientes principios: ⁽¹⁷⁾

- Consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico.
- Atención personalizada e integral que contemple los aspectos biológicos, emocionales y familiares.

-El derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres.

En 2010 las sociedades profesionales médicas y de enfermería implicadas directamente en estos procesos asistenciales publicaron la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto” que recoge una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos y las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, etc), para proporcionarles el protagonismo merecido en el parto, además de una mayor calidad de atención que las satisfaga, garantizando su seguridad y la del bebé. ^(8,10)

Actualmente

En la actualidad, se define parto natural o espontáneo como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través del canal del parto, con alivio del dolor farmacológico o no farmacológico y que no requiere de tocólogo. ⁽²⁾

En la actualidad el hospital ofrece atención y cuidados que proporcionan seguridad y menos medicalización. ⁽²⁾

Las mujeres se acogen al derecho de la intimidad, de elección y a ser informadas, reclamando una mayor participación en las decisiones que las afectan en el proceso de la atención al parto. Además en su pensamiento prima la idea de “parto lo más natural posible y si puedo aguantar el dolor, no pido la epidural”. ⁽⁵⁾

Conscientes del cambio firme y dinámico del proceso del parto y del concepto de la maternidad, numerosas sociedades científicas han elaborado guías y libros con líneas de actuación dirigidas a la consecución del parto humanizado o parto de baja intervención. Entre esta colectividad se encuentran: la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) con el documento de consenso “Iniciativa al Parto Normal”, la Asociación Nacional de Matronas con “La carta de Madrid”, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en sus “Recomendaciones sobre la asistencia al parto” y por parte del Sistema Nacional de Salud, el documento “Estrategia de actuación al parto normal”. ⁽¹⁸⁾

Asimismo asociaciones sin ánimo de lucro también han querido pronunciarse, dando su opinión en lo referente a los derechos de la mujer para decidir el tipo de parto que desea. Dentro de estas asociaciones destaca “El parto es nuestro” y “Plataforma pro derechos del Nacimiento”. ⁽¹⁸⁾

2. MARCO TEÓRICO

La culminación del embarazo aparece con el inicio del parto, un acontecimiento fisiológico, profundo y emocional. Se trata de una de las experiencias más contradictorias que puede vivir una mujer, pues crea vida a costa de dolor. ⁽¹⁹⁾

Cuando se institucionalizaron los partos, la instrumentalización y medicalización de los mismos produjo una insatisfacción y un malestar en la mujer durante y después de la experiencia. Este hecho produjo estados de estrés, desamparo, tristeza y depresión, en otras palabras, una experiencia psicosocial profunda muy negativa. ⁽¹⁹⁾

Actualmente con los derechos de la mujer en el parto, las guías, pautas y recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) entre otros, conocer la satisfacción de la gestante durante el parto es de especial interés tanto para los profesionales como para las mujeres. ⁽²⁰⁾

La satisfacción es el cumplimiento de las expectativas de un usuario. ^(21,22) El concepto se apoya en la comparación entre las expectativas del paciente y su percepción subjetiva sobre la atención y servicios que le han sido prestados. ^(23,24)

En el campo sanitario la satisfacción de los pacientes posee diversas funciones.

En primer lugar es un claro indicador de la calidad de atención prestada en cada servicio, en segundo lugar favorece el conocimiento de los valores y expectativas del paciente y en tercer lugar es una forma de participación por parte de los ciudadanos en el sistema de salud. ^(25, 26, 27)

Asimismo la satisfacción aporta información sobre el éxito o fracaso del servicio con el fin de crear una estrategia para mejorar el bienestar y la satisfacción del usuario. ⁽²⁸⁾

Este indicador tiene una influyente consideración en el ámbito obstétrico, dado que en alusión al cuidado obstétrico y enfermero constituye un **factor de interés social**. Hoy en día las prioridades que se aplican en el parto son; la seguridad materno-fetal y el bienestar y satisfacción de la madre y acompañante. Por lo tanto su medición es de vital importancia para continuar o modificar las pautas seguidas en los partos y evitar así la insatisfacción. ⁽²⁶⁾

Una experiencia no satisfactoria puede tener un impacto negativo en el bienestar de la mujer. Esta experiencia no ocurre y desaparece al cabo de los días, es un suceso que puede prolongarse en el tiempo, manteniéndose incluso en la vida de la mujer e

influyendo en temas como; la relación con el bebé y el padre, la vida reproductiva o el miedo a un futuro parto. ^(16,24)

En el estudio de Pintado Quito M.P y Yari Morocho L.R publicado en 2015 un 75,6% de mujeres indicaron su insatisfacción con la atención antes y durante el parto, manifestando además los motivos de la misma; la presencia de personal desconocido y no deseado durante el parto, sentir más dolor de lo esperado y una apreciación inadecuada de ayuda para mitigar el dolor por parte de los profesionales. ⁽²⁴⁾

Afortunadamente en los estudios realizados en España estos últimos 10 años la satisfacción no ocupa una mala posición. En 2010, se publicó en el principado de Asturias, la “I Encuesta de Opinión de Atención Maternal y Neonatal”. En ella se obtuvieron los siguientes resultados; un 88,3% puntuaron la atención en el parto como buena o excelente y el 73.1% calificó positivamente la atención tras el parto. ⁽²⁴⁾

En 2008 se publicó el estudio de Sánchez Carrión M.G y Valderrama Sánchez S, en el que las encuestadas mostraron una alta satisfacción (93 %) en lo referente a la atención recibida. ⁽²⁹⁾ De igual manera en el estudio del Dr. Hurtado Murillo publicado en 2003 se mostró un porcentaje de mujeres altamente satisfechas (80%) con todo el proceso del parto. ⁽³⁰⁾

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres durante la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. En una revisión sistemática de 137 informes que realizó “La Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal” se recopiló los cuatro factores más influyentes: sus expectativas personales, el apoyo recibido por los profesionales, la calidad de la relación entre las matronas y las mujeres y su implicación en la toma de decisiones.

Y se llegó a la conclusión de que la actitud y el comportamiento de quienes atienden a la parturienta es el factor más importante de todos. ¹⁰

Pero según estudios más actualizados los más destacados y probados empíricamente son los siguientes; el acompañamiento, las expectativas personales, el respeto a la intimidad y privacidad, el autocontrol, la toma de decisiones, el dolor y la atención de un profesional que la informe y la apoye. ^(26, 31, 23, 32)

ACOMPañAMIENTO

Cuando el parto se desarrollaba en los hogares las mujeres en un contexto social y familiar podían estar acompañadas por la pareja, familiares, amigas y personas expertas. Pero cuando el proceso se institucionalizó y se medicalizó el acompañamiento

familiar se vio coartado y la relación entre matrona y gestante comenzó a ser más estrecha ocupando de alguna manera el lugar del acompañante. Esta relación surgió debido a que la única monitorización y control materno-fetal disponible durante esa época era su presencia. ^(8,18)

Por eso a medida que la tecnología sanitaria fue avanzando, la presencia obstétrica ya no era tan imprescindible para el control de la gestante y la relación matrona-usuario comenzó a limitarse. Este hecho dio pie a que las mujeres comenzaran a sentirse solas, aisladas en una sala de hospital sin ningún tipo de apoyo emocional ni ambiente familiar. ^(18,33)

En la actualidad, la experiencia de la gestante y la atención del parto están sufriendo una transformación.

Sosteniendo como base del cambio los documentos “La Estrategia de atención al parto normal” y “La Guía de práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal” se plantean y se llevan a cabo modificaciones de técnicas y procedimientos que resultan rutinarios y que carecen de evidencia científica, siendo estos el enema, el rasurado, la episiotomía, etc.

Se comienza a dar un papel más activo a la mujer para que tenga la oportunidad de experimentar una mayor vivencia del mismo y se alienta a la pareja o familiar a pasar al paritorio y ofrecer su acompañamiento y apoyo a la gestante. ⁽⁸⁾

De esta forma dio comienzo la humanización del parto en España. ⁽⁸⁾

El acompañamiento durante el parto se nombra en numerosos documentos tales como los de la OMS o del Sistema Nacional de Salud. La OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó en 2001 “Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal” citando que “durante el periodo expulsivo una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo.” ⁽²⁷⁾

Así mismo, el Sistema Nacional de Salud, a través de la “Estrategia de actuación al parto normal” en el que participaron sociedades científicas como: la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación Española de Matronas y la Comisión Nacional de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, contempla en el apartado del acompañamiento durante el proceso de parto, más concretamente en recomendaciones lo siguiente: ⁽²⁷⁾

-“Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.”

-“Promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.”

Lo que toda mujer debe saber es que el acompañamiento en el parto es un derecho, dado que se encuentra acreditado por diversos decretos y sociedades científicas tales como el BOJA, El Boletín Oficial de la Junta de Andalucía que el 18 de Abril de 1.995 publica un Decreto de Ley, 105/1.995, manifestando el derecho que posee la gestante a estar acompañada por una persona de su confianza y elección, durante el preparto, parto y postparto, cualquiera que sea la vía de parto, salvo que las condiciones no se lo permitan. ⁽²⁷⁾

Normalmente la mujer antes pero mayoritariamente durante el parto soporta un nivel alto de ansiedad y tensión que convierte la experiencia en un acontecimiento estresante y con miedo. Este hecho hace a la mujer más vulnerable y la excusa de la necesidad de un apoyo. ⁽²⁷⁾

Según la Estrategia de atención al parto normal las mujeres que recibieron apoyo continuo fueron menos propensas a recibir cualquier analgesia/anestesia, a tener partos vaginales instrumentales, a tener partos por cesárea y a manifestar insatisfacción por su experiencia de parto. ⁽⁸⁾

La mujer debe estar acompañada de la persona con la que se encuentre cómoda, tranquila, segura y apoyada durante todo el proceso; su pareja, la mejor amiga o algún familiar. ^(34,27)

Los beneficios que aporta el acompañante a la gestante son numerosos tanto emocional como físicamente. La presencia de una persona cercana que brinde apoyo emocional incluyendo sentimientos de afecto, estima, tranquilidad, elogio, confianza y seguridad incrementa de forma directa la capacidad, por parte de la mujer, de afrontar situaciones de estrés. ⁽²⁷⁾

El acompañante también ayuda a obtener sus deseos y calmar sus miedos, aumentando así su confianza y mejorando su satisfacción y autoestima. Además de reducir considerablemente el riesgo de ser afectada por la depresión postparto. ^(27,34)

Es deber del personal sanitario facilitar la presencia de un familiar lo más temprano posible dado que el acompañamiento precoz se relaciona directamente con la satisfacción de la mujer. ⁽¹⁹⁾

En la revisión bibliográfica de Ramírez Peláez. H y Rodríguez Gallego I, publicada en 2014 se concluyeron los beneficios que aportaba el acompañamiento antes, durante y después del parto tanto para el padre como para la madre; ⁽³⁵⁾

- El fomento de un vínculo sólido entre los padres y el bebé, creando un vínculo parenteral y estrechando lazos familiares.
- En alusión a la mujer, disminuye la ansiedad y el riesgo de depresión postparto.
- Con respecto al padre, su implicación en el momento del parto impulsa la adopción del rol de padre.

En el estudio de Claudia Uribe y col publicado en el 2008, se concluyó que estar acompañada durante el parto por una pareja o un familiar se asocia a un incremento en el bienestar y la satisfacción. ⁽³⁶⁾

Las mujeres que estuvieron acompañadas de la pareja durante todo el nacimiento en el estudio de Aranda García AM y col publicado en 2014, narraron la importancia de la presencia de una persona conocida que proporcione calor, cuidado y atención. ⁽²⁷⁾

Coral R. en su estudio publicado en 2008 en Colombia, país donde el acompañamiento es opción del hospital y no un derecho de la mujer, obtuvo a través de su cuestionario que un 51% de las mujeres desearon el acompañamiento de su pareja o familiar. ⁽³⁷⁾

Pero si la mujer no puede estar acompañada de algún familiar o amigo es deber de la matrona y de la enfermera ofrecerle apoyo emocional, físico, informativo y representativo. ⁽³⁴⁾

Natividad Astrain, presidenta de la FAME, señaló que las características más votadas de una encuesta de satisfacción; limpieza, tecnología adecuada, tranquilidad,

que sea familiar, agradable y, en lo posible, privado. Por eso un acompañamiento sin un ambiente adecuado influirá de forma negativa en la satisfacción, por lo que un medio que garantice comodidad, seguridad e intimidad favorecerá notablemente el bienestar y la satisfacción. ⁽²⁵⁾

EXPECTATIVAS PERSONALES

La satisfacción materna guarda una estrecha relación con las expectativas. Se ha comprobado que el cumplimiento de las expectativas de la gestante repercute positivamente sobre su satisfacción. ⁽¹⁵⁾

Las expectativas surgen de creencias previas desarrolladas y aprendidas a través de procesos cognitivos. ⁽¹⁸⁾ Cuando estas expectativas no coinciden con la experiencia vivida afecta considerablemente en la satisfacción. ⁽²⁷⁾

Las expectativas de la mujer se dan en cinco dimensiones: organización, trato, competencia profesional, información e infraestructura. ⁽³⁸⁾

- La organización hace referencia a las características que afectan el funcionamiento del hospital y son propias de la institución. La organización acoge; el tiempo de respuesta, la continuidad del cuidado y la identificación del personal. ⁽³⁸⁾
- El trato alude a aspectos en la relación de la usuaria con los profesionales de la salud y contempla: amabilidad, apoyo emocional, trato no discriminatorio, intimidad de los pacientes y aportación de información. ⁽³⁸⁾
- La competencia profesional hace referencia a la profesionalidad y conocimiento acerca de las intervenciones técnicas que espera la paciente de los profesionales de la salud. ⁽³⁸⁾
- La información es la explicación que se aporta a la paciente y acompañantes sobre el proceso de la atención del parto y el funcionamiento de la planta. ⁽³⁸⁾
- La última dimensión es la infraestructura, el entorno físico que recoge las instalaciones, recursos materiales y mobiliario del hospital. Ésta es valorada por

la gestante en referencia a su existencia, las condiciones en que se encuentran, y las sensaciones y percepciones que tienen de la sala de parto, etc. ⁽³⁸⁾

Los resultados del estudio de García-Puga J.A, Medina-Ortiz S.G indican que existen contradicciones entre las variables expectativas y satisfacción, pues tras realizar el estudio las mujeres con bajas expectativas cumplidas tuvieron niveles altos de satisfacción, y las mujeres que tuvieron todas las expectativas cubiertas obtuvieron unos niveles de satisfacción menores. ⁽³⁹⁾

En cambio en el estudio de Mas-Ponsa R y col, las mujeres cuyo parto cubrieron sus expectativas se mostraron más satisfechas que aquellas cuyas expectativas no se cumplieron. ⁽²⁶⁾

DERECHOS, AUTOCONTROL Y TOMA DE DECISIONES

El parto es un proceso fisiológico, especial e íntimo. Es uno de los acontecimientos más relevantes de la mujer pues la vida que ha tenido en su interior durante 9 meses sale al exterior. Es el suceso más natural que aún persiste en la historia de la humanidad escudado por los derechos de la mujer en el parto.

La legislación sanitaria se ha encargado de conceder la máxima protección a la intimidad y dignidad de las usuarias, a su derecho de autonomía y elección y al derecho a recibir información adecuada. ^(36, 40)

Derecho a la información

Todas las mujeres tienen derecho ser informadas de forma verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades para ayudarlas a tomar decisiones conforme a su propia y libre voluntad. De igual modo, también existe el derecho de la usuaria a que se respete su voluntad de no ser informada. ⁽⁴⁰⁾

La aplicación de una técnica o procedimiento concreto debe ser contigua a la información otorgada a la embarazada. La información debe comprender, como mínimo, la finalidad, los riesgos y las consecuencias de cada intervención. ⁽⁴⁰⁾

Derecho a decidir

Cualquier actuación en el campo de la sanidad requiere el previo consentimiento del usuario. Este derecho consiste en que toda persona tiene derecho a decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo, por lo que si tras una adecuada información decide aceptar o rechazar la intervención, procedimiento o técnica, la usuaria firmará el consentimiento informado o el rechazo informado haciendo constar por escrito su decisión. ⁽⁴⁰⁾

Derecho a elegir

Este derecho se fundamenta en la elección libre de la parturienta, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Las obligaciones del profesional que interviene en la actividad asistencial son; realizar una correcta prestación de las técnicas, informar de forma adecuada, completa y verdadera a la usuaria, respetar la decisión de la usuaria y no imponer ideas u opciones a la misma. ⁽⁴⁰⁾

La mujer tendrá el derecho de elegir deambular, permanecer tumbada o sentarse en la pelota de pilates, que la monitorización sea continua o intermitente, recibir anestesia epidural, apoyo emocional constante e incluso podrá elegir libremente la postura que desee para parir. ⁽⁴⁰⁾

La posibilidad de optar por una de estas opciones está condicionada a su disponibilidad y su buena praxis. El hecho de negarse a recibir el tratamiento prescrito no da derecho al profesional a tramitar el alta forzosa, siempre y cuando existan tratamientos alternativos. ⁽⁴⁰⁾

Protección de la intimidad

El parto es un acontecimiento de la vida sexual de la mujer, pues las intervenciones tienen lugar principalmente en sus órganos genitales. Es por ello que la protección de la intimidad durante este suceso alcanza un valor máximo en las leyes que rigen las relaciones entre profesionales y usuarios. Estas leyes hacen referencia tanto a la intimidad moral como a la física. ⁽⁴⁰⁾

Nadie puede acceder y mucho menos divulgar información y datos de salud de una persona sin previa autorización. Asimismo existe una dimensión familiar de la intimidad que también merece protección. No podemos olvidar que el parto es el nacimiento de un ser humano que pertenece a una familia. ⁽⁴⁰⁾

Protección de la dignidad

La dignidad es el derecho de toda persona a ser considerada sujeto de derechos y a no ser utilizada como un objeto para fines de otros. "El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia", declaración que se encuentra en el artículo 2 del Convenio de Oviedo de 1997. ⁽⁴⁰⁾

La Ley General de Sanidad de 1986 publicó en su artículo 10.4 que todas las usuarias tienen derecho

A ser advertidas de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrán comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

Haciendo alusión a los estudios de investigación y sobre todo a la formación de residentes de matrona y ginecología en referencia a las prácticas "didácticas" (tactos, fórceps) o cualquier otra intervención en el parto cuya finalidad no sea terapéutica sino educativa. ⁽⁴⁰⁾

El control, la toma de decisiones, la intimidad y el respeto que le confieren los profesionales de la salud a la mujer como persona y usuaria son derechos que se valoran positivamente en su satisfacción. ⁽³⁶⁾

Para las mujeres la protección de la intimidad y el respeto ofrecido por parte de los profesionales en esta vivencia es vital y cuando las expectativas de estos dos ámbitos no se cumplen, el bienestar y la satisfacción disminuyen. ⁽³⁶⁾

El estudio "Humanización del cuidado de enfermería durante el parto" realizado por Coral R en 2008 tuvo un 100% de respuestas positivas en lo referente al mantenimiento de la privacidad y exposición de su cuerpo de manera innecesaria, e incluso afirmaron "haberse sentido bien con todo el personal que estuvo presente". ⁽³⁷⁾

Según el estudio realizado por Claudia Uribe y col en 2008, el respeto y la protección de la intimidad por parte de los profesionales resultaron dos dimensiones altamente bien puntuadas. ⁽³⁶⁾ Del mismo modo que en el estudio de Esquivel Príncipe P.J y Solís Villanueva A.N. publicado en 2015 se extrajo el siguiente resultado "el 80% de las mujeres a las que se les respetó su intimidad se sintieron satisfechas con la experiencia". ⁽²⁵⁾

Actualmente las mujeres conocen sus derechos en el parto y reclaman un parto humanizado y respetado.

En 2012 Castellanos C y Terán P. desarrollaron un estudio en Venezuela titulado “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias” cuyos resultados llegaron a concluir que existía una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica causada por la realización de procedimientos sin consentimiento informado y un trato deshumanizante por parte del personal de la salud. El 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante y solo un 20,5% percibió un trato no violento. Entre, los procedimientos con ausencia de consentimiento los más frecuentes fueron; realización de múltiples tactos (37,2%) y administración de oxitócicos (31,3%).⁽⁴¹⁾

Sin embargo en la tesis realizada por Del Pilar Vela Coral. G, en 2015. La mayoría de las mujeres expresaron que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetaron todos sus derechos.⁽³⁴⁾ Resultados que coincidieron con el estudio de Claudia Uribe T y col, publicado en 2008, en el que las dimensiones cuidado profesional y respeto profesional a la mujer, fueron las mejor puntuadas.⁽³⁶⁾

En el estudio de Paola Mendoza E y Díaz Morales E.O, publicado en 2013. El 75% de las puérperas no tuvieron una percepción de maltrato sobre las actividades de enfermería y su ejecución. Y refieren que nunca se sintieron insultadas por la manera en que se expresó el personal de enfermería con ellas. Asimismo un alto porcentaje de usuarias (82%) respondieron “siempre” a la pregunta que hacía referencia a si se sintieron respetadas por parte del personal obstétrico y enfermero.⁽⁴²⁾

PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

Como se nombró anteriormente, en la historia, cuando el parto pasó de ser un acontecimiento social compartido por la comunidad a estar en manos de profesionales de la salud en los hospitales, el protagonismo y control de las mujeres perdieron peso, llevando a las gestantes a un estado de invisibilidad.⁽⁸⁾

Hoy en día para que las mujeres tengan poder de decisión y así una participación activa durante el parto, ella y su familia deberán conocer en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan, involucrarse en los cuidados que reciben y

entender la información recibida por parte del profesional. En este tema el punto más relevante es la información, una información adecuada, completa y en el momento oportuno acerca de las mejores prácticas existentes posiblemente logrará los mejores resultados. Y según la Estrategia de atención al parto normal “Este conocimiento les permitirá consensuar con los profesionales las conductas y cuidados a seguir; seleccionando de acuerdo a sus preferencias, creencias y pautas culturales.”⁽⁸⁾

La autonomía que la mujer adquiere en el proceso del parto para decidir los tratamientos o las prácticas que consideren mejores para ellas dependerá únicamente de que estén correctamente informadas, hecho que impulsará su papel protagonista en el parto.⁽⁸⁾

El cambio del modelo paternalista al modelo matrona-paciente contribuye a establecer una relación más igualitaria, donde el debate se genera basándose en los conocimientos, expectativas y puntos de vista de ambas partes, incluyendo así las necesidades y deseos de las usuarias. De esta forma las decisiones sobre las técnicas y procedimientos serán consensuadas por ambas (matrona y gestante) y la responsabilidad será compartida, acordando así un plan de acción determinado.⁽⁸⁾

El autocontrol en alusión al manejo del dolor y a la participación activa en la toma de decisiones, aparece en el estudio “Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición.” como el factor determinante del respeto a la mujer y ligado significativamente a la satisfacción.⁽³⁶⁾

TOMA DE CONTROL

Durante el proceso del parto, la percepción del control es esencial para que la mujer se sienta protagonista y plena partícipe de su parto. Este sentimiento de control incrementa los sentimientos positivos ante la experiencia y está estrechamente ligado a la satisfacción.^(26,20)

Situaciones como el dolor del parto o la falta de control de la situación por parte de la mujer son circunstancias que se asocian con una experiencia de parto negativa. Las gestantes confían que los profesionales respeten su deseo de tomar el control de la situación pero cuando sus expectativas caen en picado sintiendo que el control ha desaparecido, la rabia brota en la gestante como sentimiento predominante, pues se sienten despreciadas y mal atendidas por un equipo incompetente.^(15, 19)

Los profesionales no deben olvidar que la mujer tiene capacidades que le permiten participar y controlar su parto activamente, por eso deben colaborar con las mujeres utilizando técnicas que aumenten el poder y autocontrol en el parto.^(43, 20)

Las mujeres valoran y agradecen el apoyo por parte de los profesionales a sus decisiones cuando sienten que pueden realizarlas, pero destacan que cuando perciben que no pueden hacerlo son las enfermeras las que deben proteger sus derechos e intereses. ⁽¹⁹⁾

En el estudio de García- Puja J.A y Medina-Ortiz S.G publicado en 2009 se evidencia que la relación entre la variable autocontrol y satisfacción presentan asociaciones significativas, dado que las mujeres con niveles altos de autocontrol tuvieron mayor satisfacción. ⁽³⁹⁾

DOLOR

El dolor es una experiencia desagradable y subjetiva, que genera malestar físico y emocional y tiene ciertas connotaciones culturales, sociales y emocionales. ⁽⁴⁴⁾

El dolor del parto se define como uno de los más intensos que puede experimentar una mujer en su vida. Se trata de un dolor agudo, causado por un estímulo interno, cuya intensidad se correlaciona con la intensidad del estímulo. ⁽¹³⁾ En el parto los estímulos internos son; las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto durante la segunda etapa del parto. ⁽⁴⁵⁾

En el estudio de Díaz Sáeza. J y col publicado en 2011, se obtuvo que las gestantes consideraban negativas las contracciones/dilataciones, pues las asociaban a dolor y una duración prolongada. ⁽³¹⁾

En el estudio publicado en 2013 de Juan Miguel Martínez G y Miguel Delgado R, el 20% de las parturientas describen la intensidad del dolor como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima. ⁽⁴⁵⁾

Entre los factores que colaboran en el aumento o disminución del grado de dolor materno se encuentran los siguientes; la edad, la paridad, el tamaño y posición del bebé, la experiencia anterior y las expectativas de la madre, las dimensiones de la pelvis, la fuerza de contracción y la posición materna. ^(12, 26, 46)

Algunas mujeres tienen la envidiable capacidad de tolerar o controlar el dolor, pero es la propia mujer quien decide cuánto dolor desea soportar y qué métodos adoptará para aliviarlos. Por eso los profesionales tienen el deber de explicar los pros y los contras de cada método y ofrecer diferentes alternativas. Pues según el estudio de Anim-Somuah M y col, el dolor sufrido y la efectividad del método de alivio pueden influir en la satisfacción de las parturientas durante el trabajo del parto y el parto en sí. ^(32, 47, 48)

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal las mujeres más satisfechas fueron las que esperaban un parto más doloroso y las que tuvieron una experiencia menos dolorosa. ⁽²⁶⁾

El alivio del dolor no solo es importante por el beneficio de la gestante sino que tiene un significado sanitario en relación a la seguridad de la parturienta. El dolor del parto produce cambios fisiológicos y psicológicos en la madre como; hiperventilación, hipertensión, aumento de catecolaminas, estrés, ansiedad y agotamiento, entre otros síntomas, que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del bebé. ⁽¹³⁾

Existen diferentes métodos de alivio, aunque no todos tienen demostrada su eficacia, nos encontramos con métodos de alivio farmacológicos y no farmacológicos. ^(13,45)

En el estudio publicado en 2011 de Mas-Ponsa R y col, las gestantes más satisfechas fueron las que tuvieron a su disposición diversos métodos de alivio. Motivo por el que los profesionales deben informar y ofrecer más de un método mitigador. ⁽²⁶⁾

Métodos no farmacológicos

Muchas mujeres comienzan practicando estas tácticas de alivio teniendo como última opción la epidural. Con estos métodos el trabajo de parto es más breve si se compara con los partos en los que se empleó la analgesia epidural. Los recién nacidos presentan puntuaciones mayores de 7 en el Apgar, la analgesia epidural es utilizada con menor frecuencia, y la necesidad del parto operatorio es menor. ⁽³²⁾

Algunos de estos métodos activan los receptores sensoriales periféricos, como: ^(8,44)

- El baño de agua caliente. La temperatura del agua no debe ser superior a 37°C y la duración de la inmersión es de 1-2 horas. El uso de agua caliente fomenta la producción de endorfinas y reduce la necesidad de analgesia.

- La acupuntura. Sus resultados no son concluyentes.

- El TENS. No existe evidencia científica de su beneficio.

- La acupresión. No hay evidencia científica de su beneficio.

- La aromaterapia. No existen diferencias con su aplicación o no.

- Masaje en zona lumbar. Es la técnica más utilizada que produce un alto grado de satisfacción dado que reduce la percepción del dolor y la ansiedad.

- Inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis. Es una técnica efectiva únicamente en la región lumbar. Se inyecta entre 0,1-0,5 ml de agua estéril vía intracutánea en la región lumbosacra, a ambos lados de la columna vertebral. Causando un bloqueo de los estímulos nerviosos espinales entre contracciones.

En cambio otros métodos se fundamentan en otra base: ^(8,10, 44)

- Posturas durante la dilatación: deambular durante la primera fase del parto disminuye la percepción del dolor y las pelotas suizas reducen entre un 15-30% las sensaciones dolorosas. Asimismo la libertad de movimientos no provoca más estrés y mejoran el bienestar de la mujer y su sensación de protagonismo y control.

- El apoyo durante la dilatación y el parto. El apoyo tanto de la pareja como del profesional genera muchos beneficios; aumenta la satisfacción materna, favorece una menor necesidad de oxitocina, analgesia y menor índice de cesáreas.

- Las respiraciones y técnicas de relajación. Son tácticas no farmacológicas que se complementan con otras farmacológicas o no farmacológicas, dado que reducen el nivel de ansiedad pero no el dolor.

- La musicoterapia. Disminuye el dolor y la necesidad de opiáceos pero con un margen de beneficio muy bajo. De modo que puede resultar una buena técnica para complementar con otra.

- La hipnosis. Los resultados de esta técnica no son concluyentes debido a la escasez de muestras en los estudios realizados.

El alivio del dolor con el uso de los métodos no farmacológicos mostraron en el estudio de Hurtado Murillo. F, publicado en 2003, resultados muy satisfactorios, dado que el 59 % de las encuestadas expresaron que pudieron controlar “de bastante a mucho” el dolor manifestado. Del mismo modo también se observó que las técnicas de alivio más eficaz fue la respiración profunda con un 40 %, seguida por la combinación de respiración y relajación con un 32 %. ⁽³⁰⁾

Anestesia epidural

Según el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, “La epidural proporciona un alivio del dolor durante todos los periodos del parto, superior a los de cualquier otra analgesia sistemática, y es de gran seguridad”. ⁽⁴⁶⁾

La epidural es una técnica de analgesia. Se trata de una punción a la altura de las vértebras L3-L4 o L4-L5 e inyección, a través de un catéter, de anestésicos en el espacio epidural, creando una distribución metamérica del anestésico. Esta inyección es

ininterrumpida hasta el final del parto para mitigar los impulsos dolorosos. El momento más indicado para ponerse la epidural lo indica el personal obstétrico, pues con una dilatación mínima o muy avanzada podría suponer más riesgos que beneficios. ^(13, 49)

En la analgesia epidural obstétrica se usan dosis bajas de anestésicos locales, dado que el principal objetivo de su efecto es aliviar del dolor. Pero como cada cuerpo reacciona de forma diferente a los fármacos, en ocasiones se puede observar cierto grado de bloqueo motor (no siempre bilateral y simétrico) y bloqueo simpático. ^(13,47)

Es la técnica de elección para el alivio del dolor del parto que más se ha impuesto a nivel mundial, tanto por su seguridad como por su efectividad. ^(8,12, 44,49, 50)

En el estudio de Hernández Martínez. A y col, se concluyó que la principal causa de la demanda de la epidural es reducir el dolor y disfrutar más del parto. ⁽⁵¹⁾

Según datos del estudio de Biedma Velázquez. L y col publicado en 2009, desde el año 2000 los porcentajes de las mujeres que se pusieron la epidural fue incrementando hasta el 2006 con un 64%. ⁽¹²⁾ Y conforme datos del Ministerio de Sanidad en el 2011 un 72% solicitaron su aplicación. ⁽⁴⁶⁾ Estos datos verifican el incremento de la demanda con el paso de los años y la confianza que han ido depositando las mujeres.

No obstante como cualquier intervención invasiva, ésta posee contraindicaciones, ventajas y desventajas. Las contraindicaciones absolutas, aquellas en las que bajo ningún concepto puede realizarse la anestesia, son; la negación por parte de la usuaria, el tratamiento anticoagulante, una hipotensión destacada, un síndrome infeccioso grave, la infección en el punto de punción, hipertensión endocraneal y desórdenes de la coagulación. ⁽⁵²⁾

Complicaciones

A pesar de que las complicaciones sean poco probables es deber del personal sanitario informar sobre ellas y constatarlo en un informe firmado por la usuaria (consentimiento informado).

Las complicaciones relacionadas con la técnica anestésica son las siguientes: ⁽⁴¹⁾

- Síndrome de cefalea post-punción de la duramadre.
- Lesiones neurales.
- Hematomas epidurales.
- Taquicardia masiva.
- Meningitis o hematoma epidural, bastante infrecuentes.

- Mientras que las complicaciones relacionadas con los anestésicos son las siguientes: ^(14, 48, 53)

- Intoxicación por anestésicos locales.
- Depresión respiratoria
- Prurito
- Hipotensión
- Sedación
- Mareo
- Náuseas y vómitos
- Retención urinaria
- Fiebre
- Temblor

Asimismo las embarazadas que hacen uso de la analgesia epidural tienen mayor riesgo de acabar teniendo un parto instrumental, debido a la pérdida completa o casi completa de la sensibilidad en el tren inferior de la madre que da lugar a una fuerza de pujo menos efectiva y un aumento de la duración del periodo expulsivo. ^(7,48)

En el estudio realizado por Anim-Somuah. M, y col, que se centró en la comparación de parto con y sin epidural, no se observaron diferencias en las tasas de parto por cesárea, lumbalgia a largo plazo o efectos sobre el bebé minutos después de su nacimiento. ⁽⁴⁸⁾

Ventajas

Las ventajas de la analgesia epidural superan a los inconvenientes, dado que el riesgo- beneficio vale la pena adoptarlo.

Los efectos favorables son los siguientes: ^(51, 53, 54)

- Proporciona un alivio real y efectivo del dolor.
- Disminuye la liberación de catecolaminas.
- Mejora el flujo sanguíneo útero-placentario.
- Disminuye el gasto cardíaco.
- Mitiga el síndrome de estrés postraumático.

En el estudio de Virginia Quintana M y col, publicado en 2013 tras evaluar el dolor de las gestantes con la escala EVA antes y después de la aplicación de la epidural,

se encontró una disminución significativa en todas las mujeres, transformando un EVA de 8-10 antes de la punción a uno de 0-2 post-punción. ⁽²¹⁾

- Tiene un efecto de acción relativamente rápido (15-20 minutos).
- Evita picos y valles en la intensidad del dolor.
- Al anesthesiarse sólo el tren inferior, la madre está consciente durante todo el parto.
- Hay nulo sufrimiento fetal si no hay hipotensión materna.
- Su utilización es válida tanto para partos vaginales como para los instrumentados.

- Reduce la ansiedad y el estrés de la gestante. En la investigación "Satisfacción y calidad en la analgesia del parto" de Virginia Quintana M y col, el 70.9% de las encuestadas estuvieron calmadas totalmente con la anestesia del parto. ⁽²¹⁾

En ese mismo estudio tras evaluar el dolor de las gestantes con la escala EVA antes y después de la aplicación de la epidural, se encontró una disminución significativa en todas las mujeres, transformando un EVA de 8-10 antes de la punción a uno de 0-2 post-punción. ⁽²¹⁾

A pesar de las innumerables ventajas existen mujeres que no eligen la epidural por su cultura, creencia e ideales, por una errónea o escasa información o por motivos como los siguientes: ⁽⁵³⁾

- Miedo a las reacciones secundarias.
- Deseo de sentir un parto "natural".
- Evitar efectos sobre el neonato.
- Querer sincronizar los pujos con las contracciones.
- No verlo necesario.
- Miedo al dolor de la técnica.

En el estudio de María Virginia Quintana y col, publicado en 2013 el 21.8% de las embarazadas refirieron un dolor leve durante la punción y al 78.2% no le resultó dolorosa. ⁽²¹⁾

Está certificado bajo investigaciones que la anestesia epidural provee una mayor satisfacción y bienestar a la madre durante el parto. ⁽³⁾ En el estudio de García Puga. J.A y Medina Ortiz S.G publicado en 2009 se encontró que la satisfacción materna se

correlaciona directamente con el dolor, lo que significa que a mayor dolor percibido menor es el grado de satisfacción. ⁽³⁹⁾

El valor más fiable de satisfacción es el porcentaje de parturientas que repetirían la epidural en un próximo parto. ⁽⁵⁵⁾ En el trabajo realizado en 2013 por María Virginia Quintana y col, se halló un elevado porcentaje de satisfacción, dado que el 93.4 % se realizarían nuevamente la epidural y el 98 % la recomendarían. ⁽²¹⁾

Del mismo modo en el estudio de Hernández Martínez. A y col, publicado en 2003 un 84,2% también la utilizaría ante un hipotético nuevo parto. ⁽⁵¹⁾

Gredilla E y col en 2008 desarrollaron un estudio que medía la satisfacción de las gestante con la analgesia epidural en el trabajo del parto. Y se recogió que el 91,3% de las pacientes se mostraron satisfechas con el proceso y el 93,8% recomendarían la técnica. ⁽⁵⁶⁾

Con respecto a la efectividad de la técnica, en el estudio de C. Campuzano publicado en 2007 el 70% refirió no tener ningún tipo de dolor tras la punción, un 15% comentó que la administración fue demasiado tarde y el 15 % restante expuso tener dolor tras la técnica. ⁽⁵⁷⁾

A pesar de la existencia de las estrategias de afrontamiento y la analgesia los profesionales deben ser conscientes de que su trato y atención en el trabajo del parto tiene efectos sobre la percepción del dolor de la parturienta y su satisfacción. Por lo tanto el apoyo ofrecido por los mismos, supondrá un punto de inflexión en la experiencia final.

COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y APOYO DE UN PROFESIONAL

Muchas mujeres sienten miedo al ver que se acerca el momento del parto, miedo a una experiencia nunca antes vivida, a lo desconocido. Las gestantes durante este periodo tienen los sentimientos a flor de piel, la intensidad de las emociones hace necesaria la presencia de profesionales experimentados capaces de apoyarlas y reforzarlas emocionalmente. ^(25, 27, 58)

En el estudio de Díaz-Sáeza. J y col, publicado en 2011, se encontró en los cuestionarios realizados a los familiares, la opinión de que la información dada por los profesionales, escasa y en ocasiones contradictoria, contribuye a incrementar el miedo y la angustia que vive la parturienta en esta experiencia. ⁽³¹⁾

El requerimiento de la gestante en este período final es el de un profesional que cumpla con los siguientes requisitos; que sea capaz de explicar e informar con un lenguaje comprensible, que respete y haga partícipe a la mujer en la toma de decisiones,

que proteja su intimidad, que la apoye física y emocionalmente y que le proporcione confianza y seguridad. (25, 27, 58)

Según las revisiones literarias que realizó el autor de “Abordaje de la obstetricia, rol del profesional obstétrico ejercicio profesional” se determina la hipótesis de que atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, eliminar miedos y dudas, transmitir seguridad, facilitar una información amplia y detallada, proporcionar intimidad y otorgarle a la mujer el papel protagonista, contribuyen de manera significativa en la satisfacción de la experiencia de las mujeres. (59)

Todas estas, rociadas con un trato humanizado, son aquellas actividades y actitudes que deben presentar todos los profesionales sanitarios en el servicio de obstetricia, pero de forma imprescindible el personal obstétrico. La matrona es una profesional, reconocida internacionalmente, cuyo papel en el ámbito de la maternidad es la proporción de una atención integral en las tres fases del ciclo vital de la mujer: salud reproductiva, climaterio y sexualidad. Una matrona debe fundar una relación estrecha, íntima y de confianza con la mujer que va a asistir. Debe informarla adecuadamente y usar palabras de elogio y apoyo para aumentar su autoestima y satisfacción del proceso vivido. (31,19, 61)

Asimismo debe ser una profesional que cumpla con su rol de cuidadora, un cuidado humano, integral y holístico. Todo el personal sanitario tiene el deber de proporcionar cuidados humanizados a todas las usuarias, en otras palabras, tratar con respeto y con ética al paciente, teniendo en cuenta que es una persona con sentimientos que requiere ayuda y comprensión. Así como de librarlos de riesgos innecesarios protegiendo la promoción, protección y recuperación de la salud de la persona. (32 33, 42)

En el estudio de Díaz-Sáeza. J y col, publicado en 2011, todos los profesionales fueron bien valorados, destacando la matrona por su amabilidad, información y comprensión. De la misma forma en referencia al trato y la amabilidad, las madres afirmaron sentirse tratadas de forma “correcta, educada y amable”. (31)

En el estudio de Claudia Uribe. T y col, publicado en 2008 se presentó que más del 60% de las mujeres afirmaron un buen trato, percibido como “oportuno, efectivo, cariñoso y con acompañamiento profesional permanente.” (36)

Mientras que estudios más recientes no muestran valoraciones tan positivos. En el estudio de Esquivel Príncipe P.J, Solís Villanueva. A.N publicado en 2015, se encontró en relación al trato deshumanizante que el 23,8 % de las mujeres afirmaron que se les limitó el contacto con sus recién nacidos, el 21,6 % tuvieron críticas por expresarse

mediante el llanto o los gritos durante el trabajo de parto, y el 19,5 % se sintieron temerosas para manifestar sus miedos o inquietudes. ⁽²⁵⁾

Además en la tesis de del Pilar Vela Coral. G publicada en 2015, también se encontró que las mujeres demandan mayor presencia de cualidades personales tales como el cariño y el trato respetuoso. ⁽³⁴⁾

Comunicar e informar

Los dos pilares en los que se fundamenta la matrona para actuar son; la comunicación y el apoyo. Estos dos factores interfieren en el cuidado humanizado y en el bienestar y satisfacción de la mujer.

En la investigación de Paola Mendoza. E y Díaz Morales E. O, publicada en 2013 se encontró que el 64% de las usuarias opinaron que el personal les proporcionó información suficiente y el 18% cree que “casi siempre.” Mientras que en la tesis de De León López V.A publicada en 2015 el 44% de las encuestadas indicaron que “nunca recibieron información” lo que propició la disminución de la participación de la usuaria. ⁽⁴²⁾

Orozco G. y Peña A. realizaron una tesis en el 2010 titulada “Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto” En la que la comunicación e información también obtuvo puntuaciones tan bajas como estas; el 42 % afirmó que se les explicó “poco o nada” en lo que consistía el trabajo de parto mientras que el 58% restante enunció que obtuvieron explicaciones mínimas de los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. ⁽²⁾

La comunicación entre el profesional y la mujer contribuye en la seguridad y satisfacción de la misma. Una comunicación cercana y apropiada favorece la emersión de dudas, alivia los temores presupuestos y genera o aumenta la confianza, facilitando la fluidez en el aporte de la información y otorgándole a la usuaria la seguridad requerida para el proceso. ^(19, 23, 31)

La satisfacción de la paciente se incrementa cuando se siente escuchada, se aclaran sus dudas y cuando percibe un ambiente de confianza, seguridad y sinceridad. ^(31,43)

Una completa y conveniente información sobre el proceso del parto y puerperio, sobre los diferentes métodos de alivio del dolor y las posibles complicaciones del proceso influyen favorablemente en la satisfacción de las mujeres. Pues brindando una correcta preparación prenatal, disipamos las expectativas no realistas y aportamos una visión más verdadera. ^(10, 25)

Considerando que su actitud, expresión facial, método de comunicación y aporte de información debe transmitir seguridad y generar satisfacción en la mujer, el personal obstétrico en esta experiencia juega un papel fundamental. ⁽¹⁸⁾

Apoyo

De igual forma un apoyo profesional, físico, emocional, empático y continuo durante el trabajo del parto hará de este proceso una experiencia más satisfactoria. ⁽⁴⁵⁾

En el estudio de Virginia Quintana. M y col, publicado en 2013, se encontró que el 97.4% de las gestantes se sintió apoyada siempre, lo que posiblemente influyó en el alto porcentaje de satisfacción encontrado. ⁽²²⁾

Los profesionales deben tener en cuenta la situación de la mujer, ya que se presenta con una elevada vulnerabilidad y con unas expectativas que vienen determinadas por cada sociedad, cultura y religión. La mujer vive esta experiencia como un proceso con sentimientos contrapuestos, dado que la experiencia es hermosa pero dolorosa, creándole sentimientos contradictorios. ⁽²¹⁾

Por eso destaca la demanda de profesionales cualificados para llevar y resolver ciertas situaciones. Es importante que el personal de obstetricia y de enfermería presente la actitud y vocación necesaria para ofrecer cuidados humanizados. Es necesario que todos los profesionales se sensibilicen, y que posean la suficiente experiencia y formación sobre la atención humanizada para avalar la calidad asistencial que se ofrece a la mujer durante todo el proceso. Los requisitos que debe cumplir un profesional sanitario en este servicio son los siguientes; una actitud acogedora y humanizada y un trato profesional empático, suave y seguro. ^(20,32, 33)

En el estudio de Paola Mendoza. E y Díaz Morales E.O, publicado en 2013, el 73% de las pacientes refirieron que el personal “siempre” se encontró atento y pendiente de ellas, de sus cuidados y necesidades, mientras que el 27 % restante indicó que “casi siempre”. ⁽⁴²⁾

En cuanto al cuidado prestado por el personal sanitario, en diversos estudios se valoraron positivamente. En la tesis de del Pilar Vela Coral. G, publicada en 2015, el 72% de las usuarias percibieron el cuidado como favorable, pues pudieron sentir tranquilidad, apoyo y acompañamiento durante el trabajo del parto y en el parto en sí. ⁽³⁴⁾

González Burgos J.T y Quintero Martínez D.C publicaron en 2009 una investigación, en la que el 73% de las mujeres atendidas enunciaron que percibieron un cuidado humanizado por parte del personal sanitario, el 11% “casi siempre” percibieron

un cuidado humanizado, el 12% “algunas veces” percibieron cuidados humanizados y el 4% “nunca” percibió un cuidado humanizado. ⁽⁶²⁾

Como se mencionó anteriormente el personal obstétrico debe establecer una relación de confianza con la mujer, dado que es el factor clave de un buen apoyo. ⁽⁴³⁾ Además una mayor presencia de la matrona y un mayor grado de educación maternal antes del parto, establece un apoyo indirecto y directo y alivia la sensación de falta de control. ⁽¹⁸⁾

De igual manera, la enfermera obstétrica también debe proporcionar su apoyo atendiendo y cuidando el bienestar físico, emocional y social de la mujer. Ésta puede hacerlo con diferentes acciones tales como; estar a su lado, atenderla, agarrarle la mano, hablar con ella, explicarle dudas sobre el parto, el puerperio o la lactancia. En conclusión, satisfacer las necesidades de la mujer y proporcionarle todo el apoyo necesario. ^(33, 62)

En el estudio de Alfonso Orozco. G y Peña Alvarado. A, publicado en 2010, la mayoría de las usuarias manifestaron que el sentimiento de sentirse apoyadas durante todo el proceso por la enfermería dependió mucho de la atención, el trato, el respeto y la comprensión que les brindó el mismo. ⁽³²⁾

En la investigación de Paola Mendoza. E y Díaz Morales E.O. publicada en 2013, se halló un porcentaje alto de gestantes (81%) que percibieron que el personal de enfermería ofrece un acompañamiento como rol de cuidador. ⁽⁴²⁾

En lo referente a la atención que perciben las gestantes del personal de enfermería durante el trabajo de parto, en la tesis de De León López V.A publicada en 2015, un 44% refirieron sentirse satisfechas, un 52% indicaron que “algunas veces” y el 4% restante indicaron no estar para nada satisfechas. ⁽³³⁾

La investigación de Claudia Uribe T y col publicada en 2008 reveló que más del 60% de las gestantes percibieron un “buen trato” por parte de los profesionales, destacando también que lo percibieron como “oportuno, efectivo, cariñoso y con acompañamiento profesional permanente.” ⁽³⁶⁾

En el estudio de Paola Mendoza E y col publicado en 2013, se encontró que alrededor del 90% de las gestantes estuvieron satisfechas tras observar que las actuaciones enfermeras están acompañadas por una base teórica (generándoles seguridad) y tras percibir que el personal de enfermería posee una alta capacidad de escucha. ⁽⁴²⁾

Los beneficios del apoyo profesional continuo son favorables tanto para la madre como para el recién nacido. Entre ellos se encuentran; una disminución de partos instrumentales, partos en periodos de tiempo más cortos, menor uso de analgesia epidural, reducción de la necesidad de estimulación con oxitocina, disminución del riesgo de la lactancia inefectiva y de la depresión postparto, mejores puntuaciones en el test de Apgar y una tendencia a sentirse más satisfechas.^(20, 32)

En el estudio elaborado por Coral R. y publicado en 2008, se halló que un 73% de las parturientas percibieron diversos cuidados como; la administración de medicamentos, explicación de la forma de pujar, el apoyo y explicación de procedimientos. Mientras que, en alusión a la actitud del personal enfermero, las madres notaron una actitud comprensiva (55%) y cariñosa (33%) por parte del mismo.⁽³⁷⁾

Es competencia del personal sanitario la satisfacción de la madre, por lo que cualquier acción que la fomente será bienvenida. Por ejemplo, el contacto piel con piel materno-fetal favorece el vínculo afectivo y una experiencia más satisfactoria del nacimiento, además mejora la aceptación del nuevo rol y reduce la ansiedad.^(15, 20)

Proporcionar una atención personalizada fundamentada en las necesidades de las usuarias da lugar a puntuaciones positivas en la satisfacción.⁽²⁰⁾

La satisfacción en este tema está ligada al tipo de interacción que ofrece el equipo de salud con la usuaria, dado que el profesional puede adoptar una de las dos actitudes. El sanitario puede interactuar de forma exclusivamente física, o de una forma más humana, teniendo en cuenta una visión holística de la usuaria.⁽¹⁹⁾

Asimismo el equipo obstétrico debe mantener una actitud adecuada, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de la mujer, pues su conducta y profesionalidad serán decisivas en la satisfacción y bienestar de la gestante durante el trabajo del parto, parto y puerperio.⁽²⁰⁾

En la investigación de Esquivel Príncipe. P.J y Solís Villanueva. A.N publicada en 2015 se encontró que el 87 % de las usuarias estuvieron altamente satisfechas con el alto nivel de calidad de atención. No obstante se hallaron niveles de insatisfacción considerables en otros temas; un 80 % estuvo insatisfecha con el mínimo tiempo que pasó el personal obstétrico con ella para apoyar y cubrir sus necesidades emocionales. Un 63 % declaró su insatisfacción con la cantidad de información que le brindó el personal obstétrico en la sala de dilatación acerca de los cuidados que iba a recibir. Mientras que un 61 % se sintió insatisfecha con el número de profesionales que la atendieron durante el parto, afirmando la presencia de un elevado número de personal no deseado.⁽²⁵⁾

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, en España, todos los partos se rigen por lo que aconseja la “Estrategia de atención al parto normal” cuyo propósito es proporcionar pautas encaminadas a un parto humanizado que culmine con un bebé sano y una madre satisfecha con su parto.

Debido a numerosas investigaciones, la satisfacción en el plano sanitario, es un tema al que hay que dar relevancia y en el que todos los hospitales deben centrarse. Ofrecer una atención inadecuada, no respetar los derechos de los usuarios, y no atender sus expectativas, tiene la alta probabilidad de crear problemas de salud a los usuarios. En el servicio obstétrico, que una usuaria se sienta insatisfecha puede acarrear consecuencias en su estado de salud, como; depresión postparto, estrés psicológico, largas hospitalizaciones y, en sí, una disconformidad con la atención recibida.

Actualmente los beneficios de alcanzar la satisfacción en los usuarios para el propio hospital son los siguientes; La lealtad del usuario, pues por regla general (cuando un usuario está satisfecho vuelve al mismo lugar) una difusión y publicidad gratuita y segura a muy bajo costo (dado que un usuario satisfecho comunica a sus familiares y conocidos sus experiencias positivas) y competitividad (un usuario satisfecho ignora a la competencia retornando, como destacamos anteriormente, al mismo hospital).

Por lo tanto, y en base a lo mencionado anteriormente, sería conveniente conocer el grado de satisfacción de las usuarias que utilizan el servicio de paritorio del Hospital Universitario de Canarias para, si fuese necesario, fomentar o mejorar estas prácticas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Recoger la opinión que las mujeres tienen sobre el cuidado que reciben durante el trabajo de parto y el grado de satisfacción de la mujer relacionado con los factores determinantes durante el trabajo de parto.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar el o los motivos que determinan el uso de la analgesia epidural.

-Evaluar el grado de conocimientos e identificar las principales fuentes de información de la analgesia epidural en el parto.

-Determinar el tiempo transcurrido desde el comienzo del parto hasta que solicitó la analgesia epidural.

-Conocer la actitud de la puérpera frente a la analgesia epidural ante un hipotético nuevo parto.

- Conocer si a la mujer se le solicitó permiso para realizarle los procedimientos (tacto, episiotomía, etc). Si sintió que se le respetó la intimidad, en la medida de lo posible, y si fue informada de las actividades antes de ser realizadas.

- Determinar el número de mujeres que se sintieron satisfechas con los cuidados recibidos durante el periodo de dilatación.

-Evaluar el grado de satisfacción de la puérpera en el periodo expulsivo con el uso de la analgesia epidural.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El presente trabajo es de tipo observacional, descriptivo, transversal y de corte prospectivo.

4.2 Ámbito

El paritorio del Hospital Universitario de Canarias.

4.3 Población de estudio

Mujeres embarazadas que paren en el Hospital Universitario de Canarias.

4.3.1 Criterios de inclusión en el estudio:

- Tener 18 años de edad o más.
- Gestaciones de bajo riesgo.
- Embarazo a término.
- Parto vaginal con presentación cefálica.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Gestación con resultado de éxitus fetal.

- Partos con recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG).
- Antecedentes personales de Enfermedad Mental o trastorno de la personalidad.
- Gestaciones que acaben en cesárea.
- Gestantes con patología obstétrica o embarazos de alto riesgo.
- Personas que no comprendan el castellano.

4.4 Intervenciones e instrumentos

Tras solicitar y conseguir el permiso del Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias para llevar a cabo el estudio y la firma de la usuaria del consentimiento informado (Anexo 1) para participar en el mismo. La recogida de datos se realizará con un cuestionario (Anexo 2). El cuestionario recoge diferentes variables relacionadas con la satisfacción de la puérpera en referencia a la analgesia epidural, la intimidad, la privacidad, la información y el trato recibido de los profesionales.

Éste será rellenado por la gestante, tras el parto, una vez esté en la planta de hospitalización, a excepción dos puntos; la escala numérica del dolor que se le realizará durante el periodo de dilatación en el paritorio (en 4 momentos determinados) y el apartado que indica “a rellenar por la investigadora”. Ésta es totalmente confidencial pero no anónima, se fundamenta en la declaración de Helsinki y en la ley 41/2002, y una vez cumplimentado su entrega se realizará en un buzón habilitado para ello en la planta.

4.5 Validación del cuestionario

Para detectar errores, preguntas mal formuladas o de difícil corrección y para comprobar la calidad de los datos que se obtendrán se entregará el cuestionario a varios profesionales obstétricos.

4.6 Cálculo del tamaño muestral

Computados un número total de partos en el año 2015 (2.552 partos), de los cuales excluimos 662 realizados por cesáreas y 220 por obtener recién nacidos con bajo peso. Se establece una incidencia de 1.670 partos normales. Dato que se usó para hallar el tamaño muestral, obteniendo 188 partos. (Anexo 3)

4.7 Recogida de datos

La recogida de datos se realizará a través del cuestionario y será un muestreo consecutivo y no probabilístico.

4.8 Análisis de los datos

Todos los datos se volcarán en una hoja de cálculo Excell y se realizará una revisión y depuración de los datos para detectar algún valor erróneo.

El análisis estadístico de los datos se realizará con el programa estadístico SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Science).

5. CRONOGRAMA

El estudio tendrá una duración de 1 año. Y el tiempo dedicado a las diferentes actividades se distribuirá de la siguiente forma.

PERIODO	ACTIVIDAD
Enero 2016	- Búsqueda y revisión bibliográfica
Febrero 2016	- Redacción de antecedentes y estado actual del tema.
Marzo- Mayo 2016	- Elaboración del proyecto docente con el cuestionario.
Junio 2016	- Validación del cuestionario por el grupo de expertos. - Petición del permiso al comité ético de investigación del CHUC
Julio-Octubre 2016	- Recogida de datos

Noviembre 2016	- Análisis de resultados
Diciembre- Enero 2017	- Presentación de resultados y conclusiones

6. PRESUPUESTO

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se requerirán los siguientes recursos.

RECURSOS	PRECIOS	CANTIDAD	TOTAL
<u>HUMANOS:</u>			
➤ Estadístico becario	600€/mes	1 persona/1 mes	600 €
<u>MATERIAL DE OFICINA:</u>			
➤ Bolígrafos	0,20 €	10 bolígrafos	2€
<u>IMPRESIÓN:</u>			
➤ Cuestionario	0,02 €/hoja	7págx200mujeres= 1400 copias	28€
➤ Consentimiento informado	0,02 €/hoja	1págx200mujeres= 200 copias	4€
			TOTAL PRECIO DEL ESTUDIO: 634€

7. ASPECTOS ÉTICOS

- Se respetará la ley 41/2002 del 24 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y docencia clínica. Haciendo alusión a esta ley se explica a cada participante en que consiste la investigación y el objetivo de la misma y a partir de la información ellas toman la decisión de participar o no. E incluso en el transcurso de la investigación ellas pueden cambiar de opinión y oponerse a participar.

- Cualquier paciente que no cumpla ninguno de los criterios de exclusión tiene derecho a participar sin discriminación de ningún tipo, sin importar la religión, el estatus social, educación, etnia o lugar de origen.

- Honrando al derecho de beneficencia la investigación velará por la seguridad y la integridad física, mental y emocional de las pacientes.

- Se explica a las participantes que toda la información recogida en el estudio es confidencial y será utilizada únicamente para el estudio a realizar.

- Se informa a todas las pacientes lo que implica ser parte de la investigación, se les explica que el cuestionario es anónimo, el objetivo del estudio y que deben firmar el consentimiento informado para formar parte del grupo de participantes.

- Se obtendrá el permiso institucional y del Comité Ético, para llevar a cabo la investigación, a través de cartas de solicitud de permiso dirigidas al Hospital Universitario de Canarias.

8. AGRADECIMIENTOS

Transmitir mis agradecimientos a las futuras gestantes partícipes del proyecto, a todo el personal sanitario perteneciente al servicio de paritorio, en especial, al personal obstétrico y enfermero por la colaboración que me han brindado durante estos meses, pues sin ellos y sin las participantes no se podría llevar a efectos este trabajo.

A mis padres por su comprensión, paciencia y ánimo prestado. Y hacer una mención especial a la profesora y tutora de mi proyecto, M^a del Carmen Hernández Pérez, por su paciencia, orientación, seguimiento y supervisión continuo a lo largo de estos meses.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Villanueva Vásquez L. Introducción a la obstetricia facultad de ciencias de la salud. 2012.
- 2- <http://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- 3- Argüello Avendaño H, Mateo González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. 2014
- 4- Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Ministerio de Salud de Perú. 2005
- 5- <http://www.efesalud.com/noticias/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/>. Plataforma web EFE SALUD.
- 6- Serrano Monzó I. Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de “matronas y mujeres en la historia”. ANAMA (Asociación Navarra de Matronas)
- 7- Carmona Samper E. La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico. 2007
- 8- Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad y consumo. 2008.
- 9- Catalán Morera M. El placer y el dolor en el parto. 2006.
- 10- Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de ciencia e innovación, ministerio de sanidad y política social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2011 32=34
- 11- Molina FJ. Tratamiento del dolor en el parto. 1999.
- 12- Biedma Velázquez L, García de Diego JM y Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora” 2009.

- 13-** Ortiz Gómez R, Palacio Abizanda FJ, Fonet Ruiz. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. 2014
- 14-** Reyes Perdomo JF. ¿Qué hay de nuevo en analgesia y anestesia obstétrica? 2007
- 15-** Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. 2013
- 16-** Conesa Ferrer B. Comparativa de Dos Modelos Diferentes de Asistencia al Parto y su Influencia en la Satisfacción de la Mujer con la Experiencia del Parto. 2014.
- 17-** Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica. Grupo de trabajo técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS). 1996
- 18-** Vivanco Montes. M.L. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la comunidad de Madrid. 2009.
- 19-** Paulina Bravo VA, Claudia Uribe TB, Aixa Contreras M. El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. 2008.
- 20-** Fernández Raigada RA. Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionado con la atención hospitalaria. 2013.
- 21-** Virginia Quintana M, José Torrado M, Maryana Núñez D, Bouchacourt. JP, Álvarez E. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. 2013.
- 22-** Revolo Sánchez. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. 2011.
- 23-** Pintado Quito. M.P, Yari Morocho. L.R. Nivel de satisfacción de las usuarias sobre la atención integral que brinda el personal de enfermería en el área de maternidad del hospital Vicente Corral Moscoso. 2015.
- 24-** Cabarcas Ortega IN, Montes Costa A, Ortega Díaz G. Satisfacción del Paciente Hospitalizado con la Atención de Enfermería. Rev. Actualizaciones de la enfermería. Vol 12 nº1. 2007.

25- Esquivel Príncipe PJ, Solís Villanueva AN. Satisfacción de las madres con el cuidado obstétrico durante el parto y puerperio, Maternidad de María. 2015.

26- Mas Ponsa R, Carmen Barona Vilara C, Carreguí Vilarc S, Ibáñez Gild N, Margaix Fontestad L, et al. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. 2011.

27- Aranda García AM, Reina Durán MJ, Rodríguez Rodríguez IM et al. Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2014.

28- García Valdez MG, Medina Ortiz SG, Favela Ocaño MA, Acuña Ruiz Y, Cuén Tánori FA. Satisfacción de la mujer con los servicios obstétricos quirúrgicos. 2015.

29- Sánchez Carrión MG y Valderrama Sánchez S. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional en la provincia. 2008.

30- Hurtado Murillo F. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. 2003.

31- Díaz-Sáeza J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez M y Granados Gámez. G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. 2011.

32- Alfonso Orozco G, Peña Alvarado A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo del parto. 2010.

33- De León López V.A. Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el hospital regional de occidente, Guatemala. Enero-febrero 2015. Tesis de grado. 2015.

34- Del Pilar Vela Coral G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015". (Tesis) 2015.

35- Ramírez Peláez. H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. Revisión bibliográfica. 2011.

36- Claudia Uribe, Aixa contreras, Luis Villarroel, Soledad Rivera, Paulina Bravo et al. Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. 2008.

37- Coral R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica. 2008.

38- García Valdez MG, Medina Ortiz SG, Favela Ocaño M.A, Acuña Ruiz Y, Cuén Tánori F.A. Satisfacción de la mujer con los servicios obstétricos quirúrgicos. 2015

39- García Puga JA y Medina Ortiz SG. Factores asociados a la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de su hijo. 2009

40- Asociación el parto es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos>

41- Castellanos C, Terán P. Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. (Tesis de especialidad en obstetricia y ginecología). Caracas-Venezuela: Universidad Central de Venezuela. 2012.

42- Paola Mendoza E, Díaz Morales EO. Percepción que tienen las púerperas en relación con el cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención del parto en una institución de cuarto nivel durante el primer semestre del año 2013. 2013.

43- Paulina Bravo VA, Claudia Uribe TB, Aixa Contreras M. El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. 2008.

44- Gómez de Enterría Cuesta ME. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. 2009.

45- Martínez JG, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Andalucía, España. 2013.

46- Duarte Ortiza G, Navarro-Vargas J.R y Eslava-Schmalbach J. Reflexión Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica. 2013.

47- Canessa EB, Añazco RG, Gigoux JM, Aguilera JS. Anestesia para el trabajo de parto. 2014.

48- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. 2005.

49- Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. La buena sufridora: determinantes en la elección del dolor en el trabajo de parto. 2008.

50- Echevarría Moreno M. Analgesia del parto: ¿Qué más podemos hacer? Servicio de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor, hospital universitario de Valme, Sevilla, España. Revista de la sociedad española del dolor. Elsevier. Rev Soc Esp dolor. 2010; 17 (1):1-2.

51- Hernández Martínez A, Melero Jiménez. M.R, Sanabria Martínez G, Casasús Güémez M.J, García Alcaraz F. Analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. 2003.

52- Consejería de Sanidad. Anestesia epidural para el parto. Hospital de Fuenlabrada, Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAnalgesia+epidural+para+el+parto.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813057744&ssbinary=true>

53- Hernández Torres A. Factores maternos y médicos asociados con la elección de administración de analgesia obstétrica peridural. Salud de Tlaxcala. Calpulalpan, Tlaxcala, México. 2012.

54- Aguilera Castro F. Nuevas técnicas de analgesia para la conducción del trabajo de parto. ventajas y desventajas. 2000.

55- Campoy Quesada M.J y de Haro García J.P. Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres. 2014.

56- Gredilla E, Pérez A, Martínez B, Alonso E, Díez J, Gilsanz F. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 55: 160-164.

57- Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. 2007.

58- García Carrascosa L. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. 2010.

59- Abordaje de la obstetricia, rol del profesional obstétrico ejercicio profesional. Licenciatura en obstetricia. Universidad nacional de Santiago del estero. Facultad de humanidades, ciencias sociales y de la salud. 2012. Disponible en: http://fhu.unse.edu.ar/ingreso2012/cartilla_aaobs.pdf78

60- Marsden Wagner MD. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. 2006; Nº 10: 598-610. I.S.S.N: 1576-3080.

61- González Burgos JT, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009.

62- Arcos Ortiz TP. Calidad de atención que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario que acude al servicio de centro obstétrico del hospital provincial general de Latacunga en el período Octubre 2014 - Marzo 2015. 2015.

63- Acceso a la versión española de las normas de Vancouver (traducidas por la UAB):

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf

64- Ana Belén Salamanca Castro. El aeiou de la investigación en enfermería. 2013. Fuden.

65- Cálculo tamaño muestral. www.fisterra.com

66- Diccionario on-line WordReference. Disponible en: <http://www.wordreference.com/sinonimos/>

10. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sara Benítez Regalado, estudiante de 4º de Enfermería la invito a participar en mi trabajo de fin de grado titulado “Satisfacción de las mujeres en el parto” cuyo objetivo es recoger la opinión que las mujeres tienen sobre el cuidado que reciben durante el trabajo de parto y el grado de satisfacción relacionado con los factores determinantes durante el trabajo de parto.

Mediante la firma de este documento, da su consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente trabajo que tiene relación con su satisfacción, bienestar y estado de salud.

Su participación consiste en responder unas preguntas que no ponen en riesgo su integridad física y emocional. Así mismo se le explicó que los datos que proporcione serán confidenciales y que puede dejar de participar en esta investigación en el momento en que lo desee.

Nombre de la participante

Firma de la investigadora

Nº=

Anexo 2.CUESTIONARIO

Nº=

❖ **Hoja de registro de variables socio-demográficas:** (Marque con una x a la derecha de la opción)

-Hospital: Hospital Universitario de Canarias (HUC)

-Unidad de hospitalización/planta: paritorio

-Edad:

-País de nacimiento:

-Años de estancia en el país (Si usted no nació en España):

NIVEL DE ESTUDIOS (últimos estudios cursados):

-Sin estudios

-Estudios primarios

-Estudios secundarios

-Curso profesional grado medio

-Curso profesional grado superior

-Estudios Universitarios

-SITUACIÓN LABORAL (actual):

-Activo

-En paro

-Estudiante

-Trabajo doméstico no remunerado

- Trabajo doméstico no remunerado

-Jubilado o pensionista

-ESTADO CIVIL (actual):

-Soltera

-Casada

- Vive en pareja
- Separada
- Divorciada
- Viuda

NÚMERO DE:

- Embarazos anteriores:
- Partos vaginales anteriores:
- Cesáreas anteriores:
- Abortos anteriores:
- Hospital en el que tuvo partos anteriores:
- Hijos vivos: SI NO ¿Cuántos?

SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE CON ANALGESIA DEL PARTO

(Marque con un círculo la respuesta)

- 1- ¿Conocía la técnica previamente? SI NO
Si la respuesta es SI, indique la fuente de información:
- 2- ¿Le pareció adecuada la información suministrada por el equipo actuante (obstetra/anestesiólogo)?
SI NO ME QUEDARON DUDAS
- 3- ¿Le resultó doloroso el procedimiento?
NO SI, LEVE SI, SEVERO
- 4- ¿Fue efectiva la analgesia epidural?
NO SI, TOTALMENTE SI, PARCIALMENTE
- 5- ¿Se sintió apoyada por el equipo actuante (auxiliar, enfermera, matrona) durante el trabajo del parto?
NO SI, EN ALGUNOS MOMENTOS SI, EN TODO MOMENTO
- 6- ¿Se volvería a practicar la técnica de analgesia epidural en un siguiente parto?
NO SI NO SÉ, LO TENGO QUE PENSAR
- 7- ¿Le recomendaría a algún familiar o amiga a que se realizase la técnica?

NO SI NO SÉ

8- ¿Le resultó incómoda? Si es afirmativa indique el motivo.

SI NO MOTIVO:

9- ¿Pudo colaborar durante el periodo expulsivo?

SI NO MUY POCO

10- ¿Tuvo algún síntoma secundario de la epidural? Si es afirmativa indique cual.

SI NO

11- ¿Sentía las piernas o se le durmieron por completo?

LAS SENTÍA SE ME DURMIERON POR COMPLETO

ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR: Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad. Se seleccionará el número que mejor evalúa la intensidad del dolor en los casos en los que se pregunte. **(A rellenar por la matrona)**

-Hora de ingreso:

-Valoración del dolor a su ingreso:

-Dilatación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

-Hora:

-Valoración del dolor:

-Dilatación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

-Hora a la que pidió la epidural:

-Valoración del dolor (Justo cuando pidió la analgesia epidural):

-Dilatación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

-Hora a la que se le puso:

-Valoración del dolor (1 hora después de administración anestesia epidural):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

12- ¿Cuánto duró en aliviarse el dolor?

10 min 15 min 20 min 30min 40 min 50 min 60 min 1h30min

13 - ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por lo que desde un principio no eligió la opción de la epidural?

-Miedo al dolor de la técnica

-Pensé que iba a aguantar el dolor

-Quería un parto sin epidural

-Miedo a los efectos secundarios

-Ns/nc

-Otros. Especifique:

14- ¿Por qué motivo decidió cambiar de opinión?

-Mucho dolor.

-Demasiado dolor como para colaborar.

-Estaba cansada.

-Otros. Especifique:

15- ¿Conocía antes de la explicación de la matrona la epidural y sus efectos secundarios? Si la respuesta es afirmativa indique las fuentes de información.

SI NO

16- ¿Cree que conoce todo lo que debe saber sobre la epidural?

SI NO

INFORMACIÓN, RESPETO E INTIMIDAD

17- ¿Considera que estuvo bien informada durante el proceso del parto?

SI NO

18- ¿Se sintió ignorada o poca valorada durante el proceso del parto?

SI NO

19- ¿Se sintió respetada durante el proceso?

SI NO

20- ¿Le pidieron permiso para realizarse alguna técnica (tacto vaginal, episiotomía)?

SI NO

21- ¿Le explicaron las complicaciones que podrían ocurrir y las técnicas a las que tendrían que recurrir para solucionarlas?

SI NO

22- ¿Le pusieron al bebé piel con piel justo después de su nacimiento?

SI NO

23- ¿Sintió que su intimidad fue violada en algún momento?

SI NO

EQUIPAMIENTO

24- ¿Le parecía un lugar agradable la habitación del paritorio donde realizó el trabajo el parto?

SI NO

25- ¿Se sintió cómoda en la sala del paritorio con las demás mujeres?

SI NO

26- ¿Cree usted que los medios materiales de los que disponía el paritorio (aparato de tomar la presión, cardio-tocógrafo...) eran adecuados para realizar el seguimiento de parto?

SI NO

ATENCIÓN Y COMPETENCIA PROFESIONAL

27- ¿Está satisfecha con el trato personal recibido de su matron/a?

SI NO

28- ¿Está satisfecha con el trato personal recibido del personal enfermero?

SI NO

29- ¿Cree que su matron/a se mostró educado/a y agradable durante todo el parto?

SI NO

30- ¿Cree que el personal de enfermería se mostró educado y agradable durante todo el parto? SI NO

31- ¿Su matrona contestaba con claridad sus preguntas?

SI NO

32- ¿El personal de enfermería contestaba con claridad sus preguntas?

SI NO

33- ¿Quién la acompañó durante el periodo del parto?

En las preguntas que aparezcan como contestaciones los números del 1 al 4 la referencia es la siguiente; 1: no, nunca. 2: a veces 3: a veces, 4: siempre.

34- ¿Se sintió escuchada por su matrona? 1, 2, 3, 4

35- ¿Se sintió escuchada por su enfermer@?

1, 2, 3, 4

36- ¿Cree que las explicaciones de su matrona y de enfermería le han servido para llevar mejor el parto y el puerperio?

1, 2, 3, 4

37- Su matrona. ¿Le dio confianza para preguntarle dudas respecto a su embarazo?

1, 2, 3, 4

38- ¿Cree que su matrona estaba suficientemente preparado para realizar el trabajo del parto?

1, 2, 3, 4

39- ¿Se sintió informada por su matrona sobre el proceso del parto y los resultados de las exploraciones y pruebas diagnósticas realizadas?

1, 2, 3, 4

40- ¿Podrías afirmar que te sentiste satisfecha con el parto? 1, 2, 3, 4

ACOMPañANTE

41- ¿Quién la acompañó antes del parto?

42- ¿Quién la acompañó durante el parto?

43- ¿Le resultó útil este acompañamiento? SI NO

44- ¿Habría preferido haber estado sola? SI NO

45- ¿Sintió la experiencia como algo familiar y no sólo como un proceso médico?
SI NO

46- ¿Cree que el parto habría sido más doloroso si hubiese estado sola? SI NO

47- ¿Qué le aportó la persona que la acompañó?

Preguntas a rellenar por la investigadora:

- Fecha del parto:

-Tipo de parto vaginal: NORMAL INSTRUMENTAL

RECIÉN NACIDO -Peso al nacer: -Apgar al nacimiento:

EPISIOTOMÍA: SI NO

DESGARROS: SI NO Extensión y grado:

Muchas gracias por su colaboración. Su opinión se tendrá en cuenta para mejorar la calidad de nuestra labor asistencial.

Si tiene cualquier duda o complicación, no dude en consultarnos. La matrona le facilitará nuestros datos.

Anexo 3. CÁLCULO TAMAÑO MUESTRAL

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	2552
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	188

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	221