

UMANRESA

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



FUNDACIÓ
UNIVERSITÀRIA
DEL BAGES

EXPERIENCIA DE LAS TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS EN EL PROCESO DEL PARTO EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE MANRESA

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Autora: Ainara Martin Irigoyen

Tutora: Cristina Garcia Salido

19/05/2017

UManresa

INDICE

1. INTRODUCCION/ JUSTIFICACION	5
2.OBJETIVOS	7
3.MARCO TEORICO	8
3.1 ETIOLOGIA DEL PARTO.....	8
3.2 CLASIFICACION.....	8
3.3 EL DOLOR EN EL PROCESO DEL PARTO.....	10
3.4 ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	16
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 TIPO DE DISEÑO	18
4.2 PARTICIPANTES.....	18
4.3 MUESTREO.....	18
4.4 TECNICA DE RECOGIDA DE DATOS	19
4.5 ANALISIS DE DATOS.....	22
4.6 CRITERIOS DE RIGOR Y VALIDEZ.....	23
4.7 CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.....	23
4.8 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	24
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	26
6. RECURSOS	27
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS	28
8. PLAN DE DIFUSION	28
9. CONCLUSIONES.....	29
10. CRONOGRAMA	30
11. BIBLIOGRAFIA.....	31
12. ANEXOS.....	38
ANEXO 1: Plan de nacimiento.	38
ANEXO 2: Consentimiento informado	39
ANEXO 3: Entrevista semiestructurada en profundidad.....	42
ANEXO 4: Preguntas del grupo focal	43
ANEXO 5: Diario de campo.....	43
ANEXO 6 :Comité Ético de Investigación Clínica (.....	44

RESUMEN

Introducción. El parto es un proceso fisiológico complejo que en la mayoría de ocasiones está estrechamente relacionada con el dolor, por esta razón y teniendo en cuenta que toda mujer tiene derecho a un parto sin dolor, existen diferentes técnicas para su alivio, unas farmacológicas y otras terapias alternativas y/o complementarias.

Objetivo. El objetivo principal es conocer la vivencia de las mujeres que hayan tenido un parto eutócico mediante terapias no farmacológicas en el Hospital Sant Joan de Deu de Manresa. Para así poder identificar las terapias alternativas y complementarias más utilizadas y describir los efectos que tienen para el alivio de dolor durante el proceso del parto.

Metodología. El estudio será de tipo cualitativo fenomenológico descriptivo, que permitirá conocer la experiencia de las mujeres sobre su trabajo de parto y su percepción del dolor.

Los participantes serán seleccionados mediante un muestreo no probabilística, de conveniencia, utilizando herramientas como la entrevista semiestructurada en profundidad, el grupo focal y el diario de campo.

Resultados. Se prevé que, a partir de la realización de este proyecto, se puedan detectar cuáles son las terapias alternativas y complementarias más utilizadas para el alivio del dolor y conocer cuáles han sido sus efectos, para así poder llevar a cabo una educación sanitaria prenatal en los centros de atención primaria, con la intención de incluir todas las opciones disponibles al alcance de las gestantes para el proceso del parto.

Palabras clave: Mujer, dolor de parto, Terapias complementarias y alternativas, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a complex physiological process which in most cases is highly related with pain, for this reason and because every woman has the right to a painless delivery, there are different techniques for their relief, either pharmacological or alternative and complementary therapies.

Objective: The main goal of this research project is to investigate the experience of women who have had a eutocic delivery through non-pharmacological therapies at the Hospital San Joan de Deu in Manresa. To be able to identify the most commonly used alternative and complementary therapies and to describe the effects they have for pain relief during the process of the part

Methodology: A qualitative descriptive study is undertaken to understand the experience of the women during labor and their pain perception. Participants will be selected through a non-probabilistic sampling of convenience using various tools such as the and in depth semi-structured interview, the focus group, non-participant observation and the field diary.

Results: This research will be helpful to detect which are the most useful alternative and complementary therapies for the pain relief and to understand what their effects are. In this way, prenatal health education could be carried out in primary care centers that include all options for pain relief in the birth process. This could ensure that women have the information and knowledge about different methods and techniques and also could be able to decide the manner of delivery freely.

Key words: Women, labor pain, Alternative and complementary therapies, qualitative research.

1. INTRODUCCION/ JUSTIFICACION

El parto es un proceso fisiológico complejo en el que la mujer termina la gestación con la expulsión del feto y sus anejos. En la mayoría de ocasiones esta experiencia está estrechamente relacionada con el dolor, que es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y por la dilatación de la vagina y del piso pelviano (1).

Este dolor es subjetivo y pluridimensional, ya que cada individuo percibe los estímulos dolorosos de forma intrínseca y única, siendo el producto de un cúmulo de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales, que están relacionados con el estilo de vida de cada mujer. Por ello, para entender este dolor se deben tener en cuenta los mecanismos y factores que influyen en su intensidad, calidad y duración(2). El tipo de atención que reciba la gestante, como el modo en el que se realicen los diferentes procedimientos afectara de manera considerable a la satisfacción de la mujer sobre su parto(3).

Autores como Penny Simkin(4) han mostrado la influencia que tiene la experiencia del proceso del parto en cuanto a la maternidad, relacionando una vivencia positiva con el aumento de confianza en ellas mismas, un vínculo madre-hijo más fortalecido, mayor confianza a la hora de desempeñar el nuevo rol y garantizando una lactancia eficaz. Por otro lado, si la experiencia es negativa, la mujer puede desencadenar en una depresión postparto, estrés post traumático e incluso el rechazo a volver a parir(5).

Existen diferentes métodos de control del dolor durante el parto, que se pueden dividir en métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos(6). El documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de asistencia al parto del 2007 (7) señala que la técnica de elección para el control del dolor es la analgesia epidural recomendando la menor dosis posible que permita el control del dolor. Actualmente esta técnica farmacológica es la más utilizada y extendida y consiste en el bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local en la región lumbar que a diferencia de la analgesia peridural o raquídea, que se coloca en el es-

pacio raquídeo por dentro de la duramadre, permite controlar el dolor de larga duración (8).

A pesar de su extendido uso en los últimos años ha ido creciendo la demanda de terapias alternativas y complementarias, esto se debe a varias razones, pero la más importante es la controversia que existe sobre los efectos de las medidas farmacológicas como la analgesia epidural⁽⁹⁾, ya que diversos autores como Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L⁽¹⁰⁾ han puesto de manifiesto los efectos perjudiciales que puede tener en el feto y en la madre destacando el riesgo a hipotensión materna, fiebre materna, retención de orina, un aumento del riesgo de cesárea y aumento en la duración del parto⁽¹¹⁾.

Conocer la experiencia de mujeres que hayan dado a luz mediante estos métodos no farmacológicos podrá aportar nuevos enfoques y visiones sobre este tema y permitirá comprender más detalladamente la razón por la que cada día más mujeres deciden parir evitando los métodos farmacológicos. Por otra parte, teniendo en cuenta la amplitud de terapias alternativas existentes, es importante concretar cuáles son las más utilizadas por las mujeres y que efectos han tenido sobre su experiencia.

Cabe destacar la importancia de contrastar diferentes vivencias sobre el parto, ya que las futuras gestantes podrán tener información basada en la experiencia real y práctica de mujeres que hayan experimentado este proceso y también ayudara a los profesionales sanitarios para poder reconocer las necesidades y preferencias de estas mujeres que desean tener un parto eutócico sin anestesia peridural o epidural.

2.OBJETIVOS

2.2 OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la vivencia de las mujeres que hayan tenido un parto eutócico mediante terapias no farmacológicas en el Hospital Sant Joan de Manresa.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar las terapias alternativas y complementarias más utilizadas para el alivio del dolor en las mujeres que hayan tenido un parto eutócico mediante terapias no farmacológicas.
- ❖ Describir los efectos de las terapias no farmacológicas en el alivio de dolor durante el proceso del parto.

3.MARCO TEORICO

3.1 ETIOLOGIA DEL PARTO

El parto es un proceso fisiológico que da fin a la gestación mediante la salida al exterior del feto y sus anejos⁽⁸⁾ en el cual cabe distinguir entre un parto eutócico, que son aquellos que dan lugar al nacimiento de un bebé vivo sin que haya ninguna alteración durante el proceso y que transcurre por las vías naturales y un parto distócico, que son aquellos que se complican a causa de diversos problemas en el motor del parto, el canal de este o en el feto⁽⁸⁾.

Por otra parte, según la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal⁽¹⁾ el tipo de parto se puede clasificar según diversas características como son el tiempo de gestación (a término, pre término o post término) el inicio del parto (espontaneo o provocado) la evolución (vaginal o abdominal), la presentación del feto (podálico, cefálico o de espalda), el número de fetos (simple o múltiple) y la duración del proceso del parto (normal, precipitado o prolongado).

3.2 CLASIFICACION

El parto se puede clasificar en diferentes características, Autores como González de Zárate Apiñaniz J, Fernández Rodrigo B, Gómez Herreras JI ⁽⁶⁾ definen los tipos de parto según sean eutócicos o distócicos.

3.2.1 Parto eutócico

La Federación de Asociaciones de Matrona de España (FAME)⁽¹²⁾ define el parto normal o eutócico como “el parto de comienzo espontaneo, de escaso riesgo desde el principio hasta el final del proceso, es decir, el alumbramiento. El hijo nace entre la semana 37 a la 42 en posición cefálica. Después del alumbramiento con el que culmina el proceso de la gestación, la madre y el bebé se encuentran en perfecto estado”.

La guía sobre la iniciativa al parto normal de la FAME ⁽¹²⁾precisa que una mujer está de parto cuando se inician cambios cervicales y aparecen las contracciones uterinas

de forma rítmica cada siete minutos aproximadamente. Un parto eutócico sucede en tres periodos⁽¹²⁾:

- ❖ Periodo de dilatación: Se conoce como la fase activa de la primera etapa del parto que comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10 cm. Este periodo de dilatación comprende dos fases: el borramiento, que suele iniciarse durante la fase latente, antes de la fase activa del parto y la dilatación del cuello propiamente dicha.
- ❖ El periodo expulsivo: Es un periodo más corto que el de dilatación y transcurre entre el final de la dilatación del cuello uterino y la salida del feto al exterior. Las contracciones uterinas son fuertes, duraderas y frecuentes y suceden cada 2 o 3 minutos con una duración clínica de unos 60 segundos.
- ❖ El periodo de alumbramiento: Es el periodo del parto durante el cual, una vez finalizada la expulsión del feto, se produce el desprendimiento de los anejos fetales del útero (placenta, membranas y cordón umbilical) y su expulsión al exterior.

3.2.2 Parto distócico

La FAME ⁽¹²⁾ también define el parto distócico como “parto con progresión anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal”. A pesar de que el parto sea algo natural y fisiológico, la mujer embarazada puede pasar a ser una paciente, pasando de un proceso fisiológico a un proceso patológico⁽¹³⁾.

Las distocias se pueden clasificar en distocias mecánicas, en donde el motor del parto presenta alguna alteración y distocias pelvi fetales, debido a una anomalía en el canal del parto i/o el objeto del parto ⁽¹⁴⁾.

Las causas de las complicaciones en el momento del parto son muy diversas y dependen de diversos factores. Según la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio ⁽¹⁴⁾, algunos factores de riesgo asociados a un parto distócico son las siguientes:

Parto domiciliario, gestantes obesas y desnutridas, gestantes menores de edad, intervalo de analgesia prolongado, cesáreas anteriores, inicio precoz de la vida sexual sin protección, diabetes materna, distocia de partos anteriores, prematuridad, placenta previa, etc. (14).

Por lo general en este tipo de partos es necesario el uso de métodos invasivos para la mujer para asegurar el bienestar de ambos, ya que el proceso natural se ve afectado. Ello comportará al uso de métodos farmacológicos, uso de instrumentalización, e incluso el parto puede acabar en una cesárea (15).

3.3 EL DOLOR EN EL PROCESO DEL PARTO

El dolor sufrido por las mujeres durante el parto se ve afectado por cantidad de factores tanto fisiológicos como psicosociales y la intensidad del mismo puede variar enormemente (2). El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento(16). Por ello, el alivio del dolor durante el parto ocupa un lugar prioritario en los cuidados de la matrona, teniendo en cuenta los deseos de la madre para así aumentar su bienestar físico y emocional(12).

Una adecuada preparación y orientación sobre lo que ocurrirá o pudiera ocurrir durante el parto, influirá favorablemente en la satisfacción de las mujeres sobre el desarrollo del parto, evitando expectativas no realistas (4)Por ello, es muy importante que dispongan de la mayor información posible y veraz sobre los diferentes métodos de alivio del dolor y poder acceder al más amplio abanico de estos (4).

Existen métodos no farmacológicos y farmacológicos para el alivio del dolor y es la mujer quien debe decidir de forma libre y voluntaria la elección del método(6).

3.3.1 METODOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

Toda mujer tiene derecho a un parto sin dolor y para que eso sea posible existen diferentes técnicas para su alivio(8).

Métodos farmacológicos

Existen diferentes técnicas farmacológicas para el manejo del dolor durante el proceso del parto, ya sea de forma inhalatoria mediante óxido nitroso al 50%, o medicamentos sistémicos, como son los narcóticos o anestesia regional⁽¹⁷⁾. La anestesia epidural que es la más conocida y utilizada por las gestantes para controlar el dolor⁽¹⁷⁾.

❖ Anestesia epidural:

A lo largo de los últimos 20 años, en España se ha popularizado tanto en su conocimiento como en su uso⁽¹⁸⁾. Esta técnica consiste en la inyección de un anestésico local en la región lumbar entre dos vértebras, L3 – L4o L4 – L5, cerca de los nervios que transmiten la sensación de dolor. La elección de analgesia epidural es un derecho que la mujer tiene, y que únicamente está limitado su uso por las condiciones físicas y de salud⁽¹⁸⁾.

Este método ha causado mucha controversia hoy en día, mujeres e incluso profesionales no tienen todavía una opinión definida, existiendo un debate entre dos visiones antagónicas. Por una parte, autores como Samuel C. Hughes⁽¹⁹⁾ ponen de manifiesto los beneficios que tiene el uso de la anestesia epidural para aliviar el dolor del parto, ya que refieren que a las mujeres a las que se les inyecta la anestesia epidural se les disminuye dolor en las contracciones lo que conlleva a una disminución del estrés y la ansiedad^(9,20).

Por otro lado diversos autores como Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L⁽¹⁰⁾ han descrito los efectos secundarios que provoca el uso de la anestesia epidural ya sea en el feto como en la madre durante las diferentes etapas del proceso del parto. Entre los efectos adversos más destacados de esta técnica se encuentran; la ralentización del proceso de parto, la pérdida de la capacidad para pujar, hipotensión arterial de la madre, la pérdida de sensibilidad en la vejiga, escalofríos, dolores en la zona de punción, bradicardia, dolores de cabeza persistentes en el postparto, fiebre alta y hematomas⁽¹⁰⁾.

La eficacia de esta técnica está evidenciada a la hora de aliviar el dolor⁽²¹⁾, pero es comprensible que debido a los efectos o complicaciones que puede producir las mujeres gestantes lo rechacen.

Métodos no farmacológicos

Existe un amplio abanico de técnicas y métodos no farmacológicos que se pueden nombrar como terapias alternativas y complementarias para el alivio del dolor en el proceso del parto ⁽¹⁸⁾. En general, se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente más acerca de la analgesia epidural, por eso es necesario incluir todas las opciones existentes, y dar a conocer también, la posibilidad de utilizar métodos no farmacológicos para aliviar el dolor de parto⁽²²⁾.

En el campo de la obstetricia las terapias alternativas y complementarias más utilizadas son las siguientes⁽²³⁾:

❖ Inmersión en agua:

Es la utilización de agua con fines terapéuticos que consiste en la inmersión en una bañera de agua caliente durante el parto aproximadamente entre 32 y 36°C, este método se utiliza en la mayoría de veces durante la fase de dilatación⁽²⁴⁾.

Diferentes estudios como el realizado por el Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología(ACOG)⁽²⁴⁾ ponen de manifiesto los efectos positivos de esta técnica, ya que por una parte ofrece flotabilidad a la mujer, esto hace que le sea más cómodo tomar posturas verticales, reduce su esfuerzo para aguantar el peso del abdomen y como consecuencia, la ayuda a relajarse. También se ha demostrado que está relacionado a una mejor liberación de oxitócica al disminuir la ansiedad y el estrés⁽²⁴⁾.

Según un estudio realizado por Elizabeth R Cluett y Ethel Burns⁽²⁵⁾ esta técnica no conlleva a efectos adversos ni al aumento de la probabilidad de cesáreas o de la duración del parto además de reducir la necesidad del uso de analgesia epidural o peridural, por ello es recomendable su uso para las mujeres que vayan a dar a luz.

❖ Inyecciones de agua estéril

Esta forma de analgesia consiste en la administración intradérmica o subcutánea de agua estéril (0,1-0,5 ml), estas inyecciones deben realizarse a ambos lados de la base de la columna vertebral, dentro del área conocida como rombo de Michaelis. Su efectividad alcanza su punto máximo a los 30 - 40 minutos de su aplicación y puede durar en torno a los 90 minutos. Se recomienda su aplicación temprana durante la fase de dilatación en una contracción y simultáneamente por dos profesionales para el alivio del dolor lumbar ⁽²⁶⁾.

La Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal ⁽¹⁾ considera que es un método eficaz de alivio del dolor lumbar durante el parto, aunque el intenso escozor y dolores momentáneos que indican las mujeres durante la administración de las inyecciones hacen que su uso no esté tan extendido. A pesar de que este último sea un efecto adverso de la técnica sus beneficios pueden ser de gran ayuda para el alivio del dolor durante el parto y por ello puede ser una alternativa no farmacológica aconsejable para la gestante ⁽²⁷⁾.

❖ Pelotas de parto

En los últimos años, se ha comenzado a usar esta técnica en las salas de parto para tratar de buscar el bienestar de las mujeres, relajar la musculatura y proporcionar comodidad a la mujer ofreciendo un lugar de apoyo, y permitiendo la movilidad de la pelvis, que se traduce en alivio del dolor ⁽²⁸⁾. Está indicada en la fase de dilatación del parto, permite movimientos suaves y de contracción del suelo pélvico facilitando el descenso del bebé y la corriente sanguínea hacia la placenta ⁽²⁸⁾.

Existen diferentes evidencias científicas que han comprobado su efectividad como el estudio realizado por Beatriz Elena Delgado García ⁽²⁹⁾ sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto, en la cual se concluye que “a partir de los 8 centímetros de dilatación las mujeres que no han solicitado analgesia farmacológica y que usan la pelota de partos refieren menos dolor que las que no la usan”.

Los beneficios de esta técnica pueden llevar al alivio de las mujeres sobre el dolor del parto y es por esta razón por la que la mujer gestante debe estar informada sobre el uso de esta terapia⁽³⁰⁾.

❖ Masajes

Esta terapia se realiza mediante la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, es un método de alivio del dolor que tiene efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés⁽³¹⁾.

Se pueden realizar varios tipos de masajes bien superficiales, con la yema de los dedos sobre el abdomen, espalda, cuello, zona lumbar o pies, como masajes profundos, con la palma de la mano, el puño, o una pelota, utilizando aceite o crema sobre la zona lumbar⁽¹⁾.

Según los autores Smith CA, Levett KM, Collins CT y JonesL⁽³²⁾ el masaje es un método completamente recomendado y se puede realizar mediante todo el trabajo del parto, ya que no muestra que pueda haber ningún efecto adverso ni para el feto ni para la mujer.

❖ Compresas perianales

Esta técnica consiste en la aplicación de frío o calor en la zona del periné de la mujer. Mediante esta técnica se pueden reducir los riesgos de lesiones perineales y provoca un efecto relajante en la mujer ⁽³³⁾.

Un estudio realizado por Rull CT ⁽³⁴⁾ pudo concluir que “la aplicación de termoterapia en el periné es eficaz para reducir el dolor durante el periodo expulsivo de parto normal, pero no modifica el número de lesiones perineales que necesitaron sutura postparto”.

También ha demostrado que la aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de un parto normal no modifica los la puntuación del test de Apgar y no repercute negativamente al proceso de la madre es por ello que es recomendable el uso de esta técnica en las gestantes ⁽³⁴⁾.

También existen otras terapias alternativas para el momento del parto, aunque su uso no es tan extenso⁽²³⁾. Estos son algunos de ellos:

Terapia alternativa	Beneficios	Efectos adversos/ contraindicaciones
Neuroestimulación nerviosa transcutánea (TENS)	Se utilizan impulsos eléctricos de bajo voltaje alivia el dolor durante el parto ⁽³⁵⁾ .	No existe ninguna clara evidencia científica de sus contraindicaciones.
Hipnosis	Mediante la alteración de la consciencia se modifican algunas funciones fisiológicas involuntarias como el dolor ⁽³⁶⁾ .	No existe ningún estudio concluyente que verifique sus riesgos o contraindicaciones como tampoco su muestra su eficacia.
Aromaterapia	Disminuye el estrés y la ansiedad usando aceites esenciales de diferentes olores ⁽³⁷⁾ .	El uso de estas terapias no presenta ningún riesgo o contradicción ⁽³⁷⁾ .
Acupuntura	Disminuye el dolor y la duración del parto, mediante la inserción de agujas en la piel o presionando en determinados puntos ⁽³⁸⁾ .	A pesar de que algunos ensayos encuentran diferencias respecto al acortamiento de la duración del parto, no se ha podido establecer una conclusión sobre la eficacia ⁽³⁸⁾ .
Acompañamiento y libertad de movimientos	Ayudan a la mujer a sobrellevar mejor el dolor del parto ⁽¹²⁾	Estas terapias o métodos están totalmente recomendados

Fuente: propia

3.4 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El uso de terapias alternativas y complementarias ha ido incrementado en los últimos años en el campo de la obstetricia como en otros campos. Es por esta razón que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad público⁽³⁹⁾ en el 2011 publicó el primer documento de análisis de situación de las terapias naturales donde se describe la situación de estas terapias en España y en el extranjero.

Por otro lado según el informe Cambrella ⁽⁴⁰⁾ publicado en el 2012 sobre el reglamento de las terapias complementarias y alternativas (TCA) en los países europeo, “en España las autoridades estatales son tolerantes en cuanto a las TCA como un servicio complementario, pero sin que sean integrados el servicio de asistencia médica, aunque son a las autoridades regionales a quienes se ha derivado esta regulación”⁽⁴⁰⁾.

La satisfacción de la mujeres en cuanto a su proceso de parto y el nacimiento está influenciado por diversos factores, así autores como Honett⁽⁵⁾ describen como elementos más influyentes las expectativas personales de las gestantes, el apoyo, la calidad de la relación con los profesionales sanitarios y la participación de la mujer en la toma de decisiones.

Existen diversas escalas para conocer el grado de satisfacción de la mujer en cuanto a su proceso de parto ,como es la escala “ the Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction” (COMFORTS)⁽⁴¹⁾ que en el año 2009 fue adaptada y validada para la población española⁽⁴²⁾.

Actualmente, diversos estudios han puesto de manifiesto el grado de satisfacción de las madres en cuanto a su proceso de parto, según la técnica del manejo del dolor utilizada, como en el estudio realizado en Granada en el año 2013⁽⁴³⁾, donde se realizó un estudio descriptivo transversal en 60 madres y se pudo concluir que “el parto vaginal sin epidural crea una mayor satisfacción en la madre” junto con la instauración de una lactancia materna.

En cuanto al campo de obstetricia existen diferentes guías clínicas sobre el parto natural donde se contemplan algunas de las terapias alternativas y complementarias que existen^(1,12).

Terapias complementarias en el Hospital Sant Joan de Deu

En el hospital de Althaia de Manresa se ofrecen técnicas no farmacológicas para el dolor de parto además de la solicitada anestesia epidural. Eso conlleva que los profesionales sanitarios tengan cada vez una mayor competencia y conocimientos sobre el tema.

La mujer gestante tiene la oportunidad de rellenar el “Plan de Partos y nacimiento”[anexo 1], que se trata de un documento donde la mujer puede expresar sus preferencias y necesidades en cuanto al del parto y su proceso. Es una herramienta tanto para la madre como para los profesionales, ya que se muestra de forma escrita las opciones y elecciones de la gestante⁽⁴⁴⁾.

Es en este documento en donde la gestante se puede informar sobre las terapias alternativas a las farmacológicas que les puede ofrecer el hospital Sant Joan de Deu donde se ofrecen las siguientes terapias alternativas no farmacológicas; inmersión en el agua, pelotas de parto, estimulación cutánea como masajes superficiales, compresas perianales aplicación de calor y/o frío local, la posibilidad de estar acompañada y realizar movimientos con libertad.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE DISEÑO

Para conseguir los objetivos planteados en el estudio la investigación se realizará desde una perspectiva y un enfoque metodológico de tipo cualitativo que se puede definir como una forma de investigar en la que lo fundamental es comprender la realidad humana desde el punto de vista de los sujetos y utilizando el lenguaje como fuente esencial de la evidencia empírica, teniendo un enfoque exploratorio y descriptivo, orientado en la descripción y comprensión de la experiencia⁽⁴⁵⁾.

El autor Husserl ⁽⁴⁶⁾ planteo que la realidad se puede conocer analizando las cualidades de la experiencia ,por ello el diseño del estudio será fenomenológico descriptivo, ya que la finalidad es identificar las perspectivas de los pacientes, es decir, comprender el significado que tiene para las mujeres la experiencia de dar a luz mediante las terapias alternativas no farmacológicas.

4.2 PARTICIPANTES

La población del estudio son las mujeres que hayan dado a luz mediante terapias alternativas a la anestesia epidural en el Hospital San Joan de Deu de Manresa.

La elección de los individuos para la participación en el estudio, se basará en aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión que se especificaran a continuación.

4.3 MUESTREO

La muestra previsible inicial será pequeña, probablemente entre 6- 12 participantes.

La elección se realizará mediante la técnica de muestreo de tipo no probabilístico, de conveniencia, ya que todas las mujeres que hayan dado a luz en el hospital no tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra, ya que deben cumplir los criterios de inclusión ⁽⁴⁵⁾.

Será un muestreo acumulativo para lograr la información necesaria para lograr el objetivo del estudio, por ello finalizará cuando se consiga la saturación de datos que como el autor Morse J⁽⁴⁵⁾ definió “se trata del punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos”, es decir, cuando los datos no aporten ninguna idea nueva o dato relevante ⁽⁴⁷⁾ Los criterios de inclusión y exclusión serán:

Criterios de inclusión

- ❖ Mujeres que hayan tenido un parto eutócico mediante terapias alternativas a las farmacológicas en el Hospital san Joan de Deu de Manresa, de manera exclusiva
- ❖ Mujeres sin antecedentes patológicos previos ni secundarios al embarazo.
- ❖ Hayan tenido un embarazo de bajo riesgo.
- ❖ Mujeres primíparas o multíparas.
- ❖ Mujeres que entiendan, escriban y lean en castellano o en catalán.
- ❖ Que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado.
- ❖ Mujeres que hayan dado a luz a un bebe sano.

Criterios de exclusión

- ❖ Mujeres que hayan dado a luz hace más de un año.
- ❖ Mujeres que hayan dado a luz a un feto sin vida.

4.4 TECNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Para la selección de pacientes, se solicitará la colaboración de los profesionales sanitarios del hospital, más concretamente a las enfermeras y matronas de la unidad de obstetricia, para conocer que pacientes son los adecuados para el estudio mediante las historias clínicas, dándoles a conocer de antemano los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se procederá a ponerse en contacto por vía telefónica con los participantes para concertar una cita en la sala concedida por la dirección de los centros.

En dicha cita se les explicará individualmente en que consiste el estudio y si está interesada en participar, se le entregará el consentimiento informado [anexo 2] la cual se la podrá llevar para volver a leerlo y se le explicara que en caso de querer participar deberán traer el consentimiento firmado para la siguiente cita que se acordara ese mismo día. Con la firma del consentimiento, formará parte del estudio y se podrá proceder a la recopilación de información.

Para la obtención de datos se utilizarán diversas herramientas como son la entrevista semiestructurada en profundidad y el grupo focal, en las cuales se utilizará el diario de campo para complementar la recogida de datos⁽⁴⁷⁾.

A partir de estos tres instrumentos de recogida de datos, se podrá hacer la triangulación de los datos obtenidos y así aumentar la calidad de la investigación llevada a cabo.

❖ *Entrevista semiestructurada en profundidad* [anexo 3]

Se trata de una herramienta de comunicación bidireccional entre el participante y el investigador sobre el tema a estudiar. Autores como Denzin y Lincoln ⁽⁴⁸⁾ han definido la entrevista como “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. En la entrevista predominará la flexibilidad y la intención de profundizar sobre la experiencia de las mujeres participantes, para ello, se utilizará la comunicación verbal y la no verbal para poder percibir que le provoca a la participante esta entrevista.

El lugar de las entrevistas se llevará a cabo en las salas concedidas por el hospital y durará aproximadamente una hora, aunque dependiendo de la evolución de la entrevista este tiempo podrá ser modificado.

Se realizarán entrevistas siguiendo un guion semiestructurado con preguntas abiertas, intentando en todo momento no condicionar la respuesta de la participante. La mujer hablará de sentimientos, emociones, intenciones, creencias, pensamientos...que constituyen aspectos que no son observables directamente, siendo posible la inclusión o modificación de preguntas en función de las respuestas obtenidas anteriormente, con tal de enriquecer la información del estudio.

La entrevista comenzará con preguntas en general para garantizar desde un principio la comodidad de la participante y seguidamente se introducirán preguntas más concretas.

La información que de cada participante se registrará mediante una grabadora y posteriormente será transcrita literalmente.

Se contará con la participación de 6 a 12 participantes según la evolución del estudio, es decir, hasta llegar a la saturación de datos.

Al finalizar se le agradecerá la colaboración y tiempo proporcionado, y se le reenviarán las entrevistas para garantizar la veracidad de las mismas.

❖ *Grupo focal* [anexo 4]

Es una conversación planificada y diseñada de forma precisa con el objetivo de conseguir información de una temática concreta, desarrollada en un entorno permisivo y no directivo para conseguir auto confesiones de los participantes ⁽⁴⁵⁾.

Autores como Abraham Korman y Richard Kragan⁽⁴⁵⁾ han definido esta técnica esclareciendo los beneficios que otorgan a la investigación, así como a la Sociedad.

Se realizará una reunión en las salas concedidas por el hospital y tendrá una duración de una hora, en la cuales se podrán intercambiar las experiencias vividas, siguiendo un guion de preguntas ya concretadas

Las participantes del grupo serán las mismas que anteriormente han colaborado en la entrevista, para así mediante este grupo focal poder obtener más información y clarificar la obtenida previamente.

Será un especialista en investigación cualitativa quien haga el papel de moderador, orientando sobre el tiempo de cada respuesta con la finalidad de que todos participen, ya que el investigador será el encargado de la observación y anotación de la información.

Estas sesiones serán grabadas mediante una grabadora de audio, para después reenviarlo a cada participante para garantizar su veracidad.

❖ *Diario de campo* [anexo 5]

Son las anotaciones personales que se llevarán a cabo por el investigador⁽⁴⁷⁾ y que se realizará durante de la entrevista, el grupo focal y la observación no participante donde se anotará la fecha, el lugar, la duración de los encuentros y los problemas encontrados, así como la información no verbal o interpretaciones del investigador. También se registrarán todos los acontecimientos que se produzcan, las vivencias, los sentimientos y las reacciones del investigador ⁽³⁸⁾.

Este registro debe mantener una secuencia temporal.

4.5 ANALISIS DE DATOS

Este proceso se realiza de manera paralela con la recogida de datos, ya que el objetivo es mejorar la calidad de esta información para alcanzar los objetivos del fenómeno de estudio.

Cada entrevista junto con los datos obtenidos en los grupos focales y el diario de campo serán transcrita literalmente, utilizando el programa de transcripción software F4 versión 5.2 anotando las valoraciones en el diario de campo. Una vez realizado este proceso, se les enviara las transcripciones de las entrevistas a cada participante para poder contrastarlo y asegurar su veracidad. Acto seguido se realizará la inmersión de los datos que consiste en releer la información para familiarizarse con los datos para así proseguir con la identificación de todos los verbatims posibles y su codificación mediante el programa informático Atlas ti versión 7.1.

Los códigos son etiquetas para identificar categorías, es decir, describen un segmento del texto, imagen u otro material pudiendo ser un número o palabra.

Después de agrupar y codificar los verbatims, se identificarán las diferentes categorías y finalmente poder agrupar las categorías en metacategorías.

4.6 CRITERIOS DE RIGOR Y VALIDEZ

Para garantizar que el estudio presenta rigor y validez, este estudio se basará en los cuatro criterios de rigor descritos por Guba y Lincoln ⁽⁴⁹⁾.

- ❖ **Credibilidad:** mediante este criterio se asegura que los resultados obtenidos y la conclusión obtenida son creíbles. La saturación de datos asegurará una muestra adecuada y representativa, ya que no se obtendrá nueva información, garantizando la validez del estudio.
- ❖ **Transferibilidad:** Se asegurará que los resultados de la investigación puedan ser transferibles para que haya la posibilidad de extrapolar estos resultados a otras situaciones o contextos con características similares. Para ello será necesario que los datos sean de calidad y que sean suficientes.
- ❖ **Confirmabilidad:** Se garantizará la confirmación de los resultados, para ello, los participantes del proyecto obtendrán una copia de la entrevista y de los grupos focales una vez hayan sido transcritas para que puedan corroborar la información.
- ❖ **Dependencia:** Mediante la triangulación de las técnicas de recogida de datos se asegurará que los resultados de la investigación serán estables y repetibles.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

En primer lugar, se solicitará autorización al Comité d'Ética de Recerca de la Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya (CER UVIC-UCC), explicando el estudio, adjuntando la información necesaria para su aprobación del proyecto y así poderlo llevar a cabo.

Una vez el CER UVIC-UCC haya autorizado la realización de este proyecto, se realizará la solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) [anexo 6]. Una vez aprobadas las autorizaciones se empezará con la selección de pacientes.

Para llevar a cabo este estudio se tendrán en cuenta los cuatro principios de bioética, declarados en la declaración de Belmont en 1979⁽⁴¹⁾ que son la no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

También se tendrán en cuenta para la realización del proyecto la declaración de Helsinki⁽⁵⁰⁾ y el código Núremberg⁽⁵¹⁾ ya que son propuestas de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Una vez aceptadas los permisos de las instituciones, se les informará a los participantes sobre el estudio, especificando en qué consistirá su colaboración y que se hará con los datos personales, todo ello de forma verbal y posteriormente mediante un consentimiento escrito.

Se respetará la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. Por la cual en el estudio no se vulnerará la intimidad de los participantes, y se velará en todo momento por su bienestar ⁽⁵²⁾.

4.8 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Para empezar el estudio, una vez se hayan aceptado todas las solicitudes de las instituciones, se comenzará con la búsqueda de los participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Para ello se contará con la colaboración del personal sanitario de las matronas y enfermeras del centro de estudio ya que podrán acceder a la información de las historias clínicas.

Después de la elección de la muestra, se contactará por vía telefónica con cada una de las participantes y se concertará una cita. Se les proporcionará toda la información sobre el estudio y se procederá a la entrega del consentimiento informado, en las salas concedidas por el centro, donde se les proporcionará el informe para que lo puedan leer al domicilio y entregarlo firmado el día de la entrevista. En esta misma cita se acordarán las fechas para realizar la entrevista en profundidad y la reunión del grupo focal.

Una vez concretadas todas las citas, se procederá a la elaboración de las entrevistas en profundidad, que serán grabadas para su transcripción literal.

Cuando las entrevistas estén transcritas, se iniciarán las reuniones de los grupos focales, donde las participantes se reunirán en las salas concedidas por los centros e intercambiarán las experiencias vividas, siguiendo un guion de preguntas ya concretadas y en la cuales una especialista en investigación cualitativa será moderadora la sesión. Todo ello como en el caso de las entrevistas, utilizando una grabadora.

Paralelamente a las entrevistas y grupos focales, se irán anotando las observaciones e interpretaciones en el diario de campo.

Para finalizar, la información de los grupos focales se transcribirá y se analizará y los datos serán almacenados donde solo tendrá acceso el investigador.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo este estudio puede haber diversas limitaciones que interrumpan o dificulten su ejecución. Por una parte, el abandono del participante durante el procedimiento del estudio, lo que comportará cambios de la muestra inicial.

Por otra parte, el estudio podría estar limitado a la hora de poder valorar el grado de satisfacción según la vivencia de cada mujer, ya que el dolor es subjetivo, único e intrínseco y cada experiencia puede estar influenciada a factores diferentes.

Otra de las limitaciones que se pueden encontrar en el estudio es que, al tratarse de vivencias y experiencias de un proceso único, la participante puede sentirse cohibida a la hora de expresarse en los grupos focales, y de este modo podría perderse información relevante.

Por último, será necesaria la colaboración de un moderador con conocimientos sobre la investigación cualitativa, esta moderadora debería ser una trabajadora del centro por lo que resultara una limitación encontrar a una persona que cumpla con todos estos requisitos.

6. RECURSOS

Para la realización del estudio se necesitarán los siguientes recursos:

- ❖ Recursos humanos:
 - ✓ Una investigadora: Realiza el estudio.
 - ✓ Una moderadora, experta en investigación cualitativa
 - ✓ Las matronas del Hospital San Joan de Deu: para poder acceder a las historias clínicas y poder obtener más información sobre las terapias alternativas que realizan.
 - ✓ Los participantes del estudio: Son el motivo del estudio.
- ❖ Recursos materiales:
 - ✓ Un ordenador.
 - ✓ Una grabadora de audio.
 - ✓ Cuaderno de notas.
 - ✓ Consentimientos informados.
 - ✓ Una sala de reuniones del Hospital San Joan de Deu.
 - ✓ Software informático: F4 versión 5.2 (transcribir los datos) y Atlas ti versión 7.1 (manejo y gestión de datos).

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Mediante los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación se prevé poder identificar las técnicas no farmacológicas más eficaces y la repercusión que tienen en las madres en relación a su vivencia en el proceso del parto, con la finalidad de poder llevar a cabo una intervención educativa eficaz a nivel de atención primaria, mediante el seguimiento prenatal de la gestante. De esta forma, se podrá comenzar a aplicar e informar a las mujeres embarazadas de una forma más clara y específica sobre los métodos alternativos que tienen a disposición a la hora de dar a luz.

8. PLAN DE DIFUSION

Una vez finalizado el estudio se realizará un tríptico informativo que permita al personal sanitario conocer la efectividad de las técnicas no farmacológicas en el tratamiento del dolor durante el parto, mediante las vivencias de las mujeres que han dado a luz, para que así puedan ser recomendadas a las mujeres gestantes y utilizadas con eficacia y seguridad. Este tríptico se presentará en formato papel o electrónico, para que pueda adaptarse a todos los profesionales, con el objetivo de difundirlo a los profesionales sanitarios de esta área como obstetras, matronas y enfermeras, a través de sus instituciones y asociaciones.

Por otra parte, por medio del artículo científico se pretenderá la difusión y comunicación de las conclusiones y resultados sobre la realidad estudiada y la exposición de los nuevos hallazgos de la investigación. Para ello se enviara el artículo a diferentes revistas de enfermería española como la revista *Ágora de Enfermería*, *Metas de Enfermería* y *Rol de Enfermería*.

Finalmente, con la finalidad de dar a conocer los resultados de esta investigación a todos los beneficiarios directos e indirectos, se utilizará como herramienta los congresos sanitarios de enfermería de Cataluña que se realicen en el ámbito de atención primaria como hospitalaria.

9. CONCLUSIONES

Al contemplar el tema del alivio del dolor en el parto, hay que partir de la base de que las mujeres deben poder elegir con libertad el tratamiento que ellas consideren que mejor les va a ayudar a controlarlo durante todo el proceso. Por ello, creo que es muy importante que las gestantes tengan a su disposición todos los conocimientos e información sobre las diferentes técnicas de alivio del dolor de las que disponen y es por este motivo que la elección del tema de estudio haya sido esta.

La elaboración de este estudio me ha proporcionado conocimientos tanto del tema en sí como del proceso de realización de un estudio de investigación cualitativa. He podido conocer más profunda y específicamente el proceso del parto, y los métodos que existen para el alivio del dolor, lo que me ha llevado a realizar mis reflexiones personales del tema.

Durante la elaboración de este proyecto me he encontrado con diversos retos en los cuales he tenido que reflexionar y adquirir nuevos conocimientos para afrontarlos. Por una parte, el uso de nuevas herramientas como los gestores bibliográficos han sido un aspecto que me ha resultado en ciertas ocasiones un obstáculo para seguir con el estudio. Otros de las limitaciones también ha sido la falta de experiencia en relación a la redacción de la metodología cualitativa.

Este trabajo de investigación es una gran herramienta para poder conocerme en diversos aspectos como son la gestión del tiempo de trabajo autónomo, el autoconocimiento en situaciones de presión y estrés y en cuanto a la capacidad de autocrítica.

Considero que el trabajo es una labor muy enriquecedora en esta última etapa de formación universitaria, ya que se profundizan conceptos tratados anteriormente durante los cuatro años. La investigación enfermera es una vertiente que comienza a emerger en la actualidad y que es necesaria para aportar conocimientos novedosos que mejoren y enriquezcan la ciencia enfermera.

10. CRONOGRAMA

	2017				2018								
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
Recibir la aprobación del estudio (CEIC,CER UVIC)													
Trabajo de campo													
Realización de entrevistas													
Observación no participante													
Grupo focal													
Análisis de datos													
Transcripción y codificación de datos													
Elaboración de los resultados y Discusión													
Elaboración de conclusiones													
Plan de difusión													

11. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de práctica clínica en el SNS; 2010. p. 167.
2. Da R, Pereira R, Franco SC, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2011 [citado 16 de mayo de 2017];61(3):204-10. Recuperado a partir de:
http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
3. Costa-Martins JM, Pereira M, Martins H, Moura-Ramos M, Coelho R, Tavares J. The influence of women's attachment style on the chronobiology of labour pain, analgesic consumption and pharmacological effect. *Chronobiol Int* [Internet]. 2014 [citado 11 de febrero de 2017];31(6):787-96. Recuperado a partir de:
http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=24673295%5Cnhttp://sfx.ucl.ac.uk/sfx_local?sid=OVID:embase&id=pmid:24673295&id=doi:10.3109/07420528.2014.901973&issn=1525-6073&isbn=&volume=31&issue=6&spage=787&pages=787-796&d
4. Simkin P. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *J Perinat Educ* [Internet]. 2011 [citado 5 de marzo de 2017];20(3):166-76. Recuperado a partir de:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3209770&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [citado 17 de mayo de 2017];186(5):160-72. Recuperado a partir de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802701890>
6. González de Zárate Apiñaniz J, Fernández Rodrigo B, Gómez Herreras JI. Historia del alivio del dolor del parto en España. *An la Real Acad Med y Cir Valladolid* [Internet]. 2015 [citado 4 de febrero de 2017];(52):71-84. Recuperado a partir de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5530819>

7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia al parto. Documento de consenso. 2007. p. 29.
8. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Chile. Manual de Obstetricia y Ginecología. 2008.
9. Fernández García N, Ávalos Giménez S, Orellana Reyes M, Martín Martín M. Impacto de la anestesia epidural en la duración y tipo de parto, peso y Apgar del recién nacido. *Metas de enfermería*. 2015;18(4):3.
10. Anim-Somuah M, Smyth RM JL. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [citado 15 de mayo de 2017];12:73. Recuperado a partir de: http://genderbias.net/docs/resources/full_text/dilemmas/epidural_versus_non_epidural_in_labour.pdf
11. Piedrahíta-Gutiérrez DL, España-Chamorro JA, López-Clavijo CA, Henao-Flórez RE. Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. *Iatreia* [Internet]. 2016 [citado 11 de febrero de 2017];29(3):263-9. Recuperado a partir de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/23454>
12. FAME. Federación de Asociaciones de Matronas. Iniciativa parto normal. Guía para madres y padres. 2011. 47 p.
13. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Inst Nac Gestión Sanit. 2014;
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Práctica Clínica para la prevención , detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo , parto o puerperio. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud. 2013. 126 p.
15. Ministerio de Sanidad y Política Social. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. *Boletín Of del Estado*. 2009;3:438.
16. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2012

- [citado 9 de mayo de 2017];(3). Recuperado a partir de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419342>
17. Protocolos asistenciales de la sección de anestesia obstétrica de la sedar. Soc Española Anestesiol Reanim y Ter del Dolor. 2013;177.
 18. Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Analisis de la no eleccion de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: «la buena sufridora». Rev Clin Esp. 2010;17(1):3-15.
 19. Hughes SC. Analgesia methods during labour and delivery. Can J Anaesth [Internet]. 1992 [citado 16 de mayo de 2017];39(1):18-23. Recuperado a partir de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03008840>
 20. Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes. Midwifery [Internet]. 2015 [citado 17 de mayo de 2017];31(4):458-63. Recuperado a partir de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815000078>
 21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol [Internet]. 2002 [citado 16 de mayo de 2017];36(1):177-91. Recuperado a partir de:
http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2002/07000/ACOG_Practice_Bulletin_No__36__Obstetric_Analgesia.32.aspx
 22. Calero CB, López RV, Díaz ML. Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones en España. Rev la Asoc Española Matronas. 2014;1(3):6-13.
 23. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Profesión. 2006;7(1):14-22.
 24. American Academy of pediatrics. Immersion in Water During Labor and Delivery. Pediatrics [Internet]. 2014 [citado 16 de mayo de 2017];13(7):758-61. Recuperado a partir de: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Immersion->

in-Water-During-Labor-and-Delivery

25. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Sao Paulo Med J [Internet]. 2013 [citado 5 de mayo de 2017];131(5):64. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v131n5/1516-3180-spmj-131-05-0364.pdf>
26. Arbués ER, López EA. Pautas alternativas del dolor en el parto de bajo riesgo. Rev Nure Investig [Internet]. 2009 [citado 5 de mayo de 2017];41(1):1-9. Recuperado a partir de: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/commolorparto41_1.pdf
27. Farag A, Mohammed K, Morsy M. Intracutaneous Sterile Water Injections for Relief of Back Pain during Labor. Med J Cairo Univ [Internet]. 2015 [citado 16 de mayo de 2017];83(1):401-8. Recuperado a partir de: <http://medicaljournalofcairouniversity.net/home2/images/pdf/2015/June/49.pdf>
28. Delgado-García BE, Orts-Cortés MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Pérez P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. Enfermería Clínica [Internet]. 2012 [citado 17 de mayo de 2017];22(1):35-40. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111001252>
29. Delgado García BE. Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto [Internet]. Universidad de Alicante; 2015. Recuperado a partir de: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/314773>
30. Luces AM, Pan LM, Bouza E. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. Rev Rol Enfermería [Internet]. 2014 [citado 16 de mayo de 2017];37(3):188-94. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/89048>
31. Chen C, Wang S, Chang M. Effects of massage on pain and anxiety during labour. J Adv Nurs [Internet]. 2002 [citado 16 de mayo de 2017];38(1):68-73. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955313701632>

32. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [citado 7 de mayo de 2017];(2):45. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009290.pub2>
33. Morais Í, Lemos A, Katz L, Melo L, Maciel M, Amorim M, et al. Perineal Pain Management with Cryotherapy after Vaginal Delivery. *Rev Bras Ginecol Obs* [Internet]. 2016 [citado 7 de abril de 2017];38(7):325-32. Recuperado a partir de: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1584941>
34. Terro Rull C, Beneit Montesinos J V, Gol Gomez R, Garriga Comas N, Salgado Poveda I, Ferrer Comalat A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto. *Matronas Profesión*. 2014;15(4):122-9.
35. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy* [Internet]. 2015 [citado 17 de mayo de 2017];29-34. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955315001289>
36. Ruiz LL, Ordi HG, Elvira AC, Muñoz RM. El empleo de la hipnosis en el manejo del dolor del parto. *Rev Casos Clínicos en Salud Ment* [Internet]. 2016 [citado 11 de mayo de 2017];4(1):36-56. Recuperado a partir de: <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/23/25>
37. Gomezese OF, Ribero BE. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *Rev Colomb Anestesiol* [Internet]. 2017 [citado 17 de mayo de 2017];45(2):132-5. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334717300060>
38. Smith CA, Crowther CA, Grant SJ. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 11 de mayo de 2017];8(1):1-44. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002962.pub3>

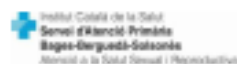
39. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales. España; 2011. 112 p.
40. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Roberti P, Sarsina D, et al. Legal status and regulation of CAM in Europe. 2012.
41. Janssen Patricia A, Dennis C-L, Reime B. Development and Psychometric Testing of the Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale. Res Nurs Health [Internet]. 2006 [citado 16 de mayo de 2017];29:51-60. Recuperado a partir de:
https://www.researchgate.net/publication/7366740_Development_and_psychometric_testing_of_the_Care_in_Obstetrics_Measure_for_Testing_Satisfaction_COMFORTS_Scale
42. M. Leonor Vivanco Montes, Montserrat Solís Muñoz, Gema Magdaleno del Rey, Rosa María Rodríguez Ferrer, Consuelo Alvarez Plaza, Isabel Millán Santos, Margarita Alonso Durán MBFI. Adaptación cultural y validación al español en la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. Metas de enfermería [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2017];15(2):18-26. Recuperado a partir de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3890676>
43. Aguilar Cordero MJ, Sáez Martín I, Menor Rodríguez MJ, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hervás Pérez A, et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [citado 15 de mayo de 2017];28(3):920-6. Recuperado a partir de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6395.pdf>
44. Ministerio de Sanidad Política Social e, Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. Recuperado a partir de:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
45. Hito MTII y AM. Métodos de investigación cualitativa. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. 2012 [citado 11 de febrero de 2017]; Recuperado a partir de:

<http://www.publicacions.ub.edu/hojear.aspx?fichero=07632.pdf>

46. Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental : Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Reencuentro [Internet]. 2012 [citado 5 de mayo de 2017];65:20-9. Recuperado a partir de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824004>
47. Gomez. T, E. Campoy. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos [Internet]. 2013 [citado 5 de mayo de 2017]. Recuperado a partir de:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:T?cnicas+e+in+strumentos+cualitativos+de+recogida+de+datos#1>
48. Norman K Dezin LYS. Post qualitative research. En: The sage handbook of qualitative research. FIFTH. Thousand Oak, California: SAGE; 2011. p. 611-25.
49. Guba EG, Lincoln SY. Competing Paradigms in Qualitative Research. Handb Qual Res [Internet]. 1994 [citado 16 de mayo de 2017];105-17. Recuperado a partir de: [https://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Guba & Lincoln 1994.pdf](https://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Guba%20&%20Lincoln%201994.pdf)
50. Mundial AM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Derechos Helsinki. 2008;
51. Mainetti JA. Código De Núremberg. Etica Médica. 1947;1:2.
52. Ley Orgánica 15 / 1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999);

12. ANEXOS

ANEXO 1 :Plan de nacimiento.



PLA DE NAIXEMENT

DADES ADMINISTRATIVES

- Nom i cognoms: _____
- Nom i cognoms de la vostra parella: _____
- Data probable de part: _____
- Hospital de referència: _____

QUÈ ÉS EL PLA DE PART O PLA DE NAIXEMENT?

Aquest document s'ha dissenyat per tal que pugueu decidir el màxim d'aspectes relacionats amb el part, tenint en compte les vostres expectatives emocionals, afectives i culturals.

Aquest document és una eina que d'una banda serveix perquè expresseu, per escrit, les vostres preferències i necessitats d'acord amb les alternatives que us oferim i d'altra banda perquè nosaltres les puguem conèixer.

L'equip professional de l'ASSIR i el del servei d'obstetrícia d'Althaia, format per llevadores i ginecòlegs/òlogues us proporcionarà la informació necessària perquè pugueu complimentar aquest document. D'aquesta manera podreu prendre decisions informades, entenent que es tracta d'un document dinàmic i que en qualsevol moment podeu variar les vostres preferències. Tanmateix si l'equip professional que té cura de vosaltres identifica alguna situació de risc durant el procés del part us informarà sobre la necessitat de modificar el pla de naixement i us informarà de l'alternativa més adequada.

- Durant el procés de part desitjo:
 - Estar acompanyada de
* Només en casos excepcionals i, prèviament pactat amb l'equip de guàrdia, se permetrà l'accés a dos acompanyants.
 - En cas de cesària, i sempre que sigui possible segons el Protocol del Servei, prefereixo estar:
 - amb acompanyant
 - sense acompanyant
 - Vestuari:
 - portar la meua pròpia roba
 - portar la bata de l'hospital
 - Poder triar, segons disponibilitat del moment:
 - la sala de parts convencional
 - la sala de parts naturals

ANEXO 2 : Consentimiento informado

“Experiencia de las terapias no farmacológicas en el proceso del parto.”

Investigadores: Ainara Martin Irigoyen

Lugar de estudio: Hospital San Joan de Deu, Manresa.

Nombre del paciente:

A través de este documento se le está invitando a participar en este estudio de investigación clínica, el cual se llevará a cabo en su totalidad en el Hospital San Joan de Deu de Manresa.

Este proceso se conoce como consentimiento informado y antes de que tome la decisión de si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto y tómese el tiempo necesario para decidir su participación de forma libre y voluntaria.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este documento, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Si por causa alguna, usted desea abandonar el estudio, no se solicitará ninguna explicación, puesto que la participación o negación a realizarlo, es una decisión propia. En el consentimiento informado se adjunta la carta de revocación al estudio, la cual tendrá que firmar para formalizar esta decisión.

El conocimiento de sus datos, la comunicación y cesión de los mismos, se realizará conforme la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

I. Objetivo del estudio

Este estudio se realiza, con el objetivo de conocer la experiencia de las mujeres que hayan tenido un parto natural mediante terapias no farmacológicas en el Hospital San Joan de Deu de Manresa para poder identificar las terapias alternativas y complementarias más utilizadas para el alivio del dolor y comprender los efectos de estas terapias.

I. Beneficios del estudio

Conocer la utilidad y experiencia de estas terapias alternativas para poder dar a conocer las diferentes vivencias y de este modo permitir en un futuro que otras mujeres puedan tener un conocimiento más extenso sobre ellas.

II. Procedimientos del estudio

Para la realización de este estudio le realizaremos una entrevista, en la cual deberá responder a unas preguntas mediante las cuales podrá explicar su experiencia vivida. Esta entrevista será grabada en soporte audio, ya que después será transcrita.

Después de esta entrevista, se convocarán dos reuniones con los participantes en un grupo cerrado en donde podrán intercambiar puntos de vista sobre el tema de estudio.

Los datos que se recopilen serán guardados de forma confidencial, que solo el investigador podrá tener acceso y los cuales se destruirán después de acabar el estudio.

III. Riesgos asociados al estudio

La participación en este estudio no comportara ningún riesgo físico ni psíquico.

IV. Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee
- No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.

La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado

I. Carta de consentimiento informado

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma de la participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador:

He explicado a la Sra. _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación a seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma de los investigadores

Fecha

Consentimiento para la grabación de la entrevista

Mientras le realizamos la entrevista del estudio, la información que proporcione será grabada y posteriormente transcrita literalmente, con la posibilidad de realizar una segunda entrevista en profundidad con los temas que hayan podido quedar.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Yo _____ con DNI _____ doy mi consentimiento a ser grabada durante la entrevista. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma de la participante

Fecha

ANEXO 3 :Entrevista semiestructurada en profundidad

- ❖ ¿Cómo se sintió en el momento de dar a luz?
- ❖ Podría explicarme lo más relevante para usted sobre su experiencia.
- ❖ ¿Considera que estaba preparada para el momento del parto?
- ❖ En el caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿cuáles cree que fueron sus deficiencias?
- ❖ ¿Cuáles fueron las razones que le motivaron para parir mediante terapias alternativas a la anestesia epidural?
- ❖ ¿Qué información conocía sobre estas terapias?
- ❖ ¿Cuáles fueron las terapias alternativas que utilizo en su parto, y por qué?

- ❖ ¿Cómo se sintió en el momento de dar a luz?
- ❖ ¿Cuales fueron sus mayores miedos/ dudas ante esta decisión?

ANEXO 4: Preguntas del grupo focal

- ❖ ¿Qué creen que les ha podido aportar el uso de métodos no farmacológicos a la hora del alivio del dolor?
- ❖ ¿Que consideran que ha sido lo más destacable en la atención del personal sanitario?
- ❖ ¿Cuáles eran vuestros conocimientos previos sobre estas terapias?
- ❖ ¿Qué aspectos del proceso del parto cambiaríais?
- ❖ ¿Cuáles eran las expectativas que tenías propuestas sobre el proceso del parto?

ANEXO 5: Diario de campo

Nombre del participante:

Técnica cualitativa:

Lugar de estudio:

Fecha:

Investigador:

OBSERBACIÓN	INTERPRETACIÓN

ANEXO 6 : Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Ainara Martin Irigoyen con DNI 44571063-F, alumna de cuarto curso de enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Manresa solicito autorización, para poder llevar a cabo el proyecto de investigación sobre la “experiencia de las terapias alternativas en el proceso del parto”. Para este estudio se escogerán mujeres que hayan dado a luz en la comarca del Bages, concretamente aquellas que hayan parido de forma natural y sin epidural utilizando terapias complementarias y alternativas para el manejo del dolor en el Hospital San Joan de Deu de Manresa.

Para llevar a cabo el estudio se aplicara una metodología cualitativa fenomenológica descriptiva con los objetivos de conocer la experiencia de las mujeres que hayan dado a luz de forma natural mediante terapias alternativas a la anestesia epidural para el manejo del dolor, identificar las terapias alternativas y complementarias más utilizadas para el alivio del dolor en las mujeres que hayan tenido un parto natural y comprender los efectos de las terapias no farmacológicas en el alivio de dolor durante el proceso del parto.

La muestra se escogerá con los pacientes que cumplan los criterios de inclusión de la investigación y acepten libremente su participación en ella, para ello se necesitará tener acceso a la historia clínica de las participantes.

Para la recogida de datos se emplearán la observación no participante, la entrevista semiestructurada en profundidad y un grupo focal.

Durante todo el estudio se tendrá en cuenta los cuatro principios de bioética de beneficencia, no maleficencia, Justicia y autonomía.

Agradezco de antemano la atención que le brinde a la presente solicitud.

Atentamente,

En Manresa, a día..... de..... de 2017