Grau
Infermeria
FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
UMANRESA | UVIC·UCC

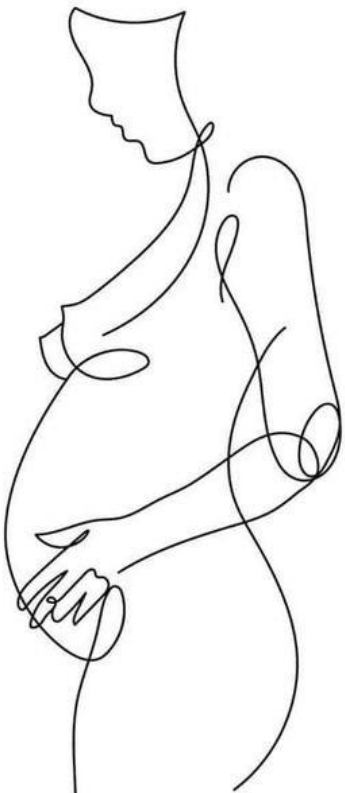
Treball final de grau

GRAU D'INFERMERIA

Fundació Universitària del Bages

Satisfacció de les dones en funció dels diversos mètodes analgèsics utilitzats en el treball del part

Berta Ribalta Canudas



Tutora: Ester Muñoz Sellés

Promoció acadèmica 2018 -2022

Manresa, 18 de maig de 2022

Agraïments

Voldria agrair a totes aquelles persones que m'han donat suport en el dia a dia de l'elaboració d'aquest projecte de recerca, per la paciència i ajuda brindada a l'hora de necessitar motivació.

En especial, voldria agrair i donar les gràcies a la meva tutora Ester Muñoz Sellés, per la seva implicació, col·laboració, dedicació i ajuda en tot el procés del projecte. També dono els meus agraïments a la meva família i amics, pel suport i, a la meva amiga Sira Cors Espinal, per oferir-me ajuda en l'apartat de metodologia i mostreig, gràcies als seus coneixements en estadística.

ÍNDEX

Resum 4
Abstract 5
1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ 6
2. OBJECTIUS D'ESTUDI 7
3. MARC TEÒRIC 8
3.1. En què consisteix el treball del part 8
3.2. Sensacions del treball del part 9
3.3. Evolució històrica de l'analgèsia pels parts 11
3.4. Mètodes per alleujar el dolor del part 12
a) Tècniques analgèsiques farmacològiques 12
1) Analgèsia inhalatòria amb òxid nitrós 12
2) Analgèsia parenteral subcutània amb opioides 13
3) Bloquejos nerviosos perifèrics (pudends) i anestèsia local 14
4) Bloquejos locoregionals 14
b) Tècniques analgèsiques no farmacològiques 16
1) Llibertat de moviments 16
2) Electroteràpia (TENS) 17
3) Termoteràpia 18
4) Hidroteràpia 19
5) Acupuntura 19
6) Injeccions d'aigua estèril 20
7) Tècniques de respiració 20
8) L'acompanyament 21
9) L'aromateràpia 21
10) Massoteràpia 21
11) Altres mètodes 22
3.5. Donar a llum en hospitals públics o privats 23
3.6. En què consisteix la satisfacció de la dona en el treball del part 23
4. METODOLOGIA 25
4.1. Tipus de disseny 25
4.2. Àmbit 25
4.3. Població i mostreig 25
4.4. Criteris d'inclusió i exclusió 26

4.5. Descripció de variables 27
4.6. Instruments de recollida de dades 28
4.7. Anàlisi de dades 28
4.8. Consideracions ètiques i legals 30
4.9. Procediment de l'estudi 30
5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI 31
6. RECURSOS 32
7. CRONOLOGIA DE L'ESTUDI 33
8. PLA DE DIFUSIÓ 34
9. CONCLUSIONS 35
10. BIBLIOGRAFIA 36
ANNEXES 42
Annex 1: Resum de teràpies naturals 42
Annex 2: Avantatges de les diferents posicions 44
Annex 3: Aromateràpia 46
Annex 4: Diferències entre serveis públics i privats 47
Annex 5: Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)* 48
Annex 6: Qüestionari per a la recollida de dades (versió en paper i online) 50
Annex 7: Carta al Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica (CEIC) 55
Annex 8: Full informatiu i model adaptat de Consentiment Informat 56

Resum

El part és un repte tant fisiològic com psicològic per les dones. Per això cal comprendre que el dolor és subjectiu, i que depèn no únicament de factors físics com les contraccions, sinó també de psicològics, com la por. La satisfacció és l'indicador real de qualitat, perquè engloba tant el dolor, com el confort. Aquest estudi tracta de fer una comparació de la satisfacció de diverses dones, segons quin és el mètode analgèsic que hagin utilitzat durant el treball del part.

L'**objectiu** principal d'aquest estudi és avaluar la satisfacció de les dones, que han donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu, segons els diversos mètodes analgèsics fets servir pel control del dolor del treball del part, a Manresa el 2023.

El **disseny** de l'estudi és quantitatiu, de tipus observacional descriptiu transversal.

El tipus de **mostreig** emprat per seleccionar una mostra representativa dins del total, és de tipus probabilístic. Les participants seran dones residents de la comarca del Bages, que hagin donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa. Les dades s'obtindran a través d'un qüestionari online.

A través de la cerca bibliogràfica es pot **concloure** que, moltes dones desconeixen molts de la gran varietat de mètodes analgèsics que es poden utilitzar. També, a través de la cerca, es conclou que l'analgèsia epidural, és el mètode farmacològic més utilitzat, però no el més satisfactori.

PARAULES CLAU: satisfacció, dolor, treball de part, analgèsia farmacològica, analgèsia no farmacològica.

Abstract

Childbirth is a physiological and psychological challenge for women. This is why it is important to understand that pain is subjective, and that it depends not only on physical factors such as contractions, but also on psychological ones, such as fear. Satisfaction is the real indicator of quality, because it encompasses both pain and comfort. This study seeks to make a comparison of the satisfaction of various women, depending on the analgesic method they have used during labor.

The main **objective** of this study is to assess the satisfaction of women who have given birth at the *Hospital de Sant Joan de Déu*, according to the various analgesic methods used to control labor pain in Manresa in 2023.

The **design** type of the study is quantitative, of a cross-sectional descriptive observational nature.

The type of **sampling** used to select a representative sample within the total is probabilistic. The participants will be women residents of *Bages* region, who have given birth at the *Hospital de Sant Joan de Déu* in Manresa. The data will be obtained through an online questionnaire.

Through the literature search it can be **concluded** that many women are unaware of many of the wide variety of possible analgesic methods to use. Also, through this research, it is concluded that epidural analgesia is the most used pharmacological method, but not the most satisfactory.

KEY WORDS: satisfaction, pain, labor, pharmacological analgesia, non-pharmacological analgesia.

1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ

El procés del part sempre ha representat un repte fisiològic i psicològic important per les dones i, a mesura que evoluciona aquest procés, comencen a sentir emocions molt variades. Aquestes emocions trobades com la por, l'ansietat i la tensió, són factors que contribueixen directament amb la percepció del dolor i, és segons com el perceben i com l'afronten, el que determinarà la seva experiència del part. És per això, que aquest estudi d'investigació està enfocat en la satisfacció que obtenen les dones, segons els mètodes analgèsics que hagin utilitzat en el treball de part, ja que com bé s'ha dit, el dolor pot convertir aquesta experiència en un fet traumàtic o record negatiu.

La gran majoria de dones descriuen el dolor del part com a un dolor molt intens, que ve ocasionat per les contraccions uterines, la dilatació del coll de l'úter i per canvis fisiològics que pateixen la vagina i la pelvis. Com bé descriuen moltes embarassades, és un dolor desagradable i a la gran majoria els hi agradaria eliminar-lo o, si més no, disminuir-lo.

Però, la satisfacció, és un factor que depèn únicament de sentir o no sentir dolor? Doncs no, està comprovat que moltes dones valoren com a "estat de satisfacció", no únicament, no tenir dolor, sinó altres aspectes com l'acompanyament, la sensibilitat, el tracte rebut, la intimitat, el respecte, trobar-se en un ambient agradable, la relaxació, haver rebut la informació adequada, la comoditat, l'autonomia, el dret a decidir... Tots aquests components, i molts més, afecten la satisfacció del procés del part de la dona, i tots i cadascun d'ells són importants.

Per aquest motiu, la pregunta d'estudi va dirigida a esbrinar si la satisfacció de les dones, varia segons si utilitzen mètodes analgèsics farmacològics o no farmacològics durant el treball del part. Per això, cal conèixer la prevalença de dones, que a causa de rebre una informació adequada, els seus nivells de satisfacció puguin variar favorablement respecte a les que no han estat degudament informades, i també es vol esbrinar si els mètodes analgèsics més populars, són també aquells més satisfactoris. Crucial remarcar i potenciar, que des del punt de vista de la infermeria i de l'atenció primària cap a la dona, se les hi proporcioni tota la informació adequada i amb evidència, sobre tots els diversos mètodes analgèsics que es poden fer servir, tant farmacològics, com no farmacològics, explicant els beneficis i els inconvenients de cadascun d'ells, perquè així puguin escollir aquells que trobin més afins a les seves necessitats i preferències.

2. OBJECTIUS D'ESTUDI

OBJECTIU GENERAL:

- Avaluar la satisfacció de les dones, que han donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu, segons els diversos mètodes analgèsics utilitzats pel control del dolor del treball del part, a Manresa el 2023.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Exposar els beneficis de cada mètode analgèsic
- Comparar la satisfacció de les dones que utilitzen alternatives no farmacològiques amb les que si que n'utilitzen.
- Comparar la satisfacció de les dones que utilitzen analgèsia epidural amb les que utilitzen la *walking epidural.*
- Comparar la satisfacció de les dones segons si han rebut informació en les classes de maternitat, o si no han assistit a cap classe.
- Comparar la satisfacció de les dones primípares amb la de les multípares.
- Conèixer si les dones donen a llum a un hospital segons el tipus de tècnica analgèsica que ofereixen.
- Conèixer si la satisfacció de les dones varia en funció de la seva nacionalitat.

HIPÒTESIS

- Les dones que assisteixen a les classes de maternitat prepart, tenen una satisfacció més alta a l'hora de donar a llum.
- La satisfacció del procés del part varia en funció de la nacionalitat de la dona.
- L'epidural és el mètode analgèsic més utilitzat en un part, però no el més satisfactori.
- La satisfacció del procés del part, varia en funció de ser primípara o multípara.
- La majoria de dones donen més importància a la proximitat de l'hospital, que als mètodes analgèsics que fan servir.

3. MARC TEÒRIC

3.1. En què consisteix el treball del part

Quan una dona comença a tenir simptomatologia evident de part, és quan ha d'anar a l'hospital o a una casa de parts. Aquesta simptomatologia refereix les contraccions doloroses, amb una dinàmica regular, i amb una dilatació superior a 4 cm. Aquesta fase és anomenada **fase activa**, que forma part de la primera etapa del part. Etapa que hauria d'iniciar-se entre la setmana 37 i 42 de gestació.

La **primera etapa** del part consta de 2 fases: (1)

- Fase latent: <4 cm de dilatació. No es coneix la durada de la fase amb exactitud, però de mitjana, les primípares poden tardar fins a 20 hores, mentre que les multípares, fins a 14 hores.
- Fase activa: 4-10 cm de dilatació, dinàmica regular. La duració variarà segons si l'embarassada és primípara (6 hores) o multípara (4 hores).

Taula 1: Valoració estat coll uterí en la fase de dilatació precoç – Test Bishop adaptat. (2)

Estat del coll uterí	**Punts**			
	0	1	2	3
Dilatació (cm)	<1	1-2	3-4	>5
Esborrament (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Altura relativa a espines isquiàtiques (cm)	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistència	Dur	Intermig	Tou	
Posició	Posterior	Mitja	Anterior	-

Font 1: Dr. Edward Bishop (creador test Bishop); Eduardo Valentí i Ramón Sardá – Guias de manejo. Inducción al Trabajo de parto

- El test *Bishop* és un mètode que indica en quin estat es troba el coll uterí. Si la seva puntuació és menor de 5, ens indica que és poc probable que el treball de part comenci sense inducció. En canvi, si la puntuació és major de 9, indica que el treball de part començarà de manera espontània.

La **segona etapa** del part és el període expulsiu:(1)

- Període expulsiu passiu: La dilatació del coll uterí es completa, prèviament a les contraccions involuntàries d'expulsió. La seva durada en primípares és de 2 hores, mentre que en multípares sol ser d'entre 1 a 2 hores, depenent si porten anestèsia epidural o no.
- Període expulsiu actiu: Existeixen contraccions d'expulsió en presència de la dilatació completa, i el cap del fetus és visible. La duració en primípares és d'entre 1 a 2 hores, depenent si porten anestèsia epidural o no, mentre que les multípares la duració és d'1 hora.

La **tercera etapa** del part és el període de despreniment: (1)

- La duració d'aquesta etapa en primípares és d'uns 45 minuts, mentre que en multípares sol durar 30 minuts.

Malauradament, tot i avaluar tants factors per tal que el procés sigui el més segur i eficient possible, molt rarament s'avalua la satisfacció de la dona pel que fa al servei rebut. Però, més endavant, en el punt *3.6,* es parlarà sobre la satisfacció de les dones en aquest procés. (3,4)

3.2. Sensacions del treball del part

Moltes dones no defineixen les sensacions negatives únicament com "el dolor", sinó que les defineixen també com tot allò que ha convertit el part en una experiència desagradable. (5)

El dolor que se sent durant el part és una experiència única, i pot ser condicionat segons el nivell de tolerància que tingui la dona, la posició del fetus, la força de les contraccions uterines, segons si són primípares o multípares... (6). Les característiques d'aquest dolor, són que és un dolor agut, que perdura des de l'inici fins al final de la contracció, i té una gran variabilitat. A més a més pot classificar-se de dues maneres segons la seva localització:

- Dolor visceral: És difús i la seva localització no està clarament definida, però acostuma a estar localitzat a la part inferior de l'abdomen i s'irradia a l'àrea lumbar, a causa de la compressió que exerceix la presentació del fetus en l'úter, i la isquèmia de les fibres miometrials. Es tracta d'un dolor continu i profund.

- Dolor somàtic: Té una localització més ben definida, normalment originat a la vagina i perineu, i és punxant. Així doncs l'aparició del dolor ve originada per la distensió de les estructures pelvianes juntament amb l'aparició de les contraccions uterines. (3)

Per identificar el grau de dolor que pot arribar a tenir la dona durant el procés, els/les professionals utilitzen l'escala d'EVA, sent 0 el mínim i 10 el màxim.

Com ja s'ha esmentat anteriorment, el dolor no és l'únic factor important i a tenir en compte en el procés del part. Segons l'estudi realitzat per *Muñoz Sellés* (7), aquests són els 4 components que verbalitzen moltes dones ser valuosos per millorar el confort.

- Dolor: Ve acompanyat de múltiples sensacions, com l'ansietat i la por, i s'aguditza en procediments com per exemple un tacte vaginal, perquè la gestant se sent envaïda en la seva intimitat.

  "la incomodidad que le da a una el tacto, porque eso es incómodo para cualquier mujer, porque al llegar van al grano, a meter los dedos"

- Soledat: El suport tant familiar, com de la parella, dona una confiança i una seguretat considerable a la persona per suportar el procés del part.

  "estar con alguien hace que todo sea más fácil. Con solo coger la mano sabes que alguien está allí apoyándote"

- Fatiga: Aquest cansament és degut al fet que sempre es troben en la mateixa posició, "estar estirades en una camilla".

  "se siente una muy agotada ya los últimos días, aparte de la presión que una siente del bebe, una va más al baño por la presión en la vejiga, y en las rodillas una siente cansancio por el peso de la barriga, porque ya no le da el cuerpo como para cargar tanto peso"

- Set: Una experiència intensa produïda per l'ansietat, per la diabetis, per no tenir la ment ocupada i pels medicaments.

  "mucha sed. Todavía la tengo; mucha sed, hambre no. De pronto la ansiedad no deja que a una le dé hambre"

El dolor en el treball del part produeix una activació de la resposta a l'estrès que provoca una alteració important en el sistema pulmonar i cardiovascular. La hiperventilació és deguda als estímuls dolorosos de les contraccions, i genera hipocàpnia, hipòxia secundària i dessaturació, que poden afectar el benestar fetal. El sistema cardiovascular pot patir vasoconstricció per culpa de la producció de catecolamines. A tot això afegim que l'ansietat materna és la resultant del mateix dolor. (6)

Per tot això exposat, actualment es considera rellevant el control analgèsic en el part.

3.3. Evolució històrica de l'analgèsia pels parts

James Young Simpson, nascut el 7 de juliol de 1811 a *Bathgate*, és considerada la persona pionera i defensora de l'alleujament dels dolors del part i de l'anestèsia obstètrica. (8)

Simpson va ser qui va començar a utilitzar l'èter sulfúric com a anestèsic en els parts el 1847. Defensava que la seva utilització no només servia per "parts difícils", o amb possibilitats de complicacions, com els parts de natges amb fetus mort, sinó també per aquells parts normals; la qual cosa va generar polèmiques tant socials com religioses. (7,9)

Temps més tard va adonar-se que l'èter no era l'anestèsic ideal, perquè tenia risc d'explosió, una olor picant i la seva recuperació era tardana.

Va ser llavors, gràcies a les surgències de *David Waldie*, qui va experimentar amb cloroform el 1847, que es va veure que el cloroform desprenia una olor més dolça i agradable, i que a més a més, les induccions i les recuperacions eren molt més ràpides que amb l'èter sulfúric. (10)

A finals del segle XIX a Espanya, es defensava l'ús del cloroform, però s'ha de tenir en compte que en aquella època la majoria de parts es duien a terme als domicilis, i que el cloroform s'utilitzava principalment en parts distòcic i cesàries. En parts eutòcics no es va fer servir pràcticament, ja que les i els metges de llavors pensaven que podria perjudicar a la mare o al nadó, paral·lelament a això, també hi havia molts prejudicis morals sobre no tenir en compte el patiment de la partera. (8)

El 1919, *Fidel Pagés* va inventar l'anestèsia epidural, però va ser més tard quan les tècniques locoregionals van començar a introduir-se al terreny obstètric. La seva utilització era escassa. (7,9)

A partir del 1950, es va introduir el *Tricloroetileno* (Trilene), un anestèsic general inhalatori, manejat per les llevadores en els parts als domicilis. Era el menys tòxic i més manejable. (8)

Les idees aportades per *Read, Nikolaive, Lamaze* i *Leboyer* el 1960, van fer que comencessin a arribar notícies sobre mètodes no farmacològics per alleujar el dolor del part. A partir d'això, a Espanya es van començar a donar instruccions a les embarassades sobre tècniques de relaxació pel part.

I a partir dels anys 70, va ser quan a Espanya, va començar a créixer l'elecció de l'anestèsia epidural, sobreposant-se així per sobre les altres tècniques. I no va ser fins a l'any 2000, que es va practicar en una totalitat d'hospitals públics. (7,9)

3.4. Mètodes per alleujar el dolor del part

Primerament, per poder entendre el context sobre què s'utilitza per alleujar el dolor, cal conèixer les diferències entre analgèsia i anestèsia.

Per una banda, l'analgèsia fa la funció d'irradiar o alleujar el dolor, mantenint la sensibilitat de la zona adolorida, mentre que l'anestèsia, la seva funció és anul·lar completament el dolor, i amb ell, la sensibilitat.

Per acabar, cal destacar que l'objectiu dels mètodes analgèsics farmacològics i no farmacològics és diferent. Ja que sense fàrmacs, el que es pretén és abordar la por i l'ansietat durant el procés del part, i amb fàrmacs, es pretén disminuir al màxim la sensació del dolor. Ambdós mètodes hi ha la possibilitat d'usar-los individualment o simultàniament. (11)

a) Tècniques analgèsiques farmacològiques

1) Analgèsia inhalatòria amb òxid nitrós

És una anestèsia creada mitjançant la barreja d'òxid nitrós (N_2O) a un 50% i oxigen (O_2). La seva utilitat principal és alleujar el dolor en situacions d'emergència, mitjançant inhalacions contínues o intermitents durant les contraccions, tot mantenint la sensibilitat del canal del part. El seu afecte comença 30 segons després de l'administració, i la seva durada és de 2 a 3 minuts. (11)

La seva indicació va relacionada amb procediments dentals, però s'ha vist que té molts beneficis; actua com a analgèsic i com a ansiolític. Normalment, s'utilitza en la primera etapa del part, o a la fase final. (12)

Està contraindicat en: pacients que necessiten una ventilació amb oxigen al 102%, persones que presenten un pneumotòrax o emfisema, administracions en un període superior a 24 hores, alteracions de consciència que impedeixen la cooperació de la pacient, hipertensió intracranial, embòlia gasosa, trauma facial a la zona de la cara on es col·locarà la mascareta, després d'una injecció de gas intra-ocular (ja que pot provocar ceguera), i si hi ha dèficit de la vitamina B12 en les primeres etapes de l'embaràs. També és necessari d'informar que la seva administració pot provocar somnolència i mareig. (13,14)

2) Analgèsia parenteral subcutània amb opioides

És un tipus d'analgèsia basada en l'administració d'opioides. De totes les vies, l'oral és la més poc recomanable, l'endovenosa o injecció d'opioides a la medul·la o espai epidural és la via més ràpida, però la intramuscular és la més utilitzada d'aquestes, ja que el seu procés d'absorció, dura entre 15 a 30 minuts. (14,15)

Està indicada quan l'analgèsia epidural està contraindicada.

Està contraindicada la seva administració en persones amb una funció renal alterada, infecció espinal, trombocitopènia <100.000/mm³, tractaments anticoagulants, coagulopaties no controlades, hipersensibilitat a la morfina o derivats. (16)

També és important conèixer els efectes col·laterals que poden ocasionar els opioides: somnolència, nàusees, vòmits, pell seca, depressió respiratòria, restrenyiment, alteració del ritme cardíac, del to muscular i de la temperatura corporal. A més a més, poden provocar prurit, sobretot la morfina. (17)

Addicionalment, la morfina travessa la barrera placentària, per tant, la seva administració ha de fer-se amb precaució. Sempre s'ha de tenir a punt un equip d'emergència i antagonistes (naloxona), ja que el risc de depressió respiratòria del nounat és alt, sobretot si és prematur.

3) Bloquejos nerviosos perifèrics (pudends) i anestèsia local

Aquest tipus d'analgèsia és local, i té tres possibles mètodes d'administració: el bloqueig pudend (trans-vaginal i extern), el bloqueig paracervical i l'anestèsia del perineu i la vulva.

Està indicat utilitzar-lo abans de realitzar episiotomies, si precisen, i durant el període expulsiu. També està indicada la seva utilització en el cas que hi hagi hagut esquinçament en el part. És efectiva en tres o quatre minuts després de l'administració, i té una durada d'una hora aproximadament. (18)

Pot donar la possibilitat d'intoxicació, amb la següent clínica: mareig, vertigen, sabor metàl·lic, visió borrosa, convulsions, pèrdua d'estat de vigília, arrítmies i parada cardíaca; i en el nounat, durant les primeres 8 hores de vida pot disminuir-li el reflex de moro, la sensibilitat, la força i el to muscular. (18)

4) Bloquejos locoregionals

4.a. Raquídia :

Aquest tipus d'analgèsia és local, i s'administra intraduralment, dins la denominada dura-mare, mitjançant una agulla de petit calibre a l'esquena, per arribar a l'espai subaracnoidal, dins de la columna vertebral. S'injecta fentanil, bupivacaïna o lidocaïna, en el líquid cefalorraquidi, amb la finalitat de produir el bloqueig dels estímuls nerviosos, que inclou els sensitius, autonòmics i motors. El seu efecte és quasi immediat post administració.

Existeixen una sèrie de complicacions, que comparteixen tant l'anestèsia raquídia com l'epidural, i són les següents: punció hemàtica, parestèsia, hipotensió arterial, nàusees i vòmits, retenció urinària, lumbàlgia i cefalees post punció. (19,20)

4.b. Peridural *:*

L'anestèsia epidural és el mètode d'elecció per alleujar el dolor per la majoria d'embarassades. Consisteix en una tècnica de bloqueig nerviós central, que s'aconsegueix fent una injecció d'anestèsia local derivada d'opioides, a la regió epidural, entre les vèrtebres

L3-L4 o L4-L5, amb la possibilitat de col·locar un catèter, per poder administrar fàrmacs posteriorment.

Aquesta s'administra un cop començat el treball de part, amb una dilatació mínima d'entre 3-4 cm i la presència de contraccions efectives. Comença a fer afecte després de 10 minuts de l'administració. (3,19,21,22)

Malgrat els seus beneficis i la gran satisfacció que proporciona a la gran majoria de les dones, també pot tenir inconvenients, com per exemple, un dels més comuns, i ja esmentat anteriorment, foradar la dura-mare, la sortida del líquid produeix cefalees molt fortes.

Altres complicacions comunes que es poden patir: un augment de parts vaginals instrumentats, hipotensió materna, bloqueig motor (paracentesis), febre materna, retenció urinària, prurit, alteració de FCF, prolongació de la segona etapa del part, augmenta el risc de cesàries, *Apgar* pot veure's alterat. (11)

D'altra banda, la satisfacció de les dones també pot veure's afectada, perquè malgrat que la sensació del dolor quedi anul·lada, el fet de no tenir sensibilitat ni mobilitat els hi produeix una sensació d'incomoditat i d'inquietud. (23)

4.b.1. Walking epidural:

Consisteix a aconseguir una analgèsia adequada pel treball de part, conservant la sensibilitat motora i propioceptiva. Així doncs, permet a la dona estar sense dolor i poder-se moure per l'habitació, estar dreta, asseguda en una cadira o en una pilota suïssa. (24)

N'hi ha de 2 tipus; la CSE (tècnica Combinada Subaranoidal-Epidural) i la EBD (Epidural a Baixes Dosis).

Aquesta tècnica està indicada en la primera fase del part, sempre que la dona no tingui cap mena de contraindicació.

Segons el protocol de l'hospital *Teknon* (25), els efectes adversos que pot produir són: hipotensió, alteracions de la FCF i bradicàrdia fetal, prurit, depressió respiratòria, pas del catèter epidural a espai subaracnoidal.

Moltes gestants que han utilitzat aquesta tècnica, verbalitzen que els hi ha generat una gran satisfacció durant tot el procés del treball del part, pel simple fet de poder caminar. (23,25)

b) Tècniques analgèsiques no farmacològiques

A **l'annex 1** es troba un resum de totes les teràpies naturals no farmacològiques, i els seus beneficis.

1) Llibertat de moviments

i. Pilota suïssa

Aquest mètode tracte d'una pilota, la qual la seva funció és mantenir una postura recta de l'esquena, per alliberar tensió i permetre una millor relaxació del sòl pelvià. A més, la verticalitat i el moviment afavoreixen a fer que el fetus tingui el màxim d'espai possible a la pelvis. (26)

Està indicat per alleujar el dolor, gràcies als moviments que realitzen amb la pilota. Aquests moviments proporcionen un augment en l'eficàcia de les contraccions uterines, millorant la circulació materna-fetal, facilitant el descens i la rotació del fetus i a més a més, utilitzar la pilota suïssa minimitza l'origen de possibles traumatismes perineals.

Estudis duts a terme demostren que és un mètode eficaç per estimular els moviments maternals durant el procés del part, i que ajuda en la dilatació del coll uterí. (27)

No hi ha contraindicacions establertes que impedeixin fer ús d'aquest mètode.

ii. Diferents posicions

L'objectiu d'adoptar diferents posicions és aconseguir un major nivell de comoditat, controlar el dolor i aconseguir un procés de dilatació de correcta evolució. Durant aquesta fase, les posicions més utilitzades per una correcta funcionalitat de la pelvis són estar dreta, asseguda sobre la pilota suïssa i a quadrupèdia.

En canvi, la posició materna més emprada en la fase expulsiva, sol ser la tradicional, la posició de litotomia. (28)

A **l'annex 2** es poden consultar les 6 posicions més fetes servir.

Taula 2: Posicions del part. (29)

HORITZONTAL	VERTICAL	ALTRES
Decúbit supí	De peu	Genupectoral
Decúbit lateral	Asseguda	Quadrupèdia
Posició de litotomia o ginecològica	De genolls	Mixtes
	A la gatzoneta	

Font 2: Elena Benito González i Maribel Rocha Ortiz – Revista de la Facultat de Ciències de la Salut SEPARATA

La manca d'estudis, no permet determinar la posició ideal que redueixi al màxim el dolor o bé que aporti més beneficis, tot i que sí que està demostrat, que la posició vertical no comporta efectes nocius ni per la mare ni pel fetus, és més, molts experts recomanen a les dones moure's i practicar posicions en les quals no hi hagi un bloqueig del moviment del sacre, perquè afavoreix a la tolerància del dolor, facilita el progrés i augmenta la comoditat (29). Cal afegir també, que les dones prefereixen les posicions d'estar dreta i la de sedestació, perquè els produeix menys dolor, mentre que la posició de litotomia és la més incòmoda, per la restricció de moviments, i la més dolorosa. (30)

Com que no hi han resultats sòlids i concloents, es recomana a les dones que tinguin el part en la posició que elles es sentin més còmodes. (31)

2) Electroteràpia (TENS)

La neuroestimulació elèctrica transcutània (TENS), és un aparell que redueix l'excitabilitat de les fibres doloroses. Així doncs, com que els estímuls elèctrics del TENS són més ràpids que els dolorosos, permeten que s'alliberin abans els inhibidors naturals de dolor (endorfines i encefalines), bloquejant així la transmissió dels estímuls dolorosos que es dirigeixen al cervell. El bloqueig es dur a terme gràcies a uns elèctrodes que es col·loquen en les zones baixes de la columna vertebral i a cada banda, a nivell de T10-L1 i S2-S4.

La diferència d'aquest mètode en comparació a qualsevol altre, és que la mateixa dona és qui manté el control dels estímuls, augmentant o disminuint la intensitat del corrent elèctrica durant les contraccions segons la seva necessitat (10 Hz - 50 Hz). (14,26)

Està indicada la seva utilització quan la dona presenta dolor en la primera etapa del part, inhibint així la transmissió d'estímuls de l'úter, la vagina i el perineu. L'alleujament del dolor, redueix significativament la duració de la primera etapa del part, el nombre d'analgèsics administrats i, no produeix efectes perjudicials ni a la mare ni al nadó.

El seu ús està contraindicat en dones les quals no superin la setmana número 37 de gestació, dones portadores de marcapassos i, parts en aigua (hidroteràpia). I en cap cas s'han de col·locar els elèctrodes a l'abdomen de l'embarassada. (6)

3) Termoteràpia

És una tècnica que consisteix a aplicar calor utilitzant aigua a 37ºC durant la dilatació, perquè redueix l'estrès gràcies a les endorfines produïdes per l'estimulació, la qual cosa provoca un estat de relaxació. També es fan servir unes compreses molles amb aigua calenta, d'entre 40-45ºC, que es col·loquen al perineu no més de 30 minuts, durant el període expulsiu, per disminuir el risc de trauma perineal i el dolor. (6)

Està indicada en el període de dilatació perquè l'escalfor fa que els vasos sanguinis es dilatin, i que, per tant, augmenti el flux. L'augment d'aquest, provoca una millora en el drenatge venós i limfàtic, i com a conseqüència, l'elasticitat tissular augmenta i, la inflamació i l'edema es redueix. (6)

Està contraindicada la seva utilització en cas de processos inflamatoris aguts, ferides obertes o úlceres en la zona, infeccions cutànies, zones amb dèficit de reg sanguini, zones on l'hemorràgia és activa o bé zones amb activitat neoplàsica activa. (32)

Estudis demostren que fer servir aigua calenta disminueix l'ús de l'analgèsia epidural en el període de dilatació, fet que no intervé en la duració del treball del part, el nombre de cesàries ni en el benestar neonatal. (26)

4) Hidroteràpia

La hidroteràpia és una tècnica que consisteix en la immersió del cos fins a les mames, dins d'una banyera, on l'aigua està al voltant dels 37ºC. També, quan els mugrons entren en contacte amb l'aigua, s'estimulen, i es provoca una alliberació d'oxitocina endògena (l'oxitocina és l'hormona que intervé directament en les contraccions de l'úter). Així doncs, la necessitat d'administrar oxitocina de manera farmacològica seria reduïda, igual que medicació analgèsica, perquè aquesta tècnica ja disminueix el dolor. Concretament, la temperatura calenta de l'aigua és favorable a la vasodilatació de la zona perineal, tenint així una major oxigenació i, per tant, una major relaxació del múscul vaginal.

Està indicada durant la fase activa del part, un cop la mare tingui una dilatació d'entre 4-5 cm, i en parts de baix risc (22). És necessari sempre estar sota supervisió mèdica.

Està contraindicat utilitzar aquest mètode quan sigui un part de risc, o bé en el període expulsiu (és considerable segons el context i el protocol de cada hospital), perquè el nounat pot patir risc d'infecció, hipotèrmia, aspiració d'aigua o asfixia, malgrat que les possibilitats de patir-ho siguin gairebé nul·les. (33)

A més a més, aquest mètode aporta uns beneficis, que un part normal amb la postura de litotomia, no aporta. La satisfacció de la dona en poder-se moure més lliurement per la falta de gravetat de l'aigua, i col·locar-se en una posició que cregui convenient durant la primera etapa del part, ocasiona que la percepció del temps i la sensació de dolor millorin, i conseqüentment, la satisfacció. (34)

5) Acupuntura

Aquesta modalitat prové de la medicina tradicional Xinesa, consisteix en una injecció d'agulles fines sobre uns punts preestablerts i concrets per reduir el dolor durant el part. Aquests es troben localitzats a les mans, als peus i a les orelles. Les dones que fan acupuntura tendeixen a reduir la utilització d'analgèsics en la primera fase del part, així com la necessitat de l'epidural. (6)

Està contraindicada la pràctica d'aquesta tècnica en cas d'infecció activa o existència de neoplàsia maligna al punt d'aplicació, pacients portadors de marcapassos o desfibril·lador.

Hi ha evidència sobre l'efectivitat d'aquesta tècnica, però fan falta més estudis sobre com afecta l'acupuntura en la intensitat del dolor i, en la satisfacció. (35)

6) Injeccions d'aigua estèril

Aquest mètode consisteix a posar injeccions intracutànies d'entre 0,1 – 0,5 ml d'aigua estèril a les dues bandes de la base de la columna vertebral, la regió lumbosacre, l'àrea anomenada *rombe de Michaelis*. El seu afecte es percep com una pressió a la regió lumbosacra, i comença en pocs segons després de l'administració. La seva durada és d'entre 30-40 minuts fins a 90 minuts. (36)

Està indicat en el dolor lumbar, ja que únicament és efectiu per aquest. Pel dolor abdominal i el perineal no s'utilitza. La seva funció és crear unes pàpules d'aigua que estimulen els receptors de pressió. La transmissió d'aquests estímuls cap al cervell, interromp la transmissió d'estímuls dolorosos a través dels nervis espinals. (26)

Cal informar a la dona de la coïssor que li produirà la injecció (durada de 30 segons), i del dolor intens momentani en l'administració de la injecció. Per això hi ha la possibilitat d'injectar lidocaïna abans, que és un anestèsic local.

7) Tècniques de respiració

Aquestes tècniques són utilitzades majoritàriament durant la segona etapa del procés de part, i permeten una disminució de la tensió muscular i una reducció de la percepció del dolor. Aquesta reducció va relacionada a la disminució de l'ansietat durant la pràctica, ja que les tècniques de respiració són una distracció de l'atenció cap al dolor. (26,37)

Fer exhalacions i inhalacions rítmicament, està indicat per a qualsevol persona a l'hora d'afrontar un moment de por o tensió, o bé per controlar els nervis. Per contra, no hi ha estudis que afirmin cap mena de contraindicació que comporti algun tipus de problema o risc en realitzar-la.

8) L'acompanyament

Segons multitudinaris estudis, es demostra que les dones que han sigut acompanyades durant la dilatació i el part han tingut una menor necessitat d'analgèsia, menor índex de cesàries, menor necessitat d'oxitocina i un augment considerable de la satisfacció amb l'experiència. (26,38,39)

Els beneficis que pot proporcionar un part amb l'acompanyament de familiars o bé persones estimades, és més efectiu que l'acompanyament únicament del personal sanitari. Tanmateix, també és important l'espai, el qual ha de fomentar el respecte i la privacitat tot el possible, i minimitzar els factors estressants. (22)

L'única contraindicació de l'acompanyament de la família o la parella, seria que la mateixa pacient ho preferís així, per motius personals, o bé, pels temps que estem vivint actualment, per Covid-19.

9) L'aromateràpia

La seva funció és induir el cos a la relaxació i a la disminució de la percepció del dolor gràcies a la resposta cerebral olfactòria, donada per la inhalació de l'ambient impregnat de l'habitació amb una determinada quantitat d'essències, massatges a la pell o banys.

Està contraindicada la seva ingesta durant l'embaràs i el part. Ha de ser utilitzada de manera externa, i aquelles que entren en contacte amb la pell, és important diluir-les.

Segons l'estudi publicat a la revista Atena l'any 2020, escrit per un grup de metges i metgesses, infermers i infermeres, l'aromateràpia és un mètode que presenta una evidència dèbil sobre els seus efectes positius en el dolor del part. (40)

A **l'annex 3**, es pot trobar una taula de les aromes més fetes servir en parts, i els seus efectes.

10) Massoteràpia

La massoteràpia és, com indica el mateix nom, una teràpia basada en massatges. Per les embarassades, es practica el massatge de la regió lumbar, una zona que pateix molt sobretot durant la primera etapa del part. I també se sol practicar el massatge perineal.

Està indicada la seva utilització per reduir el dolor lumbar de la primera etapa del part, i contraindicada en la segona etapa del part. Els seus beneficis són: que pot alleujar la pressió a l'esquena, proporcionar relaxació física i emocional, ajudar a eliminar líquids i toxines, de manera que ajuda a tractar el cansament també, i, ajuda a mantenir l'elasticitat i la flexibilitat del cos.

El massatge perineal, en canvi, es practica durant l'embaràs, perquè és un factor protector del trauma perineal obstètric. Redueix la possibilitat de patir un esquinçament perineal de segon o tercer grau, així com la pràctica d'episiotomies. Està contraindicada la seva aplicació durant el part, perquè no incideix en la millora del dolor i fins i tot pot provocar un efecte contrari, augmentant la incidència de traumatismes perineals i esquinçaments de segon i tercer grau. (6)

11) Altres mètodes

Homeopatia

Fonamentalment, els tractaments amb homeopatia són utilitzats per millorar la simptomatologia durant la gestació i la preparació al part. És una alternativa molt acceptada per les dones, ja que no suposa cap mena d'efecte secundari i és percebut com a segur pel fetus. Segons diversos estudis epidemiològics, d'entre un 50% i 70% de les embarassades fan ús d'homeopatia, acupuntura o fitoteràpia de manera lliure, sense ni tan sols comunicar-ho al seu metge o metgessa, gràcies a la seva bona acceptació per part de les mateixes gestants (41). La simptomatologia que pot ser intervinguda per l'homeopatia són les nàusees i els vòmits, les infeccions d'orina, l'insomni, dolor lumbar i candidiasis vaginal. (42)

Flors de Bach

És un producte natural dels més comuns, ja que engloba més de 37 remeis extrets de plantes silvestres (43). S'utilitzen per intervenir en qualsevol classe de mal estat, sobretot en l'àmbit emocional. Aquí és on actuen les Flors de Bach, en el pla psicològic, per equilibrar les emocions i disminuir les pors i inseguretats. A més, no comporten cap mena d'efecte secundari, però sí que s'ha de tenir en compte que les concentracions tenen una quantitat petita d'alcohol, però n'existeixen sense, que en el cas d'una embarassada, seria més recomanable. (44)

Musicoteràpia

Continua sent un objectiu d'estudi, ja que en molts casos s'ha comprovat que escoltar música disminueix el dolor i la necessitat d'opiacis i, ajuda a manejar millor les contraccions. Però el marge de benefici no és significatiu pel que fa a la importància clínica. En tot cas es pot utilitzar com a complement juntament amb un altre mètode analgèsic. (38)

3.5. Donar a llum en hospitals públics o privats

Malgrat que l'Hospital de Sant Joan de Déu sigui el de referència per aquests Centres d'Atenció Primària, qualsevol dona té la possibilitat i el dret d'escollir l'hospital al qual vol donar a llum, segons quins mètodes prefereixi utilitzar en aquest procés, o bé segons quin li doni més confiança i seguretat. Cal destacar les diferències, els beneficis i els inconvenients de donar a llum en un hospital públic o en una clínica privada, començant amb el fet que, la dona "està obligada a donar a llum en el seu hospital de referència", a no ser que demani un canvi d'hospital, que dependrà de la saturació de l'altre hospital, o bé si l'embarassada es posa de part lluny del seu lloc de referència. En aquest cas, els hospitals públics estan obligats a acceptar pacients en situacions d'urgència. D'altra banda, si una dona vol donar a llum en una clínica privada concreta, haurà de contractar una assegurança mèdica que la inclogui, o pagar la intervenció. A **l'annex 4** es pot consultar tots els avantatges i inconvenients de donar a llum en un hospital públic o una clínica privada.

3.6. En què consisteix la satisfacció de la dona en el treball del part

El concepte de la satisfacció és complexa, costós de definir i de mesurar, sobretot psicològicament, ja que pot abastar molts temes. En l'àmbit sanitari s'acostuma a utilitzar com a un indicador de qualitat dels serveis proporcionats pel personal sanitari i, també del funcionament del mateix sistema sanitari. (3)

En el procés del part, la satisfacció de l'experiència és un concepte multidimensional, perquè vindrà influenciada per una varietat de factors com: l'acompanyament i el suport, la qualitat de l'assistència rebuda clínicament i educacionalment, el control del dolor, l'entorn físic, la relació amb el personal sanitari, els resultats clínics...

La qualitat d'assistència educacional, s'entén com a la informació de coneixements, sentiments, emocions, habilitats necessàries per fer front a la gestació i entrenament físic,

que han d'aportar tant metges/es, llevadores, infermers/es, sobre el procés, a qualsevol dona embarassada. (7,9)

A més a més, la qualitat percebuda és necessària en un entorn que està obert a la millora, tant en la satisfacció i el compliment d'expectatives, com en un procés assistencial. I la millor manera de conèixer-la és a partir de l'opinió de les pacients.

a) Satisfacció en mètodes farmacològics

El mètode farmacològic més utilitzat és l'analgèsia epidural (70% de la població la prefereix), i el més satisfactori per a la gran majoria de dones, ja que aconsegueix pal·liar el dolor ocasionat en el part. És un mètode que dona seguretat per afrontar aquest dolor. (3)

També, un 85% de les dones refereixen no haver rebut informació sobre altres tècniques analgèsiques existents.

Malgrat la falta d'informació, refereixen estar satisfetes amb l'eficàcia del tractament contra el dolor, però amb un apunt de petites millores possibles a fer: com posar abans l'epidural, tenir sensibilitat a les cames, poder deambular, entre d'altres. (7,9)

b) Dades de satisfacció en mètodes no farmacològics

Malgrat no tenir tanta popularitat com els mètodes farmacològics, cada vegada són més les dones que tendeixen a utilitzar alternatives no farmacològiques al llarg del seu embaràs. Només un 67% d'hospitals a Espanya inclou en els seus protocols algun dels diferents mètodes no farmacològics. Els més destacats són la hidroteràpia, les injeccions d'aigua estèril, la pilota suïssa, la termoteràpia, les tècniques de relaxació respiratòria, la deambulació, els moviments de pelvis, l'acompanyament i, el suport, ja que disminueixen la duració del procés (45). En canvi, altres mètodes com el TENS i la massoteràpia, no hi ha evidència que disminueixin el temps de la duració del procés del part. (11,46)

Cada cop es realitzen més estudis que corroboren l'evidència sobre l'efectivitat d'aquests mètodes per alleujar el dolor del part, els quals incrementen el nivell de satisfacció, relaxació, tranquil·litat i autonomia per les dones que els fan servir.

Pel que fa a la satisfacció total, no només referint-se al dolor, diverses dones verbalitzen haver estat més satisfetes amb els mètodes no farmacològics. Destaquen aspectes importants com el control del dolor, la deambulació, l'acompanyament, la sensibilitat i l'autonomia. Uns aspectes que amb els mètodes farmacològics no sempre es poden complir. (47)

4. METODOLOGIA

4.1. Tipus de disseny

El tipus de disseny que es realitzarà per aquest estudi serà observacional descriptiu transversal.

4.2. Àmbit

L'estudi es durà a terme als Centres d'Atenció Primària de la comarca del Bages, el cor de la Catalunya Central.

4.3. Població i mostreig

La població d'estudi estarà formada per aquelles gestants que resideixin en la comarca del Bages, i que donin a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa; el passat 2020, es van dur a terme 677 parts. La mitjana de naixements en els últims deu anys a Manresa, seria d'uns 750-800 parts a l'any. (48)

Sabent que la població d'interès són dones primípares, per tal que l'estudi sigui representatiu, s'ha de calcular una mostra representativa del total de la població que inclou tant dones primípares, com multípares. Així doncs, el tipus de mostreig utilitzat en aquest estudi, és de tipus probabilístic. Entenem com a mostreig probabilístic, aquell que a priori, es coneix la probabilitat d'elecció de cada individu de la població.

Tenint en compte que la nostra mostra és finita, la grandària mostral es calcularia de la següent manera:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Un exemple on podríem aplicar aquesta fórmula en l'estudi seria: suposant que tenim una mostra de 800 dones (N) i assumint un nivell de confiança del 95% ($Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 = 1{,}96$). Si la nostra població d'estudi són les dones primípares, la nostra P seria igual a $\frac{430}{800} = 0{,}5375$, és a dir, el 53,75% de la mostra, i la 1-P seria de 0,4625. Per tant, el 53,75% de les dones de l'estudi, serien primípares, mentre que el 46,25%, serien multípares. L'error de mostreig desitjat seria del 5% aproximadament.

Si mirem els resultats d'aquesta mostra representativa en valor absolut, tindrem que 430 dones de les 800 són primípares, mentre que les 370 restant, seran dones multípares.

A partir dels resultats que s'obtindran de la mostra representativa calculada, aquests, podran ser extrapolats a la població total; és a dir, si s'obté que aproximadament un 53% de la mostra són dones primípares, es podrà inferir que el 53% de la població total d'estudi, també són dones primípares.

4.4. Criteris d'inclusió i exclusió

CRITERIS INCLUSIÓ:

- Dones residents de la comarca del Bages.
- Dones que faci entre 6 i 12 setmanes que hagin donat a llum.
- Dones que comprenguin el català, el castellà o l'anglès.
- Dones que hagin donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa.
- Dones que acceptin participar i signin el Consentiment Informat.

CRITERIS EXCLUSIÓ:

- Dones que no comprenguin qualsevol idioma dels descrits anteriorment.
- Dones que hagin donat a llum a altres centres.
- Dones que portin el seu seguiment en algun CAP que no sigui de la comarca del Bages.
- Cesàries programades.
- Qüestionari incomplet.

4.5. Descripció de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES:

- Edat: aquesta variable és quantitativa numeral .
- Nombre de fills biològics: aquesta variable és qualitativa dicotòmica. (cap/ un o més d'un).
- Nivell d'estudis finalitzats: aquesta variable és qualitativa categòrica (sense estudis/ primaris/ secundaris/ universitaris/ altres).
- Estat laboral: aquesta variable és qualitativa categòrica (estudiant/actiu/atur/altres).
- Amb parella estable: aquesta variable és qualitativa dicotòmica (si/no).
- Zona de procedència: aquesta variable és categòrica (Espanya/ Catalunya/ Llatinoamèrica/ Europa de l'est/Àsia/ Àfrica/ Oceania).

VARIABLES DEPENDENTS:

Les següents variables són totes quantitatives.

- Satisfacció analgèsica en el treball de part: Del 0 al 10, entenent que el 0 serà una satisfacció nul·la, i el 10 màxima.
- Grau de dolor: En funció de l'escala d'EVA. Va del 0 al 10, entenent que 0 serà sense dolor i, 10, un dolor molt intens i insuportable.
- Satisfacció i confort durant treball de part: En funció de l'escala de *Mackey*, que és una escala validada que es fa servir per mesurar la satisfacció del part. Consta de 34 ítems agrupats en cinc subescales: la dona, el nadó, l'acompanyant o parella, la llevadora i el ginecòleg/oga. A més a més, afegeix una subescala que valora de manera global l'experiència del part. (49)

  A **l'annex 5** està adjuntat el qüestionari referent a l'escala d'avaluació *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS).*
- Nivell de satisfacció envers el coneixement adquirit: En funció d'una escala del 0 al 10, entenent que el 0 serà una satisfacció nul·la, i el 10 màxima.

VARIABLES INDEPENDENTS:

- Mètode analgèsic utilitzat en el treball de part: aquesta variable és categòrica, ja que les dues categories que es mesuren són els mètodes analgèsics utilitzats. Dins de cada categoria es distingirà els diferents tipus de mètodes analgèsics farmacològics i

no farmacològics. ((mètodes farmacològics/ mètodes no farmacològics) la classificació la qual es troba al qüestionari).

- Assistència a classes prepart: aquesta variable és dicotòmica. (si/ no/ altres).

4.6. Instruments de recollida de dades

L'instrument emprat per la recollida de dades de l'estudi, serà un qüestionari estructurat, elaborat expressament per l'ocasió. Podem entendre per qüestionari, un document estructurat per recopilar dades per estudis, en enquestes. Són una sèrie de preguntes que ha de respondre l'enquestada.

Constarà de cinc parts. En la primera part hi haurà preguntes referents a les variables sociodemogràfiques. En la segona part, hi haurà dues preguntes que faran referència a l'últim objectiu específic, és a dir, dades sobre els motius d'elecció de l'hospital, segons la seva proximitat o segons les tècniques analgèsiques que utilitzin. La tercera part, les preguntes seran referents a les variables independents. La quarta part, les preguntes seran referents a les variables dependents. En últim lloc, la cinquena part, les preguntes seran el qüestionari de l'escala validada *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)*.

El qüestionari creat com a instrument de recollida de dades, es troba adjuntat a **l'annex 6**. El model està en català, però també hi haurà les versions en castellà i anglès.

4.7. Anàlisi de dades

Per tal d'analitzar els resultats que s'obtindran a partir del qüestionari, s'utilitzarà la comparació d'hipòtesis, o bé es mesurarà la freqüència absoluta (N) i relativa (%) de cada categoria del qüestionari. L'anàlisi de dades es realitzarà amb el software SPSS per Windows versió 27.0.

Fent referència a les hipòtesis esmentades a l'inici d'aquest estudi, els testos de contrast d'hipòtesis seran els següents:

$$\begin{cases} H_0: el\ grau\ de\ satisfacció\ és\ superior\ quan\ ha\ rebut\ informació\ prèvia \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: el\ grau\ de\ satisfacció\ està\ relacionat\ amb\ el\ país\ de\ procedència \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: el\ mètode\ analgèsic\ més\ utilitzat\ en\ els\ parts\ és\ l'epidural \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: el\ grau\ de\ satisfacció\ és\ superior\ quan\ s'utilitza\ l'epidural \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: el\ grau\ de\ satisfacció\ és\ superior\ en\ les\ primípares \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: la\ proximitat\ influeix\ en\ la\ tria\ de\ l'hospital \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: la\ preferència\ d'hospital\ varia\ segons\ el\ mètode\ analgèsic \\ H_1: alternativament \end{cases}$$

Pel que fa a l'anàlisi bivariant, s'estudiaran els resultats amb els següents mètodes i distribucions:

Un dels mètodes d'anàlisi que s'utilitzaran per a l'estudi serà la **distribució *t* de Student**. Una de les principals característiques d'aquesta distribució és la utilització d'aquesta, quan la mida de la mostra és petita. Per tal de poder realitzar els contrasts d'hipòtesis de l'apartat anterior, es farà servir la prova *t* de Student. Una prova on l'estadístic emprat ha de tenir una distribució t de Student si la hipòtesi nul·la és certa. (50)

El segon mètode d'anàlisi que es farà servir serà la **distribució khi quadrat**. Concretament d'aquesta, s'utilitzarà la prova khi quadrat, com a test d'independència de les variables de l'estudi. Per tal de saber el grau d'independència entre les variables, es farà servir la prova khi quadrat. Una prova on l'estadístic emprat ha de tenir una distribució khi quadrat si la hipòtesi nul·la és certa.

Aquesta prova va directament relacionada amb la **correlació entre les variables**. Si en el test d'independència s'obté el resultat esperat, és a dir, que les dues variables analitzades són independents, vol dir que no existeix cap grau de correlació entre elles. Per exemple, podem assumir que hi ha independència entre les variables *edat* i *nacionalitat*, ja que no necessàriament, una variable implica l'altre. En cas contrari, si la hipòtesi certa és l'alternativa, això indica que no hi ha independència entre les variables, i que, per tant, hi ha un cert grau de correlació entre elles. Les variables *edat* i *primípares*, seria un bon exemple per veure la correlació entre dues variables, assumint que les dues depenen mútuament l'una de l'altre.

4.8. Consideracions ètiques i legals

Primerament, caldrà l'aprovació del CEIC per poder dur a terme la investigació, el decret 406/2006 (Comitè Ètic d'Investigacions Clíniques) (51), de la universitat, l'hospital i els CAPS. La carta que s'enviarà al CEIC es troba adjuntada a **l'annex 7**.

Prèviament a la participació, serà necessari obtenir el consentiment de les dones, un cop se'ls hi hagi explicat en què consisteix l'estudi verbalment i de manera escrita, a través d'un full informatiu, en el qual s'adjuntarà el consentiment informat. A **l'annex 8** s'adjunta el consentiment informat.

A l'hora de realitzar un estudi, existeix el compromís personal de confidencialitat que impedeix la difusió de dades consultades per l'elaboració de l'estudi. Totes les dades hauran de ser tractades de manera estrictament confidencial, seguint en tot moment els principis ètics de la Declaració de Hèlsinki (52). En tot moment s'haurà de complir el reglament europeu de protecció de dades 2016/679 del 27 d'abril (RGPD) i la llei orgànica de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals 3/2018 (LOPD) (53). Les dades obtingudes durant la investigació, s'asseguraran de manera que totes les mesures de seguretat posades siguin suficients per evitar fallides en la confidencialitat i privacitat de dades. Les persones integrants en l'equip no tindran, sota cap circumstància, accés a la identificació de la pacient, tant de manera directa com indirecta.

4.9. Procediment de l'estudi

L'estudi s'ha iniciat el setembre del 2021, fent una cerca bibliogràfica intensa fins al desembre, i que es mantindrà esporàdicament per anar actualitzant la informació, fins a tenir acabada la creació del projecte. Al mateix temps de fer la cerca, s'ha anat creant el projecte durant nou mesos, de setembre del 2021 a maig del 2022, que és quan s'ha tingut finalitzat.

Per tal de poder dur a terme la investigació, es demanarà al comitè d'ètica, l'aprovació del projecte. Aquesta aprovació pot tardar fins a tres mesos a ser acceptada, així doncs, de juliol a setembre del 2022, es romandrà a l'espera de l'aprovació del CEIC i es demanaran permisos a tots els CAPS involucrats per l'estudi (comarca Bages), a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, que pertany a Althaia, a supervisió i a les llevadores participants.

Un cop adquirits els permisos i l'aprovació del CEIC, d'octubre a desembre del 2022, estaran programades sessions de formació d'una hora, per totes les llevadores participants, per

explicar-los-hi en què consisteix el qüestionari, i així puguin resoldre possibles dubtes que els hi puguin sorgir a les dones participants de l'estudi fent el qüestionari.

La recollida de dades s'iniciarà el gener del 2023 i acabarà al desembre d'aquell mateix any. El qüestionari s'omplirà a la visita programada de revisió amb la llevadora, que és al cap de sis setmanes després del part, a condició que hagin llegit el full informatiu i hagin firmat el consentiment informat. S'ha escollit aquest període perquè s'ha considerat que sis setmanes són un període adequat i suficient perquè les dones estiguin recuperades, i a la vegada, tinguin un record del part força recent. D'aquesta manera els hi resultarà més fàcil recordar sensacions i la satisfacció, o no, del procés. El qüestionari serà en format *online*, creat a través de *Google Drive* enquestes. Totes les dones podran accedir-hi amb el seu telèfon mòbil, a través d'un codi QR, que portarà directament a l'enllaç del qüestionari. Si alguna de les dones que participen en l'estudi no disposa de mòbil, també hi haurà la possibilitat de fer-lo en paper.

Paral·lelament a la recollida de dades, els/les analistes aniran analitzant i interpretant les dades cada dos mesos, fins al gener del 2024, que és quan es realitzaran les conclusions de l'estudi basades en els resultats dels qüestionaris.

Finalment, de febrer a abril del 2024, es farà difusió de l'estudi i els seus resultats a revistes d'interès, congressos i diaris.

5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Per portar a terme aquest estudi, cal tenir en compte les següents limitacions que pot tenir:

- La mida de la mostra: que el percentatge (5%) de pèrdues sigui superior a l'assumit, a causa de, per exemple, no assistir a la revisió amb la llevadora on està previst dur a terme el qüestionari.
- Dones auto informades: pot donar-se la possibilitat, que una dona no hagi assistit a les classes per part, perquè hagi preferit auto informar-se, a través d'internet, per experiències de conegudes... Això afectaria el paràmetre de "satisfacció segons informació rebuda a classes prepart", ja que haurien obtingut informació per unes

altres fonts. Per aquest motiu, al qüestionari hi ha la casella *"altres"* per conèixer quines fonts alternatives s'han utilitzat.

- Limitacions culturals: el nivell cultural pot fer que desconeguin l'existència de moltes teràpies alternatives si no assisteixen a classes prepart.

6. RECURSOS

En primer lloc, els *recursos humans* necessaris per dur a terme aquest estudi són: per una banda, les llevadores dels Centres d'Atenció Primària de tot el Bages, que seran les responsables de portar les etapes de l'embaràs, prepart i postpart. Un o una estadista i un equip d'investigació, per fer l'anàlisi de les dades.

Per l'altra banda, les dones participants de l'estudi, seran l'altre *recurs humà*, ja que seran elles qui, mitjançant els qüestionaris, donaran la informació necessària per donar resposta a l'estudi. Però la seva participació no variarà el càlcul del pressupost.

Com a *recursos materials*, es farà servir el *Google Drive* per crear el qüestionari. Un generador de codi QR gratuït, perquè les participants puguin accedir de manera *online* al qüestionari a través del seu telèfon mòbil. També farà falta tenir el qüestionari en paper, per si no totes disposen de telèfon mòbil o lector de codi QR. I ordinadors amb el programa informàtic d'anàlisis de dades.

7. CRONOLOGIA DE L'ESTUDI

Any 2021-2024

	2021				2022												2023												2024			
	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	G	F	M	A
Cerca bibliogràfica																																
Creació del projecte																																
Aprovació CEIC i permisos																																
Contactar i fer formació a les llevadores																																
Recollida de dades																																
Analitzar i interpretar dades																																
Realització de conclusions																																
Difusió i publicació de resultats																																

8. PLA DE DIFUSIÓ

La finalitat de dur a terme una investigació en aquest àmbit, és donar a conèixer una informació rellevant, per així poder donar solució i millorar problemes relacionats amb la salut, i poder aplicar les millores incorporant-les a la pràctica diària.

Els resultats d'aquest estudi seran publicats a revistes especialitzades en obstetrícia i la dona, per augmentar les possibilitats de difusió.

L'audiència diana de l'estudi seran principalment les llevadores i tots els professionals que participin directament en l'evolució de l'embaràs i, el treball del part. També formaran part de l'audiència diana qualsevol dona embarassada o no, que pretengui tenir un coneixement més ampli sobre tècniques d'analgèsia a utilitzar durant el treball del part. Així doncs, la finalitat de l'estudi és la difusió d'aquest, per així apoderar a les dones a prendre decisions des del coneixement.

Aquestes són revistes, webs, congressos i diaris pels quals es difondrà l'estudi.

- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG)
- Associació Catalana de Llevadores
- Matronas Profesión
- Progresos de obtetricia y ginecologia
- Complementary Therapies in Medicine
- Regió 7
- El Periódico
- El diari ARA
- Congrés català d'obstetrícia i ginecologia
- Congrés a la fundació Althaia

9. CONCLUSIONS

Un cop s'hagi dut a terme aquesta investigació, es veurà si s'ha pogut donar resposta als objectius proposats, i si les hipòtesis plantejades són certes o no.

- Si la hipòtesi de *"Les dones que assisteixen a les classes de maternitat prepart, tenen una satisfacció més alta a l'hora de donar a llum"* es compleix, com a conclusió obtindríem que s'hauria de potenciar l'activitat de realitzar classes de maternitat prepart. Pel contrari, si no es complís, assumiríem que el nivell d'informació que reben les dones abans del part, no s'hauria de reforçar.
- Si la hipòtesi *"La satisfacció del procés del part, varia en funció de la nacionalitat de la dona*" es compleix, com a conclusió obtindríem que la satisfacció pot veure's afectada per la cultura d'una persona. Pel contrari, si no es complís, assumiríem que la nacionalitat de la dona és un factor que no interfereix en la satisfacció del procés del treball del part.
- Si la hipòtesi *"L'epidural és el mètode analgèsic més utilitzat en un part, però no el més satisfactori"* es compleix, com a conclusió obtindríem, que s'haurien de potenciar més, altres mètodes analgèsics que proporcionessin més satisfacció, que la que proporcionen actualment, tot i que de mica en mica es va fent (cases de part a Catalunya). Pel contrari, si no es complís, assumiríem que l'epidural a part de ser el mètode analgèsic més fet servir, també seria el més satisfactori.
- La hipòtesi *"la satisfacció del procés de part, varia en funció ser primípara o multípara"* es compleix, com a conclusió obtindríem que les primípares tenen un grau de satisfacció més elevat que les multípares. Pel contrari, si no es complís, assumiríem que les multípares són les qui tenen un grau més elevat de satisfacció.
- Si la hipòtesi *"la majoria de les dones donen més importància a la proximitat de l'hospital, que els mètodes analgèsics que fan servir"* es compleix, com a conclusió obtindríem, que cal potenciar que les dones escullin el centre de donar a llum per les preferències analgèsiques, a què l'escullin només i únicament per la proximitat. Pel contrari, si no es complís, assumiríem que les dones els hi és més indiferent la proximitat de l'hospital, que als mètodes analgèsics que poguessin escollir.

Els resultats de l'estudi podran extrapolar-se a totes les dones que donin a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, perquè l'estudi tindrà una validesa interna. Però, com que

no és una mostra prou gran, la investigació no s'extrapolarà a altres poblacions, ja que la mostra no serà prou significativa, i hi haurà una baixa validesa externa.

Com a conclusions del procés d'aprenentatge personal, puc dir que després de dedicar-hi tantes hores a l'apartat de metodologia, a la recerca d'articles i a la manera de com redactar un estudi, puc concloure que he fet un molt bon aprenentatge. Considero que he adquirit coneixement sobre el tema escollit, però, tot i això, puc afirmar que després de dur a terme aquest estudi, m'agradaria poder-lo ampliar fent proves pilot, sobre la influència d'una bona formació prepart en la satisfacció de les dones, per així poder demostrar o contrarestar amb evidència la hipòtesi. També, destacar la importància en el fet que les infermeres no només s'han de dedicar a la part assistencial, sinó que també és rellevant adquirir el rol investigador, perquè aquest és el que permetrà actualitzar-nos, millorar i conseqüentment, avançar cap a un model sanitari de més qualitat.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Naveiro Fuentes N. Fase Activa del Parto: Conducta y Manejo. Clases de Residentes 2010 Granada [Internet]. 2010;1–19. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf

2. Valenti E, Sardá R. Guias de manejo. induccion al trabajo de parto. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2002;21 (2):75–91. Available from: https://www.sarda.org.ar/images/2002_Guia_Induccion_al_trabajo_de_parto.pdf

3. Santana Herrera D. satisfacción de la mujer con respecto al uso la analgesia epidural durante el periodo del parto ". 2020;50. Available from: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20284/Evaluacion del grado de satisfaccion de la mujer con respecto al uso de la analgesia epidural durante el periodo del parto..pdf?sequence=1

4. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. 2013;14(2):62–6. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf

5. Giraldo Montoya DI, González Mazuelo EM, Hrnao López CP. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Avances en Enfermería [Internet]. 2016;33(2):271–81. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a09.pdf

6. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermeria Global [Internet]. 2014;13(1):400–6. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision4.pdf

7. Muñoz Sellés E, Goberna Tricas J, Delgado Hito M. La experiencia de las mujeres en

el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. Matronas profesión [Internet]. 2016;17(2):51–8. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/116482/1/661824.pdf

8. González de Zárate Apiñaniz J, Fernández Rodrigo B, Ignacio Gómez Herreras J. History of Relief Labor Pain in Spain. 2015;52:71–84. Available from: file:///C:/Users/berta/Downloads/Dialnet-HistoriaDelAlivioDelDolorDelPartoEnEspana-5530819 (3).pdf

9. Molina Fernandez M. Expectativas Y Satisfacción De Las Mujeres Ante El Parto. Diseño Y Eficacia De Una Intervención Educativa Como Elemento De Mejora. Universitat Rovira I Virgili [Internet]. 2015; Available from: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi Maria Inmaculada.pdf?sequence=1

10. Challen PJR, Hickish DE, Bedford J. Chronic chloroform intoxication. Journal of Occupational Medicine [Internet]. 1959;1(2):130. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1037929/pdf/brjindmed00216-0029.pdf

11. Coppola AD, García J, Jesús V De, María T, Fernández V. Satisfacción de las gestantes según los diferentes métodos de analgesia en partos vaginales. 2021;1–29. Available from: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/92/JacquelineGarciaJimenez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Collins M. Nitrous Oxide Utility in Labor and Birth: A Multipurpose Modality [Internet]. Nashville, Tennesse; 2017. p. 137–44. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28437304/

13. Salazar Lorza MC. Health program for pregnants on the use of nitrous oxide in labor. ZaguanUnizarEs [Internet]. 2019;2021:0–43. Available from: http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2014/14180/TAZ-TFG-2014-408.pdf

14. Gutiérrez Martínez S. Revisión Sistemática Sobre Electroanalgesia En El Alivio Del Dolor Del Trabajo De Parto. NPunto [Internet]. 2020;3(150):98–124. Available from: https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e79d8f0eb054NPvolumen24-98-124.pdf

15. Gómez Sánchez I. Aspectos básicos de la farmacología clínica de los analgésicos opioides [Internet]. Hernández Castro JJ, Moreno Benavides C, editors. Opioides en la práctica médica. Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor; 2009. 119–135 p. Available from: https://www.dolor.org.co/biblioteca/libros/Opioides en la practica medica.pdf#page=143

16. Rivero Corte P. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. [Internet]. 1st ed. ocubre. Vitoria: Guías de práctica clínica en el SNS; 2010. 167 p. Available from: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

17. SEGO P. Analgesia del parto. Progresos en Obstetricia y Ginecologia [Internet]. 2008;51(6):374–83. Available from: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_pro

tocolo_analgesia_parto_2008.pdf

18. R. González Fandos. Anestesia local en el parto. ASSN [Internet]. 16sep.2009;22:71–5. Available from: https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7327

19. Connect E. Anestesia epidural vs. anestesia raquídea: ¿Qué debes conocer? 2017; Available from: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer

20. Paúl Chasi H. Anestesia epidural vs. anestesia raquídea: ¿Qué debes conocer? [Internet]. Elsevier; 2017. Available from: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer

21. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018;(5):1–149. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494646/pdf/CD000331.pdf

22. Gilvernet E, Tornossolano D, Royotomas J, Terradesbalet J. Analgesia Del Parto. Revista española de anestesiología y reanimación [Internet]. 1008;51(6):374–83. Available from: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_analgesia_parto_2008.pdf

23. Eugenio Canessa B, Rodrigo Añazco G, Jorge Gigoux M, Jorge Aguilera S. Anestesia para el trabajo de parto. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(6):979–86. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70647-9

24. Arranz A, Roe T, González E, Palacio M, Hernández S, Meler E, et al. Protocolo de asistencia a la gestante en sala de partos. Protocolos de Medicina Fetal Barcelona Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona [Internet]. 2019;1–21. Available from: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia a la gestante en sala de partos.pdf?fbclid=IwAR3nPmY0DwcF3lkO3z-CKWgMjF-IWlwmuNacQdHYJA43v_JwCLgixTh1xZM

25. Tresand D, Pérez J, Rodiera J, Aliga L, Bassols G, Segura I, et al. Protocolo de realizaci ó n de walking/mobile epidural. 2017;1–17.

26. Perez Alvarez Luis Alfonso. Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto. 2004;62. Available from: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/1555801/4092429/4.-tcnicas-complementarias-para-el-alivio-del-dolor-en-el-parto.pdf/8d9d1027-dc96-4e61-9bf2-80d5ce275783

27. Silva C de A, Lara SRG de. Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. Brazilian Journal Of Pain [Internet]. 2018;1(2):167–70. Available from: https://www.scielo.br/j/brjp/a/CZTKgqNPJTvTc8YjmFP7r3k/?format=pdf&lang=en

28. Alcalá Perez ME. Las diferentes posturas en el parto. Universidad de Jaén [Internet]. 2015; Available from: http://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto

29. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, SEPARATA [Internet]. 2005;3. Available from: https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/644/600

30. González G. Comparación De Los Beneficios De Las Posiciones Antálgicas Aplicadas En El Trabajo De Parto. Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Carrera De Obstetricia Trabajo [Internet]. 2019;24–5. Available from: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42300/1/CD-568-GONZALEZ SUAREZ.pdf

31. Gupta J, Hofmeyr G. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008;2:1–69. Available from: https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane posicionenelexpulsivo.pdf

32. Gutiérrez Mérida R. Evaluación de la aplicación de calor local en el periné en la segunda etapa del parto para reducir las laceraciones perineales. 2017;45. Available from: http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/11323%0Ahttp://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/11323/1/MERIDA.GUTIERREZ.TFM.pdf

33. Sekulic S. Efeitos de nascimento subaquático no recém-nascido. Sao Paulo Medical Journal [Internet]. 2014;132(3):191–2. Available from: https://www.scielo.br/j/spmj/a/vSG3mtSWYgnc8Fx7vJGc6yq/?format=pdf&lang=en

34. Fernández Lagriffa J. Parto en agua : " Analgesia y satisfacción en un mismo método ." [Internet]. Universidad de Cádiz; 2018. Available from: file:///C:/Users/berta/Downloads/d81943_tfg-parto-agua-definitivoreal-pdf.pdf

35. Smith C, Collins C, Levett K, Armour M, Dahlen H, Tan A, et al. Acupunture or acupressure for pain management during labour. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2020. Available from: https://www.cochrane.org/es/CD009232/PREG_acupuntura-o-acupresion-para-aliviar-el-dolor-durante-el-trabajo-de-parto

36. Cerdán Jimenez M, Carballo Aliseda M, Gómez Fernández M, Deiros García M, Heredia Prim F, Salgado Poveda I, et al. Inyecciones intracutáneas de agua estéril en el rombo de michaelis previa anestesia local: Una terapia complementaria para el alivio de dolor durante el parto. MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 2018;3(1):24–37. Available from: file:///C:/Users/berta/Downloads/21402-Texto del artículo-48038-1-10-20180130 (1).pdf

37. Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z, Tastan K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial [Internet]. Turkey; Available from: https://www.murciasalud.es/preevid/18796#

38. Gómez de Enterría Cuesta ME. Analgesia alternativa a la anestesia epidural durante el parto. ENE Revista de enfermería [Internet]. 2009;3(1):20–4. Available from: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/153/136

39. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017;(7):1–130. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483123/pdf/CD003766.pdf

40. Moreno JAL. Nuevas perspectivas de analgesia no farmacológica en trabajo de parto [Internet]. Lúcia Trescarollo L, editor. Modelamiento logístico para la producción sostenible de biocombustibles. Porto Alegre - Rio Grande do Sul: Atena; 2020. p. 35–44. Available from: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/17615/2/nuevas_perspectivas_de_analgesia_no_farmacologica_en_trabajo_de_parto_revision_de_la_literatura.pdf

41. Quintana M, Aguiar M, Orbe I, Barbero L. Homeopatia durante la gestacion. 2017; Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n1/016_Homeopatia_durante_POG-D-15-00129.pdf

42. Molina Martínez P. Terapias alternativas y complementarias para el manejo del dolor en situaciones comprendidas durante el embarazo y el parto . [Internet]. Universidad de Castilla la Mancha; 2016. Available from: file:///C:/Users/berta/Downloads/912fc8_Terapias-alternativas-y-complementarias-para-el-manejo-del-dolor-en-situaciones-comprendidas-durante-el-embarazo-y-partoPatricia-Molina-Martínez.pdf

43. Alícia SS. Evaluación de las Flores de Bach en el alivio del dolor durante el trabajo de parto de gestantes de bajo riesgo. Proyecto de estudio experimental [Internet]. 2018. Available from: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/36444

44. Sheila F. Uso de las flores de bach durante el embarazo [Internet]. 2016. Available from: https://www.deustosalud.com/blog/terapias-naturales/usos-flores-bach-durante-embarazo

45. Víctor MS, Miren GC, Carmen SG. Revisión sobre métodos de analgesia no farmacologica durante el parto. ocronos [Internet]. 2020 Apr; Available from: https://revistamedica.com/metodos-analgesia-no-farmacologica-parto/#resum

46. Jaume U, Teleuta C, Asensi TR. efectividad analgesica de los distintos metodos no famacologicos en la gestante de bajo riesgo. 2021; Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/195467/TFG_2021_Teleuta_Catalina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

47. Sara A, Regalado B. Satisfaccion de las mujeres durante el parto. 2015; Available from: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3731/Satisfaccion de las mujeres durante el parto. .pdf?sequence=1

48. Institut d'Estadística de Catalunya. Naixements, defuncions i matrimonis. Recomptes Manresa [Internet]. Manresa: generalitat de Catalunya; 2022. Available from: https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=79&geo=mun:081136&lang=es

49. Coll PR, Casañas R, Palomares AC, Maldonado G, Muñoz FD, Espada-trespalacios X, et al. ORIGINAL PAPER WOMEN ' S CHILDBIRTH SATISFACTION AND OBSTETRIC OUTCOMES COMPARISON BETWEEN TWO BIRTH HOSPITALS IN BARCELONA WITH DIFFERENT LEVEL OF ASSISTANCE AND COMPLEXITY. Central European Journal of Nursing and Midwifery [Internet]. 2021;12(1):235–44. Available from: https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0038

50. Viquipèdia. Prova T de Student [Internet]. 2021. Available from:

https://ca.wikipedia.org/wiki/Prova_t_de_Student

51. Generalitat de Catalunya. Comitès d'ètica d'investigació clínica (CEIC) acreditats a Catalunya [Internet]. gencat; 2017. Available from: http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Article/20Comites_detica_dinvestigacio_clinica_CEIC_acreditats_a_Catalunya

52. Mundial 2022 Asociación Médicos. declaracion principios éticos de helsinki Www.Wma.Net [Internet]. 21st marzo. 2017. Available from: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

53. Generalitat de Catalunya. Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals (LOPDGDD). Autoritat Catalana de Protecció de Dades. Boletín Oficial Del Estado [Internet]. 2019;1–10. Available from: https://apdcat.gencat.cat/web/.content/01-autoritat/normativa/documentos/LOPDGDD-cat-modificada.pdf

54. Pons S. Donde dar a luz: hospital publico o clinica privada. [Internet]. Ser Padres; 2018. Available from: https://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/donde-dar-a-luz-hospital-publico-clinica-privada-parir

55. Mas Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Fontestad L, Escribà Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2012;26(3):236–42. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v26n3/original7.pdf

56. López Mirones M, Alonso Salcines A, González Maestro M. Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey. Nuberos Científica [Internet]. 2017;3(21):36–43. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.index-f.com%2Fnuberos%2F2017pdf%2F2136.pdf&clen=490425&chunk=true

ANNEXES

Annex 1: Resum de teràpies naturals

Taula 2: Resum de teràpies naturals com a mètodes analgèsics alternatius pel dolor del part. Elaboració pròpia

TERÀPIES	BENEFICIS
Producte naturals	
Flors de Bach	Redueix les pors. Disminueix l'ansietat. Millora benestar fetal.
Fitoteràpia	Estimula contraccions uterines. Afavoreix dilatació.
Intervenció ment-cos	
Suport i acompanyament	Disminueix ansietat.
Hipnosis	Redueix dolor.
Hidroteràpia	Redueix dolor. Afavoreix dilatació i relaxació.
Musicoteràpia	Afavoreix relaxació. Ajuda en la millora del dolor.
Tècniques de relaxació i respiració	Redueix dolor.
Teràpies posturals	Redueix dolor. Afavoreix dilatació i canvis de presentació fetal.
Ioga	Afavoreix relaxació. Millora concentració.
Sistemes mèdics alternatius	
Acupuntura, Aromateràpia, Homeopatia	Redueixen el dolor. Estimulen les contraccions uterines i afavoreixen la dilatació.
Mètodes basats en el cos	
Compreses calentes perineals	Redueixen el dolor i l'esquinçament perineal.
TENS	Redueix dolor.
Injeccions d'aigua estèril	Redueix dolor.
Massatge	Redueix dolor i l'ansietat.

Reflexologia podal	Estimula contraccions uterines.
Teràpies energètiques	
Reiki	Disminueix l'ansietat.
Tacte terapèutic	Disminueix l'ansietat.

Annex 2: Avantatges de les diferents posicions

Taula 3: Avantatges de diferents postures (29).

Posicions	Avantatges
Decúbit supí (posició ginecològica o de litotomia)	Menor risc de pèrdues de sang durant el part i hemorràgies postpart.
Dreta	Major eficàcia de les contraccions uterines. Millor oxigenació fetal. Menor necessitat d'analgèsia i oxitocina. Menor taxa d'episiotomia.
Decúbit lateral	Disminueixen les laceracions del perineu, per una major relaxació de la musculatura perineal i un major control del cap en el naixement.
Sedestació	Millora l'eficàcia i la direcció de les contraccions uterines, i alleuja el dolor de la zona lumbar.
Quadrupèdia	Hi ha menys trauma perineal per la gravetat i al mateix temps afavoreix el descens fetal. L'elasticitat perineal és major en aquesta postura.
A la gatzoneta	El diàmetre pelvià augmenta. Requereix una menor estimulació per l'oxitocina i

	disminueixen els parts instrumentals. També disminueixen les laceracions perineals.

Font 3: Elena Benito González i Maribel Rocha Ortiz – Revista de la Facultat de Ciències de la Salut SEPARATA

Annex 3: Aromateràpia

Taula 4: Efectes de determinades aromes en el part. Elaboració pròpia.

Aroma	Efecte
Eucaliptus i poma	Millora el dolor general
Sàlvia	Promou les contraccions uterines
Llimona	Actua sobre l'estat anímic
Mandarina i flor de Calanda	Promou la relaxació
Roses	Millora les situacions d'ansietat
Bergamota	Promou la relaxació, millora l'ansietat, la depressió i l'estrès.
Lavanda	Promou la relaxació, millora l'ansietat, la depressió, el dolor i la son.
Petigrain	Promou la relaxació, millora ansietat, estrès i depressió.

Annex 4: Diferències entre serveis públics i privats

Taula 5: Avantatges i desavantatges de donar a llum en un hospital públic o privat (54).

Servei PÚBLIC		**Servei PRIVAT**	
Avantatges	Desavantatges	Avantatges	Desavantatges
· Millors infraestructures i tecnologies per atendre parts de risc. · Es facilita tot el necessari per a l'estada a la mare i el bebè. · Es realitzen menys cesàries. · El Ministeri de Sanitat va aprovar que els parts de baix risc, fossin el màxim de naturals possibles, i va potenciar la participació de la dona.	· En molts centres, el nivell de participació de l'embarassada és mínim. · Durant la dilatació la dona ha de romandre estirada, no hi ha tanta llibertat de moviments. · Habitacions compartides. · Horaris de visites estrictes (depenent de l'hospital). · Cal destacar, que a mesura que evolucionen els anys, aquests desavantatges, van millorant, pel que fa a confort i participació de la dona.	· El tracte és més personal i les habitacions són individuals, incloent-hi llit per acompanyant. · Existeix major flexibilitat en les visites.	· Els parts estan molt dirigits, i a vegades la dona té poques possibilitats de decisió. · Percentatges de cesàries major que en hospitals públics. · No tothom es pot permetre una sanitat privada. · No totes les clíniques disposen de la mateixa dotació tècnica i humana. · Conèixer quins serveis venen inclosos en el preu. · Conèixer els períodes de carència de les assegurances. En parts solen ser a partir dels deu mesos.

Font 4: Sonia Pons – Revista digital www.serpadres.es

Annex 5: Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)*

Taula 6: Qüestionari basat en Escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS). (55)

El qüestionari està codificat de la següent manera: Molt satisfeta (MS) equival a 4 punts, satisfeta (S) a 3 punts, ni satisfeta ni insatisfeta (NSNI) equival a 2 punts, insatisfeta (I) o molt insatisfeta (MI) equival a 1 punt. Les puntuacions altes indiquen una major satisfacció en el part. (49,55,56)

	MS	S	NSNI	I	MI
Factor I. Obstètrica - L'actitud del ginecòleg/oga en el part (p.ex: respecte, amabilitat, escolta, etc.) - L'interès i el tracte personal que li va donar el ginecòleg/oga en el part. - La informació i explicacions que li proporciona el ginecòleg/oga en el part - La sensibilitat del ginecòleg/oga davant les seves necessitats durant el part. - El coneixement, capacitat i competència professional del ginecòleg/oga durant el part. - L'ajuda i el suport que rep del ginecòloga/oga en les respiracions i la relaxació en el part. - Els cuidats físics que va rebre del ginecòleg/oga durant el part (p.ex: mobilitat, motorització, tactes vaginals, etc). - El temps que el ginecòleg/oga va passar amb vostè durant la dilatació. - L'ajuda i el suport del ginecòleg/oga en la utilització de diferents mètodes per alleujar el dolor (p.ex: massatge, bossa d'aigua calenta, dutxa, injecció d'aigua estèril, etc.)					
Factor II. Llevadora - L'interès i el tracte personal que li va dedicar la llevadora en el part. - La sensibilitat de la llevadora davant les seves necessitats durant el part. - L'actitud de la llevadora durant el part (p.ex: respecte, amabilitat, escolta, etc.) - La informació i explicació que li va proporcionar la llevadora durant el part. - L'ajuda i el suport que va rebre de la llevadora en les respiracions i la relaxació en el part. - El coneixement, la capacitat i la competència professional de la llevadora durant el part. - Els cuidats físics que va rebre de la llevadora durant el part (p.ex: mobilitat, monitorització, tactes vaginals, etc.)					

- De forma global, l'atenció que va rebre durant el part. - L'ajuda i el suport de la llevadora en la utilització de diversos mètodes per alleujar el dolor (p.ex: massatges, bossa aigua calenta, dutxa, injeccions d'aigua estèril, etc). - El temps que la llevadora va passar amb vostè durant la dilatació. - De forma global, se sent satisfeta amb l'experiència del naixement del seu bebè? - El seu grau de participació en la presa de decisions durant la dilatació.					
Factor III. Dilatació - El control que va tenir sobre els seus actes durant la dilatació (p.ex: capacitat de relaxar-se, aguantar el dolor, poder-se moure, beure, etc). - La seva capacitat per sobre portar les contraccions durant la dilatació. - La seva experiència global de la dilatació. - La capacitat d'afrontar les seves emocions durant la dilatació (p.ex: ansietat, pors, inseguretats, etc).					
Factor IV. Expulsió - La seva experiència global de l'expulsió. - El control que va tenir sobre els seus actes durant el període expulsiu (p.ex: capacitat de relaxar-se, aguantar el dolor, canviar de postura, etc). - El seu grau de participació en la presa de decisions durant l'expulsió. - La capacitat per afrontar les seves emocions durant l'expulsió (p.ex: ansietat, pors, inseguretat, etc).					
Factor V. Nounat - El temps transcorregut fins que vostè va agafar per primera vegada el seu bebè. - L'estat de salut del seu bebè en néixer. - El temps transcorregut fins que vostè va alimentar per primera vegada el seu bebè.					
Factor VI. Acompanyant i confort. - L'ajuda i el suport de la seva parella o acompanyant durant la dilatació. - L'ajuda o suport de la seva parella o acompanyant durant l'expulsió. - El seu grau de confort durant la dilatació (p.ex: ambient íntim, llibertat de moviments, companyia de la persona escollida, coixins, etc).					

Font 6: P.Goodman (original), Rosa Mas Pons (versió espanyola validada) – Article "satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la MCSRS"

Annex 6: Qüestionari per a la recollida de dades (versió en paper i online)

Nº qüestionari:

Data:

Ha sigut informada dels objectius i la finalitat de l'estudi? SI ☐ NO ☐

Ha firmat el consentiment informat? SI ☐ NO ☐

Dades sociodemogràfiques

- **Edat:**
  - ☐ Edat:.....
- **Nombre de fills biològics:**
  - ☐ Cap (primípara)
  - ☐ Un o més d'un (multípara)
- **Nivell d'estudis finalitzats:**
  - ☐ Sense estudis
  - ☐ Primaris
  - ☐ Secundaris
  - ☐ Universitat
  - ☐ Altres:.....
- **Estat laboral:**
  - ☐ Estudiant
  - ☐ Actiu
  - ☐ Atur
  - ☐ Altres:.....
- **Parella estable:**
  - ☐ Si
  - ☐ No

- **Regió de procedència:**
  - ☐ Espanya
  - ☐ Catalunya
  - ☐ Llatinoamericana
  - ☐ Europa de l'est
  - ☐ Asiàtica
  - ☐ Africana
  - ☐ Oceànica

Dades sobre elecció d'hospital

- **Ha escollit aquest hospital per la seva proximitat?**
  - ☐ Si
  - ☐ No

- **Escolliria algun altre hospital basant-se en les tècniques analgèsiques que utilitzessin?**
  - ☐ Si
  - ☐ No

Dades sobre classes de maternitat i mètodes analgèsics

- **Ha assistit a classes de maternitat?**
  - ☐ Si
  - ☐ No
  - ☐ Informació per altres fonts

- **Quin dels següents mètodes analgèsics ha utilitzat durant el procés del treball de part?** [Pot marcar-ne més d'un]
  - ➢ **Farmacològics:**
    - ☐ Anestèsia inhalatòria amb òxid nitrós
    - ☐ Analgèsia parenteral subcutània amb opioides
    - ☐ Bloquejos nerviosos perifèrics i anestèsia local

- ☐ Raquídia (bloqueig locoregional)
- ☐ Epidural (bloqueig locoregional)
- ☐ Walking epidural (bloqueig locoregional)

➢ **No farmacològics:**

- ☐ Pilota suïssa
- ☐ Canvis de postures
- ☐ Electroteràpia (TENS)
- ☐ Termoteràpia
- ☐ Hidroteràpia
- ☐ Acupuntura
- ☐ Injeccions d'aigua estèril
- ☐ Tècniques de respiració
- ☐ Acompanyament
- ☐ Aromateràpia
- ☐ Massoteràpia
- ☐ Homeopatia
- ☐ Flors de Bach
- ☐ Musicoteràpia
- ☐ Altres:

- **Quins dels següents mètodes en coneixia l'existència?** [Pot marcar-ne més d'un]

➢ **Farmacològics:**

- ☐ Anestèsia inhalatòria amb òxid nitrós
- ☐ Analgèsia parenteral subcutània amb opioides
- ☐ Bloquejos nerviosos perifèrics i anestèsia local
- ☐ Raquídia (bloqueig locoregional)
- ☐ Epidural (bloqueig locoregional)
- ☐ Walking epidural (bloqueig locoregional)

- **No farmacològics:**
  - ☐ Pilota suïssa
  - ☐ Canvis de postures
  - ☐ Electroteràpia (TENS)
  - ☐ Termoteràpia
  - ☐ Hidroteràpia
  - ☐ Acupuntura
  - ☐ Injeccions d'aigua estèril
  - ☐ Tècniques de respiració
  - ☐ Acompanyament
  - ☐ Aromateràpia
  - ☐ Massoteràpia
  - ☐ Homeopatia
  - ☐ Flors de Bach
  - ☐ Musicoteràpia
  - ☐ Altres:

- **Quins dels següents mètodes coneixia el funcionament o l'hi han explicat?** [Pot marcar-ne més d'un]
  - **Farmacològics:**
    - ☐ Anestèsia inhalatòria amb òxid nitrós
    - ☐ Analgèsia parenteral subcutània amb opioides
    - ☐ Bloquejos nerviosos perifèrics i anestèsia local
    - ☐ Raquídia (bloqueig locoregional)
    - ☐ Epidural (bloqueig locoregional)
    - ☐ Walking epidural (bloqueig locoregional)

  - **No farmacològics:**
    - ☐ Pilota suïssa
    - ☐ Canvis de postures
    - ☐ Electroteràpia (TENS)
    - ☐ Termoteràpia
    - ☐ Hidroteràpia

- ☐ Acupuntura
- ☐ Injeccions d'aigua estèril
- ☐ Tècniques de respiració
- ☐ Acompanyament
- ☐ Aromateràpia
- ☐ Massoteràpia
- ☐ Homeopatia
- ☐ Flors de Bach
- ☐ Musicoteràpia
- ☐ Altres:

Dades sobre satisfacció i dolor

- **Satisfacció analgèsica durant el treball del part:**
  - ☐ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 , 9, 10

- **Grau de dolor segons escala EVA:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Nivell de satisfacció envers els coneixements adquirits:**
  - ☐ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
  - ☐ No ha rebut informació

- **Satisfacció i confort durant el treball de part:**
  - ☐ Escala avaluació *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)*

    (El qüestionari es troba en **l'annex 5**)

Versió online:

https://docs.google.com/forms/d/1X92f11GopPy90IVlA2v32JYTX33UDgw5pOoBeUZ1Zu0/edit?usp=sharing

Annex 7: Carta al Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica (CEIC)

Manresa 2022

A l'atenció del Comitè,

Benvolguts/des.

Em complau dirigir-me a vostès per tal de poder executar un projecte d'investigació des de la seva institució, la Fundació Universitària del Bages.

Soc una estudiant de quart any del grau d'infermeria de la Fundació Universitària del Bages (FUB); estic duent a terme el projecte de fi de grau, anomenat *"Satisfacció de les dones en funció dels diversos mètodes analgèsics utilitzant en el treball del part"*.

L'estudi consisteix en conèixer la satisfacció que obtenen les dones durant el treball del part, segons quins mètodes analgèsics hagin fet servir. L'estudi es durà a terme des dels Centres d'Atenció Primària de la comarca del Bages, de totes les dones que hagin donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa. A raó d'això, m'adreço a vostès per sol·licitar-ls-hi el permís per poder dur a terme la investigació. Els hi adjunto la documentació necessària perquè puguin conèixer el meu projecte i per la seva avaluació respectiva.

Per qualsevol dubte o més informació, adjunto el meu nom, com a autora de la investigació, *Berta Ribalta Canudas*, amb DNI XXXXXXXX-X, telèfon 656666666 i e-mail BertaRC@correu.umanresa.cat, perquè es posin en contacte si precisa.

Resto a l'espera de la seva resposta.

Atentament,

Berta Ribalta Canudas.

A [Ciutat], a [dia/mes/any]

Annex 8: Full informatiu i model adaptat de Consentiment Informat

1- Informació sobre aquest document

Vostè està convidada a participar en l'estudi amb el nom *"Satisfacció de les dones en funció dels diversos mètodes analgèsics utilitzats en el treball del part*". Aquest document li aporta informació rellevant sobre l'estudi.

Abans de signar és important fer-li saber que formar part de l'estudi és totalment voluntari, és a dir, no hi ha de participar si no ho desitja.

2- Informació sobre l'estudi i els investigadors

- Títol de l'estudi: S*atisfacció de les dones en funció dels diversos mètodes analgèsics utilitzats en el treball del part.*
- Institució que participa en l'estudi: Fundació Universitària del Bages
- Nom de l'investigador/a principal de l'estudi: Berta Ribalta Canudas

3- Objectius de l'estudi

- Avaluar la satisfacció de les dones, que han donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu, segons els diversos mètodes analgèsics usats pel control del dolor del treball del part, a Manresa el 2023.

4- Informació sobre les participants

- Qui pot participar?: les dones que hagin donat a llum a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa durant l'any 2023, i que resideixin a la comarca del Bages.

5- Procediment de l'estudi

- Quina classe de procediment es realitzarà? Després de signar el consentiment informat, es realitzarà el qüestionari.

6- Informació sobre riscos i beneficis

- Quins riscos corro si participo en l'estudi? Les participants no correran cap risc, ja que no es fa cap mena d'intervenció.
- Quins beneficis puc obtenir participant en l'estudi? Les participants de l'estudi no obtindran cap benefici.
- Poden altres persones beneficiar-se d'aquest estudi? Tant les institucions polítiques com les sanitàries, podrien prendre mesures enfront de la comunitat segons els resultats.

7- Confidencialitat de dades

Aquestes dades estan sotmeses a la legislació vigent: *Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/ 1999, de 13 de diciembre i Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

Els resultats es comunicaran en els mitjans habituals de difusió científica com revistes i congressos, i també d'altres com el diari comarcal, sempre salvaguardant la intimitat de la persona.

Se li recorda que la seva participació en l'estudi és totalment voluntària.

8- Document de Consentiment Informat

Jo, _____, major d'edat, amb DNI:_____, actuant en nom i interès propi,

DECLARO QUE:

He llegit i comprès la informació anterior i les meves preguntes han sigut respostes de manera satisfactòria. He sigut informada i entenc que les meves dades obtingudes en l'estudi poder ser publicades o difoses amb fins científics. Accepto participar en

aquest estudi d'investigació i rebré una còpia firmada i datada d'aquest consentiment. En cas de canviar la meva decisió i no participar-hi, aquest consentiment quedarà anul·lat.

Per la qual cosa, DONO EL MEU CONSENTIMENT A:

1- Participar en el projecte sobre la identificació de la satisfacció de diverses dones, segons els mètodes analgèsics utilitzats durant el treball del part.
2- Que la investigadora principal de l'estudi, Berta Ribalta Canudas, pugui gestionar les meves dades personals i difondre la informació que el projecte generi.

A [Ciutat], a [dia/mes/any]

Signatura:

[Firma participant] [Firma investigadora principal]