



Universidad  
de La Laguna

## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Programa de Doctorado en Ciencias Médicas  
Cuidados para la Salud

# “Satisfacción de las mujeres según el método de inducción al parto por rotura prematura de membranas”

## Tesis doctoral

Tenerife, 2017



**Doctorando:**

Felipe Santiago Fernández Méndez

**Directores:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> María Mercedes Novo Muñoz  
Prof. Dr. José Ángel Rodríguez Gómez





La Dr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> María Mercedes Novo Muñoz, Profesora Titular de Universidad de la Universidad de La Laguna.

**Certifica:**

Que la Tesis Doctoral Titulada ***“Satisfacción de las mujeres según el método de inducción al parto por rotura prematura de membranas”*** presentada por D. Felipe Santiago Fernández Méndez ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones de calidad y rigor científico para que pueda ser presentada y defendida ante la comisión nombrada al efecto de optar al grado de Doctor por la Universidad de La Laguna.

Y para que así conste, se expide el presente.

San Cristóbal de La Laguna a 08 de junio de 2017

Fdo: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> María Mercedes Novo Muñoz



La Dr. D. José Ángel Rodríguez Gómez, Profesor Titular de Universidad de la Universidad de La Laguna.

**Certifica:**

Que la Tesis Doctoral Titulada ***“Satisfacción de las mujeres según el método de inducción al parto por rotura prematura de membranas”*** presentada por D. Felipe Santiago Fernández Méndez ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones de calidad y rigor científico para que pueda ser presentada y defendida ante la comisión nombrada al efecto de optar al grado de Doctor por la Universidad de La Laguna.

Y para que así conste, se expide el presente.

San Cristóbal de La Laguna a 08 de junio de 2017

Fdo: Prof. Dr. José ángel Rodríguez Gómez



*“Cuando bebas agua, recuerda la fuente”*

*Proverbio Chino*



# AGRADECIMIENTOS

Mi Expreso agradecimiento a todas las personas que me han colaborado y apoyado en la realización de este trabajo:

A mis directores de tesis, la Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> María Mercedes Novo Muñoz y el Prof. Dr. D. José Ángel Rodríguez Gómez por haber confiado en mí, por su implicación y tiempo prestado, siempre apoyándome y estimulándome a través de una conveniente orientación.

A mi pareja José que me ha ayudado en todo momento y que gracias a su apoyo incondicional se ha logrado.

A mi madre Milagros que con esfuerzo me brindó la oportunidad de tener los estudios académicos que yo anhelaba.

A mis compañeras Laura Vera Ferrer y Aythamy González Darías que han constituido un elemento clave para la motivación, el trabajo en equipo y el desarrollo profesional.

A D. Armando Aguirre Jaime por su contribución metodológica y explotación de los datos del estudio.

A los/as compañeros/as que colaboraron en el proyecto: Javier Mazón, Manuel Martín, Johan Reyes, Omaira Pérez, Adriana García, Yurena Díaz y Miguel Gutiérrez.

A los/as compañeros/as del Servicio de Paritorio del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, en especial a mi equipo de trabajo: Matronas, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Ginecólogas que durante estos años se han preocupado por la evolución de este proyecto.

Al personal de enfermería, matronas, ginecólogo/as y pediatras de las plantas de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Hospital Universitario Nuestra Sra. La Candelaria con el que durante unos meses me permitieron compartir su rutina.

A los profesionales que han formado parte las Direcciones de Enfermería del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria y del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias por su apuesta en este trabajo de investigación.

Al Servicio de Gestión Sanitaria del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria y al Servicio de Admisión y documentación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias por su contribución en la contextualización del proyecto.

Asimismo, me gustaría hacer una mención especial a todas aquellas madres que han hecho posible que se pueda presentar esta tesis, mostrando mi gratitud por su colaboración y predisposición en un momento tan especial en sus vidas.

# RESUMEN

La medida de la Satisfacción de las mujeres durante el proceso del parto y nacimiento a través del empleo de cuestionarios permite dar significado a su experiencia e incorporar una mejor evidencia que permita comprender la importancia de las distintas dimensiones del proceso de atención de la gestante.

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de satisfacción de las mujeres inducidas al proceso de parto por rotura prematura de membrana a través de distintos métodos de tal forma que esta se tenga en cuenta en la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios que atienden a este tipo de mujeres.

El diseño fue de tipo descriptivo observacional de corte transversal en dos hospitales de tercer nivel de Tenerife con aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica. Previo al alta hospitalaria, las 598 mujeres incluidas en el estudio auto cumplimentaron voluntariamente el cuestionario de satisfacción validado (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale - MCSRS) y se recogieron las variables a estudio mediante la ulterior entrevista y revisión de la historia clínica. Las puntuaciones de la satisfacción se compararon a través de pruebas no paramétricas a un nivel de significación estadística  $p < 0,05$  con un paquete estadístico.

No se encontraron diferencias en la satisfacción de las 229 mujeres con rotura prematura de membranas inducidas a través de las distintas intervenciones, así como tampoco entre el manejo espontáneo y el manejo activo del parto. No obstante, en la muestra general, las mujeres inducidas con prostaglandinas presentaron menos satisfacción y una correlación inversa con la duración de la inducción del parto.

Aportar la perspectiva de la mujer a través de su satisfacción con las intervenciones obstétricas en el manejo del parto y nacimiento, permite mejorar los cuidados basados en la evidencia aplicada y gestionar de manera más eficiente los recursos de los servicios a través de la evaluación y monitorización de la calidad dentro del actual modelo de atención al parto.

**PALABRAS CLAVE:** Gestión Clínica, Calidad, Escala de Satisfacción, Rotura prematura de membranas, Parto inducido.

# ABSTRACT

The measurement of women's satisfaction during childbirth through the use of questionnaires allows to give meaning to their experience and to incorporate a better evidence to understand the importance of the different dimensions of the process of care of the pregnant woman.

The objective of the present study was to determine the level of satisfaction of women who had an induction of labour due to premature rupture of membranes through different methods, in such a way that this is taken into account in the decision making by the health professionals who care for women during labour.

The design was a descriptive observational cross-sectional study in two third-level hospitals of Tenerife with approval from the Ethical Committee of Clinical Research. Prior to hospital discharge, the 598 women included in the study voluntarily completed the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) and collected the variables under study through further interview and review of the obstetric notes. Satisfaction scores were compared through non-parametric tests at a level of statistical significance  $p < 0.05$  with a statistical software.

There were no significant differences in the satisfaction of the 229 women with premature rupture of membranes induced through the different interventions, nor between the spontaneous management and the active management of labour. However, in the general sample, prostaglandin-induced women had less satisfaction and an inverse correlation with duration of the induction of labour.

Providing the women's perspective through their satisfaction with obstetric interventions in the management of childbirth, allows to improve the evidence based care, and more efficiently, to improve the resource management through evaluation and monitoring of quality within the current childbirth model of care.

**KEY WORDS:** Clinical Management, Quality, Satisfaction Scale, Premature rupture of membranes, Induction of labour.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
1.1. EL PROBLEMA. ....	13
1.2. MARCO TEÓRICO. ....	15
1.2.1. <i>Calidad y Satisfacción en el Parto</i> .....	15
1.2.1.1. Calidad en el Sistema Nacional de Salud. ....	15
1.2.1.2. La Calidad en la Asistencia al Parto. ....	17
1.2.1.3. La Satisfacción en la Asistencia al Parto. ....	18
1.2.1.4. La Valoración de la Satisfacción en el Parto.....	20
1.2.2. <i>Conceptualización del Parto</i> .....	26
1.2.2.1. Clasificación del Parto. ....	27
1.2.2.2. Etapas del Proceso del Parto. ....	28
1.2.2.3. Inicio del trabajo de Parto. ....	29
1.2.2.4. Mecanismo del Parto y Alumbramiento. ....	31
1.2.3. <i>Cuidados Obstétricos durante el Parto y Nacimiento</i> .....	32
1.2.3.1. Buenas Prácticas en la Atención al Parto. ....	32
1.2.3.2. Cuidados durante la primera etapa del parto. ....	36
1.2.3.3. Cuidados durante la segunda etapa del parto. ....	37
1.2.3.4. Cuidados durante la tercera etapa del parto.....	38
1.2.3.5. Cuidados del recién nacido. ....	38
1.2.3.6. Alivio del dolor durante el parto. ....	39
1.2.3.7. Monitorización fetal durante el parto.....	40
1.2.4. <i>La Rotura Prematura de Membranas</i> .....	40
1.2.4.1. El Líquido Amniótico y la Estructura de las Membranas Fetales.....	42
1.2.4.2. Etiología y Factores de Riesgo en la RPM.....	44
1.2.4.3. Complicaciones en las Roturas Prematuras de Membranas. ....	45
1.2.4.4. Diagnóstico de la Rotura Prematura de Membranas. ....	45
1.2.4.5. Manejo de la Rotura Prematura de Membranas a Término.....	46
1.2.4.6. Profilaxis Antibiótica en las Roturas Prematuras de Membranas.....	48
1.2.5. <i>La Inducción al Parto</i> .....	49
1.2.5.1. Fisiología de la Maduración Cervical. ....	54
1.2.5.2. La Inducción con Prostaglandinas.....	55
1.2.5.3. La Inducción mediante Amniotomía.....	57
1.2.5.4. La Inducción con Oxitocina.....	59
1.2.5.5. Otros Métodos Mecánicos de Inducción.....	61
1.2.5.6. Otros Métodos Alternativos de Inducción.....	62
1.2.5.7. Criterios de Fallo de Inducción. ....	64
1.3. JUSTIFICACION. ....	65
1.4. HIPOTESIS. ....	67
1.4.1. <i>Hipótesis Conceptuales de Partida</i> .....	67
1.4.2. <i>Hipótesis Operativas Asociadas</i> .....	67
1.5. OBJETIVOS. ....	67
1.5.1. <i>Objetivo General</i> .....	67
1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i> .....	67

<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>69</b>
2.1. <b>ÁMBITO DE ESTUDIO.....</b>	<b>71</b>
2.1.1. <i>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.</i> .....	71
2.1.2. <i>Hospital Universitario Nuestra Señora La candelaria.</i> .....	72
2.1.3. <i>Descripción de los Protocolos y Técnicas.</i> .....	73
2.1.3.1. <i>Diagnóstico e Ingreso de la Rotura Prematura de Membrana.</i> .....	73
2.1.3.2. <i>Manejo de la Rotura Prematura de Membrana</i> .....	75
2.1.3.3. <i>Protocolo de Inducción en la Rotura Prematura de Membrana</i> .....	78
2.2. <b>TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>85</b>
2.3. <b>POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....</b>	<b>85</b>
2.3.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	86
2.3.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	86
2.4. <b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>88</b>
2.4.1. <i>Potenciales Factores Causales</i> .....	88
2.4.1.1. <i>Factores Sociodemográficos y Culturales</i> .....	88
2.4.1.2. <i>Factores Obstétricos previos al Parto</i> .....	89
2.4.1.3. <i>Factores Obstétricos durante el Parto</i> .....	90
2.4.2. <i>Efecto o Resultado. La Satisfacción</i> .....	91
2.5. <b>TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS.....</b>	<b>94</b>
2.6. <b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>94</b>
2.7. <b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>95</b>
2.7.1. <i>Análisis Descriptivo.</i> .....	95
2.7.2. <i>Análisis Inferencial.</i> .....	96
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
3.1. <b>RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>101</b>
3.2. <b>RESULTADOS DE LOS FACTORES OBSTÉTRICOS.....</b>	<b>104</b>
3.3. <b>ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL Y   LOS FACTORES INTERPRETATIVOS.....</b>	<b>117</b>
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>141</b>
4.1. <b>ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA SATISFACCIÓN.....</b>	<b>143</b>
4.2. <b>LA SATISFACCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y DEL   PARTO.....</b>	<b>145</b>
4.2.1. <i>Del embarazo y el ingreso.</i> .....	145
4.2.2. <i>Del Parto y Nacimiento.</i> .....	149
4.3. <b>LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>157</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>159</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>165</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>189</b>
7.1. <b>ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</b>	<b>191</b>

# ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Duración según la etapa y fase del parto.....	29
<b>Tabla 2:</b> Grados de Recomendación para Intervenciones de Prevención.....	35
<b>Tabla 3:</b> Grados de Recomendación para Procedimientos Diagnósticos.....	36
<b>Tabla 4:</b> Valoración de las condiciones cervicales mediante el Test de Bishop.....	53
<b>Tabla 5:</b> Partos en el periodo 2011-2016 en el CHUC.....	71
<b>Tabla 6:</b> Casuística de RPM e Inducciones durante 2011-2015 en el CHUC.....	72
<b>Tabla 7:</b> Partos en el periodo 2011-2016 en el HUNSC.....	73
<b>Tabla 8:</b> Casuística de RPM e Inducciones durante 2011-2016 en el HUNSC.....	73
<b>Tabla 9:</b> Diagnóstico de la RPM en los Servicios de Urgencias Obstétricas.....	75
<b>Tabla 10:</b> Manejo expectante o activo en la RPM al ingreso.....	76
<b>Tabla 11:</b> Manejo de la profilaxis antibiótica en la RPM.....	77
<b>Tabla 12:</b> Inducción al parto en la RPM.....	81
<b>Tabla 13:</b> Dosificación de la Oxitocina.....	83
<b>Tabla 14:</b> Proceso de Selección de la Muestra.....	87
<b>Tabla 15:</b> Ítems del Factor I (Obstetra):.....	92
<b>Tabla 16:</b> Ítems del Factor II (Matrona):.....	92
<b>Tabla 17:</b> Ítems del Factor III (Dilatación):.....	93
<b>Tabla 18:</b> Ítems del Factor IV (Expulsivo):.....	93
<b>Tabla 19:</b> Ítems del Factor V (Recién Nacido):.....	93
<b>Tabla 20:</b> Ítems del Factor VI (Acompañante y Confort):.....	93
<b>Tabla 21:</b> Interpretación de la Magnitud de Efecto de Cohen.....	97
<b>Tabla 22:</b> Duración del Ingreso, Dilatación y Expulsivo.....	113
<b>Tabla 23:</b> Duración del manejo expectante y el manejo intervencionista.....	114

<b>Tabla 24:</b> Puntuaciones de la Satisfacción Global y los Factores que la constituyen. ....	118
<b>Tabla 25:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las variables sociodemográficas. ....	119
<b>Tabla 26:</b> Magnitud de Efecto de las variables sociodemográficas en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	120
<b>Tabla 27:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las variables al ingreso. ....	121
<b>Tabla 28:</b> Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables Edad Gestacional y Puntuación del Test de Bishop al ingreso. ....	122
<b>Tabla 29:</b> Magnitud de Efecto de las variables al ingreso en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	122
<b>Tabla 30:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación a variables durante el embarazo. ....	123
<b>Tabla 31:</b> Magnitud de Efecto de las variables durante el embarazo en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	125
<b>Tabla 32:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al manejo de dilatación. ....	125
<b>Tabla 33:</b> Magnitud de Efecto de las variables del manejo de la dilatación en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	126
<b>Tabla 34:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación procedimiento de intervención en la dilatación. ....	126
<b>Tabla 35:</b> Magnitud de Efecto de las variables del procedimiento de intervención en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	127
<b>Tabla 36:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al manejo de dilatación en RPM. ....	128
<b>Tabla 37:</b> Magnitud de Efecto de las variables del manejo de la dilatación en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores de las mujeres con RPM. ....	128
<b>Tabla 38:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación procedimiento de intervención en la dilatación en RPM. ....	129
<b>Tabla 39:</b> Magnitud de Efecto del procedimiento de intervención en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en RPM. ....	130
<b>Tabla 40:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de la analgesia durante el parto. ....	131

<b>Tabla 41:</b> Magnitud de Efecto de la analgesia en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	132
<b>Tabla 42:</b> Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables relacionadas con el tiempo. ....	133
<b>Tabla 43:</b> Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables relacionadas con el tiempo en Rotura Prematura de Membranas. ....	134
<b>Tabla 44:</b> Comparación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación con el periodo expulsivo del Parto. ....	135
<b>Tabla 45:</b> Magnitud de Efecto de las variables relacionadas con el expulsivo del parto en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	136
<b>Tabla 46:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las heridas del parto. ....	136
<b>Tabla 47:</b> Magnitud de Efecto de la herida obstétrica en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	137
<b>Tabla 48:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación de la presencia de complicaciones obstétricas. ....	137
<b>Tabla 49:</b> Magnitud de Efecto de las complicaciones obstétricas en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	138
<b>Tabla 50:</b> Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al Cumplimiento de las Expectativas y Preferencias de la Usuaría. ....	139
<b>Tabla 51:</b> Magnitud de Efecto del cumplimiento de las expectativas y tener en cuenta las preferencias en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores. ....	139



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Grupos de edad en las observaciones. ....	101
<b>Gráfico 2:</b> Nivel de estudios completados de la muestra.....	102
<b>Gráfico 3:</b> País de procedencia de las mujeres. ....	102
<b>Gráfico 4:</b> Estado civil de las puérperas ingresadas.....	103
<b>Gráfico 5:</b> Situación laboral de las mujeres y sus parejas en la muestra de estudio. ....	104
<b>Gráfico 6:</b> Madurez fetal en el momento del parto. ....	104
<b>Gráfico 7:</b> Motivos del ingreso de las gestantes en los Servicios de Obstetricia. ....	105
<b>Gráfico 8:</b> Motivo de inducción al parto de las gestantes ingresadas. ....	106
<b>Gráfico 9:</b> Condiciones del cuello del útero de las mujeres al ingreso.....	106
<b>Gráfico 10:</b> Paridad de las gestantes al ingreso en el Servicio de Obstetricia. ....	107
<b>Gráfico 11:</b> Clasificación de las gestaciones: Únicas/ Espontáneas/Planificadas.....	108
<b>Gráfico 12:</b> Tipo de control de la gestación durante el embarazo.....	108
<b>Gráfico 13:</b> Asistencia a Educación Maternal y presentación de Plan de Parto.....	109
<b>Gráfico 14:</b> Tipo de Inicio y manejo del parto espontáneo o intervencionista. ....	109
<b>Gráfico 15:</b> Método de intervención en inducciones y estimulaciones.....	110
<b>Gráfico 16:</b> Método de Intervención de inducción y estimulación en RPM. ....	111
<b>Gráfico 17:</b> Tipo de amniorrexis en las observaciones previo o durante el ingreso. .	111
<b>Gráfico 18:</b> Tipo de analgesia de la gestante durante el parto. ....	112
<b>Gráfico 19:</b> Horas de Ingreso, Dilatación, Expulsivo y Bolsa Rota. ....	112
<b>Gráfico 20:</b> Tipo de expulsivo en las observaciones. ....	114
<b>Gráfico 21:</b> Profesional asistente al expulsivo.....	115
<b>Gráfico 22:</b> Integridad del periné y herida obstétrica. ....	115
<b>Gráfico 23:</b> Presencia de complicaciones maternas o fetales. ....	116

<b>Gráfico 24:</b> Tener en cuenta las preferencias de las mujeres y cumplimiento de sus expectativas.....	116
<b>Gráfico 25:</b> Histograma de las puntuaciones de la Satisfacción Global en las observaciones.....	117
<b>Gráfico 26:</b> Distribución del cumplimiento de las expectativas en dependencia de tener Plan de Parto.....	124
<b>Gráfico 27:</b> Asociación entre cumplimiento de las expectativas y tener en cuenta las preferencias.....	140
<b>Gráfico 28:</b> Correlación entre dilatación inducida y cumplimiento de las expectativas. .....	140

# ABREVIATURAS

<b>µg</b>	Microgramos
<b>AAS</b>	Ácido Acetilsalicílico
<b>ACOG</b>	The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
<b>AFP</b>	Alfa-FetoProteína
<b>AINES</b>	Antiinflamatorios no esteroideos
<b>Aprox</b>	Aproximadamente
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CEBM &amp; CRD</b>	Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination
<b>CHUC</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
<b>cm</b>	Centímetros
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management
<b>EHB</b>	Estreptococo Beta-Hemolítico
<b>EPOC</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica
<b>PF2<sub>α</sub></b>	Prostaglandina F2 <sub>α</sub> - Carboprost
<b>FCF</b>	Frecuencia Cardíaca Fetal
<b>grs</b>	Gramos
<b>HELLP</b>	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet syndrome
<b>HUNSC</b>	Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria
<b>IHAN</b>	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
<b>IGFBP-1</b>	Inuline-like Growth Factor Binding Protein-1
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization
<b>LA</b>	Líquido amniótico
<b>Me</b>	Mediana
<b>mg</b>	Miligramos
<b>mg/h</b>	Miligramos por hora
<b>ml</b>	Mililitros

<b>ml/h</b>	Mililitros por hora
<b>mmHg</b>	Milímetros de mercurio
<b>mU</b>	Miliunidades
<b>mU/min</b>	Miliunidades por minuto
<b>NICE</b>	National Institute of Health and Care Excellence
<b>NR</b>	Nivel de Recomendación
<b>°C</b>	Grados centígrados
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>P<sub>5</sub></b>	Percentil 5
<b>P<sub>95</sub></b>	Percentil 95
<b>PAMG-1</b>	Placental Apha Microglobuline-1
<b>pCO<sub>2</sub></b>	Presión parcial de dióxido de carbono
<b>PgE<sub>1</sub></b>	Prostaglandina E1 - Misoprostol
<b>PgE<sub>2</sub></b>	Prostaglandina E2 - Dinoprostona
<b>pO<sub>2</sub></b>	Presión parcial de oxígeno
<b>RAE</b>	Real Academia Española de la Lengua
<b>RCTG</b>	Monitoreización Cardiotocográfica
<b>RPM</b>	Rotura Prematada de Membranas ovulares
<b>RPPM</b>	Rotura Prematura Pretérmino de Membranas ovulares
<b>RU486</b>	Mifepristona - antagonista de la progesterona
<b>SEGO</b>	Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología
<b>SGB</b>	Estreptococo β-hemolítico del Grupo B. (Streptococcus Agalactiae)
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TENS</b>	Electro Estimulación Transcutánea de los Nervios
<b>UI</b>	Unidades Internacionales
<b>Univ</b>	Universitario
<b>ρ</b>	Rho

# 1. INTRODUCCIÓN





### 1.1. EL PROBLEMA.

El Instituto Nacional de Estadística registró en España, durante el año 2015, un total de 420.290 nacimientos de los que 16.146 acontecieron en la Comunidad Autónoma de Canarias<sup>1</sup>. El parto, el puerperio y las complicaciones de la gestación representan el 13% del total de altas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, lo que a su vez supone el 25,7% del total de las visitas que realizan las mujeres a los recursos hospitalarios<sup>2</sup> y el 7% de las estancias en los centros sanitarios<sup>3</sup>. Desde el 2008, en España, el número de nacimientos se ha reducido un 19,4%, con una tasa de natalidad que ha ido disminuyendo hasta llegar a su mínimo con un 9,01‰ en 2015. La misma tendencia decreciente se manifiesta en canarias con una tasa inferior que ronda el 7,59‰<sup>1</sup>.

El parto y nacimiento han constituido una de las experiencias vitales de mayor impacto psicológico<sup>4</sup> y con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad asociada al mismo acabó siendo incluido en el modelo sanitario de enfermedad e institucionalizando en los hospitales. La práctica clínica ha incorporado recursos e innovaciones tecnológicas que garantizan un mayor control del proceso del parto y seguridad del feto<sup>5</sup>. No obstante, se han disminuido las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil a costa de limitar las necesidades y expectativas de las mujeres, sometiéndolas a una situación de vulnerabilidad y fragilidad, en un sistema médico intervencionista.

En los modelos de atención al parto y nacimiento, históricamente, las mujeres que parían en sus casas preparaban este acontecimiento rodeándose de otras mujeres, y siendo ellas las principales protagonistas de este momento tan especial en sus vidas. En la actualidad, la mayoría de las mujeres en España acuden a hospitales con maternidades que contemplan un modelo de atención obstétrica intervencionista basada en el soporte de los avances tecnológicos (monitorización continua, la inducción farmacológica y la analgesia epidural entre otros) ello ha generado una mayor nivel de seguridad en los partos que cursan con patologías maternas y fetales o considerados de alto riesgo obstétrico y, seguidamente, este paradigma de asistencia se han trasladado a los partos funcionales o de bajo riesgo. Ello ha supuesto una atención al parto que ha quedado dominada por la tecnificación de los procesos que son meramente fisiológicos y emocionales como es el parto.

Sin embargo, en la última década se ha producido un cambio conceptual en la asistencia obstétrica en nuestro país, pasando a centrarse en los cuidados integrales a

la gestante a través de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Observatorio de Salud de las Mujeres y la Subdirección General de Calidad y Cohesión, como respuesta a la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>6</sup>. Dicha Organización solicitó a los profesionales sanitarios que revisen el modelo de atención a la gestación, parto y nacimiento incorporando una serie de recomendaciones con el propósito de evitar prácticas no justificadas de forma sistemática dando lugar a la creación de una Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud español<sup>3</sup>. Esto ha constituido un nuevo paradigma biopolítico con carácter revolucionario que ha sido precursor de una multitud de documentos que describen las buenas prácticas basadas en la evidencia científica del momento actual. Desde las instituciones sanitarias de nuestro país se alientan a las mujeres a tener más protagonismo y a expresar sus preferencias en la atención de su parto, implicando a los tres grupos intervinientes en la atención al parto y nacimiento para aumentar el grado de satisfacción y de calidad asistencial: usuarias, profesionales e instituciones.

El manejo de la rotura prematura de membranas antes del inicio de trabajo del parto dependerá de las condiciones en las que concurra con el objetivo de establecer una actitud obstétrica a seguir, bien desde un enfoque expectante o intervencionista. Dado que el manejo activo mediante la inducción está relacionado con un aumento en las complicaciones, el Ministerio de Sanidad impulsa la desmedicalización del parto y con ello la reducción de prácticas innecesarias<sup>3</sup> y resultados no satisfactorios, potenciando así la implantación medidas para la Humanización de la asistencia al Parto y Nacimiento.

La atención durante la gestación, parto y puerperio, son el resultado de una compleja estructura de cuidados obstétricos enfermeros que se aúnan de forma integral en unos procedimientos de atención a la mujer y su recién nacido junto con otros profesionales de la Salud. Una atención basada en los principios de humanización, participación activa de la gestante, control del bienestar materno-fetal y el alivio de las molestias ocasionadas durante la gestación y el puerperio, tiene la finalidad de garantizar la Salud, la Seguridad y el bienestar tanto físico como psicológico de la madre como del neonato.

Sin embargo, a pesar de tener un buen resultado perinatal algunas mujeres difieren en su satisfacción con la experiencia del parto y nacimiento. La baja tasa de

morbi-mortalidad perinatal ha llevado a las gestantes a incrementar sus expectativas sobre la experiencia<sup>7</sup> y esperan tener una vivencia positiva y de crecimiento personal tras este<sup>8</sup>. Ello pone de manifiesto la necesidad de evaluar de manera integral a la mujer, tanto en los aspectos físicos como psicológicos que influyen en la experiencia del parto<sup>9</sup>, y donde el bienestar emocional del postparto puede influir en dicha situación<sup>10-11</sup>.

La opinión de las usuarias es trascendental a la hora de incorporar cambios en los procesos de atención al parto y nacimiento y, por consiguiente, para conocer la satisfacción de las madres junto con los resultados en los estudios perinatales.

## 1.2. MARCO TEÓRICO.

### 1.2.1. Calidad y Satisfacción en el Parto

#### *1.2.1.1. Calidad en el Sistema Nacional de Salud.*

El Sistema Nacional de Salud español viene desarrollando modelos de calidad total como pilar de una gestión basada en la excelencia que engloba, no sólo un sistema que asegura y garantiza las exigencias detalladas de productos y servicios, sino que también contiene la gestión de todos los procesos, la optimización de los recursos y la satisfacción del cliente. Además, tiene en cuenta la gestión y formación del personal como intermediario para hacer de la usuaria el foco de atención de la prestación asistencial<sup>12</sup>.

Con el fin de garantizar una asistencia sanitaria de calidad en la atención al parto y nacimiento, los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud se han ido dotando de una serie de guías y protocolos<sup>13</sup> orientados a facilitar una práctica clínica basada en la mejor evidencia científica. Los modelos de atención al parto que habían venido instrumentalizando un proceso meramente fisiológico, reclaman ahora el menor intervencionismo<sup>14</sup> posible para que la experiencia del parto y nacimiento sean vividos de manera satisfactoria en la que se brinde la seguridad necesaria, respetando la autonomía de la gestante en sus elecciones de salud y expectativas con respecto al parto.

La Constitución Española<sup>15</sup> de 1978 exige a los poderes públicos la obligación de proteger la salud de los ciudadanos. La Ley General de Sanidad<sup>16</sup> y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>17</sup> enuncian las características básicas del Sistema Español de Salud y la necesidad de establecer sistemas de control

y mejora de la calidad en la asistencia sanitaria a través de “*la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados*”. Este control público de los sistemas de calidad en los servicios de salud, a través de una evaluación objetiva, se realiza por organismos independientes. El Consejo Interterritorial establece la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria a través de un sistema de acreditación de centros y servicios sanitarios.

La Ley General de Sanidad<sup>16</sup> creó el Sistema Nacional de Salud y concretó las competencias de las distintas Administraciones Públicas, la estructura organizativa y funcionamiento descentralizado y coordinado, así como su financiación, y cubre la legislación en áreas como sanidad privada, productos farmacéuticos, docencia, investigación y asesoramiento científico y sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Las reformas introducidas sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud<sup>18</sup> hacen de la acreditación una herramienta imprescindible para garantizar una calidad en la gestión de los centros sanitarios en las distintas Comunidades Autónomas.

En la misma línea, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>17</sup>, establece la necesidad de normalizar los procesos asistenciales mediante guías, estándares e indicadores con el fin de instaurar unas garantías y criterios básicos y comunes de calidad y seguridad en la prestación sanitaria. Y La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>19</sup>, anima a la unificación de estos criterios de actuación basados en la evidencia científica y que sean llevados a cabo en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Para ello es imprescindible mantener unos conocimientos y aptitudes necesarias para el correcto ejercicio de la profesión<sup>20</sup>, que alienten a el uso racional y adecuado de la prestación asistencial y terapéutica necesaria con medidas que permitan garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de un desempeño<sup>21</sup> basado en buenas prácticas mediante las innovaciones necesarias.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>17</sup> establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias. Concretan además los elementos que configuran la que se denomina *infraestructura de la calidad*, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas (que

contemplan una innovación o manera de prestar un servicio mejor a la actual) y de acontecimientos adversos.

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>22</sup> requiere de la implantación de un sistema de evaluación externa, el cual desempeña un papel importante como elemento de información en la toma de decisiones, tanto de la Administración Sanitaria como de los profesionales y usuarias de los servicios de obstetricia. Centros como en el que ha desarrollado el presente estudio han alcanzado la certificación por el modelo de la International Standards Organization (ISO) fundamentado en dichas Normas<sup>23</sup> y el Modelo Europeo de la Calidad (EFQM)<sup>12</sup>.

### **1.2.1.2. La Calidad en la Asistencia al Parto.**

El propósito de la calidad es de disponer un punto de referencia para la evaluación y la mejora de la prestación de un servicio a través de estrategias que movilizan y orientan a los profesionales para su consecución al menor coste posible. Y por ello es que se precisa de su cuantificación para poder mejorarla. La calidad es entendida como la *“propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”*<sup>24</sup> y, por tanto, se puede medir y comparar con un estándar.

La Calidad es un concepto en constante evolución que, al igual que la sociedad, va modelándose en función de las variables a tener en cuenta. Ishikawa definió la calidad como *“diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”*<sup>25</sup>, quedando patente la idea de satisfacción de las necesidades del usuario para la aprobación o conformidad con el servicio prestado como un aspecto primordial.

No se puede hablar de calidad a menos que el usuario esté satisfecho con la atención que recibe<sup>26</sup>. De ahí la importancia de tener en consideración las expectativas y las experiencias que tienen las usuarias durante el parto y nacimiento de su hijo. Dicha calidad se traduce, por ejemplo, en haber sido tratada con respeto, el confort, el sentirse escuchada, el afrontamiento del parto, el sentimiento de control y preparación para el parto, las medidas de alivio del dolor, recibiendo las mínimas lesiones obstétricas y lograr el tipo de parto deseado<sup>27-28</sup>. La calidad de los servicios de obstetricia se forja casi íntegramente a partir del usuario, por lo que la satisfacción de las necesidades y la consideración de sus expectativas son determinantes críticos en la consecución de los objetivos de una manera eficiente<sup>29</sup>.

La idea de calidad basada en la satisfacción de las necesidades de las usuarias y su percepción viene determinada por sus expectativas. Es decir, la satisfacción de una gestante vendrá dada por la diferencia entre sus expectativas y su percepción del servicio prestado<sup>30</sup>. Esta calidad individualizada<sup>31</sup> tiene como objetivo mejorar el bienestar del cliente analizando los procedimientos a través de la información aportada sobre las competencias profesionales y las características de las actividades realizadas. El concepto de calidad en la asistencia al parto está ligado por tanto a la satisfacción de necesidades de las gestantes con un perfil dinámico en la medida en que las expectativas y las necesidades de cada usuaria varían de unas a otras y a lo largo del tiempo. Por tanto, para garantizar la calidad ajustada a los requerimientos de los usuarios, éstas se han de adaptar y mejorar de forma continua a través del conocimiento de sus necesidades durante el proceso de atención y el resultado esperado<sup>31</sup>.

En el proceso de atención al parto, además de los factores fisiológicos y psicológicos, se ve influenciado por el contexto cultural, social y político que hace que se precise de una atención integral a las usuarias<sup>32</sup>. Ello hace que la medida de la calidad percibida en la asistencia al parto y nacimiento sea compleja debido a que tiene unas características singulares que la diferencia de otros procedimientos sanitarios<sup>33</sup>. La evaluación de satisfacción en el parto es relevante, no sólo como indicador de calidad y de coste-efectividad sino, además, por las repercusiones que esta tiene para la salud y el bienestar de la madre y su hijo/a<sup>34</sup>.

La satisfacción es uno de los resultados más frecuentemente obtenidos como medida de la calidad de la atención a los procesos asistenciales<sup>35</sup> y la mejora de la misma es un objetivo en los cuidados de la salud<sup>36</sup>. Se refleja en la atención durante el proceso del parto y el nacimiento, donde la satisfacción forma parte de la salud y el bienestar de la madre y su bebé. Una baja satisfacción puede estar relacionada con un peor ajuste postnatal, sentimientos negativos hacia el recién nacido, problemas durante la lactancia, mayor probabilidad de que sufra futuros abortos, preferencia por una cesárea en próximos nacimientos<sup>35,37-38</sup>.

### **1.2.1.3. La Satisfacción en la Asistencia al Parto.**

La satisfacción en el proceso de salud de parto y nacimiento es la vivencia subjetiva que tiene la gestante, que podría definirse como “*la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante responde a las expectativas del usuario*”<sup>39</sup>, y se relaciona una variedad factores<sup>35</sup>. La satisfacción de la paciente, definida como la

evaluación positiva que experimentó el individuo hacia la asistencia sanitaria prestada<sup>40</sup>, incluye múltiples dimensiones en la que se valora distintos aspectos de la atención y la evaluación general del proceso asistencial en su conjunto (resultado del proceso asistencial, relación con los profesionales y el entorno físico). Comprender la satisfacción de las usuarias en su proceso de atención al parto implica investigar cuáles son sus determinantes y consecuencias. Además, valorar la satisfacción de las usuarias es primordial ya que es una medida del resultado del proceso, ayuda a evaluar la inteligibilidad de la información dada para la participación en la toma de decisiones, y permite a los profesionales sanitarios elegir entre varias alternativas organizativas o de tratamiento posibles<sup>41</sup>.

La calidad no sólo se mide en términos de la calidad científico-técnica, sino que también es necesario evaluar la calidad “percibida” para mejorar la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas de las usuarias. La satisfacción de la mujer que ha dado a luz va a depender de la diferencia entre sus expectativas previas al parto y la percepción de la asistencia obstétrica recibida durante el mismo. Si lo que la mujer percibe es mejor o equiparable a sus expectativas estará más satisfecha, pero en caso contrario, experimentará una menor satisfacción<sup>42</sup>.

Se han descrito distintos factores que se han relacionado con la satisfacción de las púerperas en su experiencia del parto y nacimiento de su hijo<sup>43</sup>: como son las expectativas personales, apoyo y calidad de la relación con los profesionales, y la participación de la toma de decisiones. También, se han correlacionado dimensiones a través de escalas que expresan los sentimientos y percepciones vinculados con el proceso del parto y nacimiento de su recién nacido, como participación y control, ansiedad y alivio del dolor, poder manifestar sus preferencias, apoyo de su pareja y del personal sanitario<sup>44</sup>. Otros factores como la autoeficiencia<sup>45</sup>, el control personal<sup>35</sup> y cuidado del niño<sup>46</sup> igualmente se han incluido en el diseño de distintos cuestionarios para medir la satisfacción de las mujeres en su atención al parto.

Para la evaluación de la satisfacción de las mujeres en su trabajo de parto y nacimiento se han contemplado una serie de cuestionarios con el fin de mejorar la gestión de la calidad de los servicios donde la opinión de las usuarias se convierte en un referente que repercute en los resultados y procesos por los que pasa en la atención sanitaria<sup>47</sup>.

#### 1.2.1.4. La Valoración de la Satisfacción en el Parto.

A lo largo del tiempo, el uso de escalas de satisfacción para valorar la experiencia del parto ha venido legando una serie de estudios con diferentes modelos de cuestionarios sin una similitud en sus de criterios:

La Escala de Agentes del Parto (Labor Agency Scale - LAS), con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,91), mide la sensación de control durante el parto y consta de 29 ítems con 7 alternativas de respuesta en una graduación tipo Likert. En la escala se evalúa diferentes dimensiones, entre las que se encuentra: el comportamiento, la autoeficiencia, las emociones, las medidas de control y creencias de dominio<sup>48</sup>. Las mujeres que tenían una puntuación alta en la sensación de control mostraron menos necesidad de analgesia.

Los puntos de vista de las madres, matronas y obstetras fueron valorados a través de un cuestionario con 40 ítems para analizar aquellos aspectos que influyen en la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto. El mismo cuestionario también se fue completado por matronas parteras y obstetras. Los aspectos más relevantes hicieron referencia a la información dada sobre los procedimientos obstétricos y la participación de las madres en la toma de decisiones para la elección de ellos. Otro aspecto a destacar fue el apoyo de la pareja, así como, la presencia de personal cualificado del hospital. Evitar intervenciones obstétricas, tales como la episiotomía o el parto instrumentado, era menos importante que la presencia de las otras características. Los autores relacionaron puntuaciones altas en el cuestionario con mujeres más satisfechas<sup>49</sup>.

La Lista de Salmon (Salmon's Items List – SIL) o Lista de elementos de Salmon indaga sobre la adaptación emocional de la mujer al parto, el cumplimiento de sus expectativas y las molestias físicas que tuvieron mediante un cuestionario con una consistencia interna entre 0,61 a 0,83 que consta de 20 ítems valorados en una escala del 1 al 7. Estos ítems se correlacionaban con variables obstétricas<sup>50</sup>.

Mediante otros cuestionarios también se ha evaluado la “*sensación de control*” que tienen las mujeres relacionado con las preferencias y expectativas antes del nacimiento y con posterioridad sus experiencias y resultados tras el parto. La valoración anterior al parto explora las actitudes de las gestantes, los conocimientos y las expectativas frente al parto en una variedad de circunstancias, tales como las

alternativas de alivio del dolor, planes de parto y de nacimiento, intervenciones obstétricas y aspectos sobre comportamiento social. El control interno se relaciona con el comportamiento durante las contracciones mientras que el control externo con las sensaciones de control sobre lo que hace los profesionales y la participación en las decisiones rutinarias y emergentes. En la valoración después del parto, las sensaciones de control descritas se relacionan con resultados psicológicos como la realización personal, la satisfacción, el bienestar emocional (a través de la Escala Edimburgo de Depresión Postnatal - Edimburg Postnatal Depression Scale) y las palabras que las púerperas emplean para describir a sus bebés<sup>51</sup>.

El cuestionario de expectativas del parto (Childbirth Expectations Questionnaire - CEQ) tiene un alfa de Cronbach de 0,82 (0,65-0,84) y consta de 35 ítems valorados en una escala Likert de 5 puntos. Fue empleado en mujeres con embarazos de bajo riesgo en el tercer trimestre y ahonda en las expectativas descrita en el estudio anterior que las dividió en cuatro subescalas: Capacidad para hacer frente al proceso del parto (11 ítems), soporte proporcionado por matrona (8 ítems); soporte proporcionado por la pareja (7 ítems); e intervención obstétrica a la que será sometida (9 ítems)<sup>52</sup>.

El Inventario de Autoeficacia en el parto (Childbirth Self-Efficacy Inventory - CBSEI) basado en la Teoría de Autoeficacia enunciada por Bandura mide la confianza de la madre en su capacidad para manejar el trabajo de parto. El cuestionario con un alfa de Cronbach de 0,86 a 0,96 mide las expectativas de resultado (la realización de un comportamiento específico reporta una mejor experiencia del parto) y la autoeficacia (con un determinado comportamiento puede lograr el éxito deseado) durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación) y la segunda etapa del parto (expulsivo). El cuestionario consta de cuatro subescalas, dos subescalas de 15 ítems cada una para las expectativas y autoeficacia durante la dilatación del parto y otras dos subescalas de 16 ítems para el periodo expulsivo. Cada ítem se valora en una escala tipo Likert del 1 (nada útil) al 10 (muy útil). Se obtuvo puntuaciones significativamente más altas de eficacia en múltipara que en nulíparas<sup>53</sup>.

El cuestionario Wijma de Expectativa y Experiencia de Parto (The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – W\_DEQ), con un Alfa de Cronbach  $\leq 0,87$  y que se pasa dos veces, consta de 33 ítems en 6 subescalas y cada pregunta se valora de 1 (extremadamente) y 6 (nada) puntos es una escala de tipo Likert que facilita

estudiar las expectativas el control personal y el miedo a dar a luz previo al parto y cinco semanas después se mide la experiencia que tuvo al respecto<sup>54</sup>.

La escala de satisfacción de parto Mackey (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale – MCSRC) con una consistencia interna de 0,94 busca evaluar, mediante 34 ítems y dividido en 5 subescalas, la satisfacción consigo misma, con su recién nacido, con la matrona, con el ginecólogo y con su compañero. Cada ítem se valora a través de una escala Likert de 5 puntos. La puntuación final de la escala se calcula sumando las puntuaciones fijadas en cada ítem, de tal manera que a mayor puntuación más alta es la satisfacción de la mujer. De igual forma, se puede calcular las puntuaciones parciales para cada subescala<sup>55-56</sup>.

Con el objetivo de estudiar la asociación entre la continuidad del cuidador y la satisfacción con la atención prenatal, el parto y la atención domiciliaria en el postparto, Waldenström realizó un estudio cuyos resultados sugieren que la continuidad del cuidado por el mismo personal no resulta tan importante en un centro de maternidad. Las puntuaciones altas de satisfacción en las mujeres estaban relacionadas más bien con las actitudes de los cuidadores, la filosofía de la atención y un ambiente agradable y tranquilo<sup>57</sup>.

Para la valoración de aspectos relevantes de la experiencia del parto se confeccionó un cuestionario que incluía las siguientes dimensiones: el apoyo a la mujer (la matrona, la pareja o el acompañante), el control personal, la participación en la toma de decisiones, la información, el alivio del dolor, las intervenciones empleadas durante el parto y su opinión acerca del estudio. El cuestionario, que se administró a las puérperas en el segundo día después del parto, incorporó una escala de puntuación seguido de una pregunta abierta. La mayor parte de las mujeres fueron capaces de identificar las dimensiones importantes que contribuyen a tener una experiencia positiva durante el parto. Las matronas obtuvieron un papel importante en la identificación de estos aspectos contribuyentes y apoyar a las mujeres para satisfacer sus necesidades individuales<sup>9</sup>.

La medida del grado en que las recomendaciones en cuidados obstétricos se han adoptado en la práctica asistencial se ha estudiado mediante la elaboración de un cuestionario que incluía: la información recibida previo al parto (tipo de información y si le fue útil durante el parto y los cuidados del recién nacido), los aspectos del cuidado durante el parto y los aspectos del cuidado durante el puerperio hospitalario. En cada

apartado se relacionaba una pregunta sobre la satisfacción de la usuaria en cada periodo del estudio. Las mujeres consideraron que era importante para ser atendidas por una matrona hubieran conocido durante el embarazo<sup>58</sup>.

En la medida de la satisfacción de las mujeres con respecto al uso de procedimientos para la estimulación del parto, se han evaluado aspectos del manejo activo como: la amniotomía temprana, las exploraciones vaginales cada dos horas, y el uso precoz de la oxitocina a dosis alta en partos de progresión lenta. Se reportó que el manejo activo no afectó negativamente en la satisfacción de las mujeres durante el trabajo de parto<sup>59</sup>.

La escala de autoeficacia de lactancia materna (Breastfeeding Self-Efficacy Scale - BSES) en mujeres que amamantan por primera vez evalúa la percepción de autoeficacia en la lactancia materna donde la confianza en la maternidad es un factor relevante para la continuidad de la lactancia en el tiempo. El cuestionario de autocumplimiento con un alfa de Cronbach de 0,90 consta de 33 ítem que se inician con la frase “yo siempre puedo...” y se puntúa en una escala Likert de 5 puntos (nada segura- muy segura). Del sumatorio de todos los ítems resulta el nivel de autoeficacia que sería mayor cuanto más alto puntúe<sup>60</sup>.

Se han estudiado los factores asociados con las expectativas y deseos con respecto al parto de los futuros padres. En donde se identificaron tres áreas útiles importantes que se transforman en escalas: el manejo y el equipo obstétrico, con un alfa de Cronbach de 0,81; los modelos médicos, con un alfa de 0,82; y la confortabilidad de hospital tenía una consistencia interna de 0,78. Mientras los padres se centraban en el confort del hospital, las futuras mamás lo hacían en el manejo y el equipo obstétrico junto con los modelos médicos. Además, las gestantes deseaban que las organizaciones sanitarias ofertaran encuentros donde preguntar y visitar los paritorios, libertad de movimientos durante el parto y poder estar acompañadas en todo momento. Los temas importantes para los futuros padres estaban centrados en el equipo novedoso de las salas de parto, la alta calidad médica, la reputación del centro hospitalario y otras comodidades durante su estancia<sup>61</sup>.

Mediante el cuestionario de satisfacción del trabajo de parto de las mujeres (Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire – WOMBLSQ) se obtiene una valoración psicométrica cuantitativa multidimensional de la satisfacción materna. Además de las puntuaciones de satisfacción general, diferenció 10 dimensiones a través

de sus 2 cuestionarios posteriores cuyas consistencias internas oscilan entre 0,91-0,62: 1) el apoyo profesional en el parto, 2) las expectativas del parto, 3) el asesoramiento domiciliario del parto inicial, 4) la tenencia del neonato, 5) el apoyo del marido / pareja, 6) el alivio del dolor en el parto, 7) el alivio del dolor inmediatamente después del parto, 8) los conocimientos del personal que atiende el parto, 9) el ambiente del parto, y 10) el control del parto. En estos 10 factores se valoran a través de 30 ítems mediante una escala tipo Likert de 7 puntos. Reseñar que en este estudio que las puérperas que tuvieron una inducción del parto fue menos probable que cumplieran sus expectativas<sup>46</sup>.

Con el fin de valorar componentes de la calidad de la asistencia tanto en el parto como en el posparto, relacionando la satisfacción con la atención recibida, se desarrolló la escala para la medida de la satisfacción en la atención obstétrica (Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction – CONFORTS – scale)<sup>62</sup>. La herramienta consta de 40 ítems de autocumplimentación que se valoran en una escala Likert con 5 respuestas con un coeficiente en el alfa de Cronbach de 0,95. Ésta a su vez está distribuida en seis subescalas: 1) las habilidades maternas y conocimientos específicos del cuidado del recién nacido, 2) la dedicación de la enfermera en enseñar a la mujer a cuidarse ella y a su bebe, 3) la participación activa en la toma de decisiones informadas, 4) la adecuación del espacio físico y facilidades para el acompañante, 5) el respeto de la intimidad durante el proceso, y 6) los cuidados de enfermería proporcionados durante el trabajo de parto. La escala permitió de distinguir las multíparas de las primíparas, y entre las mujeres atendidas habitaciones individuales de las que eran asistidas en salas de parto y posparto convencionales<sup>62-63</sup>.

Estudios de la satisfacción relacionados con el periodo posparto utilizaron dimensiones concernientes a las incertidumbres de las recientes madres como los ejercicios de suelo pélvico, el manejo del sangrado vaginal y las alternativas de alimentación del lactante<sup>64</sup>. Otros factores estudiados en el posparto estaban vinculados con la prestación de cuidados a través de cuatro aspectos diferentes: 1) la atención interpersonal (forma de ser y sensibilidad de la matrona); 2) el tiempo pasado en chequeos físicos de la madre y el bebé; 3) el tiempo dedicado a la información y apoyo; y 4) el tiempo empleado en el apoyo con la lactancia materna (información y ayuda práctica)<sup>33</sup>.

Se elaboró una herramienta simple y válida para medir la satisfacción de materna después de una cesárea o un parto instrumental. Para ello el estudio se centró en el

cuestionario SaFe - Puntuación de la Percepción de las Pacientes (SaFe Patient Perception Score - PPS) que valora tres elementos: respeto, seguridad y comunicación. Este cuestionario presentó una alfa de Cronbach de 0,83. Las puntuaciones totales del cuestionario se correlacionaron fuertemente con las puntuaciones totales de la Escala Mackey de Satisfacción al Parto (MCSRC). Este instrumento se recomienda para valorar y evaluar a los profesionales en formación<sup>65</sup>.

El Cuestionario sobre la Experiencia de Parto (The Childbirth Experience Questionnaire - CEQ) tiene una alfa de Cronbach  $\geq 0,70$  y consta de 22 ítems que miden la satisfacción en los siguientes aspectos de la experiencia del parto en madres primerizas: la propia capacidad de la mujer, el apoyo ofertado por el profesional, la seguridad percibida y participación en el parto. Un primer parto normal con una experiencia positiva es muy trascendental para futuros embarazos y partos. Las experiencias negativas generan un temor grave que a menudo solicitan un parto por cesárea electiva. Tras el parto, este cuestionario permite explorar la influencia del manejo del parto en las experiencias de las mujeres y, por tanto, mejorar la atención durante el parto. Además, identifica aquellas púerperas que necesitan de apoyo y asesoramiento tras una experiencia de parto negativa<sup>66</sup>.

Una investigación elaboró una escala para medir la satisfacción de las mujeres en el parto normal (Scale for Measuring Maternal Satisfaction - Normal Birth "SMMS-NB") y en la cesárea (Scale for Measuring Maternal Satisfaction - Caesarean Birth "SMMS-CB") con una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0,91). El análisis explicó 10 factores: 1) la percepción de los profesionales de la salud, 2) el cuidado de la matrona en el parto, 3) el confort, 4) la información y participación en la toma de decisiones, 5) el contacto con el recién nacido, 6) los cuidados durante el postparto, 7) la habitación del hospital, 8) la accesibilidad a los servicios del hospital, 9) el respeto a la privacidad y 10) el cumplimiento de las expectativas. El segundo factor es modificado en el cuestionario de la cesárea por el de preparación para la cesárea<sup>67</sup>.

Estos cuestionarios y escalas cuantitativas emanan del estudio de las múltiples y complejas dimensiones que pueden formar parte de la satisfacción de la mujer en su experiencia con los cuidados obstétricos y su comparación con indicadores o parámetros obstétricos a investigar. Sin embargo, la percepción subjetiva de las intervenciones obstétricas realizados durante el parto, la participación activa en la toma

de decisiones informadas y otras variables de soporte psicosocial pueden tener una mayor repercusión en la experiencia de parto que los parámetros obstétricos<sup>68</sup>.

### **1.2.2. Conceptualización del Parto**

La literatura refleja múltiples definiciones sobre el concepto de *parto normal*. Entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “*el parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas, y después del alumbramiento tanto la madre como el recién nacido se encuentran en condiciones óptimas*”<sup>13,69</sup>.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia enuncia el parto *normal* como “*el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª-42ª semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica*”<sup>70</sup>. Al igual que en otras definiciones se tiene en cuenta la consideración de bajo riesgo y la espontaneidad de la fisiología proceso<sup>13,69</sup> al que falta añadir la implicación de factores relacionados con el proceso<sup>14</sup>.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España, tienen la concepción de un parto normal como un “*proceso fisiológico único, con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo*”<sup>14</sup>.

Estas definiciones no tienen en consideración los procesos de *parto espontáneo*. En estos partos, no se precisa intervención alguna en su asistencia salvo el elemental cuidado integral y respetuoso del mismo con la debida supervisión a fin de garantizar la seguridad y bienestar de la gestante y del recién nacido. Sin embargo, en aquellos procesos que dejan de ser fisiológicos y requieran un manejo activo por parte del obstetra y/o la matrona, son *partos intervenidos* en los que el profesional sanitario actúa en alguna medida para garantizar el bienestar maternal y fetal.

En el año 2000, se publican determinadas declaraciones y documentos que propusieron la humanización del parto y el nacimiento como concepto central para el desarrollo de un mundo sostenible en el siglo XXI. Conjuntamente con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud<sup>71</sup>, surge la Declaración de Ceará en Fortaleza (Brasil) que manifiesta que “*el parto y nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras*”<sup>72</sup>. La guía NICE<sup>73</sup> y otros guías de práctica clínica<sup>13</sup> cuestionan las prácticas que se vienen realizando en la atención al parto. El *parto humanizado* añade sensibilidad en el modelo de atención que garantice el respeto a las necesidades de las mujeres y su entorno familiar desde un punto de vista integral, donde la mujer recupere su protagonismo y poder de decisión con toda la información disponible acorde a las circunstancias.

No existen característica alguna que distinga el parto natural del parto normal “*ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado*”<sup>13</sup>. Sin embargo, la mediación por parte de los profesionales sanitarios en el proceso de atención al parto normal a través de ciertas intervenciones (manejo del dolor, monitorización fetal intermitente, profilaxis antibióticas, etc.) tiene como fin garantizar un proceso que sea lo más natural posible.

### **1.2.2.1. Clasificación del Parto.**

Según la forma de comienzo del parto, este puede ser descrito como *parto espontáneo* cuando se inicia de manera espontánea sin precisar medicación exógena y sin realizar tocurgia para la expulsión fetal. En el *parto inducido y el estimulado o conducido* se precisa provocar las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena<sup>70</sup>. El objetivo de la inducción al parto radica en desencadenar contracciones uterinas, en un intento de reproducir la fisiología humana para lograr un alumbramiento por vía vaginal. Por otro lado, la estimulación o conducción del parto tiene un objetivo y unas indicaciones similares al de la inducción, con la diferencia de que en este supuesto el parto se ha iniciado sin un progreso efectivo del mismo. No obstante, en ambas situaciones se requiere de intervenciones obstétricas con el fin de conseguir la dinámica uterina adecuada.

El parto puede ser clasificado según la duración de la gestación en *parto a término* si ocurre entre la semana 37 y 42 de la gestación, *pretérmino* si acontece entre las semanas 28 y 37 de la gestación, o *postérmino* si sucede después de la semana 42 de la gestación).

Según como finalice el parto este puede ser catalogado en: *Parto eutócico*, entendido como el *parto normal* que se inicia de forma espontánea con un feto a término en posición de vértice y cabeza flexionada que concluye de forma espontánea sin que aparezcan complicación alguna durante su desenlace, y *parto distócico* si es intervenido con necesidad de tocurgia para su finalización.

### 1.2.2.2. Etapas del Proceso del Parto.

El parto puede ser dividido en tres etapas hasta que termina el proceso, que podemos desglosar en las siguientes<sup>13,70,74</sup>:

- La **primera etapa** del parto o periodo de borramiento y dilatación cervical, conlleva una *fase latente* de duración variable y que transcurre desde el inicio de parto hasta los 4 centímetros de dilatación aproximadamente. A partir de este punto comienza la *fase activa* del parto hasta alcanzar la dilatación completa (10 centímetros), la dinámica uterina es regular y su duración varía en función de la paridad (18 horas en nulíparas y 12 horas en multíparas sin intervención) y el progreso no tiene que ser lineal (**Tabla 1**).
- La **segunda etapa** del parto o periodo expulsivo, acontece a partir de la dilatación completa hasta la expulsión fetal con una duración aproximada de hasta 4 horas condicionadas por el número de partos vaginales previos y la existencia de analgesia neuroaxial durante el proceso. En esta segunda etapa se distingue un Periodo Pasivo en el que no existen contracciones involuntarias y un Periodo Activo en la que hay contracciones involuntarias o sensación de pujo materno.
- La **tercera etapa** del parto o alumbramiento se denomina al periodo comprendido entre la salida completa del feto y la expulsión última de la placenta con sus membranas ovulares. Con una duración aproximada de 30 minutos tras el nacimiento con un manejo activo o espontáneo.

**Tabla 1:** Duración según la etapa y fase del parto.

Etapas del Parto		Tiempos Esperados	
<b>Primera Etapa</b> (Borramiento y dilatación cervical)	<b>Fase Latente:</b>		
		Nulíparas	Hasta 20 horas
		Múltiparas	Hasta 14 horas
	<b>Fase Activa:</b>		
	Dilatación Nulíparas	1,2 cm/h (6 h. aprox.)	
	Dilatación Múltiparas	1,5 cm/h (5 h. aprox.)	
<b>Segunda Etapa</b> (Expulsivo)		Nulíparas	90 – 120 min
		Múltiparas	60 min
<b>Tercera Etapa</b> (Alumbramiento)		Nulíparas	45 min
		Múltiparas	30 min

**Fuente:** Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología <sup>74</sup>.

Cabe recordar que es necesario que existan contracciones uterinas que den lugar a un acortamiento del cuello durante el periodo prodrómico y que consecuentemente provoque una dilatación cervical progresiva dando comienzo a la fase activa y, por tanto, el inicio del trabajo de parto.

A las seis semanas tras el parto se suceden unas modificaciones gravídicas que restituyen casi íntegramente a la mujer (*“Restitutio ad integrum”*) y regresa a su estado pregestacional (involución puerperal). La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de la lactancia son los hechos más característicos de este periodo conocido como *“el puerperio”* que se divide en<sup>75</sup>: *puerperio inmediato*: (durante las primeras 24 horas), *puerperio precoz* (desde el 2º al 7-10º días), *puerperio tardío* (Hasta 40-45 días se reinicia la menstruación) y *puerperio alejado* (La lactancia lo amplía desde el 45º día hasta un límite indeterminado).

### 1.2.2.3. Inicio del trabajo de Parto.

Se especula que en el comienzo del parto están involucrados factores procedentes de diversas estructuras entre las que se encontraría la placenta, el feto y el útero entre otros sin que conozca con exactitud en la actualidad el mecanismo de acción o la manera en que se coordinan entre sí. Se considera que algunos factores intervendrían preparando las condiciones necesarias para el inicio del parto como en el caso de las uterotropinas, mientras que otros elementos desatarían directamente la contracción miometrial como son las uterotoninas<sup>76</sup>. Sin embargo, se desconoce el proceso por el cual el útero deja de estar en reposo y se sucede una cadena de acontecimientos que culminan con el nacimiento del feto.

Antes del inicio del verdadero trabajo de parto, se manifiesta toda una serie de cambios en el organismo materno orientados a prepararlo. Se describe como los ligamentos pélvicos y tejidos blandos de la vagina se alargan y reblandecen, en el cervix se observa acortamiento y dilatación (maduración) y unas semanas antes de iniciarse este acontecimiento aparecen las contracciones de Braxton-Hicks<sup>76</sup>.

Los factores implicados en el inicio del parto pueden ser clasificados en<sup>76</sup>:

- **Factores uterinos** (miometriales y cervicales). La actividad miometrial se activa y el cérvix madura para favorecer su dilatación. Los procesos del miometrio y el cérvix interaccionan coordinados por los mismos agentes o fenómenos.
- **Factores uterotróficos** (Estrógeno y Progesterona): Los estrógenos no operan de forma directa para causar contracciones, sino que promueven una serie de cambios miometriales que aumenta la capacidad de originar contracciones potentes y coordinadas. Sin embargo, la progesterona entorpece la contracción uterina al reducir la concentración de calcio intracelular. También impide la síntesis de proteínas de unión gap y de receptores para la oxitocina. De la misma manera, degrada sustancias uterotónicas como las prostaglandinas, las encefalinasa del miometrio y la diaminoxidasa de la decidua, entre otras.
- **Factores ovulares**: Las membranas fetales (amnios y corion liso) y la decidua componen una unidad de tejido capaz de procesar alto número de moléculas implicadas en el trabajo de parto (las prostaglandinas, la endotelina 1, el factor activador plaquetario, las interleucinas...).
- **Factores uterotónicos**: Dentro de los elementos estimuladores de la contracción del músculo liso miometrial encontramos la oxitocina, las prostaglandinas, la endotelina-1, el factor activador plaquetario, entre otros.
- **Factores fetales**: No existen estudios que demuestren que un feto humano maduro brinde una señal que inicie el parto.

El diagnóstico de inicio de trabajo de parto es uno de los más críticos en obstetricia. No obstante, existen una serie de signos prodrómicos que alertan del inicio inminente del parto, tales como: cambios en la configuración del abdomen, expulsión del tapón mucoso, contracciones preliminares, maduración del cérvix y sintomatología urogenital. Salvando las variaciones biológicas individuales, el parto se inicia cuando hay una actividad uterina regular, progresiva y dolorosas, y un cérvix borrado al menos

un 50% y con 2 cm de dilatación. La presentación fetal se localiza generalmente descansada sobre el cuello y experimenta un descenso progresivo<sup>76</sup>.

### **1.2.2.4. Mecanismo del Parto y Alumbramiento.**

Se entiende por mecanismo del parto a los movimientos, adaptaciones y cambios de posición y actitud que debe realizar el feto (objeto del parto) para atravesar el canal del parto. Este depende de factores mecánicos y factores físicos, no sólo del canal del parto, sino también de la musculatura y sistemas articulares fetales<sup>75</sup>.

El mecanismo de la dilatación cervical es un proceso biológico en el que intervienen factores mecánicos. El mecanismo de la expulsión del feto comprende el paso del feto a través del canal que es, en cierta manera, independiente del mecanismo de la dilatación. Por tanto, la dilatación está condicionada hasta cierto punto por el paso del feto<sup>75</sup>.

El primer paso en la mecánica o física del parto es la conformación del feto en un cilindro compuesto de tres segmentos separados por dos puntos de flexión. Pero las contracciones uterinas ejercidas sobre el cilindro fetal sólo van a ser mecánicamente eficaces si la presentación está encajada en el canal del parto<sup>75</sup>.

El feto realiza un conjunto de movimientos para salir a través del canal del parto, y que clásicamente se describen en seis etapas<sup>75</sup>: 1) flexión y acomodación de la cabeza al estrecho superior, 2) descenso y encajamiento de la cabeza, 3) rotación interna de la cabeza, 4) desprendimiento de la cabeza, 5) rotación externa de la cabeza e interna de los hombros, y 6) desprendimiento de los hombros y del resto del feto.

El mecanismo del alumbramiento conocido como el parto de la placenta y de las membranas consta de dos partes. En primer lugar, sucede el desprendimiento de la misma y, a continuación, la expulsión al exterior<sup>75</sup>. Se describen dos formas de desprendimiento<sup>75</sup>: En el tipo Schultze la placenta se encuentra inserta en el fondo y se formará un hematoma retroplacentario central por lo que no hay pérdida sanguínea hasta que la placenta aparece y sale por vulva invertida por su cara fetal. En el tipo Duncan la placenta se inserta baja y sus membranas son cortas, empezándose a desprender por los lados y el mecanismo de desprendimiento será lateral por lo que fluye sangre por genitales ya desde el comienzo del desprendimiento.

De manera simultánea al mecanismo de desprendimiento placentario, se produce una serie de mecanismos hemostáticos en la herida que dejó la zona de implantación de la placenta y que comprende cuatro fases<sup>75</sup>: 1) La primera fase o de miotaponamiento (se forma las llamadas “*ligaduras vivientes de Pinard*”, donde el útero fuertemente contraído garantiza la hemostasia formando un globo de seguridad), 2) la fase de trombotaponamiento, 3) la fase de indiferencia miouterina, y por último, 4) la fase de contracción uterina fija.

Entre los signos prodrómicos de desprendimiento incipiente más frecuentes se encuentran<sup>75</sup>: 1) los signos uterinos (el triple signo de Schroeder y la pérdida hemática en el desprendimiento lateral) y 2) los signos funiculares (los signos de Ahlfeld, de Strasman, del pescador o de Fabr , de torsión del cordón umbilical o de Hohenbichler y el signo de Kustner, el más habitualmente investigado).

### **1.2.3. Cuidados Obstétricos durante el Parto y Nacimiento**

#### ***1.2.3.1. Buenas Prácticas en la Atención al Parto.***

Durante la última década ha surgido una demanda social y profesional, a través de múltiples foros, asociaciones de mujeres, sociedades profesionales y administraciones autonómicas que ha reivindicado una “*humanización*” del parto y nacimiento en el sistema público de salud español. La demanda social que pidió esta “*humanización del parto*”<sup>3</sup> dio paso a una nueva era en la atención sanitaria de la mujer, surgiendo con ello la Estrategia de atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad.

El objetivo de esta estrategia es “*potenciar la atención al parto normal en el sistema nacional de salud, mejorando la calidad asistencial, y manteniendo los niveles de seguridad actuales*”<sup>3</sup>, a través de una serie de líneas estratégicas que buscan, entre otras, fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico, en el que la gestante participa activamente en la toma de decisiones de unos cuidados individualizados, centrados en sus necesidades y basados en el mejor conocimiento disponible.

Una buena práctica es entendida como “*aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario*”<sup>77</sup>.

A la hora de prestar una atención personalizada en el parto y nacimiento, el personal sanitario tomará las decisiones en función, no sólo de la mejor evidencia disponible y juicio clínico por su propia experiencia profesional, sino además la participación de las usuarias en dicha toma de decisiones a través de sus preferencias y necesidades, y las características específicas del contexto de la práctica clínica. En la estrategia de atención al parto se establece además la necesidad de la formación de los profesionales sanitarios involucrados y la investigación, innovación y difusión de buenas prácticas de atención al parto<sup>3</sup>.

Hablar de la excelencia en cuidados obstétricos a través de unas buenas prácticas en la asistencia durante el parto y al nacimiento busca el mejor nivel de conocimiento científico y técnico en un contexto humanizado, además de investigar para dar respuesta a las necesidades según el contexto socioeconómico a partir de los principios de la Equidad y de la Justicia Social. A la hora de buscar la excelencia en la atención al parto se ha de vislumbrar la identidad ética de la organización sanitaria en la que converja la mejor calidad asistencial posible, no sólo a nivel de salud individual sino además de respeto a los derechos individuales de la mujer y el recién nacido<sup>78</sup>. La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que requiere superar el modelo clásico paternalista de la relación profesional-paciente para compartir la información, incorporar las preferencias de las usuarias y, tras un consenso, se toma una decisión conjunta de la que es partícipe de forma activa la usuaria y su familia<sup>3</sup>. El derecho a esta información viene recogido a través de la normativa vigente donde se explicita que ésta debe ser completa, oportuna, comprensible y disponible en formato adecuado<sup>79</sup>, atendiendo a la realidad multicultural y las circunstancias en las que se desarrolla la atención de las mujeres embarazadas.

Una de las estrategias del Sistema Nacional de Salud<sup>22</sup> es documentar la variabilidad de la práctica clínica que existe en nuestro país, estudiar las causas e implementar estrategias encaminadas a reducir y suprimir la variabilidad con el fin de promover la calidad asistencial. Entre las estrategias se encuentra estimular la elaboración y uso de guías para la práctica clínica que contribuyan de manera significativa a que la toma de decisiones se realice basada en la mejor evidencia científica.

En la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud<sup>3</sup> se propone una serie de indicadores de práctica clínica para valorar la implantación de

las recomendaciones de la estrategia encaminados al rasurado, enema, acompañamiento durante el parto, manejo de la dilatación, manejo del dolor, posición materna, episiotomía, alumbramiento, contacto piel con piel de la madre con recién nacido y lactancia materna.

Los proyectos de buenas prácticas de las instituciones sanitarias se centran en la mejora de las prácticas clínicas durante el proceso del parto acordes a la evidencia científica notoria. Dentro de éstos, se incluyen la reducción de prácticas innecesarias (entre la que se encuentra la inducción farmacológica del parto), la mejora de la capacidad en la toma de decisiones de las gestantes y las mejoras en cuanto a la intimidad y confort durante el parto. De manera detallada las líneas de actuación prioritarias destacan<sup>78</sup>:

1. Recomendaciones para la reducción de prácticas innecesarias. Acciones para disminuir la medicalización del proceso de parto. Entre otras:
  - Reducción de las tasas de cesáreas en los centros con porcentajes superiores al 15%.
  - Disminución del porcentaje de cesáreas realizadas con anestesia general.
  - Incremento de los partos vaginales atendidos exclusivamente por matronas en el periodo de dilatación, parto y alumbramiento.
  - Disminución de la inducción farmacológica del parto normal.
  - Eliminación de la episiotomía como práctica de rutina en el parto normal.
  - Reducción de las tasas de parto instrumental.
  - Implantación sistemática del contacto piel-piel en paritorio y del contacto piel-piel en la cesárea.
  - Implantación de las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
2. Recomendaciones de mejora de la toma de decisiones compartidas con las usuarias sobre:
  - La posición de parto en el expulsivo.
  - La elección de acompañante durante la dilatación, parto y nacimiento.
  - La libertad de movimientos durante la dilatación.
3. El tipo de analgesia y el momento de su aplicación.
  - Recomendaciones de mejora de la intimidad, la confortabilidad del parto:
  - Utilización de paños y agua caliente, así como otras alternativas de potenciación de la analgesia.

- Perfeccionamiento del proceso de dilatación/paritorio, mejora de la confortabilidad de las usuarias en la dilatación.

La meta de los cuidados de la matrona durante el proceso del parto y nacimiento es facilitar que la embarazada se “empodere” (del anglicismo empowerment que significa empoderamiento) de su parto, fomentando la capacidad natural de las mujeres de llevar a cabo un parto con la menor intervención posible, así como de la monitorización del bienestar físico y psicológico, a través de una atención integral durante el trabajo de parto<sup>80</sup>.

Se confía en que sean enfermeras especialistas en Ginecología y Obstetricia (matronas) sean las responsables de la atención del parto que curse dentro de los límites fisiológicos según lo normalizado en su marco competencial<sup>81</sup>. Donde las mujeres han de ser tratadas con el máximo respeto y les corresponde disponer de toda la información para estar implicadas en la toma de las decisiones<sup>82</sup>. Y la relación con el profesional ha de ser empática y se ha de tener en cuenta sus expectativas a la hora de proporcionarle los cuidados.

**Tabla 2:** Grados de Recomendación para Intervenciones de Prevención.

<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado <b>1++</b> aplicable a la población diana; o volumen de evidencia científica compuesto por estudios de gran consistencia clasificados <b>1+</b> .
<b>B</b>	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios de gran consistencia clasificados <b>2++</b> , aplicable a la población diana; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados <b>1++</b> ó <b>1+</b> .
<b>C</b>	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios de gran consistencia clasificados <b>2+</b> aplicables a la población diana; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados <b>2++</b> .
<b>D</b>	Evidencia científica de nivel <b>3</b> ó <b>4</b> ; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados <b>2+</b>

Estudios clasificados **1-** y **2-** no deben emplearse en el proceso de confección de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

**Fuente:** Ministerio de Sanidad<sup>13</sup>.

Las guías de práctica asistencial y sociedades científicas<sup>13,70,75</sup> describen una serie de evidencias en torno a la atención al parto normal cuyos grados de recomendación (GR) se expresan en base a la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)<sup>83</sup> para los cuidados preventivos (**Tabla 2**). Mediante la adaptación

realizada por el National Institute of Health and Care Excellence (NICE)<sup>84</sup> de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination (CEBM & CRD) se expresan los grados de recomendación para los procedimientos diagnósticos (**Tabla 3**) en las distintas etapas del parto y otras recomendaciones están basadas en la buena praxis clínica y en el consenso del grupo de expertos<sup>13</sup>.

**Tabla 3:** Grados de Recomendación para Procedimientos Diagnósticos.

<b>A</b>	<b>Ia</b> (Revisión Sistemática con homogeneidad de nivel 1) o <b>Ib</b> (Estudios de nivel 1).
<b>B</b>	<b>II</b> (Estudios de nivel 2 o Revisión Sistemática de nivel 2).
<b>C</b>	<b>III</b> (Estudios de nivel 3 o Revisión Sistemática de nivel 3).
<b>D</b>	<b>IV</b> (Consenso, Opiniones de expertos sin valoración crítica explícita).

**Fuente:** Ministerio de Sanidad <sup>13</sup>.

### 1.2.3.2. Cuidados durante la primera etapa del parto.

A lo largo del proceso del parto se ha de facilitar a la mujer el acompañamiento por la persona que ella elija<sup>85</sup> dado que favorece los partos vaginales espontáneo y reduce a tasa de partos instrumentados y cesáreas (GR: A)<sup>73</sup>.

Se puede permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto, preferentemente bebidas isotónicas para combatir la cetosis (GR: A)<sup>86</sup>. La ingesta de líquidos claros mejora la sensación de confort e incrementa la satisfacción sin aumentar las complicaciones<sup>73</sup>.

Durante la admisión no se aconseja la amnioscopia en la valoración inicial de la mujer de bajo riesgo en trabajo de parto (GR: C)<sup>87</sup>, ya que no parece método recomendable para evaluar el estado del líquido meconial. Tampoco se recomienda el uso de registros cardiotocográficos en los embarazos de bajo riesgo (GR: A)<sup>88</sup>. No existe evidencia de que sea beneficioso y presenta relación con procedimientos intervencionistas y partos distócicos (instrumentados y cesárea) en comparación con sólo auscultación<sup>73</sup>.

Con respecto a las intervenciones habituales posibles durante el periodo de la dilatación se aconseja: prescindir el uso del enema de forma rutinaria (GR: A)<sup>89</sup>. No existe evidencia de que corrija las tasas de infección neonatal o maternos o resultados como dehiscencia de la episiotomía, duración del trabajo de parto o satisfacción materna<sup>13,70,73</sup>.

Otra intervención a no efectuar es el rasurado perineal de manera sistemática (GR: A)<sup>90</sup> ya que no hay reducción en la tasa de infección entre mujeres rasuradas y no rasuradas. Además de la aparición de irritación de la piel<sup>13,70,73</sup>.

Se recomienda asistir individualmente y de forma continua a la mujer en trabajo de parto por una matrona, prestando una atención permanente a excepción de periodos cortos de tiempo o momentos de intimidad solicitado por la mujer (GR: A)<sup>85</sup>. Las mujeres muestran un mayor bienestar cuando son tratadas de forma tranquilizadora, amable y con respeto. La percepción de tener el control y poder tomar decisiones se asocia con una mejor sensación emocional<sup>13,70,73</sup>.

Se ha de animar y auxiliar a las mujeres a adoptar cualquier postura en la que se hallen cómodas a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo requieren, sin bloqueo motor y/o propioceptivo en caso de analgesia epidural (GR: A)<sup>91-92</sup>.

La amniorrexis artificial<sup>93</sup> y la perfusión de oxitócica<sup>94</sup> no se recomiendan de manera habitual en los partos que evolucionan de forma espontánea (GR: A)<sup>91</sup>. Previo a un reconocimiento exploratorio vaginal se invita al empleo de agua corriente en lugar de antisépticos para la limpieza (GR: A)<sup>95-96</sup>.

### **1.2.3.3. Cuidados durante la segunda etapa del parto.**

Se recomienda al profesional sanitario que interviene en el parto, la selección de un equipo o vestimenta de protección fundada en la evaluación del riesgo de transmisión de infección y contaminación, la higiene de manos, uso de guantes y mascarillas faciales y/o protecciones oculares en función del riesgo<sup>13</sup>.

Durante el proceso del parto se ha de alentar a que las mujeres adopten la posición más cómoda para ellas y los pujos se recomiendan que sean espontáneos<sup>97</sup>, salvo analgesia neuroaxial (epidural o espinal) o una fase activa de la segunda etapa del parto sin sensación de pujo (GR: A)<sup>13</sup>. Posición en decúbito supino produce mayor número de partos instrumentales (fórceps y ventosas), incrementa el dolor, y puede

aparecer alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. La posición de las manos en las rodillas reduce el dolor lumbar y no incrementa efectos adversos. Las posiciones verticales o laterales, comparadas con el decúbito supino o litotomía, se asocia con pérdidas sanguíneas superior a 500 ml<sup>13,70,73</sup>.

Se ha de prevenir el trauma perineal, así como no efectuar de forma rutinaria la episiotomía en el parto espontáneo (GR: A)<sup>98</sup> pudiendo emplearse técnicas de control perineal para ayudar en el nacimiento espontáneo. La aplicación de compresas calientes o masaje no mejoran los resultados sobre el periné. Sin embargo, la aplicación de frío local reduce la respuesta inflamatoria y niveles de dolor en el periné<sup>73</sup>. Se invita a evaluar el método y material de sutura en la reparación perineal en caso de precisar episiorrafia o unión de desgarro perineal<sup>13</sup> dando mejor resultado la sutura reabsorbible<sup>13,73</sup>.

Se recomienda el pujo espontáneo con sensación del mismo y ausencia de este, no dirigirlo hasta que haya terminado la fase pasiva de la segunda etapa del parto. En gestantes con anestesia neuroaxial dirigir los pujos una vez consumada la fase pasiva de la segunda etapa del parto (GR: A)<sup>13</sup>.

### **1.2.3.4. Cuidados durante la tercera etapa del parto**

Se aconseja el manejo activo del alumbramiento con uterotónicos y se recomienda la utilización de oxitocina en el alumbramiento dirigido (GR: A) para prevenir la hemorragia postparto<sup>99</sup> y acorta el tiempo de duración de la tercera etapa del parto<sup>13</sup>.

### **1.2.3.5. Cuidados del recién nacido.**

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (al menos dos minutos después del parto) o bien tras el cese del latido del cordón. En los supuestos de donación de células madre de sangre de cordón, se priorizará ésta antes de que surja el alumbramiento (GR: A)<sup>100</sup>. Pinzamiento tardío del cordón mejora estado hematológico del neonato siendo la policitemia único efecto adverso. En los casos de parto con factores de riesgo está indicado pinzamiento temprano<sup>13,70,73</sup>.

Seguidamente tras el nacimiento se ha de conservar el contacto piel con piel entre madre e hijo (GR: A)<sup>101</sup>, asegurándose mantener la temperatura y registro de los signos vitales del recién nacido. La guía de práctica clínica propone no interrumpir este proceso y posponer aquellas prácticas no imprescindibles hasta culminar este período de vital importancia para madre y recién nacido (Beneficios sobre la duración de la

lactancia materna, termorregulación recién nacido y vínculo del binomio madre-hijo)<sup>13</sup>. Hasta la publicación de la misma, eran muy pocos los centros hospitalarios que dejaban el peso del recién nacido, la profilaxis oftálmica y administración de vitamina K para después de finalizado el contacto precoz. Por tanto, con esta Estrategia se pretende unificar buenas prácticas en el territorio español.

La lactancia materna ha de comenzar lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora sin forzar la primera toma (aproximadamente 70 minutos) pero manteniendo el contacto temprano y continuado piel con piel para favorecer una lactancia duradera (GR: A)<sup>101</sup>. El baño del recién nacido está aconsejado realizarlo tras las primeras horas previo haya alcanzado una estabilidad térmica<sup>13</sup>.

La profilaxis oftálmica ha de administrarse tras finalizar el periodo de contacto precoz inicial (GR: B)<sup>102</sup> hasta cuatro horas después del nacimiento (pomadas de tetraciclina o eritromicina para prevenir oftalmia por gonococo y chlamydia)<sup>13</sup>.

Se ha de prevenir la enfermedad hemorrágica mediante la profilaxis con la vitamina K (GR: A)<sup>102</sup>. Una dosis única de 1 mg de vitamina K intramuscular parece ser efectiva para prevenir la hemorragia por déficit vitamina con mejores resultados clínicos<sup>13</sup>.

La aspiración a través de la nasofaringe u orofaringe no se recomienda de forma rutinaria en el periodo neonatal (GR: A)<sup>13</sup> ya que no mejoran la función respiratoria y ni la frecuencia cardiaca.

### **1.2.3.6. Alivio del dolor durante el parto.**

Existe una variabilidad en la vivencia que tiene la mujer en cuanto al trabajo de parto y nacimiento. Sin embargo, la actitud y el comportamiento de los profesionales sanitarios es el factor que más influye en la satisfacción materna a pesar de la experiencia del dolor y analgesia aplicada, o no<sup>73</sup>. Con el fin de satisfacer las expectativas de la mujer con respecto al alivio del dolor durante el parto en la medida de lo posible, se ha de ofrecer (GR: B)<sup>13-103</sup>.

- Métodos no farmacológicos:
  - La Inmersión en agua caliente reduce el dolor intraparto y la administración de anestesia neuroaxial<sup>73</sup>. Es un método eficaz de alivio de dolor durante los pródromos del parto (GR: A)<sup>13</sup>.
  - El Masaje y el contacto físico tranquilizador disminuye el dolor de la mujer y la ansiedad expresada<sup>73</sup>. Se recomienda como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto (GR: B)<sup>13</sup>.
  - Uso de pelotas en la exploración de posturas más confortables para la mujer.
  - Las técnicas de relajación es una opción de la mujer.
  - La inyección de agua estéril como alternativa de alivio en el dolor lumbar (GR: B).
  - Electro Estimulación Transcutánea de los Nervios (TENS) no es una alternativa analgesia efectiva en el parto establecido (GR: A) y con limitada evidencia en fase latente<sup>13</sup>.
- Métodos farmacológicos:
  - El óxido nitroso (GR: B) posee un efecto analgésico moderado pudiendo ocasionar náuseas, vómitos, cefalea y alteraciones del recuerdo<sup>13</sup>.
  - Los opioides (GR: A) tienen un efecto analgésico limitado con posibles efectos secundarios como náuseas y vómitos<sup>13</sup>.
  - Analgesia Neuroaxial (GR: A) es el método más eficaz, pero puede provocar hipotensiones, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, alargamiento del periodo expulsivo, prurito, retención urinaria, fiebre y aumenta el riesgo de parto instrumentado<sup>13</sup>.

### **1.2.3.7. Monitorización fetal durante el parto**

Se llevará a cabo el control fetal durante la fase de parto mediante monitorización electrónica fetal continua, intermitente o con auscultación fetal intermitente. En caso de registro cardiotocográfico patológico se aconseja la recogida de microtoma de sangre da calota fetal intraparto (GR: B)<sup>104</sup>.

### **1.2.4. La Rotura Prematura de Membranas**

La rotura de las membranas ovulares antes del parto consiste en la pérdida de la integridad de las mismas con la consiguiente salida de líquido amniótico, quedando en comunicación la cavidad amniótica a través del cérvix uterino con la vagina<sup>105</sup>. Este

hecho puede acontecer pretérmino si ocurre antes de las 37 semanas de gestación, o a término si ocurre después de las 37 semanas de gestación<sup>106</sup>.

Se especifica que la rotura prematura de membranas (RPM) se considera espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio del trabajo de parto. Si la ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina rotura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM)<sup>107</sup>. Estas pacientes con RPPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos distintos:

- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas de gestación.
- RPPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas de gestación.
- RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas de gestación o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde se encuentre el servicio de neonatología y si dispone de dicho servicio.

La rotura prematura de membranas en las gestaciones a término se relaciona con cerca de un 8% de todos los embarazos<sup>108</sup> y suele conllevar el inicio del trabajo de parto tras un período de latencia sin dinámica uterina o irregular de unas 6 horas<sup>109</sup>. El 79% de las gestantes comienzan el trabajo de parto de manera espontánea a las 12 horas y el 95% en las primeras 28 horas, dando a luz en las 72 horas siguientes<sup>110</sup>.

La rotura de membranas en gestaciones pretérmino ocurre en un 2-4% de todas las gestaciones y sin importar el manejo el parto ocurre en promedio en una semana<sup>111</sup>. A menor edad gestacional se espera que este periodo de latencia sea mayor, incluso hasta un 13% pueden presentar cese de la pérdida de líquido amniótico y restauración de un volumen normal<sup>112</sup>.

El “*periodo de latencia*” es el tiempo que transcurre entre la rotura y el inicio del trabajo de parto. El “*Manejo conservador*” o “*expectante*” de la rotura prematura de membranas consiste en tomar una actitud obstétrica de continuar la evolución del parto de forma fisiológica y espontánea. Por el contrario, el “*Manejo intervencionista*” o “*activo*” se indica para propiciar la inducción del trabajo de parto y/o acortar el periodo de latencia.

#### 1.2.4.1. El Líquido Amniótico y la Estructura de las Membranas Fetales.

Durante el embarazo el líquido amniótico es primordial ya que permite el desarrollo de las distintas estructuras en formación del feto. Son numerosos factores los que intervienen en su formación y renovación de este líquido acuoso y cristalino cuyo volumen resultante está relacionado con la producción y la reabsorción dependiendo de la edad gestacional. La composición del líquido amniótico es similar al del líquido extracelular del embrión, que inicialmente es generado a partir del volumen plasmático del embrión es difundido a través de la piel. No obstante, a partir de la semana 10 – 12 de gestación la orina es la principal fuente de líquido amniótico. Otras fuentes de intercambio de líquido amniótico vienen dadas por la secreción y reabsorción del árbol respiratorio, las membranas fetales y cordón umbilical y la absorción por el tracto gastrointestinal<sup>113</sup>.

En la gestación a término, el líquido amniótico tiene las siguientes características y composición<sup>114</sup>:

- Agua (entre el 98 al 99 %).
- Solutos (del 1 al 2 %, por partes iguales orgánicos e inorgánicos).
- Turbidez (aumenta con el tiempo de gestación).
- Peso específico (promedio 1,0078).
- Presión osmótica (de alrededor de 6,072 atmósferas a 0 °C).
- Gases ( $pO_2 = 4$  a 43 mmHg y  $pCO_2 = 38$  a 50 mmHg).
- PH (desciende, de 7.13 antes de las 32 semanas, a 7.08 desde esa edad gestacional en adelante).
- Componentes orgánicos: Proteínas (Globulinas y Albúmina), Aminoácidos, Componentes nitrogenados no proteicos (Urea, Creatinina, Ac. Úrico), Lípidos (Fosfolípidos del surfactante pulmonar fetal), Glúcidos (Glucosa, Sacarosa, Fructosa, etc), Vitaminas, Enzimas y Hormonas (Corticoides, Andrógenos, Progesterona, Lactógeno Placentario Humano, Gonadotrofina Coriónica, Renina, Prostaglandinas, etc).
- Componentes inorgánicos: Zinc, Cobre, Hierro, Manganeso, etc.
- Componente celular del líquido amniótico procede del amnios, mucosa y piel del feto que empiezan a desprenderse a partir de la semana 14 de gestación que aumenta bruscamente a partir de las 37 semanas.

Entre las funciones de líquido amniótico se encuentran<sup>114</sup>:

- Adecuado crecimiento del feto para evitar deformidades o asimetrías.
- Protección frente a traumatismos y agresiones externas.
- Barrera frente a infecciones (bactericida y/o bacteriostática).
- Termorregulador fetal.
- Favorece el normal desarrollo pulmonar fetal.
- Contribuye al desarrollo del tracto gastrointestinal fetal.
- Ayuda en la dilatación del cuello del útero a ejercer presión.
- Interviene en la homeostasis de electrolitos.
- Facilita la dilatación del cuello del útero durante los pródromos y el parto.

Las membranas fetales están constituidas por una capa interna, el amnios, y una capa externa, el corion. Estas capas están en contacto a través de un tejido conectivo denso y de elastina<sup>114</sup>.

El corion está histológicamente constituido por dos capas: una de tejido conjuntivo dirigida al interior y otra compuesta por varias hileras de células de citotrofoblasto orientadas al exterior. Posee funciones importantes en la protección y homeostasis fetal, así como un papel crucial en el reconocimiento inmunológico impidiendo el rechazo mediante la ausencia de expresión de antígenos frente a la madre<sup>114</sup>.

El amnios es la membrana fetal más interna que se encarga de la formación del saco amniótico colmado de líquido que envuelve al embrión. Es un tejido avascular y carente de nervios y vasos linfáticos. Desde el punto de vista histológico, está constituido por una lámina de células precursoras del epitelio amniótico y otra de células similares a los fibroblastos. Las células del epitelio amniótico están llenas de microvellosidades muy desarrolladas que se le suponen para transferencia entre líquido amniótico y amnios. Esta membrana fetal está involucrada, por tanto, en el transporte de solutos y agua para mantener la homeostasis del líquido amniótico y en la producción de citocinas, factores de crecimiento y prostaglandinas entre otras proteínas con actividad vascular<sup>114</sup>.

Normalmente la ruptura del corion se produce antes que la del amnios. El despegamiento precoz del corion y el amnios provoca una liberación de fibronectina fetal que adhiere ambas láminas. Este proceso de despegamiento y acopio de líquido fuera

de la cavidad amniótica denominado como hidrorrea decidual y puede ser confundido con la salida de líquido amniótico por una rotura prematura de las membranas<sup>115</sup>.

### **1.2.4.2. Etiología y Factores de Riesgo en la Rotura Prematura de Membrana.**

La estabilidad de la membrana corioamniótica viene dada por la carencia de vasos, células musculares y nervios. Además, al estar cubierta por la pared del miometrio favorece la resistencia de esta membrana. De forma natural la rotura de la membrana amniótica se produce durante la dilatación cervical al dejar de existir ese apoyo contra la musculatura uterina y por acción de las contracciones membranas ya no soportan la presión<sup>108</sup>.

En la etiología de la ruptura de membranas hay múltiples determinantes mecánicos y fisiológicos que participan en la pérdida de la integridad de las membranas ovulares. Salvo los supuestos de una acción mecánica conocida, la causa exacta de la rotura prematura de membranas es hasta el momento ignorada. No obstante, si se conocen algunos factores predisponentes<sup>116-118</sup> que en la mayoría no se encuentran presentes. Estos factores de riesgo son similares en gestaciones a término y en pretérmino. Entre los factores predisponentes se encuentran<sup>108</sup>:

- Infección del tracto genitourinario<sup>119</sup> sin tratamiento<sup>120-121</sup> (Streptococcus Agalactiae, Candida Albicans, etc).
- Patologías del tejido conectivo y defectos del colágeno.
- Acción de enzimas relacionadas con infecciones.
- Procedimientos invasivos (amnioscopias, amniocentesis).
- Acortamiento cervical en amenaza de partos prematuros.
- Antecedentes de partos prematuros.
- Antecedentes de RPM en gestaciones previas<sup>122</sup>.
- Sobredistención de las membranas (polihidramnios y gestaciones gemelares)
- Sangrado durante la gestación.
- El consumo de cigarrillo.
- Índice de masa corporal bajo.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Carencias nutricionales.
- Cirugía del cuello uterino (conizaciones).

La edad gestacional donde acontece proporciona información sobre la posible causa. En los embarazos a término suele suceder por los cambios fisiológicos de las membranas ovulares y las fuerzas a las que son sometidas durante las contracciones uterinas<sup>108</sup>. Sin embargo, en los embarazos pretérminos la principal causa de la rotura de membranas es la infección intraamniótica<sup>123</sup>.

### **1.2.4.3. Complicaciones en las Roturas Prematuras de Membranas.**

Las complicaciones maternas se muestran en un 13-60% de corioamnionitis clínica en las pacientes, en 2-13% las infecciones durante el puerperio, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta ocurre en un 4-12% y raramente acaece una sepsis (1%). La aparición de la infección aumenta a menor edad gestacional en el momento de la rotura, al igual que incrementa a mayor número de tactos vaginales<sup>124</sup>. Con una duración mayor de la rotura de membranas aumenta el riesgo de complicaciones maternas<sup>125-126</sup>.

La complicación más frecuente a nivel fetal es el distress respiratorio, seguido en menor medida por la sepsis neonatal, enterocolitis, alteraciones neurológicas y deformaciones posicionales. A mayor prematuridad y menor volumen de líquido, por compresión del cordón, estos riesgos se ven incrementados<sup>108</sup>.

### **1.2.4.4. Diagnóstico de la Rotura Prematura de Membranas.**

En la mayoría de los casos la rotura prematura de membranas se diagnostica a través de la anamnesis clínica y el examen físico de la gestante con la visualización del líquido amniótico<sup>127</sup>.

Las exploraciones han de ser realizadas mediante espéculo estéril con el fin de disminuir el riesgo de infección, mientras que las exploraciones digitales se reservan para pacientes que parezcan estar en fase activa del parto o expulsivo inminente<sup>124</sup>. El espéculo brinda la oportunidad de inspeccionar el cuello del útero (dilatación, borramiento, prolapso de cordón umbilical o partes fetales) y tomar cultivos, si procede<sup>108</sup>.

Se confirma el diagnóstico de la rotura de las membranas mediante<sup>127</sup>:

- La visualización del líquido amniótico que atraviesa el canal cervical hacia la vagina.

- Prueba de pH del fluido vaginal con papel de nitrazina que al contacto con el líquido amniótico tiene un pH básico de 7.0 a 7.3 frente al pH vaginal normalmente ácido de 3.8 a 4.2. Los falsos negativos y positivos suceden en un 5% de los casos. Los falsos negativos pueden ocurrir cuando la rotura es intermitente o el líquido amniótico escaso se diluye en el flujo vaginal. El falso positivo suele venir dados por la presencia de fluidos alcalinos en la vagina, tales como semen, sangre o soluciones jabonosas. Las pérdidas de orinas infectadas por bacterias gramnegativas (*Proteus* sp) pueden tener un pH de 8.0.
- La arborización (ferning) del líquido amniótico que se identifica bajo microscopía óptica

Las pruebas complementarias en el diagnóstico de la rotura prematura de membrana son las siguientes<sup>127</sup>:

- Examen ecográfico del volumen de líquido amniótico a pesar de que no es una prueba diagnóstica.
- Determinación de Placental Apha Microglobuline-1 (PAMG-1) o Inuline-like Growth Factor Binding Protein-1 (IGFBP-1). Las concentraciones de estas proteínas son de 100 a 1000 veces mayor en líquido amniótico que en el flujo vaginal.
- Test de fibronectina fetal. Es sensible pero no específica para la ruptura de membranas.
- Identificación de altas concentraciones de Alfa-FetoProteína (AFP). En las secreciones vaginales sugiere la presencia de líquido amniótico.
- Instilación transabdominal de fluoresceína o de tinte índigo carmín para casos muy seleccionados.

### **1.2.4.5. Manejo de la Rotura Prematura de Membranas a Término**

Una vez confirmada la rotura prematura de membranas a término sin complicaciones, uno de los puntos clave es determinar la actitud a seguir, tomando un enfoque intervencionista o expectante.

Inicialmente al ingreso se evalúa:

- La edad gestacional.
- La presentación fetal.

- El bienestar fetal (registro cardiotocográfico con o sin perfil biofísico).
- La valoración del riesgo de infección (Hora de la rotura, disponibilidad de resultado del estudio de despistaje frente estreptococo del grupo B ( $\beta$ -Hemolítico), fiebre materna, taquicardia materna, taquicardia fetal, irritabilidad uterina).

Algunos estudios sobre rotura prematura de membranas a término han concluido que la inducción al parto tiene beneficios frente a una conducta expectante<sup>108,110,125</sup>. Un metaanálisis encontró que el manejo activo mediante inducción del parto reduce el tiempo de trabajo de parto y las tasas de corioamnionitis, endometritis y de ingreso de los neonatos, sin que afecte a las tasas de cesáreas o parto vaginal instrumentado<sup>125</sup>. El riesgo de corioamnionitis se asoció mayormente al uso de prostaglandinas para la inducción al parto en comparación con la oxitocina, aunque ambas demuestran una eficacia semejante<sup>110</sup>. Este mismo estudio reveló que las mujeres consideraban la inducción al parto de manera más positiva que la conducta expectante.

Este metaanálisis sugiere en las gestaciones a término la inducción del parto si este no se presenta tras la fase de latencia y no existe contraindicación, generalmente con perfusión de oxitocina<sup>125</sup>. En caso de un cuello de útero con condiciones desfavorables (Test de Bishop), la rotura prematura de membranas no contraindica el uso de prostaglandinas para la maduración cervical<sup>108,127</sup>. Sin embargo, el manejo expectante puede ser aceptable, mientras las condiciones maternas y fetales sean adecuadas, para aquellas gestantes que estén bien asesoradas sobre los riesgos de la rotura prematura de membranas prolongadas que declinan la inducción al parto<sup>108</sup>. En caso de inducción, existen estudios que recomiendan el uso de oxitocina frente a prostaglandinas ya que es igual de efectivo, es más fácil de controlar las dosis, y puede ser menos costoso, en función del modo de la preparación<sup>128</sup>.

Se ha de establecer un límite de tiempo para el manejo expectante si no inicia el trabajo de parto con una gestante que rechaza la inducción, donde la aparición de signos de infección u otras complicaciones sería una indicación para iniciar el manejo activo para finalizar la gestación. Sin embargo, las embarazadas que optan por la inducción deben ser conscientes de la posibilidad de un proceso largo, el fracaso de la inducción, la no evolución del parto, y la alternativa de la cesárea<sup>128</sup>. No existen datos sólidos en los que basar una recomendación para la duración máxima de la conducta expectante en ausencia de complicaciones en el embarazo, pero el riesgo de corioamnionitis

aparece incrementarse significativamente después de las 24 horas de la rotura de las membranas ovulares<sup>129</sup>.

Las sociedades científicas americanas y europeas de obstetricia recomiendan la posibilidad del manejo expectante de las roturas prematuras de membrana a término si no existe contraindicación<sup>108,127,130</sup>.

El manejo domiciliario de la rotura prematura de membranas durante el periodo de latencia en las gestaciones a término suele conllevar una mayor necesidad de administración de antibioterapia antes del nacimiento y una mayor tasa de infecciones neonatales<sup>131</sup>. Otro de los riesgos del manejo domiciliario es la posibilidad de una rápida dilatación y expulsión fetal extrahospitalario. Por tanto, las pacientes que solicitan un manejo domiciliario se han de ajustar a unos criterios de selección<sup>132</sup>: Presentación cefálica, no infección intrauterina, registro cardiotocográfico fetal tranquilizador, columna de líquido amniótico por ecografía > 2 cm, paciente confiable, asistencia en el hogar, transporte confiable, distancia del hogar a 20 minutos del hospital, valoración del pulso y temperatura cada 6 horas, con parámetros para acudir al centro hospitalario, y realizar recuento de movimientos fetales.

### ***1.2.4.6. Profilaxis Antibiótica en las Roturas Prematuras de Membranas.***

El uso de antibióticos profilácticos en la rotura prematura de membranas por debajo de la 37 semana de gestación se asocia a una reducción de la morbilidad materna y fetal. Los estudios prueban esta reducción con cualquier penicilina o eritromicina y, cualquier combinación debe cubrir un amplio espectro microbiano<sup>127</sup>.

La profilaxis antibiótica frente al estreptococo del grupo B se debe iniciar desde el diagnóstico de la rotura prematura de membranas por debajo de la semana 37 de gestación, a excepción que el cultivo vagino-rectal realizado para su detección en las últimas cinco semanas haya sido negativo. En las gestaciones pretérmino con resultado desconocido se recomienda realizar cultivo al ingreso<sup>133</sup>.

Al ingreso de las gestaciones a término con exudado positivo (o desconocido sólo para gestaciones entre las 34 y 37 semanas de gestación) frente al estreptococo del grupo B se administra una de las siguientes pautas<sup>133</sup>:

- Penicilina G sódica 5 millones de unidades intravenosa y que se continúa con 2,5 millones de unidades cada 4 horas intravenoso hasta el final del parto.
- Ampicilina 2 gramos intravenoso inicial, seguido de 1 gramos cada 4 horas hasta la finalización del parto.

En la petición del cultivo para cribado del estreptococo del grupo B se ha de informar de las sospechas de alergias para la realización de un antibiograma de sensibilidad frente a la eritromicina y la clindamicina. Si no existe riesgo de anafilaxis, el tratamiento alternativo puede ser cefazolina 2 grs. iniciales seguidos de 1 gramo cada 8 horas hasta concluir el parto. En pacientes alérgicas a la penicilina y sin estudio de sensibilidad frente a la eritromicina y la clindamicina se ha de emplear la vancomicina como profilaxis. En caso de que el estreptococo del grupo B sea sensible a la clindamicina o la eritromicina, esta última no es una alternativa aceptable para la prevención y sólo la profilaxis realizada con penicilina, ampicilina o cefazolina mediante la pauta descrita se considera como la adecuada desde la perspectiva del manejo del recién nacido<sup>133</sup>.

En el caso que se diagnostique una corioamnionitis, el protocolo de actuación radica en la finalización del embarazo y la administración de una cobertura antibiótica de amplio espectro. La pauta protocolizada es ampicilina y gentamicina que cubre más del 80% de cepas bacterianas vinculadas con este tipo de procesos infecciosos<sup>127</sup>.

### **1.2.5. La Inducción al Parto**

La Inducción consiste en la producción de contracciones uterinas capaces de desencadenar el parto por la vía vaginal, con el objetivo de finalizar la gestación<sup>134</sup>. Es uno de los procedimientos obstétricos más frecuentes realizado para estimular las contracciones uterinas para llevar a cabo las modificaciones cervicales antes del inicio del trabajo de parto espontáneo que está regulado por las distintas sociedades científicas<sup>130,135-136</sup>.

Las indicaciones médicas y obstétricas de la inducción antes del inicio del trabajo de parte se realizan cuando los riesgos maternos y/o fetales relacionados con la continuación de la gestación son mayores que los asociados incluso con un parto prematuro<sup>136</sup>. Es preferible la inducción del parto cuando no existen contraindicaciones para el parto vaginal, dado el incremento de los riesgos maternos asociados con el parto por cesárea.

La trascendencia de los riesgos de un parto inducido está influenciada por factores como la edad gestacional, el grado de madurez pulmonar fetal, la gravedad del cuadro clínico, las condiciones del cuello del útero y otros factores demográficos de las madres.

Entre las indicaciones más consensuadas de la inducción al parto se pueden encontrar<sup>134,136</sup>:

### 1) Maternas:

- La preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP.
- La diabetes gestacional y pregestacional.
- La colestasis del embarazo.
- Las neuropatías.
- Las cardiopatías.
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Las neoplasias.

### 2) Obstétricas:

- El embarazo prolongado o postérmino.
- La rotura prematura de membranas.
- La corioamnionitis.
- El desprendimiento prematuro de placenta.
- El oligohidramnios.

### 3) Fetales:

- La muerte fetal intraútero.
- La restricción del crecimiento fetal.
- El embarazo gemelar.
- La aloinmunización con efectos fetales.

La inducción se asocia con un aumento de complicaciones en comparación con el trabajo de parto espontáneo, sobre todo en primigestas. Por ello siempre que se decide finalizar un embarazo mediante una inducción es necesario: una correcta indicación, estableciendo una cuidadosa relación riesgo-beneficio, elegir

cuidadosamente las semanas de gestación (para evitar la prematuridad iatrogénica) y seleccionar el método más adecuado de inducción.

El uso de la inducción al parto se ha incrementado en todo el mundo siendo las inducciones electivas por razones sociales o geográficas las que han representado un mayor aumento<sup>137</sup>. Dentro de las razones para estas indicaciones se encuentra la inseguridad ante resultados perinatales adversos y la voluntad de organizar los partos a conveniencia de criterios organizativos y del paciente favorecido por la disponibilidad de mejores mecanismos de maduración cervical<sup>138</sup>.

Entre los riesgos potenciales de la inducción al parto cabe destacar<sup>134,139</sup>:

### 1) Riesgos Maternos:

- Fracaso de la inducción del parto.
- Parto por cesárea.
- Crisis emocional.
- Parto prolongado.
- Hiperdinamia e hipertono con o sin alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
- Rotura uterina.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Desgarros cervicales.
- Corioamnionitis.
- Intoxicación hídrica.

### 2) Riesgos Fetales:

- Prolapso de cordón post amniorrexis.
- Sepsis neonatal.
- Nacimiento pretérmino.
- Traumatismos al nacer por parto precipitado.
- Aspiración de meconio.
- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal con pérdida del bienestar fetal.

Existe contraindicación de una inducción al parto cuando los riesgos maternos y/o fetales asociados al parto vaginal son mayores que los riesgos asociados con el parto por mediante cesárea<sup>130,136</sup>. A continuación, se exponen algunos ejemplos:

- La cesárea anterior clásica o corporal.
- El embarazo tras rotura uterina.
- El embarazo tras incisión uterina transmural con entrada a cavidad uterina.
- La infección activa por herpes.
- Condilomatosis que obstruye el canal vaginal.
- La placenta previa oclusiva.
- Vasa previa.
- El prolapso del cordón umbilical o procidencia persistente del cordón.
- La situación transversa del feto.
- Signos de desproporción pélvico-fetal.
- Algunas malformaciones genitales.
- El cáncer invasor de cérvix.
- Signos de sufrimiento fetal agudo.

El éxito de una inducción del parto varía en función de múltiples variables, tales como<sup>140</sup>:

- La paridad.
- La integridad de las membranas ovulares.
- Las condiciones cervicales de partida.
- Presencia o no de insuficiencia placentaria.
- La edad gestacional.
- Parto vaginal previo.
- La somatometría fetal.
- La talla materna.
- El índice de masa corporal materno.

Sin embargo, el estado del cuello uterino es un factor importante para predecir la probabilidad de éxito de la inducción. Distintas revisiones en estudios controlados concluyeron que el índice de Bishop parece ser la mejor herramienta a la hora de evaluar el estado del cuello uterino y la predicción de la probabilidad de que la inducción se traducirá en el parto vaginal<sup>140-142</sup>.

Entre los distintos modelos de valoración de las condiciones cervicales encontramos: el sistema de Bishop, sistema de Campos; Burnett, Caldor, y modificaciones Friedman al sistema Bishop. El puntaje de Bishop modificado es el

sistema más utilizado en la práctica clínica como método cuantitativo de la descripción de estado del cuello uterino antes de la inducción. Este sistema establece una puntuación en base a la estática de la presentación fetal y cuatro características del cérvix: la dilatación, el borramiento, la consistencia y la posición (**Tabla 4**).

La probabilidad de finalizar en un parto vaginal es similar para un trabajo de parto inducido o uno espontáneo cuando se parte de unas puntuaciones alta en el test de Bishop espontáneo o inducido<sup>143</sup>. Sin embargo, una baja puntuación incrementa la probabilidad de que la inducción no dé lugar a un parto vaginal. Una puntuación  $\geq 8$  predice una inducción exitosa (tiene la misma probabilidad de parto vaginal siendo espontáneo o inducido) mientras que  $\leq 6$  generalmente define un cuello uterino desfavorable (tiene una menor probabilidad de parto vaginal si se induce el parto directamente)<sup>136</sup>.

**Tabla 4:** Valoración de las condiciones cervicales mediante el Test de Bishop.

Puntos	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	>80
Consistencia	Duro	Medio	Blando	-
Posición	Posterior	Medio	Centrado	-
Altura	Sobre Estrecho	1 <sup>er</sup> Plano	2 <sup>o</sup> Plano	3 <sup>er</sup> Plano

**Fuente:** Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología <sup>134</sup>.

Según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)<sup>135</sup>, la probabilidad de acabar en un parto vaginal a partir de la puntuación obtenida en el test de Bishop de las condiciones cervicales se sitúa en:

- Bishop > 7, éxito del 95%.
- Bishop entre 4-6, éxito del 80-85%.
- Bishop < 3, éxito del 50%.

Previo a la inducción se precisa una evaluación exhaustiva de las condiciones maternas y fetales que permitan asegurar la indicación de la inducción, la ausencia de contraindicaciones y valorar la probabilidad de éxito de la inducción. Esta valoración previa incluye<sup>144</sup>:

- La historia clínica detallada.
- La paridad.
- La edad gestacional.

- La exploración de las condiciones cervicales mediante el test de Bishop.
- La ecografía obstétrica (somatometría y presentación fetal, medición del líquido amniótico e inserción de la placenta).
- El registro cardiotocográfico para la evaluación del patrón de la frecuencia cardíaca fetal y existencia o no de dinámica uterina.

Y una vez evaluado la situación ha de ser revisado con la gestante la/s indicación/es y las alternativas para el procedimiento del parto, las técnicas para la maduración del cuello del útero y la inducción al parto, y la posibilidad de un parto por cesárea a pesar de someterse a una inducción durante varios días.

Entre los criterios idoneidad que deberían tener los métodos de maduración cervical estarían<sup>145</sup>: Fácil administración y que produzca mínima incomodidad (confort); Sin efectos adversos maternos y/o fetales que no requiera excesiva monitorización (seguridad); y que tenga un efecto deseado predecible con un número elevado de partos vaginales a un bajo coste (eficiente). En la actualidad ninguno de los métodos empleados de maduración cervical cumple con todos los criterios.

El método más común de inducción es la administración de oxitocina<sup>146</sup>. Pero el éxito de terminar en un parto vaginal es menor cuando se utiliza en mujeres con una puntuación baja en el test de Bishop. En estos casos que las condiciones cervicales son desfavorables se emplea un proceso de maduración del cuello uterino antes de administrar oxitocina. El objetivo principal es facilitar el reblandecimiento, borramiento y dilatación del cérvix con la resultante reducción de la tasa de fallos de inducción y favoreciendo el parto vaginal.

Las guías y protocolos de inducción<sup>130,135-136</sup> incluyen en su procedimiento de preinducción o maduración cervical el uso de prostaglandinas, la amniotomía temprana y la infusión de oxitocina. Su finalidad es el ablandamiento físico y la distensibilidad del cérvix, y en última instancia conduce al borramiento y dilatación cervical para que dé comienzo el trabajo de parto.

### ***1.2.5.1. Fisiología de la Maduración Cervical.***

El cuello del útero es la estructura que se encarga de mantener el feto y todos sus anexos dentro del útero. Las amenazas y los partos prematuros, los partos postérminos y las no progresiones del trabajo de parto suelen tener lugar como

consecuencia de alteraciones en el cuello del útero. Este tiene una longitud normal de 3-5 cm en el útero no gestante y de 2-3 cm en al final del embarazo. Durante la gestación, diferentes mecanismos de maduración van a ir produciendo un acortamiento y dilatación progresiva que desencadena en el inicio del trabajo de parto<sup>145,147</sup>.

El cuello del útero está compuesto por dos elementos fundamentales<sup>145</sup>:

- La Matriz extracelular que está compuesta principalmente por colágeno, elastina, decorin y ácido hialurónico.
- La Matriz celular del cérvix está formado por el epitelio y las glándulas. Este tejido se encuentra rodeado por vasos y fibroblastos encargados de la síntesis de la matriz extracelular y células inflamatorias que sintetizan mediadores de la inflamación, encargados de la activación del proceso de maduración del cuello del útero. Las células musculares lisas tienen como objetivo el mantenimiento de la gestación.

Durante la maduración cervical existen dos conjuntos de procesos que se entrelazan de forma fisiológica<sup>145</sup>:

- Un proceso de maduración mecánica que está relacionada con las contracciones uterinas aprovechando el efecto del principio de triple gradiente descendientes desde el fondo de útero hasta el vértice inferior. Las fibras musculares del cuello se van acortando produciendo el borramiento y la dilatación del cérvix.
- Un proceso de maduración química tiene lugar en la matriz extracelular regulada por mediadores proinflamatorios, factores hormonales y prostaglandinas. Mientras que en la matriz celular tiene lugar procesos de apoptosis que también contribuyen en la maduración cervical.

### **1.2.5.2. La Inducción con Prostaglandinas**

Administración de prostaglandinas provoca la disolución de los haces de colágeno y un aumento en el contenido de agua de la submucosa del cuello uterino. Estos cambios llevan a un estado de cuello de útero que se asocia con un mayor éxito cuando se induce el parto con oxitocina<sup>148</sup>. Las prostaglandinas también hacen que el útero se contraiga, y pueden iniciar el trabajo

Las prostaglandinas endógenas tienen una acción de corta duración y rápido metabolismo, sin embargo, sus análogos sintéticos (Misoprotol [PgE<sub>1</sub>], Dinoprotona [PgE<sub>2</sub>] y Carboprost [PF<sub>2α</sub>]) son lo suficientemente estables para ser usados con fines terapéuticos<sup>135</sup>. Entre ellos, la inducción del parto dado sus efectos sobre el cuello del útero facilitando su ablandamiento, borramiento y dilatación, optimizando las condiciones para el comienzo del trabajo de parto. Algunas prostaglandinas tipo E también tienen un efecto estimulante sobre la contractilidad del miometrio.

Los análogos de la prostaglandina E pueden presentar efectos secundarios importantes al tener como diana otros órganos y tejidos que van a depender de la dosis, la vía de administración y la galénica. En un porcentaje bajo se puede producir escalofríos y/o fiebre, náuseas y diarreas, sin embargo, el mayor riesgo obstétrico es la taquisistolia con repercusión fetal que puede precipitar la realización de una cesárea urgente<sup>149</sup>.

### **Administración de Prostaglandinas**

El dinoprostol es la prostaglandina con probada experiencia en España para maduración cervical que se encuentra disponible en dos fórmulas galénicas<sup>135</sup>:

- **Gel para uso vaginal o endocervical** (Prepidil ®): Contiene 0,5 miligramos de principio activo en 2,5 mililitros de gel, para su administración intracervical. La dosis puede repetirse entre 6 a 12 horas si no hay modificaciones en el cuello del útero o no se ha producido las suficientes contracciones uterinas tras la primera dosis. No se recomienda la aplicación de más de 3 dosis en 24 horas (1,5 miligramos de dinoprotona). El intervalo de tiempo de espera entre la administración de la última dosis y el inicio de la administración de oxitocina debe ser de entre 6 a 12 horas, debido al riesgo de hiperdinamia.
- **Dispositivo vaginal de liberación prolongada** (Propess ®): Esta forma de presentación dispone de 10 miligramos de dinoprotona, con una tasa de liberación de 0,3 miligramos/hora. El dispositivo puede mantenerse en la vagina hasta que se obtenga la maduración del cuello del útero hasta un máximo de 24 horas, pudiéndose retirar en cualquier momento gracias a un cordel que ayuda en su extracción. Una vez lograda la maduración del cérvix, puede mantenerse el dispositivo en la vagina si el parto progresa adecuadamente, con el fin de no

tener la necesidad de administrar oxitocina durante el parto. En caso contrario, si se desea administrar oxitocina se ha de esperar 30 minutos tras la retirada del dispositivo para iniciar la infusión intravenosa. Una de las ventajas del dispositivo de liberación prolongada frente al gel aplicado con jeringa es que proporciona una mayor seguridad, debido a que puede extraerse el dispositivo ante una hiperdiamia o alteraciones del registro cardiotocográfico fetal.

El misoprostol (Misofar ®) tiene reciente licencia en España. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios tiene aprobado el uso de comprimidos vaginales de misoprostol 25 µg para la maduración del cuello del útero en las inducciones del parto a término y los comprimidos vaginales de misoprostol 200 µg en intervenciones ginecológicas. Las dosis óptimas y sus intervalos de administración son desconocidas. Parece que el misoprostol no es superior en eficacia que la dinoprostona para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto en dosis de 25 µg cada 3 horas o más. Existe contraindicación absoluta para la inducción del parto en gestantes con cesárea previa. Las dosis altas de misoprostol se asocia con una mayor frecuencia de episodios de hiperdinamia uterina<sup>135</sup>.

### **1.2.5.3. La Inducción mediante Amniotomía.**

La técnica más frecuentemente empleada en la inducción de parto es la amniotomía combinada con la administración endovenosa de oxitocina. Esta práctica se ha correlacionado con una mayor tasa de partos vaginales que la amniotomía sola y con una disminución del porcentaje de partos instrumentales en comparación con un placebo<sup>150</sup>.

La realización de la amniotomía provoca la liberación endógena de prostaglandinas y la aparición de contracciones debidas a la secreción hipofisaria de oxitocina la amniotomía estimula la secreción endógena debido al llamado reflejo de Fergusson<sup>136</sup>.

Las complicaciones potenciales en la amniotomía artificial son las mismas que se pueden presentar en la amniorraxis espontánea o en el despegamiento de membranas que incluyen<sup>151</sup>:

- Las infecciones por vía vertical.
- La hemorragia por una placenta previa oculta.

- La rotura de vasos previos.
- El prolapso del cordón umbilical.

Y entre las indicaciones de la misma se encuentran<sup>70</sup>:

- La no progresión del parto mediante estimulación (conducción) o la a inducción al parto.
- La necesidad de monitorización interna de la frecuencia cardiaca fetal y/o de la dinámica uterina.
- La necesidad de valoración del bienestar fetal mediante la realización de una microtoma de pH fetal y las características del líquido amniótico.
- La disminución del sangrado en pacientes con placenta previa marginal.

La amniotomía temprana se realiza con una dilatación de 1 o 2 centímetros. Este tipo de amniotomía se ha asociado con un trabajo de parto significativamente más breve, aunque también con un aumento de incidencia de corioamnionitis y de patrones cardiotocográficos fetales de compresión del cordón. Mientras que la amniotomía tardía se realiza con 5 centímetros o más de dilatación, lo cual acelera el parto espontáneo sin necesidad de aumentar la necesidad de oxitocina y sin provocar un aumento en la tasa de cesáreas<sup>134</sup>.

Con un cérvix desfavorable no se recomienda la amniotomía como método de inducción por ser un método invasivo que posee riesgos potenciales de infección. Y aunque parece ser eficaz con un cérvix favorable, este procedimiento se asocia a una mayor necesidad de oxitocina en comparación con las prostaglandinas vaginales<sup>130</sup>.

La técnica de la amniotomía sólo puede ser realizado en mujeres con cuellos uterinos en parte dilatados y borrados<sup>152</sup> para poder acceder a las membranas con el dedo del explorador. Durante el tacto vaginal se introduce una lanceta de plástico con una punta en “*pico de loro*” a través del cuello del útero para desgarrar las membranas amnióticas. Para reducir el riesgo de prolapso de cordón, la presentación del feto no debe estar libre sobre el estrecho superior de la pelvis. El obstetra debe cerciorarse de que el vértice del feto está bien aplicado al cérvix y que el cordón umbilical u otra parte fetal no se esté presentando. La frecuencia cardíaca fetal ha de estar registrada antes y después del procedimiento, así como también el color del líquido amniótico tras la amniorrexis artificial<sup>134</sup>.

### 1.2.5.4. La Inducción con Oxitocina.

La oxitocina es una hormona polipéptido formado por nueve aminoácidos que se sintetiza en el hipotálamo, es almacenada y secretada por el lóbulo posterior de la glándula pituitaria de forma pulsátil. Es idéntica a su análogo sintético, el cual es uno de los más potentes agentes uterotónicos, basada en el incremento de la concentración de calcio intracelular de la musculatura lisa uterina<sup>139</sup>.

La Agencia Internacional para el Uso Seguro del Medicamento considera la oxitocina como un fármaco de alto riesgo. Sin embargo, la administración endovenosa de oxitocina es posiblemente el método más común de la inducción del parto<sup>146</sup>. Dado que tiene menos éxito cuando se utiliza en mujeres con una puntuación baja en el test de Bishop, antes de administrar oxitocina para las mujeres con cuello uterino desfavorable se emplea generalmente otro proceso de maduración del cuello del útero.

La administración de oxitocina sintética es un método probado de la inducción del parto<sup>146</sup>. Administración de oxitocina exógena provoca contracciones uterinas periódicas demostrables a partir de la semana 20 de gestación. El miometrio incrementa su capacidad contráctil según avanza la gestación hasta las 34 semanas, momento en el que se estabiliza hasta que comience el parto espontáneo, que aumenta rápidamente<sup>153</sup>.

La vía de administración de la oxitocina es comúnmente la intravenosa. La vía oral degrada el polipéptido en pequeñas formas inactivas, debido a las enzimas gastrointestinales. La oxitocina se absorbe rápidamente y la vida media plasmática es corta, estimada en tres a seis minutos. Es metabolizada en hígado, riñón y glándulas mamarias por la oxitocinasa, siendo su vida media de eliminación de uno a seis minutos. Las concentraciones en estado estacionario se alcanzan dentro de los cuarenta minutos de la iniciación o el cambio de dosis<sup>139</sup>.

El régimen óptimo para la administración de oxitocina es controvertido y ningún protocolo ha sido sometido a la investigación científica necesaria para demostrar su superioridad en eficacia y seguridad sobre otro. La terapia con oxitocina trata de conseguir contracciones incrementando la dosis hasta que el trabajo de parto progresa con normalidad, o que las contracciones enérgicas ocurran cada dos o tres minutos, con una duración entre sesenta y noventa segundos y una intensidad de 50-60 mmHg (200 a 250 unidades de Montevideo, es decir, la fuerza de pico de las contracciones en mmHg

medida por un monitor interno multiplicado por su frecuencia en 10 minutos)<sup>154</sup>, sin elevar el tono uterino por encima de los 20 mmHg<sup>139</sup>.

Las pautas de administración pueden ser<sup>155</sup>:

- Dosis bajas: Basados en la farmacocinética de la oxitocina y se comienza con una dosis inicial de 0,5 a 1 mU/min y aumenta en 1 o 2 mU/min a intervalos de 15 a 30 minutos.
- Alta dosis: Para una gestión activa con una dosis inicial de 6 mU/min con incrementos de dosis de entre 3 a 6 mU/min a intervalos de tiempo cortos de unos 15 minutos, sin sobrepasar los 40 mU/min (12 ml/h).
- Pulsátil: Administración por pulsos de la oxitocina intravenosa a intervalos de 6 a 10 minutos para simular el trabajo de parto normal.

La pauta de administración a dosis baja recomendada por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología<sup>139</sup> adaptada al ámbito del estudio consiste en la preparación de una solución a partir de 10 unidades internacionales (UI) de oxitocina diluidas en 49 mililitros de suero (Fisiológico, Ringer Lactato o Glucosalino). Mediante perfusión, siempre con bomba de infusión, se inicia con una dosis es de 1 mU/min (0.3 ml/h) que se irá doblando cada 20 – 30 minutos hasta una dinámica efectiva. La dosis máxima recomendada es de 30 mU/min (9 ml/h) y no se debe superar nunca los 40 mU/min (12 ml/h). A partir de 8 mU/min (2,4 ml/h), el incremento de la dosis se reducirá a 2-3 mU/min (0,6-0,9 ml/h) cada 20 minutos. En los casos con una cesárea anterior la dosis Inicial será de 1 mU/min (0.3 ml/h) que se irá aumentando a 1-2 mU/min (0.3-0.6 ml/h) cada 30 minutos hasta una dosis máxima recomendada de 30 mU/min (9 mililitros/hora). Una vez se ha alcanzado la fase activa del parto y, este progresa adecuadamente, se puede disminuir la velocidad de infusión de oxitocina, o incluso, suspenderse.

Cuando se administran fármacos uterotónicos, es importante la monitorización continua de la actividad uterina y la frecuencia cardíaca fetal para poder ajustar la dosis si la actividad uterina es insuficiente o excesiva o en función de la repercusión fetal. Las modificaciones de dosis se deben anotar en los registros del proceso asistencial.

Entre los efectos adversos descritos en el uso de oxitocina se encuentra<sup>134,139</sup>:

- La pérdida del bienestar fetal.
- La hiperestimulación uterina.

- El parto precipitado.
- La rotura uterina.
- El desprendimiento prematuro de placenta.
- La atonía uterina y hemorragia postparto.
- La hiperbilirrubinemia neonatal.
- La infección materno-fetal.
- Alteraciones maternas: metabólicas, cardiovasculares e intoxicación acuosa.

Las prostaglandinas aumentan la sensibilidad del útero a la oxitocina<sup>139</sup>. La utilización conjunta de oxitocina con otro útero tónico debe evitarse para evitar hiperdinamias importantes.

### **1.2.5.5. Otros Métodos Mecánicos de Inducción**

Los métodos mecánicos son algunos de los procedimientos más antiguos utilizados para provocar la maduración cervical que han sido desplazados por los métodos farmacológicos. En comparación con los métodos farmacológicos tiene como ventaja: el bajo riesgo de taquisistolia, los pocos efectos secundarios sistémicos, el bajo costo en comparación con algunos medicamentos, y los mínimos requisitos de almacenamiento necesario. Entre las posibles desventajas se encuentra el incremento en el riesgo de infección materna y neonatal por la introducción de un cuerpo extraño<sup>156</sup>. Debido a la manipulación cervical existe un riesgo potencial de sangrado en una placentación baja o marginal y de ocasionar malestar a la gestante durante la inserción en el cuello uterino.

Los métodos mecánicos más comunes son<sup>151,157-158</sup>:

- La inserción de un catéter de balón (tipo sonda Foley o de doble globo). Actúan mediante estimulación mecánica del cuello del útero de acción lenta que tiene como riesgos asociados la rotura prematura de membranas y las infecciones materno-fetales<sup>151,157</sup>.
- La colocación de dilatadores higroscópicos dentro del conducto cervical (naturales o sintéticos) que extraen el agua del tejido del cérvix y que según se van hinchando dilatan el cuello del útero<sup>151,157</sup>.
- La Maniobra de Hamilton, procedimiento también denominado despegamiento de membranas, se suele realizar de manera ambulatoria. Consiste en la

liberación de prostaglandinas al despegar con el dedo la bolsa amniótica en su polo inferior<sup>151,157</sup>. Esta técnica está considerada como facilitadora en la inducción al parto más que un método por sí mismo<sup>135</sup>.

### **1.2.5.6. Otros Métodos Alternativos de Inducción**

Métodos distintos se han utilizado para la maduración cervical con diferentes grados de éxito probados, así como con datos limitados sobre la seguridad y/o eficacia, y la disponibilidad de alternativas probadas. Hecho que hace que su uso no sea recomendado en la práctica asistencial<sup>130,135</sup>:

- Suplementos de hierbas: El aceite de onagra (fitoestrógeno) y las hojas de frambuesa roja tienen cierto poder útero tónico y liberador de oxitocina<sup>145</sup>.
- Homeopatía: El *Caulophyllum* ha sido el más empleado en el establecimiento del trabajo de parto, cuando las contracciones uterinas son cortas y/o irregulares o cuando se frene la dinámica uterina en la fase prodrómica<sup>135,157</sup>.
- Aceite de ricino: Es un catártico potente que se extrae del grano de la planta del ricino y ha sido usado como método tradicional de inducción al parto<sup>130</sup>.
- Estimulación mamaria: La estimulación de los pezones provoca la liberación hipofisaria de oxitocina secundaria que provoca contracciones uterinas que estarían relacionadas con la maduración cervical<sup>135</sup>. La técnica descrita por Hipócrates, donde se empleaba un lactante en préstamo con el fin de estimular el parto. En la actualidad esta técnica ha evolucionado y se emplea un sacaleches durante 15 minutos en cada pecho con un periodo de 15 minutos de reposo entre ambos. Se trata de una técnica sencilla e inocua, segura en las mujeres con cesárea anterior, aunque tiene una probabilidad de éxito muy baja<sup>151</sup>.
- Relaciones sexuales: La excitación sexual y el orgasmo produce liberación de prostaglandinas y oxitocina endógenas que actuarían a nivel madurativo del cérvix uterino. Este efecto aumenta en los casos de estimulación del cérvix y por la presencia de prostaglandinas en el semen humano depositado durante el coito<sup>135</sup>.
- Acupuntura: Consiste en la colocación de agujas muy finas en puntos específicos del cuerpo (una aguja en cada mano y pie). Se puede emplear de forma estática o usando electricidad (electro-acupuntura). Parece que no entraña riesgos y,

consigue desencadenar el trabajo de parto y además aporta una analgesia durante el trabajo de parto con una eficacia del 65%<sup>151</sup>.

- Enemas: La distensión de la musculatura lisa del intestino provocaría una liberación endógena de prostaglandinas que actuarían a nivel del cérvix<sup>151</sup>.
- Antagonista de la progesterona: La progesterona inhibe las contracciones uterinas. Un antagonista de la progesterona es la mifepristona (RU486) cuya afinidad por los receptores de progesterona y de glucocorticoides es la misma que la progesterona bloqueando la acción de ésta a nivel celular, estas son cualidades que provocan maduración del cuello del útero. La mifepristona ya tiene un papel reconocido como agente eficaz en la finalización de la gestación en el primer y segundo trimestre<sup>151</sup>.
- Estrógenos: El incremento en el nivel de estrógenos en sangre provocaría una disminución de la progesterona, lo que estimula la producción de prostaglandinas y un aumento de los receptores de oxitocina durante el embarazo, lo que puede tener un papel en la maduración del cérvix<sup>151</sup>.
- Corticosteroides: No está claro el papel de los corticoides en el desencadenamiento del proceso de parto, aunque se ha propuesto su uso. Debido a que el uso de este método es muy infrecuente los resultados son insuficientes para recomendarlo<sup>135</sup>.
- Hialuronidasa: Los niveles de ácido hialurónico aumenta considerablemente tras el inicio del parto, por lo que se ha planteado el uso de hialuronidasa mediante inyección intracervical con el objetivo de madurar el cuello del útero. Dado el carácter invasivo del procedimiento, a diferencia de otros métodos alternativos disponibles, hace poco recomendable esta técnica de inducción<sup>135</sup>.
- Relaxina: Esta hormona se usa de forma experimental. La relaxina es una hormona proteica compuesta por dos cadenas de aminoácidos. Está es generada por la placenta y el cuerpo lúteo del ovario principalmente. Actúa formando proteasas y activando a las colagenasa<sup>157</sup>.
- Donantes de óxido nítrico: El óxido nítrico se considera como un mediador esencial de la maduración del cuello del útero que no causa contracciones uterinas ni efectos adversos sobre la madre y el feto. Ente los donantes de óxido nítrico se encuentra la nitroglicerina y el mononitrato de isosorbida<sup>135</sup>.

### 1.2.5.7. Criterios de Fallo de Inducción.

La inducción del parto por lo general culmina en el parto vaginal, pero esto ocurre con menos frecuencia que cuando las gestantes comienzan de trabajo de parto de forma espontánea.

El período de maduración cervical con prostaglandinas va desde una sola dosis a varias dosis durante uno o dos días, o los métodos mecánicos de la maduración cervical se pueden emplear antes de la inducción con oxitocina. Para el cálculo del tiempo de inducción o el diagnóstico de inducción fallida no se incluye el tiempo dedicado a la maduración cervical.

No existe un criterio estándar para diagnosticar una inducción fallida. La clave para que esto no ocurra es permitir el tiempo suficiente para la maduración cervical y el comienzo del trabajo de parto activo antes de determinar que una inducción ha fallado. Una vez que las mujeres inducidas entran en trabajo de parto activo, la progresión es comparable a la progresión en mujeres con trabajo de parto activo espontáneo, o más rápido<sup>159</sup>.

El fallo en la inducción no se define como el fracaso para generar contracciones regulares aproximadamente cada tres minutos y las modificaciones cervicales después de al menos 24 horas de la administración de oxitocina<sup>160</sup>. Para que haya un fallo de inducción las membranas amnióticas han de estar rotas artificialmente, si es seguro y factible. Si después de la rotura de membranas y de al menos 12 horas de la administración de oxitocina no se producen contracciones regulares y las modificaciones del cérvix, se puede considerar el fallo de inducción. Las últimas recomendaciones permiten extender la fase latente durante 24 horas o más y la administración de oxitocina durante 12 a 18 horas después de la rotura de la membrana, muchos de estos partos por cesárea pueden evitarse<sup>161</sup>:

Con el fin de reducir las tasas de partos mediante cesárea, los servicios de obstetricia disponen de protocolos que cubren opciones para la maduración cervical, la administración de oxitocina, el momento de la amniotomía y criterios para la inducción fallida. El fracaso de la inducción ha de ajustarse a criterios individualizados, pudiendo considerarse la prolongación del tiempo de inducción por deseo de la gestante y la situación clínica materno-fetal. En caso de indicar finalmente una cesárea nunca se ha de considerar como un fracaso<sup>135</sup>.

### 1.3. JUSTIFICACION.

Las tasas de natalidad y fecundidad han disminuido en la última década. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud garantiza la asistencia universal y gratuita a todas las embarazadas, poniendo a su disposición avances tecnológicos y una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible para proteger y garantizar una correcta evolución y finalización de la gestación. Para ello las administraciones sanitarias centrales y regionales junto con las organizaciones académicas aúnan esfuerzos en la investigación para la mejora de la salud materno-fetal y unos cuidados obstétricos de calidad.

Desde las instituciones, a nivel nacional e internacional, se viene promoviendo la participación activa e informada de las mujeres en el proceso del parto para que se involucren en la toma de decisiones, consensuando con los profesionales las conductas y cuidados a seguir. Cabe la posibilidad de tener en cuenta sus preferencias y satisfacer las expectativas de cada mujer y familiares respecto al parto y nacimiento en base a mejores prácticas existentes. Con ello se logran mejores resultados, garantizando la seguridad de la madre y el recién nacido<sup>3,69,162</sup>.

La rotura prematura de membrana a término es un problema frecuente en la embarazada cuya incidencia se sitúa entre un 3% y un 18% de las gestaciones. Consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del momento del inicio del parto y, por consiguiente, la expulsión de líquido amniótico de la cavidad amniótica por el canal endocervical y la vagina<sup>105</sup>. En el manejo obstétrico de la rotura prematura de membranas a término existe una importante disparidad entre los estudios que abordan si es preferible el “*manejo expectante*” frente a la inducción del parto mediante oxitocina y/o prostaglandinas<sup>135</sup>. No existe un consenso en el Sistema Nacional de Salud en cuanto al manejo de las usuarias con rotura prematura de membranas a término, en donde los protocolos de actuación evidencian una variabilidad en la práctica asistencial en cuanto el método de inducción, momento de aplicación y criterios de inclusión o exclusión.

La inducción del parto es uno de los procedimientos más frecuentes en obstetricia, incrementándose su uso en todo el mundo de un 9,5% a un 23,2% entre 1990 y 2009<sup>163</sup>. La inducción al parto no solo tiene implicaciones medicas maternas y/o fetales, también tiene repercusiones en la carga asistencial de los paritorios en relación a los partos espontáneos. Los costes del proceso de atención al parto se ven

aumentados por el mayor requerimiento de intervencionismo que afecta a la vivencia del parto por parte de la mujer con una mayor experiencia de dolor y una menor eficiencia del proceso del parto que los de inicio espontáneo<sup>135</sup>.

La valoración de los distintos métodos de inducción del parto es complicada, ya que existen diversos factores que la dificultan como la falta de conocimiento acerca de la fisiología del inicio y progresión del trabajo de parto normal debido a la amplia variabilidad biológica. Además, existe una carencia de estudios que comparen varios métodos que aporten información acerca de la satisfacción de la usuaria sometida a inducción al parto<sup>135</sup>.

La satisfacción en la atención al parto es la consecuencia de una valoración que realiza una puérpera a partir de unas expectativas previas inmersas en un contexto social. Es decir, las mujeres que dieron a luz en tiempo pasado pudieron haberse sentido satisfechas, en base a sus necesidades, como resultado de un modelo paternalista de atención al parto. Dicho modelo estuvo establecido en una cultura sanitaria basada en una realidad social que décadas más tardes se ha regenerado para establecer unas expectativas sociales diferentes en la que se ha demandado la incorporación de un modelo participativo de asistencia al nacimiento, siendo necesaria la evaluación del mismo. Una de las maneras de monitorizar la asistencia obstétrica, en su proceso continuo de adaptación a los cambios socioculturales y necesidades de las usuarias, es a través la satisfacción como indicador de calidad.

La satisfacción con respecto al parto y nacimiento se conceptualiza como la satisfacción global de todo un proceso, sin identificar sus componentes y dimensiones. No obstante, el conocimiento de estos aspectos puede predecir esta satisfacción global al parto. Descubrir factores y componentes que faciliten el control personal del parto y cumplan con las expectativas personales durante este proceso debe ser el objetivo de las intervenciones y cuidados obstétricos de las enfermeras generalistas y especialistas.

Todo ello pretende, desde el nuevo paradigma de cuidados en la atención al parto y nacimiento, mejorar la calidad asistencial a partir del reconocimiento de la capacidad y la autonomía en la toma de decisiones compartidas con la mujer y, por ende, evaluar e incrementar su satisfacción<sup>164</sup> a partir de las elecciones tomadas. Además de los resultados previsibles para los cuidados de salud de las usuarias del sistema de salud, este estudio de la satisfacción contribuye a la evaluación y monitorización de la calidad dentro del actual modelo de atención al parto.

## 1.4. HIPOTESIS.

### 1.4.1. Hipótesis Conceptuales de Partida:

- La satisfacción en las puérperas con su proceso de parto se asocia con el método de inducción al parto.
- La satisfacción en las puérperas que fueron ingresadas por rotura prematura de membranas, con su proceso de parto, se asocia al tipo de manejo del parto.

### 1.4.2. Hipótesis Operativas Asociadas:

- Se debe identificar una diferencia en la satisfacción de la mujer asociada al método de inducción al parto de al menos 20 puntos en el recorrido de 36 a 180 de la escala satisfacción al parto (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale - MCSRS) en ambos casos.

## 1.5. OBJETIVOS.

### 1.5.1. Objetivo General:

Determinar el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de atención al parto y nacimiento en gestantes con rotura prematura de membranas.

### 1.5.2. Objetivos Específicos:

1. Indagar el grado de satisfacción de las mujeres en el proceso de atención al parto y nacimiento.
2. Averiguar si el grado de satisfacción de las gestantes en su proceso de atención al parto y nacimiento sin rotura prematura de membrana difieren de las que ingresan por rotura prematura de membrana.
3. Comprobar si existen diferencias en la satisfacción de las gestantes según sea su parto inducido, estimulado o espontáneo.
4. Valorar si el grado de satisfacción en las gestantes con rotura prematura de membranas con conducta expectante es diferente al que ha tenido un manejo activo.

5. Explorar si existen diferencias en la satisfacción en las gestantes inducidas al parto según el método de inducción llevado a cabo.
6. Aquilatar la dimensión del efecto de los factores considerados en el estudio sobre la satisfacción.

## 2. METODOLOGÍA





## 2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El contexto en el que se desarrolló la investigación fueron los servicios de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC). Ambos son Hospitales de tercer nivel con una población de referencia que abarca todas las islas de la provincia de Tenerife.

### 2.1.1. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias es un hospital de tercer nivel que cuenta con 687 camas instaladas, de las cuales 35 son de planta obstétrica y, 10 camas en el servicio de paritorio (de ellas 4 son salas de parto). La población de referencia gineco-obstétrica de entre 15 y 49 años para la zona norte de Tenerife y de la isla de la Palma es de 107.513 mujeres en edad fértil durante el primer trimestre del año 2017.

Según fuentes administrativas, los recursos humanos del personal en el servicio de paritorio disponibles en el año 2016 fueron: 2 ginecólogos adjuntos de mañana y 2 en turno de guardia, 5 matronas por turnos de 12 horas, 8 residentes de ginecología, 6 residentes de matrona, 3 enfermeras en turnos de 12 horas y 1 auxiliar de enfermería de mañana y 4 auxiliares de enfermería en turnos de 12 horas.

Durante los últimos años, el número de partos anuales se ha mantenido entre los 2767 y 2504 con un pequeño repunte durante el 2016 (**Tabla 5**). En consonancia con el Sistema Nacional de Salud, los grupos relacionados diagnósticos concernientes a la atención al parto y nacimiento es el más habitual en la casuística de este centro. Se ha calculado, en base al número de partos de los últimos dos años publicados en la memoria del centro, que la casuística diaria de estos es de 7,2 partos al día.

**Tabla 5:** Partos en el periodo 2011-2016 en el CHUC.

	Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Partos Vaginales</b>	<b>(Total)</b>	2177	2177	1942	2056	2012	2042
	(%)	78,68%	79,00%	77,56%	78,41%	78,84%	78,00%
<b>Cesáreas</b>	<b>(Total)</b>	590	579	562	566	540	576
	(%)	21,32%	21,00%	22,44%	21,59%	21,16%	22,00%
<b>Total</b>		<b>2767</b>	<b>2756</b>	<b>2504</b>	<b>2622</b>	<b>2552</b>	<b>2618</b>

**Fuente:** Servicio de Admisiones y Documentación Clínica del CHUC

Datos aportados por el Servicio de Admisiones y Documentación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias entre el año 2013 y 2015 (**Tabla 6**), muestran como el porcentaje de inducciones oscila entre un 46,55% y un 51,98%. De las mujeres que han dado a luz, entre un 34,22% y un 35,18% fueron ingresadas por rotura prematura de membranas en el Servicio de Obstetricia. Y de estas, consta que el 20,53% y el 27,90% precisaron ser inducidas al parto.

**Tabla 6:** Casuística de RPM e Inducciones al Parto en el periodo 2011-2015 en el CHUC.

	Año	2013	2014	2015
<b>Número de Partos</b>		<b>2504</b>	<b>2622</b>	<b>2552</b>
<b>Inducciones sobre el total de partos</b>	(%)	51,98%	46,55%	47,87%
<b>Rotura Prematura de Membranas (RPM)</b>	(%)	34,22%	35,18%	34,72%
<b>Inducciones sobre el total de RPM</b>	(%)	27,90%	24,51%	20,53%

**Fuente:** Servicio de Admisiones y Documentación Clínica del CHUC.

### 2.1.2. Hospital Universitario Nuestra Señora La candelaria.

El Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria es un complejo hospitalario de tercer nivel que cuenta con 781 camas funcionales, de las cuales 30 están en la planta ENO3 y 35 camas se encuentran en la planta ESO3 para el servicio de Obstetricia. En el servicio de paritorio cuentan con 13 camas de las cuales 6 son salas de dilatación y parto. En el primer trimestre de 2017 la población gineco-obstétrica de referencia de entre 15 y 49 años es de: 122.025 mujeres para la zona sur de la isla de Tenerife, 3.599 mujeres en la isla de La Gomera y de 1.895 mujeres en la isla de El Hierro.

Según fuentes administrativas del centro, durante el año 2016 los recursos humanos del personal con el que se contaba en el servicio de obstetricia, según la memoria del centro era lo siguiente: 2 ginecólogos de mañana y 2 en turno de guardia, 8 residentes de ginecología, 43 matronas, 20 residentes de matrona, 6 enfermeras y 20 auxiliares de enfermería.

Durante los últimos seis años, el número de partos ha presentado una tendencia decreciente pasando de los 3067 a los 2887 durante el año 2016 (**Tabla 7**). La atención al proceso del parto y nacimiento sigue siendo, en la casuística hospitalaria, el proceso más frecuente. Teniendo en cuenta el número de partos asistidos en los últimos dos años, se estima que diariamente se atiende a un promedio de 7,9 partos al día.

**Tabla 7:** Partos en el periodo 2011-2016 en el HUNSC.

	Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Partos Vaginales</b>	<b>(Total)</b>	2343	2552	2189	2268	2337	2284
	(%)	76,39%	78,14%	77,52%	77,72%	78,21%	79,11%
<b>Cesáreas</b>	<b>(Total)</b>	724	714	635	650	651	603
	(%)	23,61%	21,86%	22,48%	22,28%	21,79%	20,89%
<b>Total</b>		<b>3067</b>	<b>3266</b>	<b>2824</b>	<b>2918</b>	<b>2988</b>	<b>2887</b>

**Fuente:** Servicio Gestión Sanitaria del HUNSC.

Datos facilitados por el Servicio de Gestión Sanitaria del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), de entre el año 2013 hasta septiembre de 2016 (**Tabla 8**), muestran como el porcentaje de inducciones se mantiene entre un 48,09% y un 60,10%, situándose en un 52,11% en el 2016. De las mujeres que han dado a luz, entre un 24,03% y un 33,89% fueron ingresadas por rotura prematura de membranas en el Servicio de Obstetricia. Y de estas entre el 64,21% y el 72,99% precisaron ser inducidas al parto.

**Tabla 8:** Casuística de RPM e Inducciones al Parto en el periodo 2011-2016 en el HUNSC.

	Año	2013	2014	2015	2016*
<b>Número de Partos</b>		<b>2824</b>	<b>2918</b>	<b>2988</b>	<b>2107</b>
<b>Inducciones sobre el total de partos</b>	(%)	48,09%	60,10%	56,86%	52,11%
<b>Rotura Prematura de Membranas (RPM)</b>		26,91%	24,75%	24,03%	33,89%
<b>Inducciones sobre el total de RPM</b>	(%)	64,21%	72,99%	66,71%	65,97%

Nota: \* Datos a 30 de septiembre de 2016

**Fuente:** Servicio Gestión Sanitaria del HUNSC.

### **2.1.3. Descripción de los Protocolos y Técnicas.**

Las usuarias ingresadas por rotura prematura de membranas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias o en el Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria siguen los siguientes procedimientos descritos en los protocolos de los servicios de obstetricia.

#### **2.1.3.1. Diagnóstico e Ingreso de la Rotura Prematura de Membrana.**

Todas las pacientes que fueron diagnosticadas con rotura prematura de membranas ingresaron provenientes de los servicios de urgencias de obstetricia, bien por iniciativa propia o remitidas de alguna consulta externa ya diagnosticada. Alguna

paciente puede ya estar ingresada en planta obstétrica por otro motivo distinto a la rotura prematura de membrana cuando acontece esta.

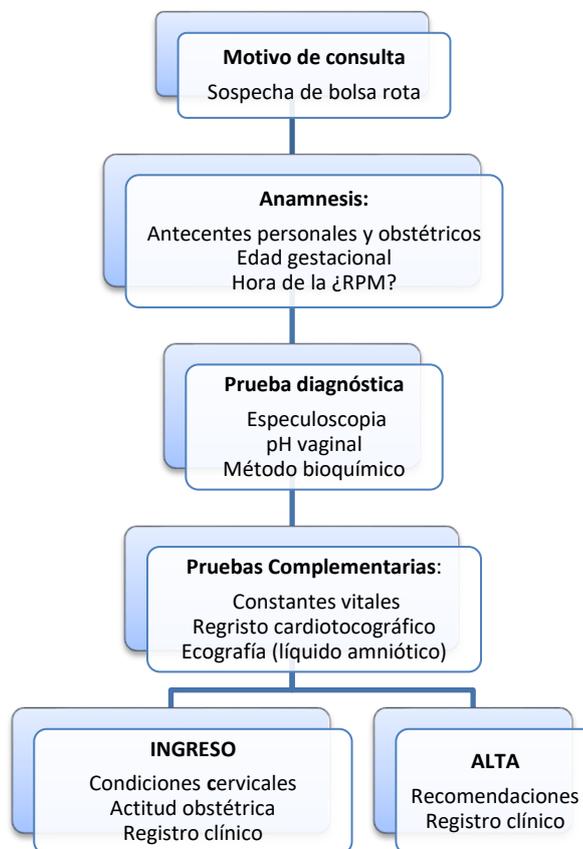
El diagnóstico de la rotura prematura de membrana se fundamenta en la verificación de la salida de líquido amniótico que en un 80-90% es evidente al colocar un espéculo vaginal.

En los casos que no se objetiva la salida de líquido amniótico, se opta por realizar una de las siguientes pruebas diagnósticas<sup>127</sup>:

1. El pH vaginal o test de nitrazina: El pH vaginal normal es de carácter ácido (pH 3.4-5.5), mientras que el líquido amniótico es alcalino o básico (pH > 6.5). Este test es barato, inmediato, pero presenta baja especificidad ante la contaminación del flujo por: antisépticos, orina, semen, vaginosis bacteriana o sangre.
2. La ecografía: El diagnóstico ecográfico de oligoamnios puede facilitar el de la rotura prematura de membranas, aunque no lo establece *per se*.
3. Los métodos bioquímicos (Amnisure ® o Actim Prom test ®): Si con los métodos anteriores no es seguro el diagnóstico, está indicado la realización de uno de estos métodos por su precisión, elevada sensibilidad (98-99%) y especificidad (88-100%).

Una vez confirmado el diagnóstico de rotura prematura de membranas en la paciente, previo al ingreso en el servicio de obstetricia, se ha de registrar en la historia clínica del episodio:

- La edad gestacional establecida por la ecografía del primer trimestre.
- Hora de la rotura prematura de membrana y color del líquido amniótico.
- La exploración ginecológica con la puntuación del test de Bishop.
- La monitorización cardiotocográfica para valorar el bienestar fetal.
- Las constantes vitales (temperatura, frecuencia cardiaca) buscando signos de infección.

**Tabla 9:** Diagnóstico de la RPM en los Servicios de Urgencias Obstétricas.

**Fuente:** Elaboración propia.

### 2.1.3.2. Manejo de la Rotura Prematura de Membrana

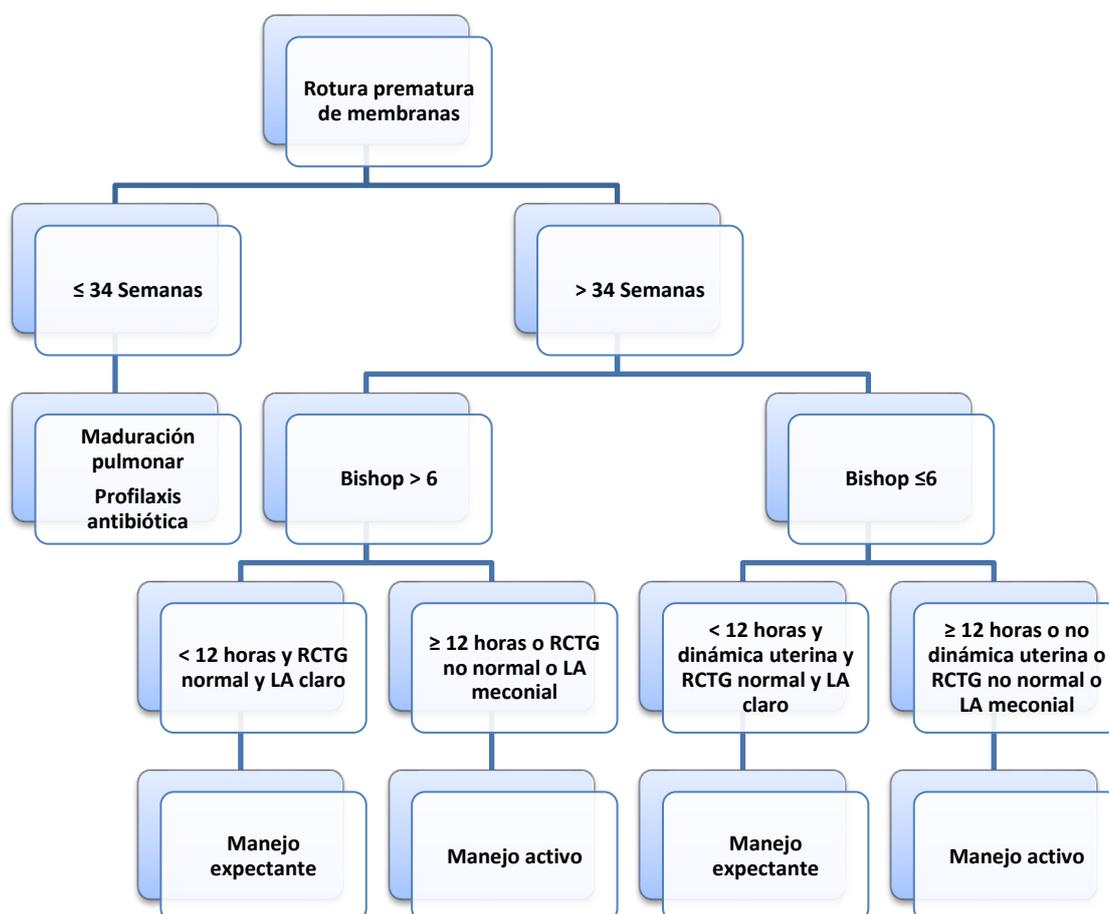
Ante un “manejo activo” o un “manejo expectante”, los resultados tanto maternos como fetales sugieren una maduración del cuello del útero e inducción del parto en las primeras 24 horas tras la rotura de la bolsa. Esto se debe a que presenta mejores resultados que la conducta expectante durante más tiempo. No existe contraindicación alguna para emplear los fármacos habituales en la inducción del parto en las mujeres diagnosticadas de rotura prematura de membrana.

Dado que aproximadamente en el 70% de los casos de rotura prematura de membranas a término, el parto se desencadenará de forma espontánea en las primeras 24 horas tras la amniorrexis espontánea, cabe la opción de tomar tanto una actitud activa como una actitud expectante en el plazo de las primeras 12 horas. La paciente debe estar informada y decidir la opción que desea tomar en el manejo de la situación a partir de las condiciones valoradas al ingreso (condiciones del cuello del útero, número de partos previos, presencia de dinámica uterina, resultado del despistaje frente al

Estreptococo del Grupo B, signos de infección u otros factores). Si transcurrida las 12 horas no se ha iniciado el parto, se recomendaría a la usuaria la maduración del cuello del útero con prostaglandinas o la inducción directa del parto con oxitocina en función de las condiciones cervicales.

Con cérvix favorable (Test de Bishop > 6), se realiza la inducción con oxitocina a las 12 horas de rotura prematura de membranas si no ha comenzado el parto de manera espontánea. Mientras que ante un cérvix desfavorable (Test de Bishop  $\leq$  6), se realiza previamente maduración cervical con dinoprostona (Propess <sup>®</sup>) tras la comprobación del bienestar fetal demostrado y la ausencia de dinámica regular mediante registro cardiotocográfico.

**Tabla 10:** Manejo expectante o activo en la RPM al ingreso en el Servicio de Obstetricia.



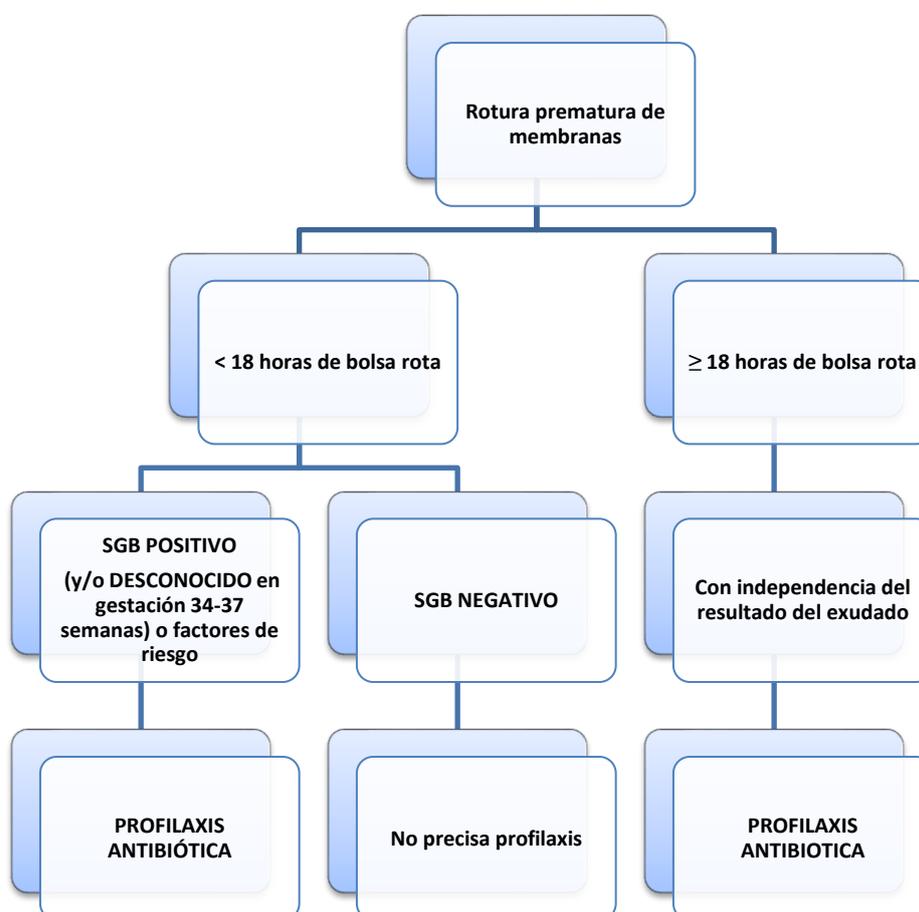
**Fuente:** Elaboración propia.

En supuesto de presentar un registro cardiotocográfico no normal del bienestar fetal o ante la aparición de líquido teñido se recomienda inducción directa con oxitocina.

Dado que la presencia de meconio aumenta el riesgo de infección asociado a la pérdida de propiedades bacteriostáticas del líquido amniótico.

En el caso de que la usuaria desee esperar durante más de 12 horas, se informa que aumenta el riesgo de infección materna y de sepsis neonatal acorde aumenta el tiempo de bolsa rota (el riesgo de sepsis neonatal es de 0,5% entre las 6 y las 18 horas y del 1,1% después de las 24 horas). Si la mujer tras ser informada desea continuar con una actitud expectante, se puede respetar la elección de darle un periodo de tiempo de 24 horas, ya que es una opción válida y aumenta la frecuencia de inicio del trabajo de parto espontáneo.

**Tabla 11:** Manejo de la profilaxis antibiótica en la RPM.



**Fuente:** Elaboración propia.

En la rotura prematura de membranas de gestaciones pretérminos con 34 semanas completas sigue el mismo manejo que las gestaciones a término debido al

riesgo potencial de una corioamnionitis y que la morbilidad neonatal derivada de la prematuridad en esta edad gestacional es baja.

En el manejo de la antibioterapia en las bolsas rotas por amniorrexis espontánea o por amniotomía artificial de menos de 18 horas de evolución con exudado positivo frente al *Estreptococo β-Hemolítico* (o con resultado desconocido sólo en gestaciones de 34 a 37 semanas). Se administra penicilina G sódica 5 millones de unidades (antibiótico de elección en el CHUC) o ampicilina 2 gramos (antibiótico de elección en el HUNSC) inicial desde el ingreso al servicio de obstetricia y se continua con una dosis de 2,5 millones de unidades de penicilina o 1 gramos de ampicilina hasta la finalización del parto de unidades cada 4 horas por vía endovenosa. En los casos de bajo riesgo de alergia (sin historia de anafilaxia, angioedema, rash cutáneo o dificultad respiratoria en administraciones previas) se administra cefazolina 2 gramos endovenosos al ingreso y 1 gramo endovenoso cada 8 horas. En caso de alergia confirmada se administra Clindamicina 900 miligramos endovenosa cada 8 horas, pero si existe resistencia comprobada en el antibiograma a la clindamicina se administra Vancomicina 1 gramo endovenosa cada 12 horas.

Se instaura profilaxis antibiótica en las gestantes con exudados negativos frente el *Estreptococo del Grupo B* que presente una bacteriuria durante el embarazo por dicho germen, haya tenido hijo/s con sepsis neonatal en gestación anterior, aparezca fiebre o tenga 18 horas de la rotura de la bolsa mediante amniorrexis espontánea o amniotomía artificial.

### ***2.1.3.3. Protocolo de Inducción en la Rotura Prematura de Membrana.***

Cuando en la valoración de las condiciones cervicales se obtiene una puntuación en el test de Bishop igual o menor de 6 se considera un cérvix desfavorable y, por tanto, motivo de indicación de maduración del cuello del útero con prostaglandina que se considera como parte de la inducción del parto. Opcionalmente las prostaglandinas pueden estar indicadas en una mujer con cuello del útero favorable.

Una usuaria con una puntuación en el test de Bishop superior a 6 o con un cérvix desfavorable pero contraindicado el uso de prostaglandinas y presentar un registro cardiotocográfico no normal son motivos para un manejo activo inducido con oxitocina.

### **Inducción con Prostaglandinas (Propess®):**

Previa a la aplicación de las prostaglandinas la usuaria es informada y firma el consentimiento médico informado según el método de inducción al parto previsto. En los registros se revisa y comprueba:

- La historia clínica y antecedentes obstétricos.
- La suspensión de Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), incluyendo Ácido Acetilsalicílico (AAS), si procede.
- La presentación cefálica del feto.
- Las condiciones del cérvix desfavorable (Test de Bishop  $\leq$  6).
- El estado de las membranas amnióticas (íntegras o rotura parcial/total).
- El registro cardiotocográfico previo normal.

EL dispositivo de dinoprostona se saca del congelador en el momento de la utilización y se coloca en el fórnix vaginal posterior con una orientación transversal o abrazando al cuello. No es imprescindible usar espéculo y clorhexidina para su inserción, pudiéndose utilizar lubricantes solubles en agua.

Se informa y solicita consentimiento para una venoclisis si precisa tratamiento endovenoso como por ejemplo antibióticos, insulina o una analgesia epidural.

Se realiza el control de constantes vitales al inicio y cada 4 horas, salvo indicación médica que incluye: frecuencia cardíaca, tensión arterial y temperatura.

Si la usuaria presenta un resultado positivo frente al estreptococo del grupo B se inicia la profilaxis antibiótica desde que se inicie la maduración cervical.

Una vez colocado el dispositivo de dinoprostona, la usuaria se mantiene con un registro cardiotocográfico durante 60-120 minutos, durante los cuales la mujer permanece acostada o sentada a su elección. Posteriormente, si no presenta dinámica uterina, la gestante puede deambular sin monitor cardiotocográfico y se realizan registros ventanas de forma regular cada 4-6 horas. Durante la maduración cervical se permite una dieta blanda.

Si presenta dinámica regular (3 contracciones cada 10 minutos; de 25-50 mmHg y de 30 segundos aproximadamente) o muy percibida: Se realiza un registro

cardiotocográfico continuo y se permite una dieta líquida, preferiblemente zumos sin pulpa y bebidas isotónicas. En ese caso se recomienda a la usuaria una venoclísis y valoración cervical.

En casos donde se sospecha o se diagnostica patología materna y/o fetal grave (preeclampsia grave o crecimiento intrauterino retardado) en la que sea necesario una vigilancia especial, se realiza una monitorización cardiotocográfica continua, se valorara una dieta líquida o mantener en ayunas a la usuaria.

Las mujeres en insulino terapia que no se encuentran en dieta absoluta durante la inducción del parto continua con su pauta y controles glucémicos. Una vez comienza con dinámica uterina regular y se suspenda la ingesta se inicia el protocolo de insulina endovenosa.

Se puede mantener 24 horas en caso de que las condiciones cervicales tengan una puntuación de test de Bishop menor o igual a 6, siempre que exista un buen estado materno-fetal, con la realización de monitorización cardiotocográfica a intervalos de 4 horas (registros ventana) y pasar a una sala de dilatación en horario de mañana. En todo caso, ante el comienzo de una dinámica uterina significativa o percibida regular se valora retirar dispositivo y pasar a un paritorio.

A las 12 horas con el dispositivo de dinoprostona se realiza una valoración con un registro cardiotocográfico y una exploración vaginal. Si el test de Bishop es mayor a 6 se considera que el cuello está maduro. Se retira el dispositivo a las 12 horas en las cesáreas anteriores, la rotura prematura de membranas y la patología materno-fetal que lo haga aconsejable.

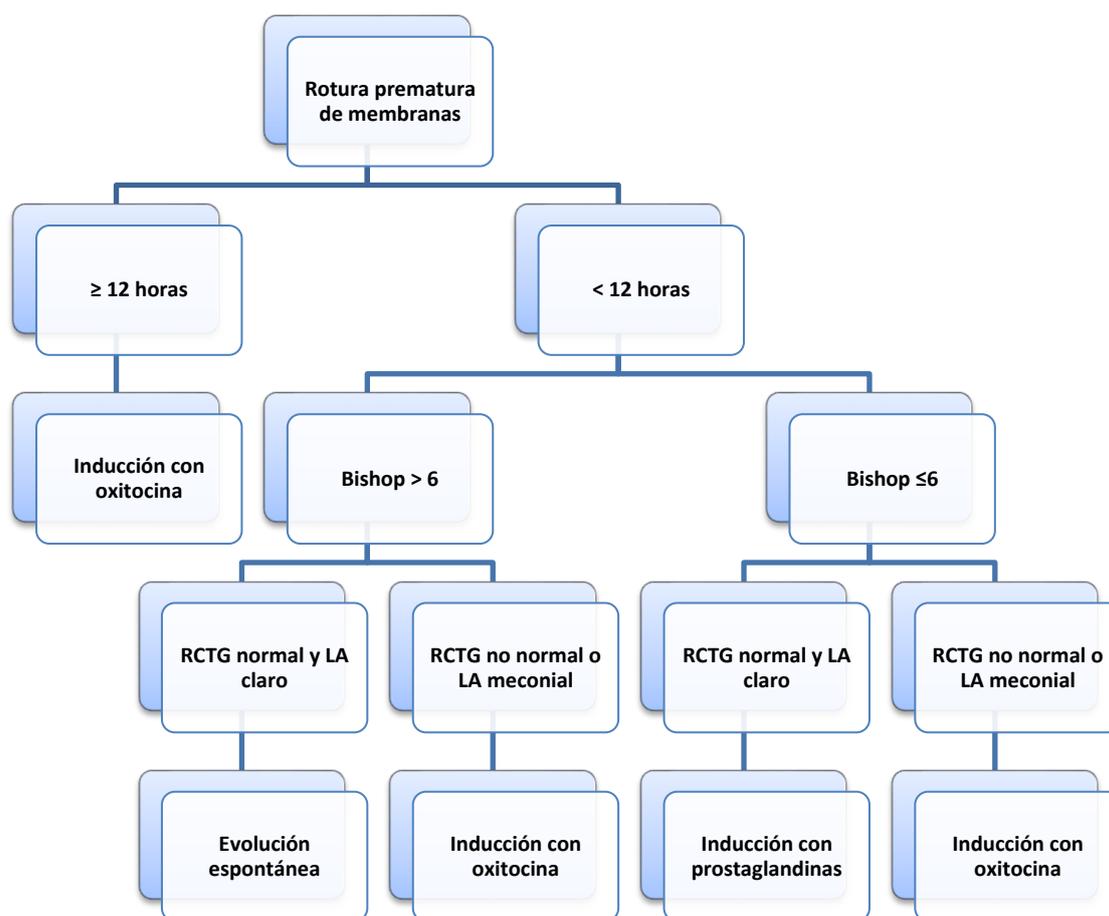
Se puede comenzar la inducción con oxitocina a los 30 minutos de retirar el dispositivo de dinoprostona.

El empleo de prostaglandinas precisa precauciones especiales en usuarias que presenten: hemorragia uterina de causa desconocida; glaucoma; asma; neumopatía, nefropatía; hepatopatía; epilepsia; cesárea anterior corporal o T; embarazo múltiple; multiparidad; macrosomía fetal o polihidramnios.

El dispositivo de dinoprostona se retira en los siguientes supuestos:

- Hiperdinamia.
- Sospecha de pérdida de bienestar fetal.
- Tras una administración de 12 a 24 horas según la indicación.
- Comienzo de la fase activa del parto (dilatación del cuello igual o más de 4 centímetros y un cuello borrado un 80%).

**Tabla 12:** Inducción al parto en la RPM.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Amniotomía Artificial:**

La amniorrexis artificial se realiza al inicio del procedimiento de inducción del parto siguiendo las siguientes condiciones:

- Monitorización cardiotocográfica previo y durante el procedimiento.
- Presentación de la cabeza fetal apoyada en la pelvis materna.
- Cérvix dilatado que permite el acceso.
- No existencia de riesgo de infección (VIH, VHC, VHV, herpes activo).
- Se registra la hora amniotomía y las características del líquido amniótico.
- Se mantiene el registro cardiotocográfico durante 30 minutos, periodo tras el cual se valora el inicio de la perfusión con oxitocina.

**Inducción con Oxitocina (Syntocinon ®):**

El objetivo de administrar oxitocina fue la de lograr una actividad uterina suficiente para conseguir llegar a la fase activa del parto. La dinámica uterina que se ha de alcanzó no tendría que superar las 3-5 contracciones en 10 minutos, o lo que se lo mismo, 1 contracción cada 2-3 minutos.

Una vez se valora la necesidad de administrar oxitocina para la inducción del parto, se informa y solicita el consentimiento oral y escrito a la usuaria. La inducción con oxitocina se realiza en el paritorio en la sala de dilatación o partos. Y previo al inicio de la perfusión por vía endovenosa y durante todo el proceso se valora el bienestar fetal mediante monitorización del feto y las contracciones de manera externa, la monitorización interna sólo se realiza en caso necesario.

Durante la inducción con oxitocina y en ausencia de necesidad de intervención no se mantuvo en ayunas a la gestante. A la cual se le pudo ofrecer una ingesta moderada de líquidos como agua, zumos sin pulpa, infusiones y bebidas isotónicas.

A las gestantes portadoras del estreptococo  $\beta$ -hemolítico o con otra indicación de profilaxis antibiótica intraparto se le comenzó el tratamiento antibiótico desde el inicio de la inducción del parto. Así mismo, las mujeres con insulinoterapia se le inició el protocolo de diabetes intraparto con la perfusión de insulina y control glucémico.

El protocolo de administración de oxitocina (**Tabla 13**) incluye el uso de una bomba de perfusión donde se diluye 10 Unidades Internacionales de oxitocina

(Syntocinon ®) diluida en una solución salina balanceada a una concentración de 200 mU/ml con 49 ml de suero fisiológico 0,9% o lactato ringer. La pauta de administración siguió las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia con una dosis inicial de 1 mU/min aumentando cada 20-30 minutos hasta alcanzar dinámica uterina eficaz. A partir de las 8 mU/min el incremento se reduce a 2-3 mU/min cada 20 minutos. La dosis máxima recomendada es de 30 mU/min sin superar las 40 mU/min.

Una vez que el trabajo de parto progresa adecuadamente se puede disminuir la velocidad de infusión de oxitocina o, incluso, suspenderse si se ha alcanzado la fase activa del parto con una dinámica uterina adecuada. Todas las modificaciones en las dosis durante el proceso de inducción del parto se registraron en el partograma y/o en el papel del monitor del registro cardiotocográfico.

**Tabla 13:** Dosificación de la Oxitocina.

Dosis Inicial	Aumento de Dosis	Intervalo de Dosis	Dosis Máxima
1 mU/min	Doblar hasta 8 mU/min	Cada 20-30 min	30 mU/min
Dosis (mU/min)		Dosis (ml/h)	
	1 mU/min		0,3 ml/h
	2 mU/min		0,6 ml/h
	4 mU/min		1,2 ml/h
	8 mU/min		2,4 ml/h
	10 mU/min		3,0 ml/h
	12 mU/min		3,6 ml/h
	14 mU/min		4,2 ml/h
	16 mU/min		4,8 ml/h
	18 mU/min		5,4 ml/h
	20 mU/min		6,0 ml/h
	22 mU/min		6,6 ml/h
	24 mU/min		7,2 ml/h
	26 mU/min		7,8 ml/h
	28 mU/min		8,4 ml/h
	30 mU/min		9,0 ml/h

**Fuente:** Elaborado a partir de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología <sup>139</sup>.

Una vez se mantiene una dinámica uterina regular con un ritmo de perfusión de oxitocina estable y siempre que la frecuencia cardíaca fetal mantenga un registro tranquilizador, se permiten períodos de hasta 30 minutos sin monitorización para consentir la deambulación o aseo personal si lo desea la usuaria. En estos períodos sin

monitorización continua se debe auscultar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal cada 15 o 20 minutos.

La frecuencia cardiaca materna y la tensión arterial se registra después de cada incremento en la perfusión de oxitocina. Una vez que la velocidad de la perfusión se ha mantenido invariable se registra las constantes vitales cada hora durante las siguientes 4 horas, posteriormente los intervalos de registro dependen de las condiciones de la mujer.

### **Procedimiento ante una Taquisistolia durante la Inducción:**

La taquisistolia viene definida por un número mayor a 5 contracciones en 10 minutos o 10 contracciones en 20 minutos, independientemente de la repercusión en la frecuencia cardiaca fetal. Una taquisistolia puede tener consecuencias tales como: hipoxia fetal, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, parto precipitado y hemorragia postparto por una atonía uterina.

Ante una taquisistolia se toman las siguientes medidas:

- Se retira la dinoprostona (Propess ®) o suspende la oxitocina (Syntocinon ®).
- Se coloca a la gestante en decúbito lateral izquierdo.
- Se avisa al ginecólogo de guardia.
- Se administra oxigenoterapia (10 L/min con máscara).
- Se aumenta ingreso de líquidos vía intravenosa de la sueroterapia.
- Si persiste, una de las siguientes pautas médicas del ginecólogo:
  - Administrar ritrodrene (Prepar ®) a 2 ml/min máximo 6 ml (vial de 1 ml a 10 mg/ml en 9 ml de suero fisiológico 0,9%) con monitorización materna.
  - Administrar atosiban (Tractocile ®) 6,75 mg en 1 minuto.
- Se registra en la historia el momento en que se avisa y las medidas adoptadas.
- Se mantiene la monitorización continua y valoración a los 30-60 minutos.

Cuando la reanimación uterina es satisfactoria se valora la inducción con oxitocina en caso de que tuviera un dispositivo con dinoprostona o el reinicio de la oxitocina con la mitad de la dosis previa si se interrumpió menos de 30 minutos o a la dosis inicial si la paralización fue durante más tiempo.

### **Analgesia durante la Inducción:**

En ausencia de contraindicación médica, se ofrece a la gestante el método de alivio de dolor que desee. Explicando a la usuaria que las contracciones inducidas de forma exógena con oxitocina pueden ser más dolorosas que las producidas por la oxitocina endógena. No se espera a que tenga una dilatación determinada para indicar la analgesia epidural si la desea.

### **Fallo de Inducción:**

En función de la existencia o no de dinámica uterina regular, se realiza una valoración cervical mediante tacto vaginal cada 4 o 6 horas a la gestante. Si las condiciones cervicales no progresan y la dilatación no evoluciona de forma satisfactoria, la exploración para diagnosticar un fracaso de inducción (12 horas en multípara o las 18 horas en nulíparas) tiene que ser realizada por un ginecólogo.

## **2.2. TIPO DE ESTUDIO.**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional de corte transversal, empleando un cuestionario validado de satisfacción (Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale)<sup>35,55-56,165</sup> que fue cumplimentado por las puérperas de los servicios de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria durante el periodo comprendido entre el 11 de mayo de 2016 y el 20 de noviembre de 2016 (ambos inclusive). Al finalizar el periodo se recopilaron 724 cuestionarios.

Para la recopilación de la información del estudio se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de la satisfacción durante el proceso del parto a través de distintas bases de datos (PubMed, EBSCO, ScienceDirect, Ovidsp, Wiley Online Librery) y buscadores científicos (Google Académico, Google Libros, Repositorios) a través de las palabras clave: Parto, satisfacción del paciente, calidad percibida, rotura prematura de membranas, inducción del parto.

## **2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.**

La población del estudio estuvo constituida a partir de las puérperas atendidas en los servicios de obstetricia (planta obstétrica) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

Considerando que el análisis principal en este estudio es la prueba de significación de las diferencias de puntuaciones de la satisfacción de las puérperas con partos caracterizados por rotura prematura de membranas por encima de la 34 semana de gestación y que las variables a comparar entre los diferentes métodos de inducción al parto son de naturaleza ordinales global y por subescalas, por lo que serán comparados empleando la prueba de U de Mann-Whitney para el caso de dos grupos o la H de Kruskal-Wallis para más de dos, 230 puérperas ingresadas por bolsa rota otorgan al estudio un poder o potencia del 95% (es decir, un error  $\beta$  o de tipo II en la no posibilidad de rechazo de la hipótesis nula de manera errónea), una confiabilidad o seguridad del 95% (es decir, un error  $\alpha$  o de tipo I en la posibilidad de rechazar la hipótesis nula de manera errónea), en pruebas bilaterales con una precisión de 1,5 puntos suponiendo rangos de variabilidad de puntuaciones de al menos 20 puntos, sin pérdidas de seguimientos en el estudio. Estas propiedades muestrales se transfieren a los análisis de estimación de los tamaños del efecto para una  $d$  de Cohen no paramétrica.

Se realizó un muestreo no aleatorizado de manera intencional con las 842 altas hospitalarias de puérperas ingresadas en los servicios de obstetricia los días que se pasaron las escalas, de éstas aceptaron participar 754 mujeres. Una vez fueron aplicados los criterios de exclusión, la muestra resultante fue de 598 puérperas. De la cual se estratificó una muestra de 229 mujeres que ingresaron por rotura prematura de membranas.

### **2.3.1. Criterios de inclusión:**

Fueron incluidas en el presente estudio todas aquellas puérperas ingresadas en la planta de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria en el momento de pasar las encuestas previo al alta hospitalaria.

De las mujeres seleccionadas, se estratificó la muestra con los casos de rotura prematura de membranas que tuvieran más de 34 semanas de gestación completa.

### **2.3.2. Criterios de exclusión:**

Fueron excluidas del estudio aquellas puérperas que presentaban alguno/s de los siguientes criterios:

- Partos extrahospitalarios (3 puérperas).
- Cesáreas (123 puérperas).
- Mujeres con barreras idiomáticas (12 puérperas).
- Usuarias con barreras intelectuales (discapacidad reconocida) (1 puérpera).
- Menores maduras con edad inferior a 16 años (2 puérperas).
- Puérperas con malos resultados perinatales (1 puérpera).
- Mujeres que no desearon participar en el estudio (45 puérperas).
- Mujeres que no cumplimentaron algunos de los ítems de la escala (14 puérperas).
- Usuarias ausentes en el momento de pasar la escala de satisfacción (43 puérperas).

Como se observa en la **Tabla 14**, un total de 244 puérperas no fueron incluidas en el estudio atendiendo a los criterios antes expuestos.

**Tabla 14:** Proceso de Selección de la Muestra.



**Fuente:** Elaboración propia.

## 2.4. MATERIALES Y MÉTODOS.

Para la realización del estudio se han utilizado dos cuestionarios como instrumentos de registro de datos: uno de variables sociodemográficas y obstétrica a partir de los factores relacionados y el cuestionario Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) <sup>35,55-56,165</sup>.

A través de estos cuestionarios se obtuvieron las siguientes variables, siendo agrupadas según venían determinadas en los mismos.

### 2.4.1. Potenciales Factores Causales:

#### *2.4.1.1. Factores Sociodemográficos y Culturales:*

- **El centro de procedencia** de las usuarias de la muestra pudo ser el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias o del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria. Se codificó como una variable cualitativa dicotómica.
- **La edad** se registró como una variable cuantitativa continua que se midió en años. A su vez se transformó en una variable ordinal por rangos de:  $\leq 23$  años, 24-29 años, 30-35 años, y  $\geq 36$  años.
- **Los niveles de estudios** se clasificaron como una variable nominal politómica: Sin estudios, Primarios, Secundarios y, Universitarios.
- **La procedencia de nacimiento** se catalogó como en una variable nominal politómica: España, Latinoamericano, Europa Occidental, Europa del Este, África, Norteamérica y otros. Se recodificó la variable como dicotómica en nacionales o no nacionales si nacieron fuera de España.
- **El tiempo de residencia en España** de la mujer de otra procedencia geográfica. Se les preguntó el número de años que llevan viviendo en este país y se registró como una variable cuantitativa continua.
- **El número de hijos/as previo** se registró como una variable cuantitativa y se transformó en una variable cuantitativa por rangos: 1, 2 y, 3 o más hijos.
- **El estado civil** de las usuarias se codificó como una variable cualitativa nominal politómica: casada, pareja de hecho o con pareja estable, soltera, divorciada o separada y, viuda. Se categorizó de nuevo como variable dicotómica en función de pareja formal (casados, parejas de hecho, viuda) o no formal (solteros, separados o divorciados).

- **La convivencia con la pareja** se integró como una variable nominal dicotómica, diferenciándose entre la existencia o no de la convivencia.
- **El Trabajo o Prestación Remunerada** de la mujer y/o su pareja. Se interrogó a la usuaria sobre quién de los miembros de la pareja tiene trabajo o prestación remunerada. A partir de una variable nominal dicotómica (Si/No) se recodificó en una variable politómica: La usuaria, la pareja, ambos o ninguno.

#### 2.4.1.2. Factores Obstétricos previos al Parto:

- **La edad gestacional** se registró como una variable cuantitativa que se midió en semanas de gestación.
- **La madurez fetal** se recodificó a partir de la edad gestación en una variable ordinal: pretérmino, término y postérmino
- **El motivo de ingreso** del cual resultó un parto se registró como una variable categórica politómica: rotura prematura de membranas, parto, pródromos, patología obstétrica, patología fetal, patología materna y otros. De la agrupación de casos dio lugar a una nueva variable denominada **rotura prematura de membranas** como una variable nominal dicotómica (Si/No).
- **El motivo de inducción** al parto se registró como una variable nominal politómica: rotura prematura de membranas, pródromos, patología obstétrica, patología fetal, patología materna y otras.
- **El test de Bishop** al ingreso se registró como una variable cuantitativa que oscila de 0 a 13 puntos. A su vez se reclasificó en una variable denominada **condiciones cervicales** como nominal dicotómica: cérvix favorable o desfavorable.
- **La paridad** se registró como una variable ordinal que se subdividirá en: nulípara, primípara, múltipara.
- **El control del embarazo** que se llevó la mujer se registró como una variable categórica politómica que se clasificó en: matrona, obstetra y médico privado.
- **La gestación** de la usuaria se codificó como una variable categórica dicotómica a elegir entre: única o gemelar
- El embarazo logrado de manera **espontáneo** se registró como una variable nominal dicotómica: sí o no.
- **El embarazo planificado** se clasificó como una variable categórica dicotómica: sí o no.

- **La educación maternal** durante el embarazo se registró como una variable nominal dicotómica: sí o no.
- El hecho de presentar un **plan de parto** se codificó como una variable nominal dicotómica: sí o no.

### 2.4.1.3. Factores Obstétricos durante el Parto:

- El **inicio de parto** se clasificó como una variable nominal dicotómica: espontáneo o intervenido (inducido).
- El **manejo de parto** según haya sido espontáneo (expectante) o intervenido (activo) se codificó como una variable nominal dicotómica.
- El **tipo de dilatación** durante el proceso del parto se registró como una variable cualitativa politómica en espontánea, inducida o estimulada.
- Los **métodos de intervención** en el manejo activo del parto se codificaron como una variable nominal dicotómica (Si/No) para la oxitocina, amniotomía artificial y la prostaglandina.
- El **tipo de amniorrexis** se registró como una variable categórica politómica: espontánea total, espontánea parcial o artificial.
- El **tipo de analgesia** durante el parto se codificó como una variable nominal dicotómica ante la administración de analgesia (Si/No) así como para la administración de la analgesia epidural.
- **La duración** de los distintos periodos del trabajo de parto quedó registrada como una variable cuantitativa que se midió en horas y minutos. Estos periodos contemplados fueron: **ingreso** (desde el ingreso hasta la expulsión fetal), **dilatación** (desde el inicio de trabajo de parto hasta la dilatación completa) y **expulsivo** (desde la dilatación completa hasta la salida del recién nacido).
- **La duración** con la **bolsa rota** en el grupo de mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas que se codificó como una variable cuantitativa que se midió en horas y minutos.
- **La duración** del manejo de parto se registró como una variable cuantitativa discreta según fuera **espontáneo** (periodo de dilatación espontánea hasta la salida del recién nacido), **inducido** (periodo desde el inicio de la inducción hasta la salida del feto) y **estimulado** (periodo desde el comienzo de la estimulación del parto hasta el nacimiento del niño/a). Estos periodos de tiempos se midieron en horas.

- **El tipo de expulsivo** se codificó como una variable nominal dicotómica que se dividió en: eutócico o instrumental.
- **El profesional** que asiste el expulsivo fue registrado como una variable nominal politómica que se categorizó en: ginecólogo, matrona, residente de ginecología y residente de matrona. Esta a su vez se recodificó en su categoría profesional como una variable nominal dicotómica: ginecólogo o matrona.
- **La herida obstétrica** o la existencia de un periné íntegro se codificó como una variable categórica politómica en: sin lesión, espisiotomía o desgarro.
- **Los resultados maternos** se recopilaron mediante una variable nominal dicotómica que se clasificó en: con complicaciones o sin complicaciones (Patologías y complicaciones maternas, obstétricas, intraparto y/o postparto).
- **Los resultados fetales** se codificaron mediante una variable nominal dicotómica en: con complicaciones o sin complicaciones (patologías y complicaciones antenatales, periparto y/o postparto).
- **Tener en cuenta las preferencias** de las usuarias mediante la escucha activa en la toma de decisiones se registró como una variable nominal dicotómica: Si o No.
- **El cumplimiento de las expectativas** se codificó mediante una variable nominal dicotómica como Si o No.

### 2.4.2. Efecto o Resultado. La Satisfacción:

El cuestionario Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)<sup>55,165</sup>, elaborado originalmente en Norteamérica en lengua inglesa y usado en distintas investigaciones en Europa<sup>45,65,166-167</sup>, posee un diseño multifactorial que comprende los distintos elementos intervinientes en el momento del parto y nacimiento<sup>35</sup>.

La escala MCSRS ha sido traducida al español, adaptada culturalmente y validada como un instrumento de medida de la satisfacción de las usuarias con una fiabilidad aceptable y una buena consistencia interna<sup>56</sup>. La estructura factorial de la versión española enumera 6 determinantes que explica el análisis de componentes principales: obstetra, matrona, dilatación, expulsivo, recién nacido y, acompañante y confort.

El cuestionario de autocumplimiento se le entrega a la usuaria antes del alta en el servicio de hospitalización. Consta de 36 ítems agrupados en las 6 subescalas que

se han hecho referencia. Cada ítem se valora en una escala Likert de 5 puntos que fluctúa entre “Muy Insatisfecha” (1) a “Muy Satisfecha” (5) con un valor neutro de “Ni Insatisfecha Ni Satisfecha” (3). La puntuación final resulta de la suma de los valores asignados a cada ítem, donde a mayor puntuación mayor es la satisfacción. Con cada subescala se puede calcular las puntuaciones parciales de los factores explicativos de la satisfacción<sup>56</sup>.

De la escala adaptada al español para medir la satisfacción con la experiencia del parto y nacimiento surgen las siguientes dimensiones, subescalas o factores<sup>56</sup>:

- **Factor I.** Obstetra (9 ítems): 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32 y 34.
- **Factor II.** Matrona. (12 ítems): 1, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35 y 36.
- **Factor III.** Dilatación. (4 ítems): 3, 6, 8 y 12.
- **Factor IV.** Expulsivo. (4 ítems): 2, 7, 9 y 13.
- **Factor V.** Recién nacido. (3 ítems): 14, 15 y 16.
- **Factor VI.** Acompañante y confort. (4 ítems): 4, 5, 10 y 11.

**Tabla 15:** Ítems del Factor I (Obstetra):

18. Los cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto.
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto.
22. La información y las explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a durante el parto.
24. El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a durante el parto.
26. La ayuda y el apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto.
28. El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación.
30. La actitud del ginecólogo/a en el parto.
32. La sensibilidad del ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto.
34. La ayuda y el apoyo del ginecólogo/a en el uso de los distintos métodos para aliviar el dolor.

**Fuente:** Elaborada a partir de Mas-Pons R, et al. 2012<sup>56</sup>.

**Tabla 16:** Ítems del Factor II (Matrona):

1. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.
17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto.
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto.
21. La información y las explicaciones que le proporcionó la matrona durante el parto.
23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona durante el parto.
25. La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto.
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación.
29. La actitud de la matrona en el parto.
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto.
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de los distintos métodos para aliviar el dolor.
35. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.
36. De forma global, ¿Cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?

**Tabla 17:** Ítems del Factor III (Dilatación):

3. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación.
6. Capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación.
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación.
12. Su experiencia global de la dilatación.

**Tabla 18:** Ítems del Factor IV (Expulsivo):

2. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo.
7. Capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo.
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo.
13. Su experiencia global del expulsivo.

**Tabla 19:** Ítems del Factor V (Recién Nacido):

14. El estado de salud de su bebé al nacer.
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé.
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé.

**Tabla 20:** Ítems del Factor VI (Acompañante y Confort):

4. Su grado de confort durante la dilatación.
5. Su grado de confort durante el expulsivo.
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación.
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo.

**Fuente:** Elaboradas a partir de Mas-Pons R, et al. 2012 <sup>56</sup>.

A través de los 36 ítems (ver **Tabla 15, Tabla 16, Tabla 17, Tabla 18, Tabla 19, Tabla 20**) se obtiene la valoración de la satisfacción global, con un rango teórico que varía entre 36 y 180 puntos, de manera que a mayor puntuación existirá una mayor satisfacción de las usuarias del servicio. No se existe una nota de corte para clasificar los ítems, por tanto, la interpretación de los resultados no se basará en rangos de puntuación. De igual manera, la satisfacción global media se obtuvo a partir de la suma de los 36 ítems y el cálculo de su promedio.

### 2.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

EL desarrollo de la fase de campo fue llevado a cabo por un equipo de trabajo compuesto por 6 colaboradores (3 matronas y 3 enfermeras) de los servicios de obstetricia. Los días que se pasó la escala de satisfacción se preguntaba al personal de la planta de obstetricia sobre las puérperas que se iban a ir de alta. A estas puérperas, se les solicitó su participación a través de su consentimiento informado y, una vez firmado se les facilitó la escala de satisfacción para que lo auto-cumplimentaran.

Una vez cumplimentada la escala de satisfacción, el colaborador realizó una entrevista directa a la puérpera, momento en el que se cumplimentó el cuaderno de registro de datos con las variables sociodemográficas, variables obstétricas previas al parto (planificación del embarazo, control de embarazo, plan de parto) y algunas relacionadas con el parto (analgesia, preferencias, cumplimiento de expectativas). Para datos precisos desde el ingreso al desarrollo del parto y nacimiento se consultó la historia clínica de la usuaria para completar el cuaderno.

Las mujeres que no cumplieron los requisitos de elección al revisar los cuestionarios y las escalas fueron excluidas del estudio. Los datos recogidos de las usuarias seleccionadas se fueron almacenando y codificando en un archivo de datos IBM SPSS Statistics versión 21 (© Copyright IBM Corporation 1989-2012) que proporcionó su posterior análisis estadístico.

### 2.6. ASPECTOS ÉTICOS.

El presente proyecto obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Dicha autorización ostentó el visto bueno de las Direcciones Gerencias y las Direcciones de Enfermería de los centros participantes en el estudio a efectos de poner en marcha la recogida de datos.

Se hizo especial hincapié en las restricciones oportunas provenientes de la protección de datos u otras normas instituidas por la empresa. Junto con el cuestionario de satisfacción se informó a la puérpera y pidió su consentimiento firmado de autorización y participación en el estudio de forma anónima.

Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964) con sus revisiones posteriores, el Informe de Belmont (1978), la Declaración Bioética de Gijón del 2000 y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de *protección de datos de carácter personal* y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. De acuerdo a lo que establece esta legislación, la usuaria participante en el estudio puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio. Los datos recogidos para el estudio están identificados mediante un código y sólo el investigador principal puede relacionar dichos datos con la usuaria con el objetivo único de poder acceder a su historia clínica.

El investigador principal asume la plena responsabilidad con el obligado cumplimiento de los principios de no maleficencia, de beneficencia y el de justicia en el que desarrolló y puso en marcha la presente investigación.

### **2.7. ANALISIS ESTADISTICO.**

#### **2.7.1. Análisis Descriptivo.**

En el análisis descriptivo las variables cualitativas se resumen como las frecuencias relativas de sus categorías componentes (n [%]). Para las variables cuantitativas, al ser valoraciones ordinales, como escalas de satisfacción o tiempo que duraron los procesos, que no siguen una distribución normal, se describieron con la mediana y percentiles cinco y noventaicinco ( $M_e$  [ $P_5$ - $P_{95}$ ]). Las variables de escala que sigan de cerca una distribución de probabilidades de tipo normal se resumirán como media y la desviación típica (media [DT]). La comprobación de seguimiento de normalidad de las variables de escala se realizará mediante la exploración de sus histogramas y los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Dada las diferencias de rangos de las subescalas o factores debido al número de ítems que las componen y con el fin de poder realizar comparaciones en las puntuaciones entre cada una de ellas, se calcularon los promedios de cada escala o factor al dividirlos por el número de ítems que lo componen quedando todas las subescalas entre un rango de puntuaciones entre uno (1) y cinco (5).

### 2.7.2. Análisis Inferencial.

En el análisis inferencial de las variables del estudio se emplearon métodos no paramétricos dada la naturaleza ordinal o de no normalidad en su distribución. La significación estadística de las diferencias de estas variables entre dos grupos se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, y cuando la diferencia se probó entre más de dos variables con la prueba de H de Kruskal-Wallis. En los resultados que presentan diferencias significativas en el último caso, con el fin de saber a expensas de qué grupo no son iguales, se comparan entre ellos “*post-hoc*” mediante la prueba de U de Mann-Whitney.

Para estimar la correlación entre dos variables se estimó el coeficiente no paramétrico de Spearman ( $\rho$  - rho). Mientras que para el indagar la asociación o distribución conjunta en variables nominales se realizó la  $X^2$  de Pearson.

Para cuantificar la magnitud de las diferencias entre dos puntuaciones de la escala global de satisfacción y subescalas de satisfacción, al carecer de punto de corte, se estimó su tamaño de efecto mediante la  $d$  de Cohen para pruebas no paramétricas. Para la comparación de los valores de una variable ordinal entre más de dos grupos (el símil de la prueba de H de Kruskal-Wallis) no existe una forma para calcular el tamaño del efecto. No obstante, se ha calculado el tamaño del efecto sobre las parejas con diferencias significativas del análisis post-hoc (aplicando la U de Mann-Whitney sobre cada pareja). En la **Tabla 21** se muestra las valoraciones cualitativas de la magnitud de las diferencias según el tamaño de efecto.

Las diferencias y las asociaciones estadísticas entre las variables fueron consideradas significativas con un  $p$  inferior a 0,05. El análisis descriptivo e inferencial del estudio se efectuó mediante el software IBM SPSS Statistics versión 21 para Windows 10 (© Copyright IBM Corporation 1989-2012). La estimación de la  $d$  de Cohen no paramétrica se realizó a través la calculadora del tamaño de efecto de la página web Psychometrica - Institut für psychologische Diagnostik<sup>168</sup>.

**Tabla 21:** Interpretación de la Magnitud de Efecto de Cohen

$d$	$R^*$	$\eta^2$	Significado según Cohen (1988)
< 0	< 0		Efecto adverso
0,0	0,000	0,000	Sin efecto
0,1	0,050	0,003	
0,2	0,100	0,010	Efecto pequeño
0,3	0,148	0,022	
0,4	0,196	0,039	
0,5	0,243	0,060	Efecto intermedio
0,6	0,287	0,083	
0,7	0,330	0,110	
0,8	0,371	0,140	Efecto grande
0,9	0,410	0,168	
$\geq 1,0$	0,447	0,200	

\*Cohen reportó los siguientes intervalos para  $r$ : entre 0,1 y 0,3: efecto pequeño; entre 0,3 y 0,5: efecto intermedio; y por encima de 0,5: efecto grande.

**Fuente:** Psychometrica - Institut für psychologische Diagnostik <sup>168</sup>.



### 3. RESULTADOS



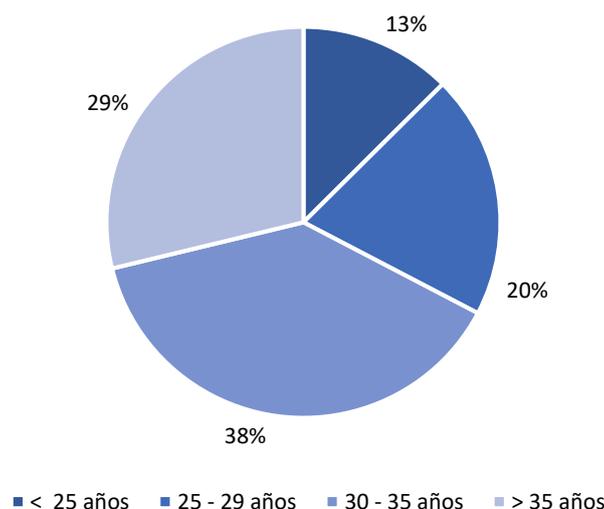


### 3.1. RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Del total de la población de estudio ha sido seleccionada una muestra de  $n=598$  sujetos, que ha contado con una tasa de participación del 71% aplicando los criterios de exclusión. Los sujetos procedentes del Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria suponen un 43% de la muestra ( $n=254$ ) y del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias el 57% restante ( $n=344$ ).

La edad (**Gráfico 1**) de las participantes ha sido de 32 (6) años, con un rango de 16 a 48 años. Las mujeres que participaron con una edad igual o superior a los 30 años representan un total de 402 (67%), las de menos de 25 años un número de 75 (13%) y las que tenían entre 25 y 29 años la cantidad de 121 (20%). En los extremos se sitúan 19 (3%) mujeres menores de 21 años y 24 (4%) mayores de 40 años.

**Gráfico 1:** Grupos de edad en las observaciones.



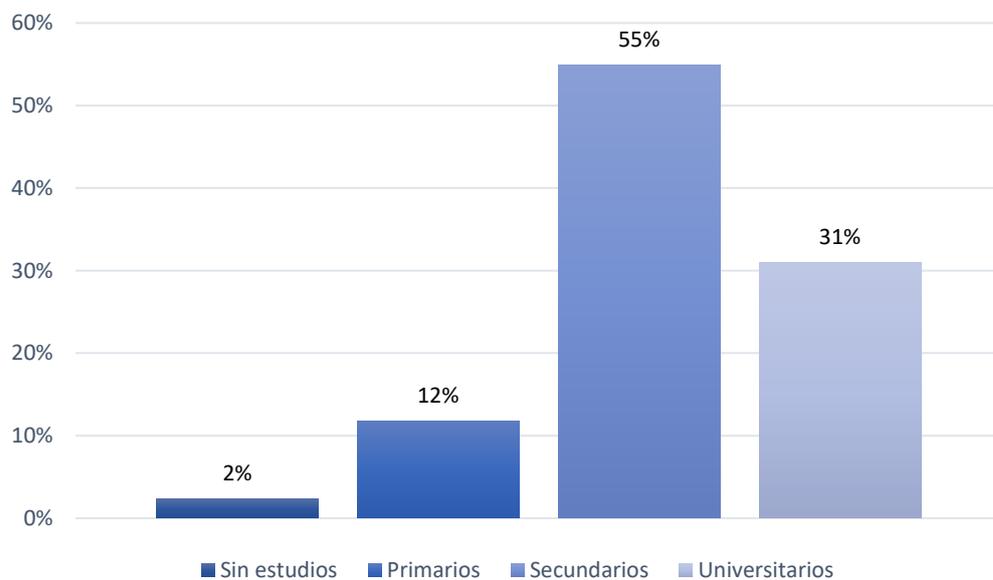
**Fuente:** Elaboración propia.

El nivel de estudio alcanzado por las mujeres contenidas en el trabajo, según se puede observar en el **Gráfico 2**, son mayoritariamente secundarios (educación secundaria obligatoria, bachillerato y/o formación profesional) con un total de 326 mujeres (55%), estudios universitarios con 184 (31%), primarios con 70 (12%) y sin estudios el resto de mujeres (2%).

En cuanto a la procedencia de nacimiento de las usuarias entrevistadas, 523 (88%) mujeres nacieron en España seguidas de 37 (6%) mujeres de procedencia

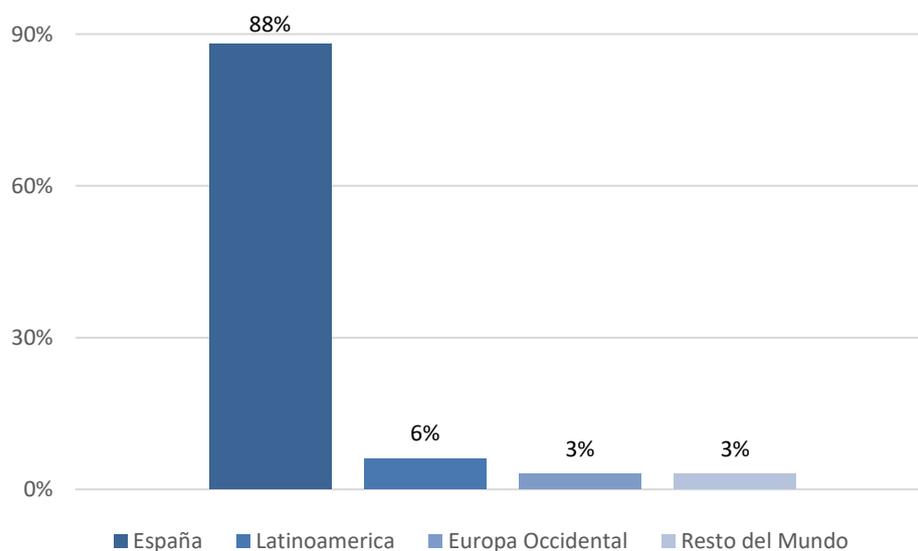
latinoamericana, 16 (3%) mujeres de Europa occidental y el resto de otras partes del mundo (obsérvese en el **Gráfico 3**). El tiempo de residencia en España de las 71 (12%) mujeres nacidas en el extranjero es de unos 11 (6) años hasta un máximo de 30 años.

**Gráfico 2:** Nivel de estudios completados de la muestra.



**Fuente:** Elaboración propia.

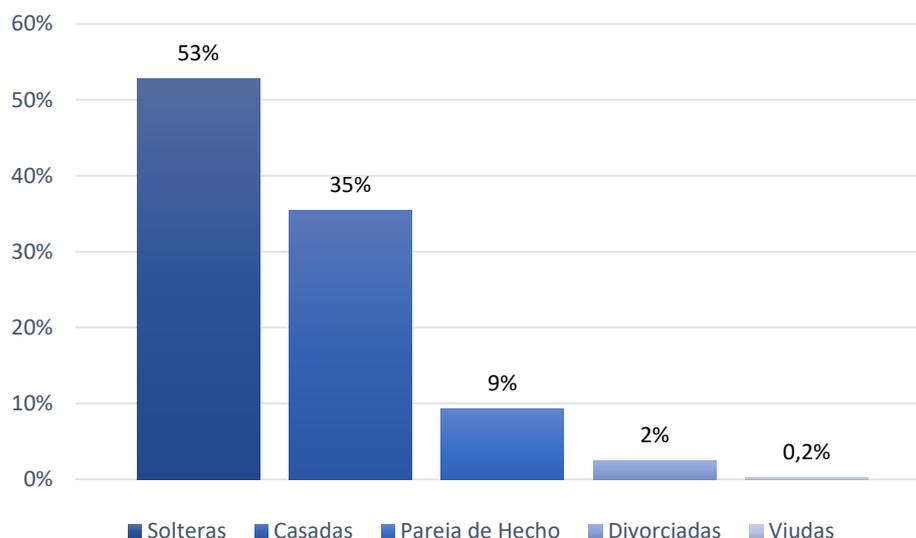
**Gráfico 3:** País de procedencia de las mujeres.



**Fuente:** Elaboración propia.

Como se observa en el **Gráfico 4** atendiendo al estado civil de las madres encuestadas, 313 (53%) estaban solteras en el momento del estudio, 210 (35%) se encontraban casadas, 55 (9%) tenían parejas de hecho y, en menor medida, divorciadas (2%) o viuda. La convivencia de estas madres con sus parejas se da en 564 casos (95%).

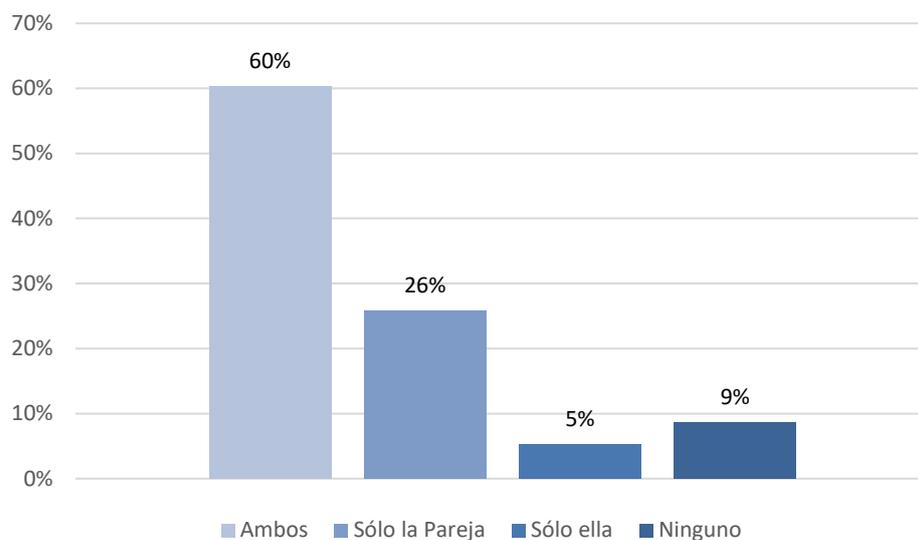
**Gráfico 4:** Estado civil de las puérperas ingresadas.



**Fuente:** Elaboración propia.

De las puérperas, 389 (66%) tenían un trabajo remunerado mientras que, por otro lado 510 (89%) de sus parejas disponían de un trabajo remunerado. Cuando se indaga quién trabaja en el núcleo familiar, en 357 (60%) de los casos observados ambos tienen trabajo, mientras que en un total 153 (26%) casos sólo trabaja la pareja y en otros 31(5%) sólo trabaja la usuaria. Tan sólo en 51 (9%) observaciones no se encontraban activos laboralmente la mujer ni su pareja (**Gráfico 5**).

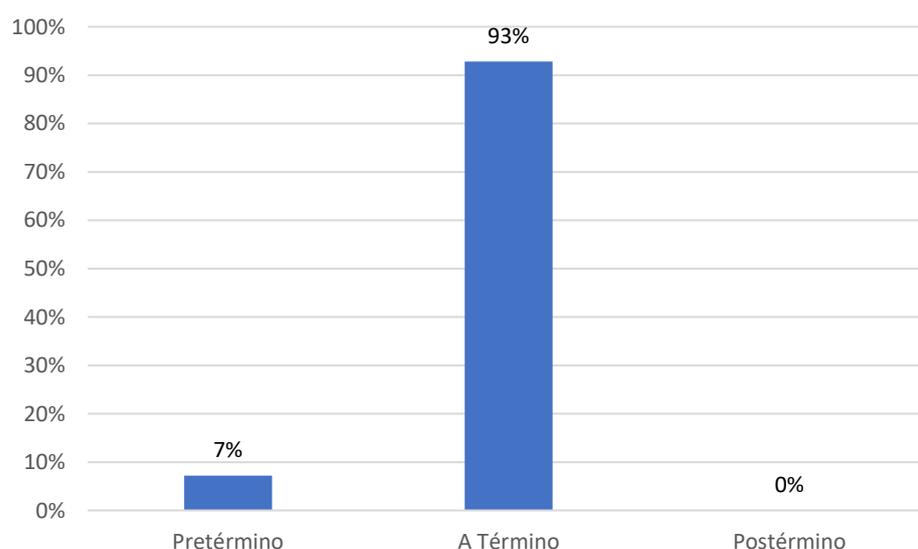
De las gestantes de la muestra que acuden al servicio de paritorio, 306 (51%) no tenían hijos previos. Sin embargo, 241 (40%) ya tenían un hijo y 38 (6%) disponían de dos. Sólo 13 (2%) mujeres de la muestra tenían 3 o más hijos antes de la gestación actual.

**Gráfico 5:** Situación laboral de las mujeres y sus parejas en la muestra de estudio.

**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.2. RESULTADOS DE LOS FACTORES OBSTÉTRICOS.

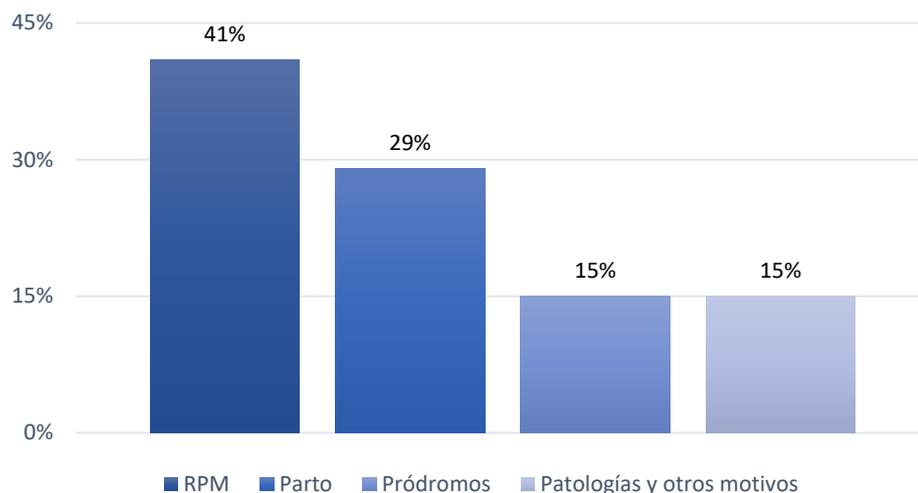
En cuanto a la edad gestacional a la que acudían en momento del parto, se encontraban en la semana 39 (2) con un rango de 29 a 41 semanas. Según la madurez fetal (**Gráfico 6**), encontramos que 555 (93%) observaciones fueron en partos a término, mientras que 43 (7%) fueron pretérminos. No se dio ningún caso de parto postérmino.

**Gráfico 6:** Madurez fetal en el momento del parto.

**Fuente:** Elaboración propia.

Entre los motivos de ingreso (**Gráfico 7**) de las gestantes en el servicio de obstetricia, se ha encontrado que 243 (41%) fueron por rotura prematura de membranas, 175 (29%) por parto en curso, 88 (15%) por pródromos de parto y 92 (15%) por algunas patologías fetales, obstétricas, maternas u otros motivos.

**Gráfico 7:** Motivos del ingreso de las gestantes en los Servicios de Obstetricia.



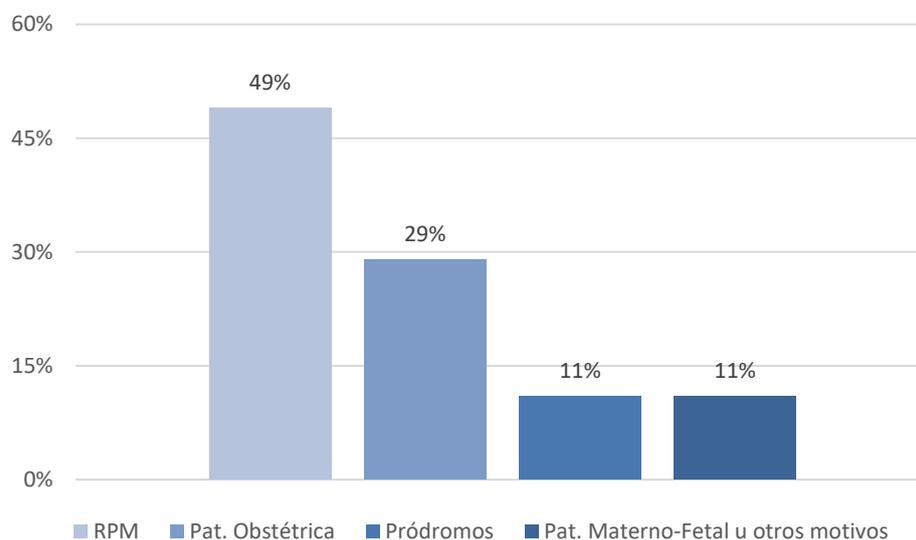
**Fuente:** Elaboración propia.

De los casos observados, no precisaron ser inducidos 394 (66%) partos mientras que 204 (34%) si presentaron algún motivo para la estimulación del mismo; 101 (17%) por rotura prematura de membranas y otras 103 (17%) por alguna patología u otro motivo. Como se puede observar en el **Gráfico 8**, esto supone que 101 (49%) de las inducciones fueron por rotura prematura de membranas, seguido de 59 (29%) por las patologías obstétricas, 22 (11%) por pródromos de parto y otros 22 (11%) debido a patologías materno-fetales u otros motivos

Al ingreso las gestantes tenían un test de Bishop de 5 (0-9) puntos, donde el 95% de las observaciones presentaban unas valoraciones inferiores a 9 puntos. Observándose en 418 (70%) casos un cérvix desfavorable en comparación con las 178 (30%) mujeres que poseían un cuello favorable al ingreso (**Gráfico 9**). Si se atiende al Test de Bishop en los ingresos por rotura prematura de membrana (n=229) la puntuación pasa a ser de 4 (0-8) puntos, donde el 95% de las observaciones mostraron al ingreso una estimación menor a 8 puntos. Las condiciones cervicales en la muestra de mujeres ingresadas con

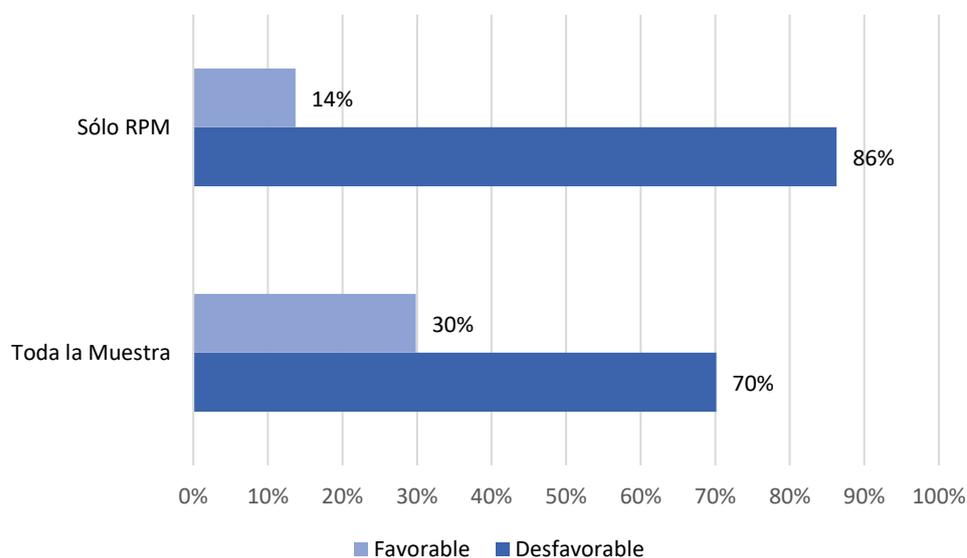
rotura prematura de membranas presentan un cuello desfavorable en 196 (86%) observaciones y un cuello favorable en 31 (14%) de los mismos.

**Gráfico 8:** Motivo de inducción al parto de las gestantes ingresadas.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 9:** Condiciones del cuello del útero de las mujeres al ingreso.

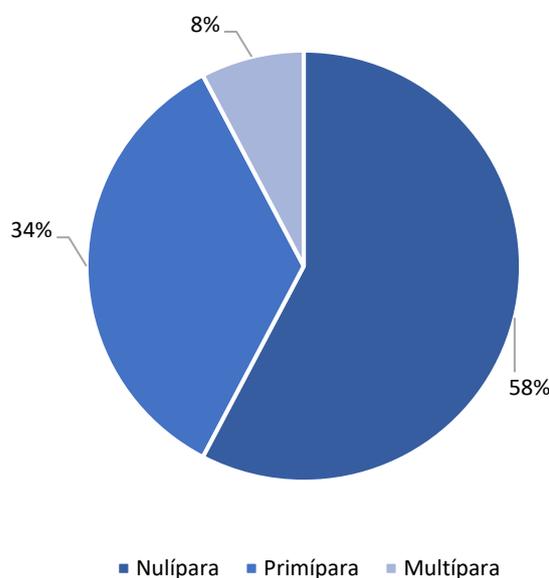


**Fuente:** Elaboración propia.

Se observó con respecto a la paridad de las gestantes al ingreso (**Gráfico 10**), que 345 (58%) mujeres eran nulíparas seguidas de 207 (34%) primíparas y, en menor

medida, 46 (8%) eran multíparas. Tras el parto, en el momento de pasar los cuestionarios, 345 (58%) puérperas ya eran primíparas y 253 (42%) multíparas.

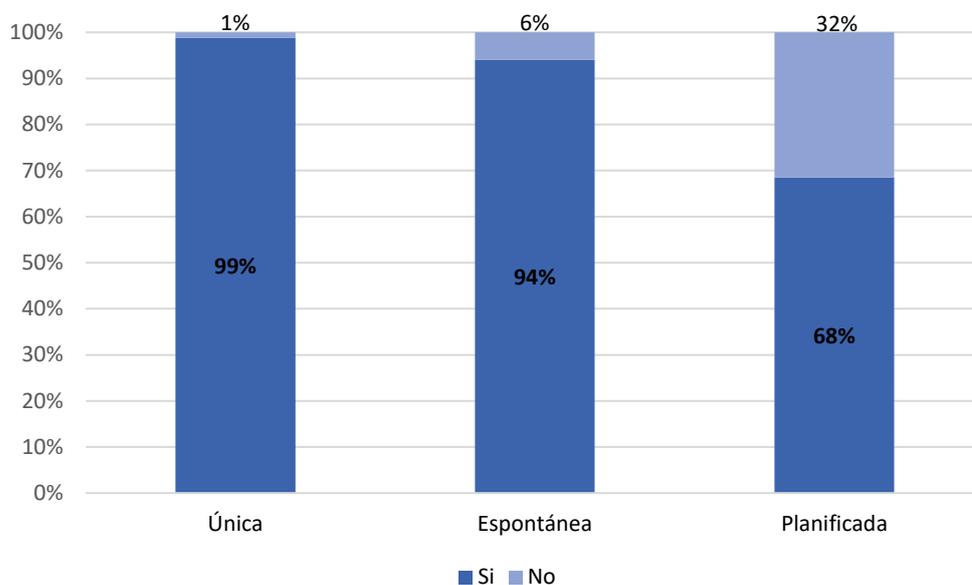
**Gráfico 10:** Paridad de las gestantes al ingreso en el Servicio de Obstetricia.



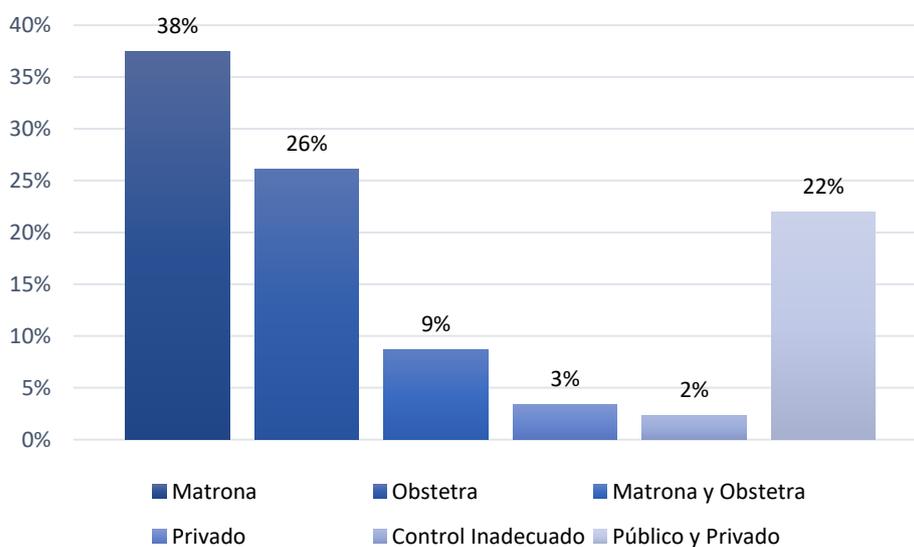
**Fuente:** Elaboración propia.

Como se puede observar en el **Gráfico 11**, de las mujeres de la muestra, 591 (99%) tuvieron una gestación única, 555 (94%) consiguieron quedar embarazadas de forma espontánea y 404 (68%) planificaron el embarazo.

Para el control de la gestación (**Gráfico 12**), 223 (38%) mujeres se lo habían realizado con la matrona, 155 (26%) mujeres con un médico obstetra exclusivamente, y 52 (9%) combinaron el control con ambos profesionales. Sólo 20 (3%) usuarias de la muestra controlaron su embarazo a través de un médico obstetra privado. Sin embargo, la combinación del control por el sistema público y privado se dio en 131 (22%) de las observaciones. Según el tipo de profesional que sigue el embarazo, se puede observar que 384 (65%) mujeres acudieron a su matrona, 258 (43%) visitaron al obstetra y que 152 (26%) fueron a la consulta de un ginecólogo/a privado. En el presente estudio se reportan 13 (2%) gestaciones con un control inadecuado.

**Gráfico 11:** Clasificación de las gestaciones: Únicas/ Espontáneas/Planificadas.

**Fuente:** Elaboración propia.

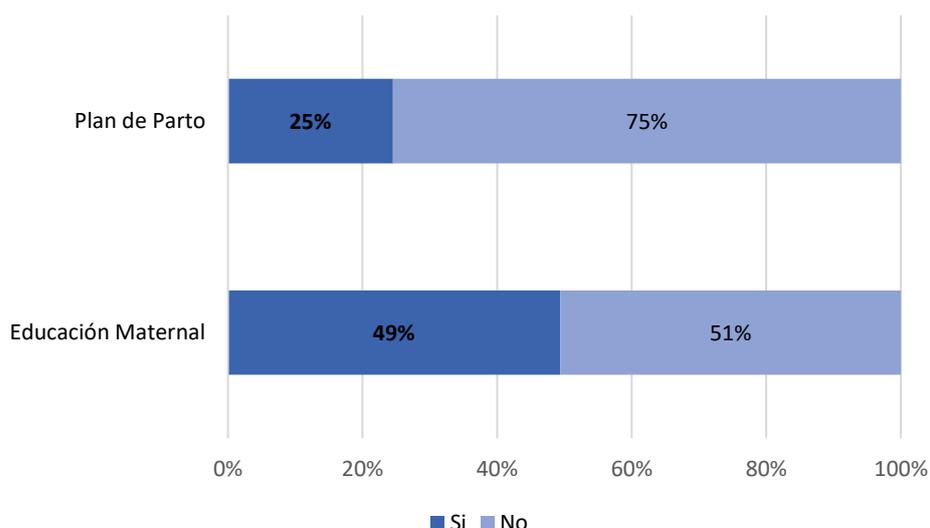
**Gráfico 12:** Tipo de control de la gestación durante el embarazo.

**Fuente:** Elaboración propia.

Del total de la muestra de estudio, 298 (51%) de las mujeres no acudieron a educación maternal, mientras que 291 (49%) si asistieron. Atendiendo a la paridad, 226 (78%) primíparas y 65 (22%) múltiparas asistieron a educación maternal. Así mismo, 446 (75%) gestantes no presentaron un plan de parto previo al ingreso hospitalario frente a 145 (25%) mujeres que si lo hicieran (**Gráfico 13**).

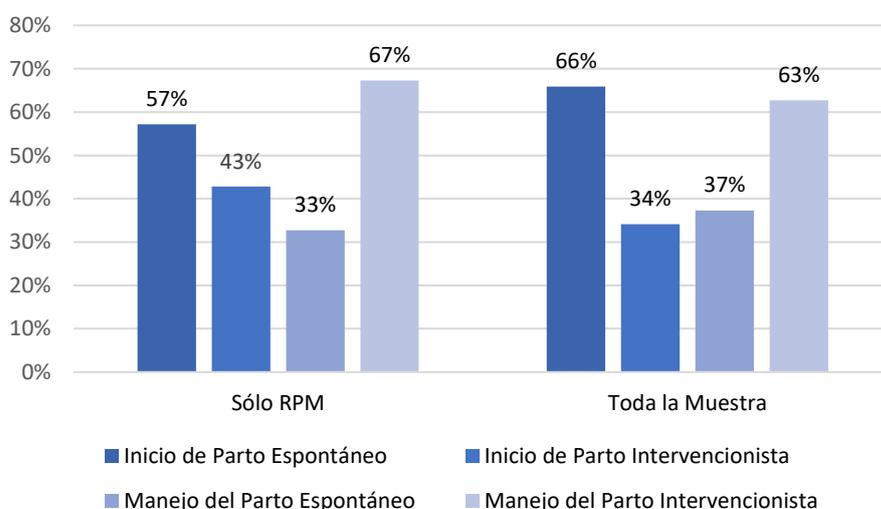
En la muestra se observa que 204 (34%) mujeres tuvieron un inicio del parto (**Gráfico 14**) intervenido (inducidos) en comparación con las 394 (66%) que mostraron un comienzo espontáneo. Sin embargo, al final del parto se ha encontrado que 375 (63%) mujeres habían tenido un manejo activo (intervencionista) debido a que 171 (29%) gestantes requirieron estimulación durante la dilatación frente a las 223 (37%) que mantuvieron una dilatación espontánea desde su inicio.

**Gráfico 13:** Asistencia a Educación Maternal y presentación de Plan de Parto.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 14:** Tipo de Inicio y manejo del parto espontáneo o intervencionista.

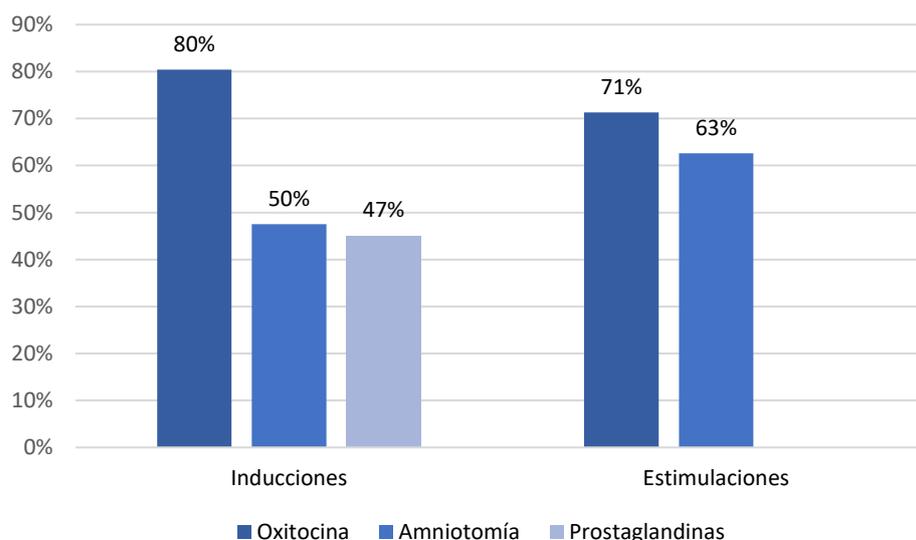


**Fuente:** Elaboración propia.

Con datos referidos sólo a gestantes ingresadas por rotura prematura de membranas (n=229), se observa un inicio espontáneo del parto en 131(57%) usuarias mientras que 98 (43%) precisaron de una inducción al parto (**Gráfico 14**). De igual manera, se observa cómo 154 (67%) mujeres con rotura prematura de membranas requieren un manejo intervencionista del parto en comparación con las 75 (33%) que tuvieron un manejo espontáneo de este.

El método de intervención observada en la muestra se distribuye de la siguiente manera en las inducciones al parto: a 164 (80%) mujeres se le perfundió oxitocina, a 101 (50%) se le practicó una amniotomía y a 96 (47%) se emplearon prostaglandinas vaginales. De igual manera, la técnica en las estimulaciones del parto se distribuye en la forma siguiente: a 122 (71%) usuarias se le administró oxitocina y a 107 (63%) se les realizó una amniotomía (**Gráfico 15**).

**Gráfico 15:** Método de intervención en inducciones y estimulaciones.



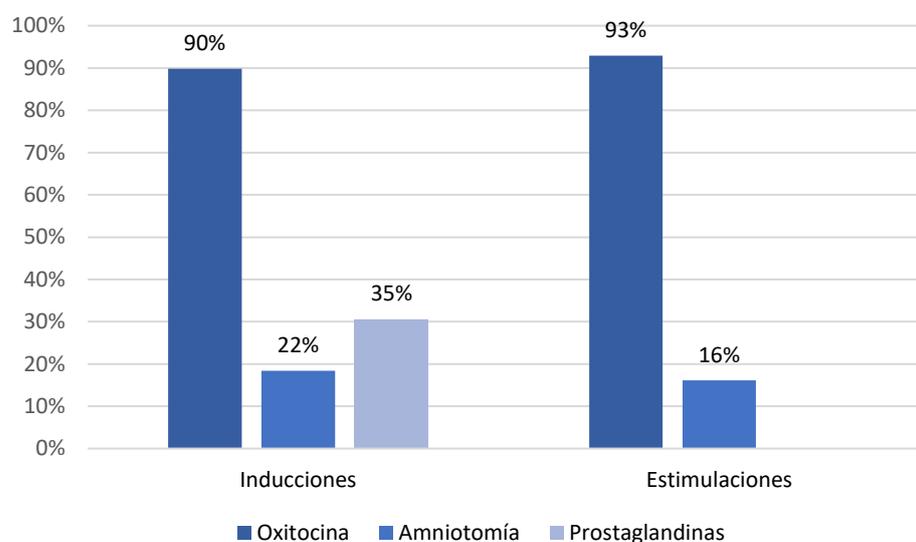
**Fuente:** Elaboración propia.

En el **Gráfico 16** se describen los métodos de intervención en las roturas prematuras de membranas (n=229), observándose la realización de la amniotomía en 22 (22%) usuarias inducidas y 9 (16%) durante la estimulación o conducción del parto. Queda relegada a aquellos casos que han mantenido el polo ovular de la bolsa amniótica. El uso de prostaglandinas se registró en 34 (35%) mujeres con rotura prematura de membranas para la inducción del parto. Sin embargo, se observa un

empleo de oxitocina para la inducción en 88 (90%) usuarias y para la conducción del parto en 52 (93%) mujeres.

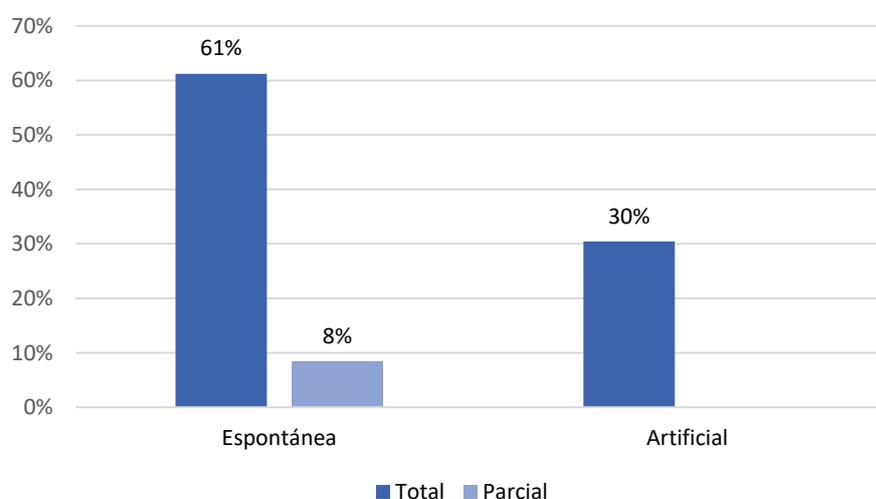
El tipo de amniorrexis (**Gráfico 17**) que se describe en la muestra es mayoritariamente espontánea en 416 (70%) casos. En 50 (8%) mujeres mostraban una rotura parcial de la bolsa amniótica mientras que 366 (61%) tenían una rotura total. La amniorrexis artificial total se realizó en 182 (30%) mujeres durante el ingreso.

**Gráfico 16:** Método de Intervención de inducción y estimulación en RPM.



**Fuente:** Elaboración propia.

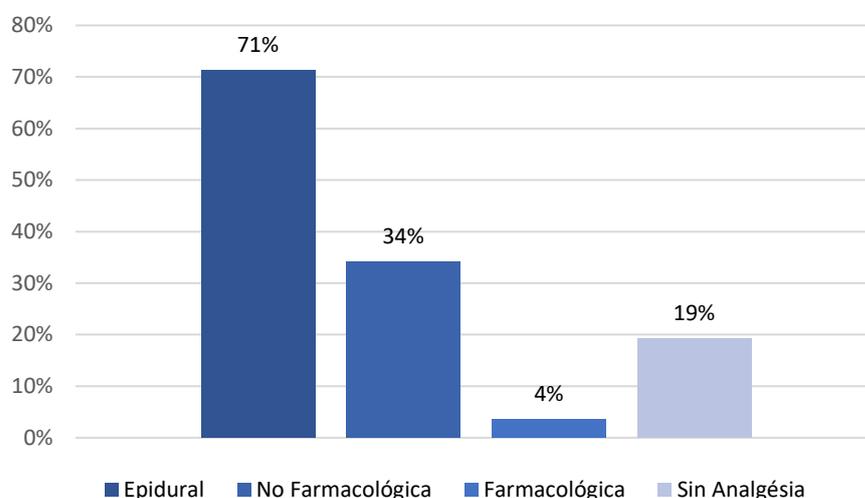
**Gráfico 17:** Tipo de amniorrexis en las observaciones previo o durante el ingreso.



**Fuente:** Elaboración propia.

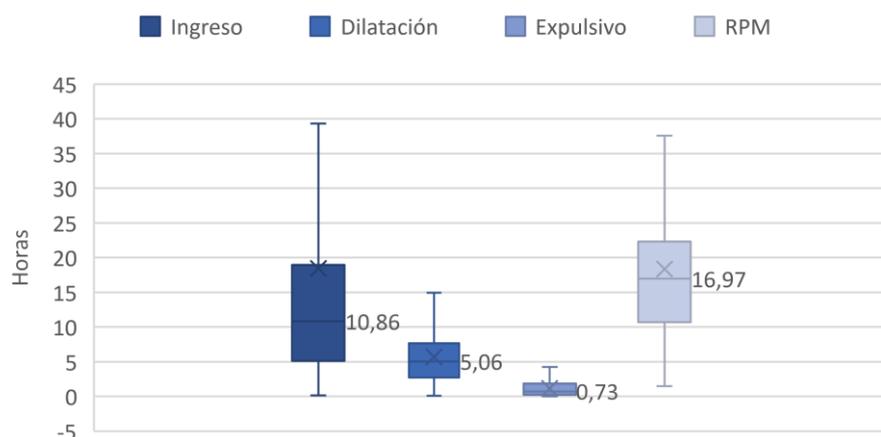
En cuanto al tipo de analgesia (**Gráfico 18**) empleada durante el parto, en 425 (71%) mujeres fue la epidural seguida por 204 (34%) que hicieron uso de métodos no farmacológicos (masaje, musicoterapia, masaje, calor local, ducha...). No obstante, a 21 (4%) usuarias se les facilitaron otras técnicas farmacológicas (a nivel endovenoso, intramuscular y/o espinal). No se aplicaron métodos de analgesia durante el parto a 114 (19%) mujeres mientras que 164 (28%) combinaron entre dos métodos y 317 (53%) usaron un único método (mayoritariamente la epidural). Cabe destacar, que 501 (84%) mujeres de la muestra deseaba la analgesia epidural para su parto.

**Gráfico 18:** Tipo de analgesia de la gestante durante el parto.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 19:** Horas de Ingreso, Dilatación, Expulsivo y Bolsa Rota.



**Fuente:** Elaboración propia.

La duración del ingreso hasta el nacimiento del recién nacido en la muestra fue de 11 (0,9-37,1) horas. No obstante, la duración de la fase activa de la dilatación fue de 5 (0,9-13,2) horas y del periodo expulsivo fue 0,7 (1,1-3,6) horas. En la muestra global la duración de la bolsa rota fue de 10 (0,1-32,0) horas mientras que en las mujeres ingresadas con rotura prematura de membranas se observa una duración de la bolsa rota de 17 (4,1-34,3) horas (**Gráfico 19**).

Como se muestra en la **Tabla 22**, la duración del ingreso en el 95% de las observaciones es menor a 29 horas cuando se trata de mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas en comparación con toda la muestra que es inferior a 37 horas. Atendiendo al tipo de dilatación, las mujeres con parto inducido presentan un mayor número de horas de ingreso a diferencia de las mujeres con una dilatación espontánea que tienen una duración menor. La duración de la fase activa del parto fue mayor en aquellas mujeres que requirieron una estimulación del parto y el tiempo requerido en el periodo expulsivo fue más breve cuando ocurría una dilatación espontánea.

**Tabla 22:** Duración del Ingreso, Dilatación y Expulsivo.

		Ingreso	Dilatación	Expulsivo
<b>Toda la Muestra</b>	<b>Total</b>	10,9 (0,9-37,1)	5,1 (0,9-13,2)	0,7 (0,1-3,6)
	<b>Espontáneo</b>	4,9 (0,4-23,0)	3,6 (0,8-9,8)	0,4 (0,1-3,2)
	<b>Inducido</b>	19,5 (6,3-42,0)	5,5 (0,9-11,2)	1,1 (0,1-3,6)
	<b>Estimulado</b>	10,9 (2,4-26,2)	6,9 (1,5-16,1)	1,1 (0,1-3,9)
<b>Sólo RPM</b>	<b>Total</b>	14,3 (3,2-29,1)	5,6 (1,3-13,5)	1,2 (0,1-3,9)
	<b>Espontáneo</b>	7,2 (1,4-22,4)	4,2 (1,3-11,8)	0,8 (0,1-4,1)
	<b>Inducido</b>	18,5 (8,3-33,8)	6,0 (0,8-11,3)	1,3 (0,1-3,9)
	<b>Estimulado</b>	14,1 (3,4-26,5)	7,3 (2,6-17,5)	1,5 (0,1-4,1)

**Fuente:** Elaboración propia.

El 95% de las mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas tienen una duración del manejo espontáneo del parto menor a 22 horas, mientras que en toda la muestra este manejo expectante es de 23 horas en su percentil 95. La duración desde el inicio de la inducción a la expulsión del feto es mayor en todas las observaciones que en los supuestos con rotura prematura de membranas. Sin embargo, en los partos estimulados, el periodo de tiempo desde el inicio de la estimulación hasta la salida del

recién nacido es mayor en las mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas (**Tabla 23**).

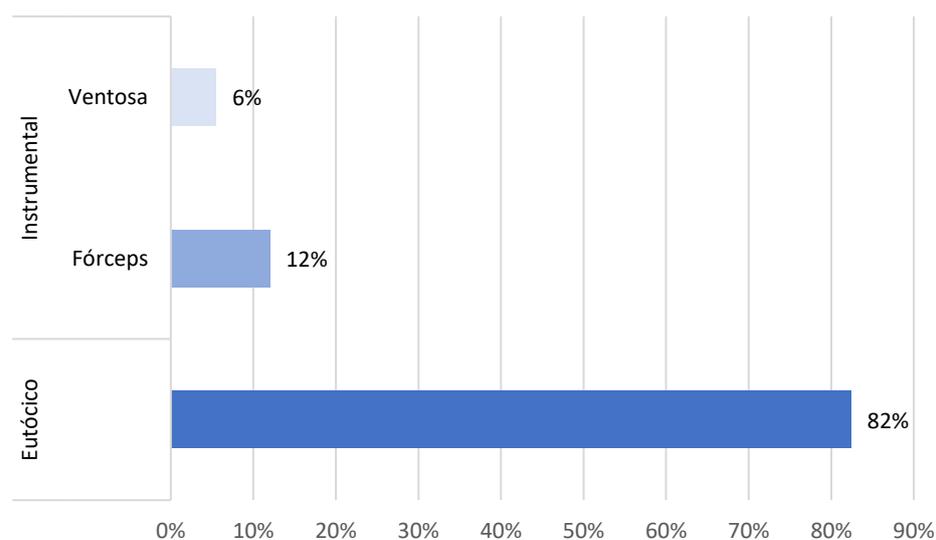
**Tabla 23:** Duración del manejo expectante y el manejo intervencionista.

	Manejo Expectante	Manejo Intervencionista	
	Espontáneo	Inducido	Estimulado
<b>Toda la Muestra</b>	4,9 (0,4-23,0)	13,2 (4,3-38,1)	4,6 (0,7-12,4)
<b>Sólo RPM</b>	7,2 (1,4-22,4)	11,9 (4,2-26,9)	5,4 (1,7-15,3)

**Fuente:** Elaboración propia.

En el **Gráfico 20**, según el tipo de expulsivo, se encontró que 493 (82%) mujeres de la muestra tuvieron un parto eutócico mientras que 105 (18%) presentaron un parto instrumentado (12% fórceps y 6% ventosa).

**Gráfico 20:** Tipo de expulsivo en las observaciones.



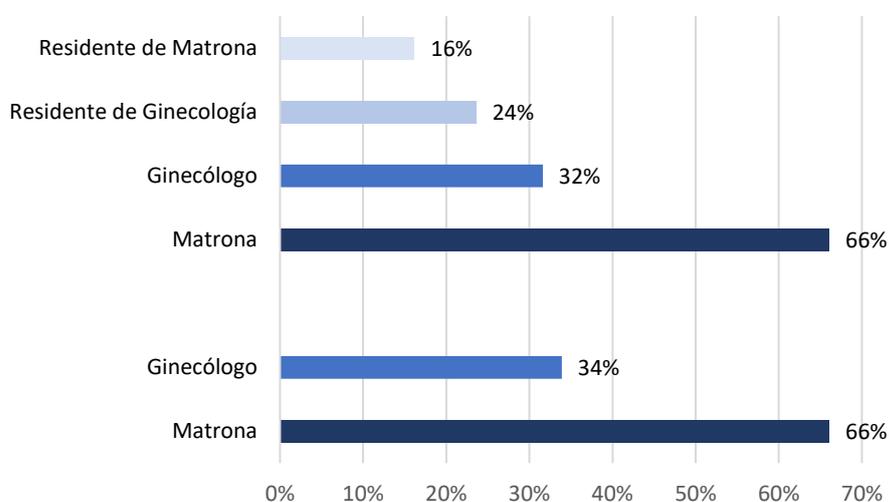
**Fuente:** Elaboración propia.

Durante la asistencia al expulsivo, atendiendo a la categoría profesional (**Gráfico 21**), se ha descrito que 395 (66%) de los partos vaginales han sido asistidos por matronas mientras que los 203 (34%) restante fueron realizados por médicos obstetras. Si se diferencia entre el personal en formación o adjunto que asiste al expulsivo, se observa que 395 (66%) fueron realizados por matronas, 189 (32%) por ginecólogos/as, 141 (24%) por residentes de ginecología y 97 (16%) ejecutados por residentes de

matrona. Cuando se les preguntó a las usuarias si conocía quién le asistió en el expulsivo, 122 (21%) desconocían la respuesta.

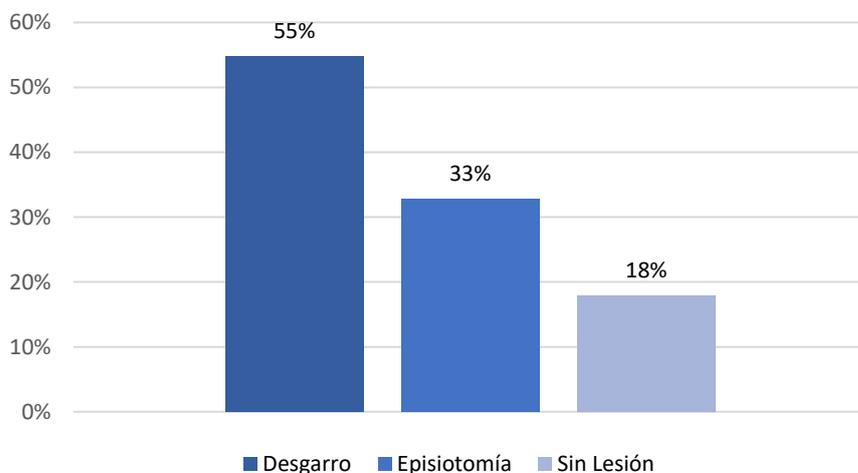
En cuanto a la presencia de heridas obstétricas en la muestra de estudio (**Gráfico 22**), se ha observado que 328 (55%) mujeres presentaron desgarros vaginales durante el expulsivo, 196 (33%) se les practicó una episiotomía y, de estas últimas, 32 (5%) presentaron además un desgarro. No presentaron lesión perineal 107 (18%) mujeres tras el parto.

**Gráfico 21:** Profesional asistente al expulsivo.



**Fuente:** Elaboración propia.

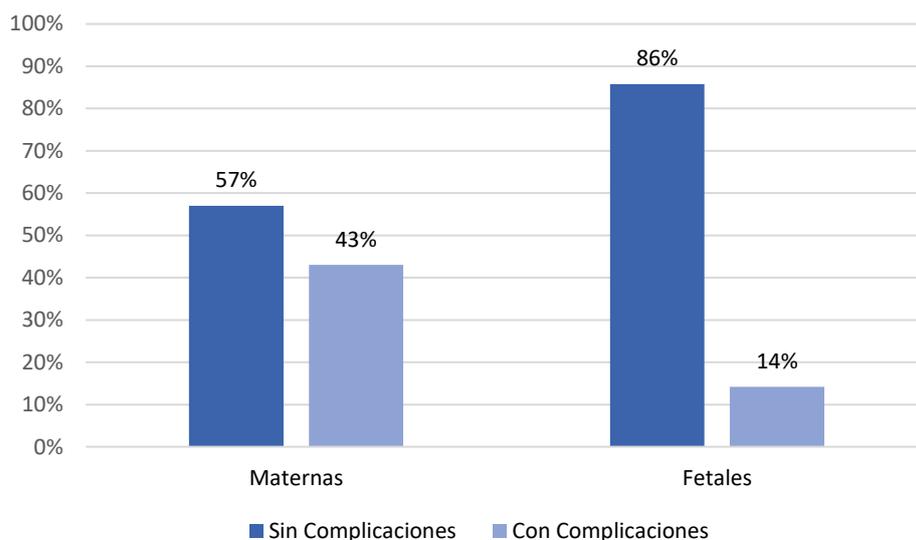
**Gráfico 22:** Integridad del periné y herida obstétrica.



**Fuente:** Elaboración propia.

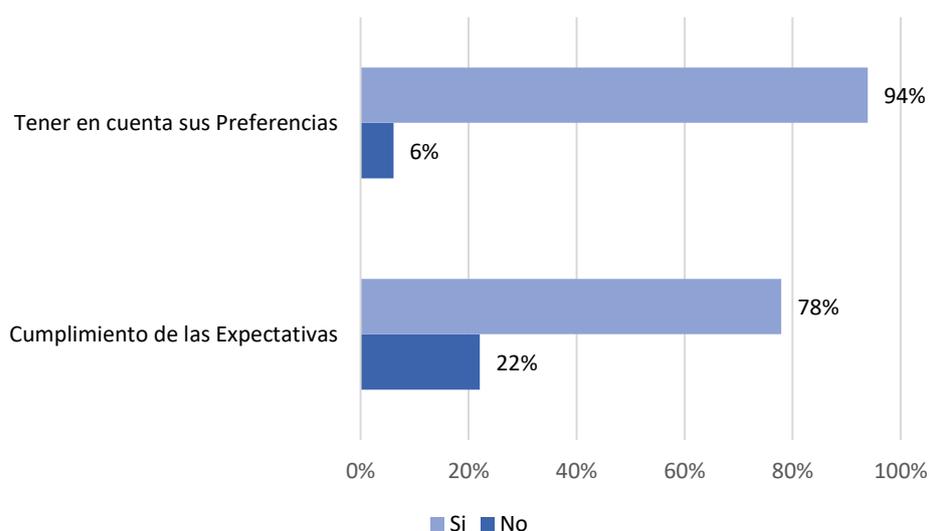
De los resultados obstétricos y perinatales observados, en la **Gráfico 23** se describe que 340 (57%) mujeres de la muestra obtuvieron un proceso fisiológico sin complicaciones maternas y 513 (86%) de los recién nacidos se encontraban sanos sin complicaciones fetales. Sin embargo, se reportó 257 (43%) usuarias con unos resultados maternos con complicaciones y 82 (14%) neonatos con complicaciones.

**Gráfico 23:** Presencia de complicaciones maternas o fetales.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 24:** Tener en cuenta las preferencias de las mujeres y cumplimiento de sus expectativas.



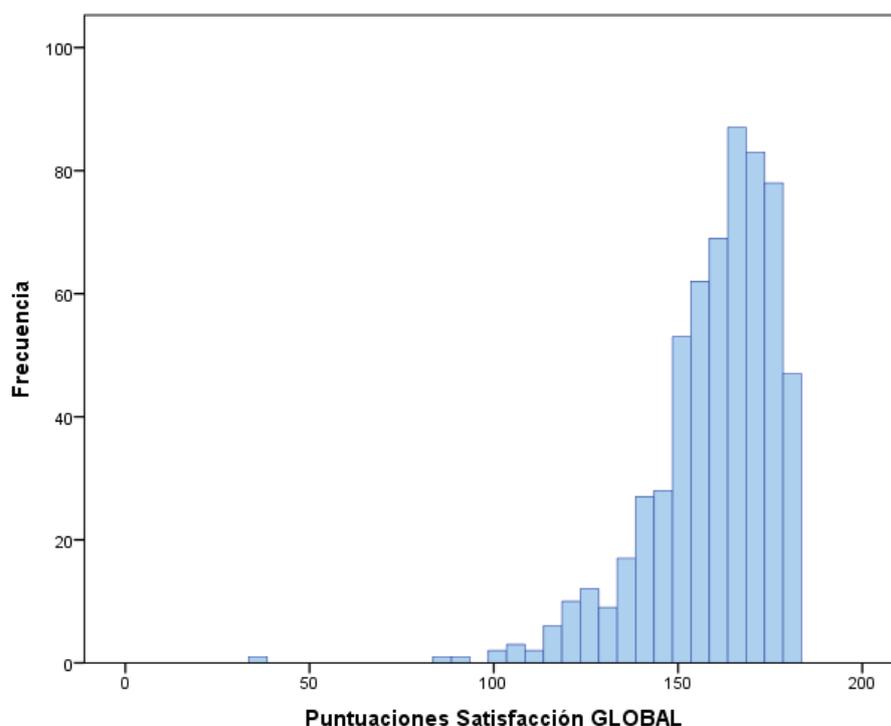
**Fuente:** Elaboración propia.

Las encuestadas que refieren que se le tuvieron en cuenta sus preferencias durante el proceso del parto y nacimiento fueron 556 (94%) mujeres. Cuando se les preguntó sobre el cumplimiento de sus expectativas, 461 (78%) usuarias respondieron que fueron satisfechas y 131 (22%) contestaron que no se les cumplieron en relación a su proceso de parto y nacimiento de su recién nacido (**Gráfico 24**).

### 3.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL Y LOS FACTORES INTERPRETATIVOS.

Las puntuaciones de la satisfacción global no siguen una distribución normal (como se observa en el **Gráfico 25**) por lo que sus puntuaciones y los factores que valoran las subescalas de la satisfacción se expresan a través de la mediana con su percentil cinco y percentil noventaicinco ( $M_e [P_5 - P_{95}]$ ). La fiabilidad de la escala presenta una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0,943 para los 36 ítems. Las subescalas del cuestionario presentan unos coeficientes de 0,948 para el Factor I (9 ítems), 0,921 para el Factor II (11 ítems), 0,805 para el Factor III (5 ítems), 0,810 para el Factor IV (4 ítems), 0,724 para el Factor V (3 ítems) y de 0,669 para el Factor VI (4 ítems). Estos valores son similares a los obtenidos en el instrumento validado original<sup>56</sup>.

**Gráfico 25:** Histograma de las puntuaciones de la Satisfacción Global en las observaciones.



**Fuente:** Elaboración propia.

La puntuación de la satisfacción global fue de 163,0 (125,0-180,0). Entre los seis factores que explican la satisfacción, se encontró que la puntuación mayor expresada a través de sus medias la posee el Factor V (Recién Nacido) con 5,0 (3,3-5,0) mientras que la que menor puntuación obtuvo fue el Factor III (Dilatación) con 4,0 (2,3-5,0).

**Tabla 24:** Puntuaciones de la Satisfacción Global y los Factores que la constituyen.

	<b>M<sub>e</sub> (P<sub>5</sub>-P<sub>95</sub>)</b>
<b>Satisfacción Global</b>	163 (124,9-180,0)
<b>Promedio Global</b>	<b>4,5 (3,5-5,0)</b>
Factor I (Obstetra)	4,6 (2,9-5,0)
Factor II (Matrona)	4,8 (3,6-5,0)
Factor III (Dilatación)	4,0 (2,3-5,0)
Factor IV (Expulsivo)	4,5 (2,8-5,0)
Factor V (Recién Nacido)	5,0 (3,3-5,0)
Factor VI (Acompañante y Confort)	4,8 (3,8-5,0)

**Fuente:** Elaboración propia.

Las puntuaciones de la satisfacción global atendiendo a la edad materna de las mujeres que constituyen la muestra no mostraron consistencia estadísticamente significativa (**Tabla 25**). Los valores de las puntuaciones oscilaron entre los 162,0 [123,6-178,0] puntos en las mujeres entre 25 y 35 años y los 164,0 [127,3-180,0] puntos en las mayores de 35 años. De igual manera, las subescalas de la satisfacción no presentan significación estadística entre las valoraciones.

El 12% de las observaciones con un nivel de estudios primarios completados realizaron una estimación de la satisfacción global de 166,5 [140,1-180,0] puntos, el 54,9% con estudios secundarios completados la evaluaron con 164,0 [123,4-180,0] puntos y el 31% con estudios superiores (universitarios) con 160,0 [124,3-179,8] puntos (**Tabla 25**). Estas diferencias de puntuación presentaron una significación estadística tanto en la satisfacción global ( $p=0,013$ ) como en el Factor I ( $p<0,001$ ). En el estudio post-hoc se observó que esta desigualdad es a expensas del grupo de mujeres con estudios primarios completados en la satisfacción global, mientras que en el Factor I es también a expensas de todos los grupos.

En el 55% de la muestra las mujeres que conviven con su pareja no presentan un estado civil formalizado (solteras, divorciadas o separadas), mientras que el 45% si tienen la relación formalizada (casadas o pareja de hecho). El hecho de tener o no la relación formalizada no supuso una diferencia en las puntuaciones de la satisfacción

global con relevancia estadística. Sin embargo, en las puntuaciones del Factor II (matrona) y Factor V (recién nacido) si presentan una desigualdad estadísticamente significativa (*Tabla 25*).

Según el país de procedencia de la usuaria (*Tabla 25*), se observó que las púérperas nacidas en España valoraron la satisfacción global con 162,0 [124,0-179,0] puntos, mientras que las de procedencia extranjera con 168,0 [130,8-180,0] puntos. Esta discrepancia entre puntuaciones tiene consistencia estadística con un  $p=0,020$ . De las subescalas que constituyen la satisfacción, el Factor I (obstetra) y Factor IV (expulsivo) también presentan una diferencia en las estimaciones con un  $p$  igual a 0,010 y a 0,030 respectivamente.

**Tabla 25:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las variables sociodemográficas.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Edad Materna</b>							
< 25 años (n=75)	164,0 (112,0-178,0)	4,7 (3,0-5,0)	4,8 (3,2-5,0)	4,0 (2,2-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	5,0 (2,3-5,0)	5,0 (3,5-5,0)
25-35 años (n=351)	162,0 (123,6-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
>35 años (n=172)	164,0 (127,3-180,0)	4,6 (2,6-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	4,3 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,987	0,246	0,375	0,156	0,531	0,563	0,393
<b>Nivel de Estudios</b>							
Primario (n=70)	166,5 (140,1-180,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,9 (3,9-5,0)	4,0 (2,4-5,0)	4,4 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
Secundario(n=326)	164,0 (123,4-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
Universitario (n=184)	160,0 (124,3-179,8)	4,3 (2,5-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,013	<0,001	0,203	0,493	0,437	0,708	0,113
<b>Post-hoc</b>							
Primario-Secundario	0,023	0,001					
Secundario-Univ.	0,242	0,015					
Univ.-Primario	0,003	<0,001					
<b>Estado Civil</b>							
No Formal (n=327)	161,0 (123,4-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
Formal (n=266)	165,0 (128,4-179,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,5-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,122	0,534	0,029	0,181	0,551	0,043	0,641
<b>Pais de Procedencia</b>							
No Nacional (n=71)	168,0 (130,8-180,0)	4,9 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,4-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	5,0 (3,5-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
Nacional (n=523)	162,0 (124,0-179,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,020	0,010	0,458	0,134	0,030	0,063	0,247
<b>Trabajo Remunerado</b>							
No (n=204)	162,0 (128,3-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,6-5,0)
Si (n=389)	163,0 (122,5-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,767	0,121	0,517	0,238	0,869	0,797	0,823
<b>Trabaja la Pareja</b>							
No (n=64)	162,0 (107,0-180,0)	4,4 (2,8-5,0)	4,8 (3,0-5,0)	4,0 (1,9-5,0)	4,4 (2,5-5,0)	5,0 (2,8-5,0)	4,9 (3,6-5,0)
Si (n=510)	163,0 (125,6-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,4-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,828	0,859	0,457	0,460	0,673	0,633	0,687

Nota: Univ = Universitario.

Fuente: Elaboración propia.

El hecho de tener o no una remuneración económica por parte de la usuaria ingresada en el servicio, no presenta diferencias en las puntuaciones de la satisfacción global, 163,0 [122,5-180,0] puntos frente a los 162,0 [128,3-180,0] puntos en las que no tienen trabajo o prestación económica (**Tabla 25**). Tampoco presentan consistencia estadística las diferencias de puntuaciones de las subescalas de la satisfacción.

Por otra parte, cuando la situación laboral de la pareja de la usuaria tiene un trabajo o prestación remunerada se observó unas puntuaciones en la satisfacción global de 163,0 [125,6-180,0] puntos, mientras que en la situación contraria se registró 162,0 [107,0-180,0] puntos (**Tabla 25**). Estas desigualdades en las puntuaciones no son estadísticamente significativas en la satisfacción global ni los factores que la constituye.

**Tabla 26:** Magnitud de Efecto de las variables sociodemográficas en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Nivel de estudios</b>							
Primario-Secundario	0,230	0,330	0,177	0,058	0,058	0,058	0,007
Secundario-Universitario	0,104	0,215	0,011	0,070	0,111	0,052	0,166
Universitario-Primario	0,384	0,584	0,190	0,061	0,026	0,019	0,164
<b>Estado Civil</b>	0,127	0,051	0,177	0,109	0,048	0,142	0,036
<b>Pais de Procedencia</b>	0,192	0,212	0,006	0,122	0,176	0,136	0,089
<b>Trabajo Remunerado</b>	0,024	0,127	0,053	0,096	0,013	0,019	0,017
<b>Trabaja la Pareja</b>	0,018	0,015	0,061	0,061	0,035	0,035	0,031

**Fuente:** Elaboración propia.

En las variables sociodemográficas descritas en la **Tabla 26**, se observa que presentan una magnitud de efecto pequeña el nivel de estudios completado en las puntuaciones de la satisfacción global. Este ocurre al comparar las puntuaciones registradas por mujeres con estudios primarios frente a estudios secundarios o superiores (universitarios). Así mismo, en las puntuaciones del Factor I se describe un tamaño de efecto pequeño al comparar en mujeres distintos niveles de estudio excepto entre mujeres con estudios superiores y estudios primarios, cuyo efecto es intermedio. Este mismo factor presenta una intensidad de efecto pequeño al contrastar las puntuaciones entre las mujeres de procedencia española de las que no lo son.

Las puntuaciones de la Satisfacción Global según el centro de procedencia (**Tabla 27**) de las observaciones no mostraron diferencias con significación estadística, registrando 164,0 [125,0-180,0] puntos el Complejo Hospitalario Universitario de

Canarias y 162,0 [124,8-180,0] puntos el Hospital Universitario Nuestra Señora la Candelaria. De la misma manera, las valoraciones de las puntuaciones en las subescalas que las componen no presentan significación estadística.

Atendiendo a la paridad de las gestantes que acudieron a dar a luz a los servicios de obstetricia, las distintas puntuaciones de la satisfacción global tienen significación estadística con un p igual a 0,048. Además, las diferentes puntuaciones en los Factores III (dilatación) y V (recién nacido) tienen relevancia estadística, ambos con un p de 0,001 (**Tabla 27**).

**Tabla 27:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las variables al ingreso.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Centro Procedencia</b>							
HUNSC (n=254)	162,0 (124,8-180,0)	4,6 (2,7-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
CHUC (n=344)	164,0 (125,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,4-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,598	0,697	0,196	0,911	0,878	0,385	0,821
<b>Paridad</b>							
Primípara (n=345)	162,0 (121,3-179,7)	4,6 (2,6-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
Múltipara (n=253)	164,0 (130,4-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
p-valor	0,048	0,371	0,100	0,001	0,213	0,001	0,769
<b>Motivo de Ingreso</b>							
No RPM (n=355)	162,0 (123,6-180,0)	4,6 (2,6-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
RPM (n=243)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,6-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
p-valor	0,924	0,730	0,675	0,477	0,929	0,601	0,923
<b>Madurez Fetal</b>							
Pretérmino (n=43)	164,0 (122,0-180,0)	4,8 (3,1-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,8-5,0)	4,3 (2,4-5,0)	4,3 (2,1-5,0)	4,8 (3,0-5,0)
A Término (n=555)	163,0 (124,8-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,852	0,185	0,279	0,861	0,629	<0,001	0,768
<b>Condiciones Cervicales</b>							
Desfavorable(n=418)	164,0 (123,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,7-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
Favorable (n=178)	162,0 (128,9-180,0)	4,4 (2,8-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
p-valor	0,709	0,510	0,151	0,040	0,469	0,085	0,568

**Fuente:** Elaboración propia.

En el 41% de las observaciones el motivo de ingreso fue ocasionado por una rotura prematura de membranas que muestra unas puntuaciones en la satisfacción global de 164,0 [126,0-180,0] puntos frente a otros motivos de ingreso con 162,0 [123,6-180,0] puntos. Estas valoraciones y las de los factores que componen no presentan diferencias estadísticamente significativas (**Tabla 27**).

Las clasificaciones en función de la madurez fetal no mostraron significación estadística en la satisfacción global. Las gestaciones a término alcanzaron 163,0 [124,8-

180,0] puntos en comparación a las gestaciones a pretérmino con 164,0 [122,0-180,0] puntos. Sólo se encontró significación estadística en las puntuaciones del Factor V (recién nacido) con un  $p < 0,001$ , siendo mayor en las gestaciones a término que en las pretérmino (**Tabla 27**). De la misma manera, no se encontró asociación entre las puntuaciones de la satisfacción y la edad gestacional con un  $p = 0,545$  (**Tabla 28**).

**Tabla 28:** Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables Edad Gestacional y Puntuación del Test de Bishop al ingreso.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Edad Gestacional</b>							
<b>Coficiente</b>	0,025	0,011	0,025	- 0,003	0,064	0,073	0,024
<b>p-valor</b>	0,545	0,793	0,534	0,938	0,118	0,075	0,560
<b>Test de Bishop</b>							
<b>Coficiente</b>	0,087	0,007	0,126	0,134	0,094	0,140	0,028
<b>p-valor</b>	<b>0,033</b>	0,858	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,021</b>	<b>0,001</b>	0,499

**Fuente:** Elaboración propia.

Las condiciones cervicales al ingreso muestran una correlación positiva con un  $p$  igual a 0,033 para la satisfacción global, así como también asociaciones en los Factores II, III, IV y V (**Tabla 28**). Sin embargo, no se encontraron diferencias con significación estadística en las puntuaciones de la satisfacción global de las mujeres ingresadas con un cérvix desfavorable que obtuvieron 164,0 [123,0-180,0] puntos frente a los 162,0 [128,9-180,0] puntos de las gestantes con un cuello favorable. Dentro de las subescalas, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el Factor III (dilatación) con un  $p = 0,040$ , existiendo unas valoraciones mayores en los cuellos favorables (**Tabla 27**).

**Tabla 29:** Magnitud de Efecto de las variables al ingreso en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Centro Procedencia</b>	0,043	0,032	0,104	0,009	0,012	0,063	0,017
<b>Paridad</b>	0,162	0,073	0,133	<b>0,282</b>	0,101	<b>0,238</b>	0,022
<b>Motivo de Ingreso</b>	0,008	0,028	0,034	0,058	0,007	0,038	0,007
<b>Madurez Fetal</b>	0,015	0,108	0,088	0,014	0,039	<b>0,352</b>	0,023
<b>Condiciones Cervicales</b>	0,031	0,054	0,116	0,168	0,058	0,126	0,044

**Fuente:** Elaboración propia.

Las variables relacionadas con la paridad no presentan magnitud de efecto para las puntuaciones de la satisfacción global. Sin embargo, muestran un tamaño de efecto

pequeño para los factores relacionados con la dilatación (Factor III) y con el recién nacido (Factor V). La madurez fetal también presenta un efecto pequeño sobre las estimaciones de la subescala del neonato. El Centro de procedencia, el motivo de ingreso y las condiciones cervicales no presentan efecto sobre las valoraciones de la satisfacción global ni ninguna de las subescalas de la misma (*Tabla 29*).

El 6% de las observaciones fueron fruto de tratamientos de esterilidad. No hallándose diferencias con significación estadísticas en las puntuaciones de la satisfacción global y sus subescalas entre gestaciones espontáneas y gestaciones obtenidas por reproducción asistida (*Tabla 30*).

Las mujeres de la muestra que tuvieron un embarazo planificado alcanzaron unos valores de satisfacción global de 164,0 [124,0-180,0] puntos con respecto a los 161,0 [121,0-180,0] puntos de aquellas que no lo planificaron (*Tabla 30*). Esta diferencia de puntuación no es estadísticamente significativa en la satisfacción global ni en ninguno de los factores que la conforma.

**Tabla 30:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación a variables durante el embarazo.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Gestación Espontánea</b>							
<b>No</b> (n=35)	162,0 (125,0-178,0)	4,4 (2,5-5,0)	4,8 (3,9-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,3 (2,7-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>SI</b> (n=555)	163,0 (124,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,635	0,906	0,622	0,556	0,328	0,657	0,314
<b>Gestación Planificada</b>							
<b>No</b> (n=186)	161,0 (121,0-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>SI</b> (n=404)	164,0 (124,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,319	0,617	0,576	<b>0,042</b>	0,262	0,929	0,241
<b>Educación Maternal</b>							
<b>No</b> (n=298)	164,0 (122,0-180,0)	4,7 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,9 (3,7-5,0)
<b>SI</b> (n=291)	161,0 (125,6-179,0)	4,4 (2,8-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	<b>0,017</b>	<b>0,002</b>	0,116	0,109	0,702	0,065	0,869
<b>Plan de Parto</b>							
<b>No</b> (n=446)	164,0 (124,7-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>SI</b> (n=145)	159,0 (125,0-178,7)	4,3 (2,5-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,4-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	<b>0,016</b>	<b>0,001</b>	0,181	0,611	0,804	0,681	0,385

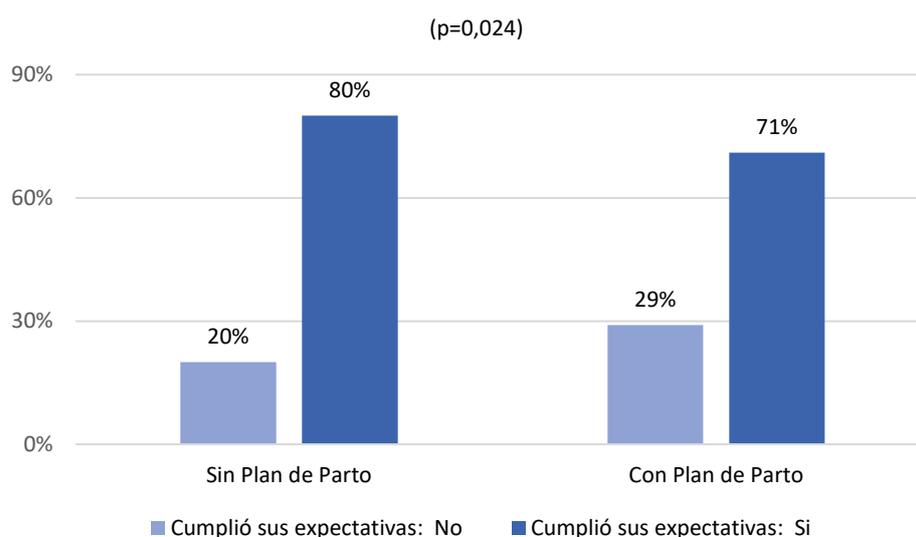
**Fuente:** Elaboración propia.

El 49% de las puérperas que dieron a luz acudió a educación maternal, otorgando este grupo una valoración en la satisfacción global de 161,0 [125,6-179,0] puntos con respecto a los 164,0 [122,0-180,0] puntos estimados por las madres que no

asistieron a la preparación al parto (**Tabla 30**). Esta desigualdad en las puntuaciones tiene una significación estadística con un  $p=0,017$  para la satisfacción global y el Factor I (obstetra) con un  $p=0,002$ , siendo las puntuaciones mayores en el grupo que no fueron a educación maternal.

Las mujeres que presentaron plan de parto mostraron una apreciación en la satisfacción global de 159,0 [125,0-178,7] puntos en comparación a los 164,0 [124,7-180,0] puntos valorados por aquellas que no presentaron plan de parto (**Tabla 30**). Estas puntuaciones son estadísticamente significativas distintas en la satisfacción global ( $p=0,016$ ) y el Factor I ( $p=0,001$ ). Además, como se observa en el **Gráfico 26**, el cumplimiento de las expectativas de las mujeres que ingresan de parto está significativamente relacionado con el hecho de presentar o no un plan de parto ( $p=0,024$ ).

**Gráfico 26:** Distribución del cumplimiento de las expectativas en dependencia de tener Plan de Parto.



**Fuente:** Elaboración propia.

Tanto la educación maternal durante el embarazo como el hecho de presentar un plan de parto y nacimiento presentan un tamaño de efecto en la satisfacción global y el Factor I (obstetra) pequeña. El hecho de que sea o no una gestación planificada o por reproducción asistida no muestra efecto alguno en la muestra sobre la satisfacción global ni los factores que la componen (**Tabla 31**).

**Tabla 31:** Magnitud de Efecto de las variables durante el embarazo en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Gestación Espontánea	0,039	0,010	0,004	0,048	0,080	0,033	0,078
Gestación Planificada	0,082	0,041	0,045	0,167	0,091	0,007	0,090
Educación Maternal	0,198	0,251	0,128	0,131	0,031	0,135	0,013
Plan de Parto	0,200	0,273	0,109	0,042	0,020	0,030	0,067

Fuente: Elaboración propia.

El manejo intervenido en las observaciones del estudio presentó unas estimaciones en la satisfacción global de 164,0 [125,0-180,0] puntos frente a los 162,0 [122,4-180,0] puntos valorados en las observaciones con un manejo espontáneo. Esta diferencia de puntuaciones no presenta significación estadística ni en la satisfacción global ni en ninguno de los factores que la componen (**Tabla 32**).

**Tabla 32:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al manejo de dilatación.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Tipo de Manejo</b>							
Intervenido (n=375)	164,0 (125,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
Espontáneo (n=223)	162,0 (122,4-180,0)	4,4 (2,9-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
p-valor	0,524	0,259	0,466	0,094	0,675	0,654	0,619
<b>Tipo de Dilatación</b>							
Espontáneo (n=223)	162,0 (122,4-180,0)	4,4 (2,9-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
Inducido (n=204)	161,0 (122,3-178,8)	4,5 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,2-5,0)	4,4 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
Estimulado (n=171)	166,0 (127,6-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
p-valor	0,039	0,104	0,154	0,004	0,304	0,419	0,704
<b>Post-hoc</b>							
Espontáneo-Inducido	0,558			0,005			
Inducido-Estimulado	0,011			0,003			
Estimulado-Espontáneo	0,068			0,892			

Fuente: Elaboración propia.

Según el tipo de dilatación, las puntuaciones de la satisfacción global presentaron una diferencia estadísticamente significativa con un p igual a 0,039 a expensas de la comparación post-hoc entre estimulados e inducidos con un p de 0,011. Las valoraciones presentadas en las inducciones son de 161,0 [122,3-178,8] puntos a con respecto a los 166,0 [127,6-180,0] puntos en las dilataciones estimuladas. También, se obtuvieron puntuaciones distintas con significación estadística en el Factor III

(dilatación) con un p igual a 0,004. En las comparaciones entre grupos, estas puntuaciones distintas ocurren por cuenta del grupo de mujeres inducidas frente a las que tienen una dilatación espontánea (p=0,005) o estimulada (p=0,003). Siendo estas últimas las que obtienen una puntuación mayor que las inducidas (**Tabla 32**).

**Tabla 33:** Magnitud de Efecto de las variables del manejo de la dilatación en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Espontáneo-Intervenido</b>	0,052	0,092	0,059	0,136	0,034	0,033	0,038
<b>Tipo de Dilatación</b>							
<b>Espontáneo-Inducido</b>	0,057	0,014	0,017	0,272	0,103	0,085	0,010
<b>Inducido-Estimulado</b>	0,264	0,191	0,190	0,303	0,153	0,115	0,065
<b>Estimulado-Espontáneo</b>	0,517	0,190	0,153	0,014	0,046	0,028	0,074

**Fuente:** Elaboración propia.

El tamaño del efecto en la satisfacción global es mediano para las comparaciones entre un manejo de la dilatación estimulado y otro espontáneo, éste pasa a ser pequeño al cotejarlo entre inducido y estimulado, y deja de tener efecto entre espontáneo e inducido. Entre los Factores de la satisfacción, sólo el Factor III (dilatación) muestra una magnitud de efecto pequeña según sea el manejo de la dilatación inducido frente a los otros (espontáneo o estimulado). El parto intervenido frente al parto espontáneo no muestra magnitud de efecto en las puntuaciones de la satisfacción global ni en ninguna de las subescalas que la constituye (**Tabla 33**).

**Tabla 34:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación procedimiento de intervención en la dilatación.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Prostaglandinas</b>							
<b>No</b> (n=502)	164,0 (125,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n= 96)	158,0 (121,7-177,0)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,2-5,0)	4,3 (2,7-5,0)	5,0 (2,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,002	0,124	0,002	0,002	0,004	0,060	0,237
<b>Amniotomía</b>							
<b>No</b> (n=390)	161,5 (124,5-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=208)	165,0 (124,5-180,0)	4,7 (2,8-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,136	0,336	0,086	0,436	0,175	0,484	0,950
<b>Oxitocina</b>							
<b>No</b> (n=312)	162,0 (127,7-180,0)	4,4 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,4-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=286)	165,0 (124,0-179,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,162	0,053	0,078	0,100	0,754	0,648	0,133

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación al procedimiento de intervención durante el manejo activo del parto, se observó que aquellas gestantes que se les administraron prostaglandinas vaginales presentaron una valoración de la satisfacción global de 158,0 [121,7-177,0] puntos en comparación con los 164,0 [125,0-180,0] puntos de aquellas mujeres que no se les indujo el parto con prostaglandinas. Estas diferencias de puntuación son estadísticamente significativas con un p igual a 0,002 en la satisfacción global y el los Factores II y III, y con un p igual a 0,004 en el Factor IV (**Tabla 34**).

A las gestantes que se les realizó una amniotomía mostraron una apreciación de la satisfacción de 165,0 [124,5-180,0] puntos frente a los 161,5 [124,5-180,0] puntos en las gestantes que no se les practicó. Estas puntuaciones no tuvieron significación estadística en la satisfacción global ni en ninguna de las subescalas que la constituyen (**Tabla 34**).

Las embarazadas que se les administró oxitocina reportaron una satisfacción 165,0 [124,0-179,0] puntos en contraste de los 162,0 [127,7-180,0] puntos obtenidos en las mujeres que no se les administró oxitocina endovenosa. Estas valoraciones desiguales en la satisfacción global no son estadísticamente significativas y tampoco en los factores que la conforman (**Tabla 34**).

En las observaciones del estudio, el uso de prostaglandinas como procedimiento de inducción durante el parto muestra una magnitud de efecto pequeña en la satisfacción global y en su Factor II, III y IV. El uso de la rotura artificial de membranas y la oxitocina no presentan tamaño de efecto sobre la puntuación en la satisfacción de la muestra (**Tabla 35**).

**Tabla 35:** Magnitud de Efecto de las variables del procedimiento de intervención en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Prostaglandinas	0,251	0,125	0,256	0,248	0,237	0,137	0,091
Amniotomía	0,122	0,078	0,139	0,063	0,109	0,051	0,005
Oxitocina	0,115	0,158	0,143	0,134	0,025	0,033	0,115

**Fuente:** Elaboración propia.

Dentro del total de la muestra, se seleccionaron las mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas con edad gestacional superior a 34 semanas. No se observó diferencias con significación estadística en las estimaciones de la satisfacción global en relación al tipo de manejo espontáneo con 164,0 [116,0-180,0] puntos y los

164,0 [126,0-180,0] puntos obtenidos en el grupo que tenía un manejo intervenido. De la misma manera, las puntuaciones en los factores que constituyen la satisfacción global no mostraron significación estadística (**Tabla 36**).

**Tabla 36:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al manejo de dilatación en RPM.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Tipo de Manejo</b>							
Intervenido (n=154)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
Espontáneo (n= 75)	164,0 (116,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,6-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
p-valor	0,820	0,909	0,579	0,178	0,910	0,610	0,398
<b>Tipo de Dilatación</b>							
Espontáneo (n= 75)	164,0 (116,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,6-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
Inducido (n= 98)	160,0 (126,0-180,0)	4,4 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,9 (3,7-5,0)
Estimulado (n= 56)	166,0 (132,5-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,3 (2,2-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
p-valor	0,206	0,114	0,580	0,132	0,889	0,612	0,602

**Fuente:** Elaboración propia.

Las distintas puntuaciones registradas teniendo en cuenta el tipo de dilatación no mostraron consistencia estadística para la satisfacción global. Los partos estimulados obtuvieron 166,0 [132,5-180,0] puntos seguido de los espontáneos con 164,0 [116,0-180,0] puntos y con menor puntuación los inducidos con 160,0 [126,0-180,0] puntos. Así mismo, las puntuaciones en las subescalas de la satisfacción global no resultaron estadísticamente significativas (**Tabla 36**).

**Tabla 37:** Magnitud de Efecto de las variables del manejo de la dilatación en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores de las mujeres con RPM.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Espontáneo-Intervenido</b>	0,030	0,015	0,072	0,178	0,015	0,059	0,104
<b>Tipo de Dilatación</b>							
Espontáneo-Inducido	0,130	0,097	0,120	0,276	0,014	0,108	0,080
Inducido-Estimulado	0,297	0,352	0,153	0,245	0,073	0,117	0,083
Estimulado-Espontáneo	0,140	0,214	0,001	0,034	0,067	0,018	0,164

**Fuente:** Elaboración propia.

En la muestra seleccionada con rotura prematura de membranas, no presenta magnitud de efecto en la satisfacción global el manejo intervenido frente al espontáneo ni tampoco las subescalas de la misma. Establecidas comparaciones entre el tipo de dilatación, sólo presenta un tamaño de efecto pequeño entre inducido y estimulado en la satisfacción global. El Factor I (obstetra) y el Factor III (dilatación) presentan según

comparación algún efecto pequeño en las puntuaciones de dichas subescalas (**Tabla 37**).

Dentro de la misma estratificación muestral de mujeres con rotura prematura de membranas, atendiendo al tipo de procedimiento de intervención durante el manejo activo del parto; las apreciaciones de las gestantes a las que se les empleó prostaglandinas vaginales (159,5 [135,5-177,0] puntos) en comparación con las que no se les aplicó (164,0 [124,8-180,0] puntos), no registraron diferencias con significación estadística en la satisfacción global, así como tampoco en ninguno de sus factores (**Tabla 38**).

**Tabla 38:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación procedimiento de intervención en la dilatación en RPM.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Prostaglandinas</b>							
<b>No</b> (n=195)	164,0 (124,8-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,7-5,0)
<b>Si</b> (n= 34)	159,5 (135,5-177,0)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,2-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,2-5,0)	4,8 (3,9-5,0)
<b>p-valor</b>	0,209	0,205	0,127	0,567	0,710	0,298	0,776
<b>Amniotomía</b>							
<b>No</b> (n=198)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n= 31)	164,0 (107,2-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,1-5,0)	4,0 (1,8-5,0)	4,5 (2,4-5,0)	5,0 (3,1-5,0)	5,0 (2,9-5,0)
<b>p-valor</b>	0,624	0,381	0,636	0,570	0,888	0,896	0,983
<b>Oxitocina</b>							
<b>No</b> (n= 89)	164,0 (122,0-180,0)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,3 (2,4-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
<b>Si</b> (n=140)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,885	0,721	0,976	0,085	0,738	0,875	0,188

**Fuente:** Elaboración propia.

A las embarazadas que les practicó una rotura artificial de membranas amniótica registraron una valoración de 164,0 [107,2-180,0] puntos mientras que las mujeres que no se les realizó mostraron 164,0 [126,0-180,0] puntos (**Tabla 38**). Estas puntuaciones, tanto en la satisfacción global como en sus subescalas, no presentan significación estadística.

A las mujeres con rotura prematura de membranas que durante el proceso se les administró oxitocina mostraron una estimación de 164,0 [126,0-180,0] puntos y a las que no se le proporcionó registraron 164,0 [122,0-180,0] puntos (**Tabla 38**). Estas valoraciones de la satisfacción global no presentaron diferencias estadísticamente significativas, así como tampoco la tienen los factores de la satisfacción.

**Tabla 39:** Magnitud de Efecto del procedimiento de intervención en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en RPM.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Prostaglandinas</b>	0,167	0,166	<b>0,200</b>	0,075	0,048	0,120	0,035
<b>Amniotomía</b>	0,065	0,115	0,062	0,075	0,018	0,015	0,003
<b>Oxitocina</b>	0,019	0,047	0,004	<b>0,228</b>	0,044	0,018	0,163

**Fuente:** Elaboración propia.

En las observaciones seleccionadas con rotura prematura de membranas no presenta magnitud de efecto los procedimientos de intervención en las puntuaciones de la satisfacción global. El empleo de prostaglandinas vaginales en la inducción del parto tiene un efecto pequeño en las estimaciones del Factor II (matrona) y el uso de la oxitocina en el Factor III (dilatación), sin verse afectado las puntuaciones de los restantes factores de la satisfacción (**Tabla 39**).

El 80,9% del total de la muestra se le administró alguna forma de analgesia durante la dilatación. Estas mujeres mostraron una puntuación para la satisfacción global de 164,0 [125,0-180,0] puntos en comparación con los 162,0 [122,0-180,0] puntos en las gestantes que no dispusieron de algún tipo de analgesia. Esta diferencia de puntuación no tiene significación estadística en la satisfacción global, a diferencia del Factor V (recién nacido) con un p igual a 0,027 y el Factor VI (acompañamiento y confort) con un p igual a 0,009 (**Tabla 40**).

En aquellas gestantes que dispusieron de la epidural como método de analgesia se reportaron unos valores en la satisfacción global de 164,0 [125,0-180,0] puntos mientras que a las mujeres que no se les administró la epidural mostraron unas estimaciones de 162,0 [122,0-180,0] puntos. Estas puntuaciones no tuvieron significación estadística en la satisfacción global, aunque si en el Factor V (recién nacido) con un p igual a 0,001 (**Tabla 40**).

No se hallaron diferencias en las puntuaciones con consistencia estadística para satisfacción global entre aquellas gestantes que desearon la epidural de las que no. Las que desearon la epidural obtuvieron 163,0 [124,0-180,0] puntos y las que no la desearon 163,0 [128,0-180,0] puntos. Por el contrario, si se reportaron diferencias significativas a nivel estadístico en las puntuaciones del Factor III ( $p < 0,001$ ) y Factor V ( $p < 0,001$ ), siendo menores en aquellas mujeres que deseaban la epidural (**Tabla 40**).

**Tabla 40:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de la analgesia durante el parto.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Analgesia</b>							
<b>Con</b> (n=482)	164,0 (125,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Sin</b> (n=114)	162,0 (122,0-180,0)	4,4 (2,7-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,4 (2,8-5,0)	5,0 (3,9-5,0)	4,8 (3,2-5,0)
<b>p-valor</b>	0,300	0,274	0,053	0,215	0,276	0,027	0,009
<b>Epidural</b>							
<b>No</b> (n=171)	162,0 (122,0-180,0)	4,4 (2,4-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,3 (2,7-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
<b>Si</b> (n=425)	164,0 (125,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,279	0,094	0,277	0,112	0,079	0,001	0,126
<b>Deseó Epidural</b>							
<b>No</b> (n=94)	163,0 (128,0-180,0)	4,4 (1,6-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	4,5 (3,2-5,0)	5,0 (3,9-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
<b>Si</b> (n=501)	163,0 (124,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,240	0,399	0,258	<0,001	0,146	<0,001	0,255
<b>Desea Epidural</b>							
<b>Con</b> (n=420)	164,0 (125,1-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,9 (3,8-5,0)
<b>Sin</b> (n=81)	158,0 (115,7-179,0)	4,2 (2,8-5,0)	4,8 (3,2-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	4,5 (3,3-5,0)
<b>p-valor</b>	0,004	0,047	0,009	0,015	<0,001	0,244	0,002
	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Efectividad Epidural</b>							
<b>No</b> (n=103)	161,0 (119,2-177,8)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,3-5,0)	4,0 (2,3-4,8)	4,3 (2,3-5,0)	4,7 (3,7-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=291)	164,0 (126,6-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
<b>p-valor</b>	0,035	0,148	0,198	0,030	0,004	0,022	0,676
<b>Bloqueo Epidural</b>							
<b>No</b> (n=285)	165,0 (125,3-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
<b>Si</b> (n=109)	161,0 (123,5-178,5)	4,4 (2,6-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,3 (2,8-5,0)	5,0 (3,2-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,029	0,178	0,110	0,043	0,017	0,374	0,166

**Fuente:** Elaboración propia.

El 84% de las mujeres deseaban analgesia epidural que se administró al 71% de las observaciones. Las mujeres que deseaban epidural y no se la administraron obtuvieron 158,0 [115,7-179,0] puntos frente a los 164,0 [125,1-180,0] puntos de aquellas estantes que la deseaban y se le administró. Esta diferencia de puntuación tiene una significación estadística con un p igual a 0,004 en la satisfacción global. De la misma manera esta significación estadística se mantiene todos los factores (I [p=0,047]; II [p=0,009]; III [p=0,015]; IV [p<0,001] y VI [p=0,002]) que componen la satisfacción global salvo en el Factor V (recién nacido) (**Tabla 40**).

Al 26% de las encuestadas con epidural le fue inefectiva y un 28% presentaron bloqueo percibido. La presencia de ambas situaciones registro una menor puntuación en los valores de la satisfacción global. La no efectividad de la epidural reportó 161,0 [119,2-177,8] puntos frente a los 164,0 [126,6-180,0] puntos cuando ésta es efectiva.

Esta desigualdad en las puntuaciones es estadísticamente significativa con un  $p$  igual a 0,035 en la satisfacción global y en sus factores (III [ $p=0,030$ ]; IV [ $p=0,004$ ] y V [ $p=0,002$ ]) (**Tabla 40**). Estos factores muestran unos valores mayores de satisfacción cuando la epidural es efectiva.

Con significación estadística ( $p=0,029$ ) se observó que en las gestantes con bloqueo motor percibido durante la analgesia epidural mostraron valoración en la satisfacción global de 161,0 [123,5-178,5] puntos en comparación con los 165,0 [125,3-180,0] puntos cuando no se presentó bloqueo motor percibido. De igual manera, los Factores III ( $p=0,04$ ) y IV ( $p=0,017$ ) presentan una diferencia de puntuación con significación estadística otorgando una mayor satisfacción en ausencia de bloqueo (**Tabla 40**).

En la muestra de estudio, el hecho de administrar o no analgesia durante el parto no muestra magnitud de efecto sobre las puntuaciones de la satisfacción global, al igual que ocurre al administrar analgesia epidural (**Tabla 41**). Aunque ambas situaciones exhiben un pequeño efecto en las puntuaciones en el Factor V (Recién Nacido) por parte de la epidural y en el Factor VI (acompañante y confort) por parte de cualquier tipo de analgesia. El hecho de desear la analgesia epidural presenta un tamaño de efecto pequeño en el Factor III (dilatación) y en el Factor V (recién nacido) sin que este efecto se traslade a las puntuaciones de la satisfacción global.

**Tabla 41:** Magnitud de Efecto de la analgesia en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Analgesia</b>	0,085	0,089	0,157	0,101	0,088	0,162	0,202
<b>Epidural</b>	0,089	0,136	0,088	0,130	0,142	0,233	0,117
<b>Deseó Epidural</b>	0,096	0,069	0,092	0,398	0,118	0,302	0,087
<b>Administró Epidural Deseada</b>	0,262	0,177	0,232	0,218	0,331	0,095	0,268
<b>Epidural Efectiva</b>	0,214	0,145	0,128	0,218	0,288	0,212	0,039
<b>Bloqueo Epidural</b>	0,221	0,135	0,159	0,204	0,239	0,085	0,130

**Fuente:** Elaboración propia.

Una intensidad de efecto pequeño se puede observar en las puntuaciones otorgadas por la muestra a la satisfacción global cuando deseada la analgesia epidural esta se administra o no. De igual manera, esta magnitud de efecto se mantiene ante la efectividad del funcionamiento o la existencia de bloqueo motor en la analgesia epidural (**Tabla 41**). En estas tres últimas variables a estudio presentan un tamaño de efecto pequeño que se distribuyen por las distintas subescalas, centrándose principalmente en

el Factor III (dilatación) y Factor IV (expulsivo). Las puntuaciones del Factor II (matrona) asume un efecto pequeño ante el deseo de una analgesia epidural, al igual que el Factor VI (acompañamiento y confort). Mientras que las valoraciones del Factor V (recién nacido) toma una magnitud de efecto pequeño ante la efectividad de la analgesia epidural.

De los tiempos registrados en las observaciones sólo la duración de la inducción tiene una baja asociación negativa sobre la Satisfacción Global ( $p=0,008$ ) (*Tabla 42*). El resto de tiempos sólo muestran alguna leve correlación negativa para alguna/s subescalas de la satisfacción: La duración del ingreso se relaciona con el Factor III ( $p<0,001$ ) y Factor V ( $p<0,001$ ); la duración del parto se asocia con el Factor V ( $p=0,028$ ); la duración de la inducción se correlaciona con el Factor II ( $p=0,003$ ), Factor III ( $p=0,034$ ) y Factor V ( $p=0,005$ ); la duración de la estimulación se asocia con el Factor III ( $p=0,005$ ), Factor IV ( $p=0,033$ ) y Factor V ( $p=0,039$ ); la duración con manejo espontáneo se relaciona con el Factor V ( $p=0,005$ ); y la duración del periodo expulsivo se asocia con el Factor III ( $p=0,014$ ).

*Tabla 42: Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables relacionadas con el tiempo.*

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Duración Ingreso (n=598)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,062	0,003	-0,066	-0,164	-0,039	-0,155	0,014
<b>p-valor</b>	0,128	0,932	0,108	<0,001	0,337	<0,001	0,742
<b>Duración Parto (n=598)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,011	-0,017	0,021	-0,066	0,011	-0,090	0,061
<b>p-valor</b>	0,781	0,675	0,611	0,109	0,796	0,028	0,135
<b>Duración Inducción (n=204)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,184	-0,093	-0,206	-0,148	-0,118	-0,195	-0,044
<b>p-valor</b>	0,008	0,185	0,003	0,034	0,094	0,005	0,529
<b>Duración Estimulación (n=171)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,126	-0,040	-0,020	-0,216	-0,164	-0,158	0,021
<b>p-valor</b>	0,101	0,608	0,798	0,005	0,033	0,039	0,787
<b>Duración Espontáneo (n=223)</b>							
<b>Coefficiente</b>	0,038	0,061	0,006	0,003	0,097	-0,188	0,070
<b>p-valor</b>	0,574	0,367	0,932	0,970	0,148	0,005	0,300
<b>Duración Expulsivo (n=596)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,055	-0,048	-0,017	-0,100	-0,013	-0,067	0,027
<b>p-valor</b>	0,176	0,247	0,686	0,014	0,756	0,104	0,508

*Fuente: Elaboración propia.*

Seleccionando los tiempos de aquellas mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas, no se encontró asociación alguna entre las puntuaciones de la satisfacción global y los tiempos medidos (**Tabla 43**). Sin embargo, alguna de las subescalas de la satisfacción muestran bajas correlaciones inversas entre el tiempo y las puntuaciones obtenidas: La duración del ingreso se relaciona con el Factor II ( $p=0,034$ ) y Factor III ( $p=0,013$ ); la duración del parto se asocia con el Factor V ( $p=0,020$ ) y Factor VI ( $p=0,035$ ); la duración de la estimulación se correlaciona con el Factor I ( $p=0,050$ ); la duración del manejo espontáneo se relaciona con el Factor II ( $p=0,006$ ); y la duración de la rotura prematura de membrana se asocia con el Factor III ( $p=0,038$ ). En las observaciones con rotura prematura de membrana, la duración de la inducción no tiene correlación con las puntuaciones de la satisfacción global ni con las subescalas que la constituye.

**Tabla 43:** Correlación entre la Puntuación de Satisfacción y las variables relacionadas con el tiempo en Rotura Prematura de Membranas.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Duración Ingreso (n=229)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,078	-0,041	-0,140	-0,163	-0,029	-0,078	0,094
<b>p-valor</b>	0,239	0,535	<b>0,034</b>	<b>0,013</b>	0,666	0,238	0,156
<b>Duración Parto (n=229)</b>							
<b>Coefficiente</b>	0,006	0,013	-0,033	-0,051	-0,028	-0,153	0,140
<b>p-valor</b>	0,932	0,846	0,616	0,443	0,670	<b>0,020</b>	<b>0,035</b>
<b>Duración Inducción (n=98)</b>							
<b>Coefficiente</b>	0,082	0,062	-0,033	0,074	0,124	-0,071	0,165
<b>p-valor</b>	0,421	0,546	0,747	0,472	0,223	0,490	0,105
<b>Duración Estimulación (n=56)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,171	-0,263	-0,046	-0,127	-0,174	-0,156	0,054
<b>p-valor</b>	0,207	<b>0,050</b>	0,734	0,352	0,201	0,250	0,690
<b>Duración Espontáneo (n=75)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,132	-0,013	-0,312	-0,089	-0,125	-0,192	0,047
<b>p-valor</b>	0,261	0,911	<b>0,006</b>	0,448	0,285	0,100	0,692
<b>Duración Expulsivo (n=229)</b>							
<b>Coefficiente</b>	0,014	0,003	0,025	-0,047	0,044	0,012	0,077
<b>p-valor</b>	0,834	0,961	0,709	0,484	0,505	0,862	0,245
<b>Duración RPM (n=229)</b>							
<b>Coefficiente</b>	-0,054	-0,007	-0,115	-0,138	-0,031	-0,064	0,045
<b>p-valor</b>	0,413	0,916	0,082	<b>0,038</b>	0,641	0,331	0,498

**Fuente:** Elaboración propia.

El 84% de las observaciones se correspondieron con partos eutócicos. Las púerperas de estos partos mostraron unas estimaciones de la satisfacción global de

164,0 [131,0-180,0] puntos en comparación a las mujeres que tuvieron un parto instrumental con 157,0 [116,0-178,7] puntos. Estas puntuaciones desiguales presentan una significación estadística ( $p < 0,001$ ) no sólo en la satisfacción global, sino que también en la mayoría de los factores ( $p \leq 0,001$ ) que la compone salvo en el Factor I ( $p = 0,207$ ). Estas puntuaciones de la satisfacción son inferiores en el parto instrumentado (**Tabla 44**).

**Tabla 44:** Comparación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación con el periodo expulsivo del Parto.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Tipo de Expulsivo</b>							
<b>Eutócico</b> (n=493)	164,0 (131,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Instrumental</b> (n=105)	157,0 (116,0-178,7)	4,4 (2,6-5,0)	4,8 (3,2-5,0)	3,8 (2,1-5,0)	4,0 (2,1-5,0)	4,7 (2,1-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
<b>p-valor</b>	<0,001	0,207	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
<b>Asistente al Expulsivo</b>							
<b>Matronas</b> (n=395)	164,0 (131,0-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Ginecólogos</b> (n=203)	161,0 (117,4-179,8)	4,7 (3,0-5,0)	4,8 (3,3-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,7 (2,7-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
<b>p-valor</b>	0,056	0,361	0,002	0,029	<0,001	<0,001	0,028

**Fuente:** Elaboración propia.

Durante el periodo expulsivo, los partos realizados por las matronas a las observaciones mostraron unas valoraciones en la satisfacción global de 164,0 [131,0-180,0] puntos frente a los 161,0 [117,4-179,8] puntos en los partos asistidos por ginecólogos. Esta discrepancia de puntuaciones no tiene consistencia estadística en la satisfacción global. En contraposición, si la tiene para alguna de las subescalas tales como el Factor II ( $p = 0,002$ ), el Factor IV ( $p < 0,001$ ), Factor V ( $p < 0,001$ ) y Factor VI ( $p = 0,028$ ), en donde los partos realizados por matronas se obtienen unas estimaciones mayores en dichos Factores (**Tabla 44**).

En dependencia al tipo de expulsivo, la puntuación en la satisfacción global muestra una magnitud de efecto pequeña que igualmente ostenta el Factor II, Factor II, Factor V y Factor VI. Sin embargo, en el Factor IV (expulsivo) se presenta una intensidad de efecto mediana. El asistente al expulsivo no muestra ninguna intensidad de efecto en las estimaciones de la satisfacción global. No obstante, esta variable si presenta un tamaño de efecto pequeño en el Factor II, Factor IV y Factor V (**Tabla 45**).

**Tabla 45:** Magnitud de Efecto de las variables relacionadas con el expulsivo del parto en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Tipo de Expulsivo</b>	<b>0,332</b>	0,103	<b>0,263</b>	<b>0,361</b>	<b>0,516</b>	<b>0,343</b>	<b>0,246</b>
<b>Asistente Expulsivo</b>	0,157	0,074	<b>0,254</b>	0,178	<b>0,373</b>	<b>0,473</b>	0,169

*Fuente:* Elaboración propia.

Las puérperas que presentaron una herida obstétrica (episiotomía y/o desgarro perineal) manifestaron una estimación de la satisfacción global de 162,0 [124,0-180,0] puntos en comparación con los 164,0 [126,8-180,0] puntos en aquellas mujeres que no tuvieron heridas obstétricas. Estos valores no toman relevancia estadística en la satisfacción global, aunque sí la tienen en el Factor III ( $p=0,047$ ) y Factor IV ( $p=0,015$ ) (**Tabla 46**).

Atendiendo al tipo de herida obstétricas, a las mujeres que se les practicó una episiotomía reportaron unos valores para la satisfacción global de 161,0 [120,9-180,0] puntos frente a los 164,0 [129,0-180,0] puntos de las puérperas a las que no se les realizó dicho procedimiento. Esta diferencia de puntuación es estadísticamente significativa con un  $p$  igual a 0,032 para la satisfacción global que se traslada a algunas de las subescalas tales como el Factor II ( $p=0,035$ ), Factor III ( $p=0,006$ ), Factor IV ( $p<0,001$ ) y Factor V ( $p<0,001$ ), cuyas puntuaciones son mayores en ausencia de episiotomía (**Tabla 46**).

**Tabla 46:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en dependencia de las heridas del parto.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Herida Obstétrica</b>							
<b>No</b> (n=107)	164,0 (126,8-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,3-5,0)	4,3 (2,6-5,0)	4,5 (2,7-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (3,6-5,0)
<b>Si</b> (n=491)	162,0 (124,0-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,140	0,933	0,084	<b>0,047</b>	<b>0,015</b>	0,566	0,120
<b>Episiotomía</b>							
<b>No</b> (n=402)	164,0 (129,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,3 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=196)	161,0 (120,9-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,3 (2,7-5,0)	4,7 (2,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	<b>0,032</b>	0,899	<b>0,035</b>	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,065
<b>Desgarro Perineal</b>							
<b>No</b> (n=270)	162,0 (122,0-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=328)	164,0 (128,5-179,6)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,356	0,756	0,332	0,274	0,313	<b>0,032</b>	0,974

*Fuente:* Elaboración propia.

Aquellas mujeres que presentaron desgarro perineal tras la expulsión fetal, estimaron unas puntuaciones de la satisfacción global de 164,0 [128,5-179,6] puntos mientras que las que no presentó desgarro perineal refirieron 162,0 [122,0-180,0] puntos. Esta discrepancia en las puntuaciones no tiene consistencia estadística en la satisfacción global y sólo el Factor V la tiene con un p igual a 0,032, siendo los valores inferiores cuando no presenta desgarro (**Tabla 46**).

**Tabla 47:** Magnitud de Efecto de la herida obstétrica en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Herida Obstétrica</b>	0,121	0,007	0,140	0,162	0,196	0,042	0,119
<b>Episiotomía</b>	0,176	0,010	0,171	0,224	0,297	0,284	0,142
<b>Desgarro</b>	0,075	0,025	0,078	0,089	0,081	0,156	0,002

**Fuente:** Elaboración propia.

La presencia de herida obstétrica perineal (desgarro y/o episiotomía) durante la expulsión fetal no presenta intensidad de efecto sobre las puntuaciones en la satisfacción global. Y solamente la práctica de episiotomía presenta un tamaño de efecto pequeño en el Factor III, Factor IV y Factor V (**Tabla 47**).

La existencia de complicaciones obstétricas maternas durante el embarazo y/o parto reportaron unas puntuaciones en la satisfacción global de 162,0 [121,0-180,0] puntos, mientras que las mujeres que no presentaron complicaciones mostraron 164,0 [128,1-180,0] puntos. Estas diferencias en las puntuaciones de la satisfacción global no son estadísticamente significativas, pero sí en el Factor II ( $p=0,028$ ) con estimaciones son menores ante la presencia de complicaciones (**Tabla 48**).

**Tabla 48:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación de la presencia de complicaciones obstétricas.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Complicaciones Maternas</b>							
<b>No</b> (n=340)	164,0 (128,1-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=257)	162,0 (121,0-180,0)	4,6 (2,8-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	0,214	0,459	0,028	0,688	0,193	0,052	0,213
<b>Complicaciones Fetales</b>							
<b>No</b> (n=513)	164,0 (128,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,7-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
<b>Si</b> (n=85)	162,0 (114,2-179,7)	4,7 (2,2-5,0)	4,8 (3,1-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	4,3 (2,1-5,0)	4,8 (3,6-5,0)
<b>p-valor</b>	0,171	0,747	0,007	0,346	0,359	<0,001	0,307

**Fuente:** Elaboración propia.

La satisfacción global en observaciones en la que se presentaron complicaciones fetales durante el embarazo y el parto mostraron unas valoraciones de 162,0 [114,2-179,7] puntos en comparación con los 164,0 [128,0-180,0] puntos cuando no se dieron complicaciones. No mostrando diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la satisfacción global. Sin embargo, El Factor II ( $p=0,007$ ) y Factor V ( $p<0,001$ ) si se observaron puntuaciones desiguales con significación estadística, siendo menores cuando existían complicaciones (**Tabla 48**).

**Tabla 49:** Magnitud de Efecto de las complicaciones obstétricas en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Complicaciones Maternas</b>	0,102	0,060	0,178	0,033	0,105	0,142	0,096
<b>Complicaciones Fetales</b>	0,112	0,026	0,220	0,077	0,074	0,498	0,078

**Fuente:** Elaboración propia.

La presencia de complicaciones obstétricas maternas y/o fetales no muestra intensidad de efecto sobre las puntuaciones de la satisfacción global. En el análisis de las subescalas, existe una magnitud de efecto pequeña en la estimación de la puntuación en el Factor II y Factor V en presencia de complicaciones fetales (**Tabla 49**).

En la toma de decisiones compartida, a las mujeres de la muestra que se le tuvieron en cuenta las preferencias durante el parto y nacimiento, estimaron la Satisfacción Global en 164,0 [133,7-180,0] puntos, mientras que cuando no se le tuvieron en cuenta la valoraron con 131,5 [090,4-162,3] puntos. Estas diferencias de puntuaciones presentan significación estadística tanto en la satisfacción global ( $p<0,001$ ) como en todas las subescalas que la constituye (**Tabla 50**). Estos valores son inferiores cuando en la toma de decisiones no se escuchan las preferencias de las mujeres durante el proceso del parto y nacimiento.

En el 22% de las observaciones no se cumplieron las expectativas con respecto a la experiencia del parto y nacimiento con unas valoraciones de la satisfacción global de 153,0 [112,6-176,0] puntos frente a los 165,0 [138,0-180,0] puntos de las que sí se cumplieron sus expectativas (**Tabla 50**). Estadísticamente esta diferencia de puntuación es significativa en la satisfacción global ( $p<0,001$ ) y también en todos los Factores que la conforman. Cuando se cumplen las expectativas, las gestantes muestran unas puntuaciones mayores en la satisfacción.

**Tabla 50:** Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación al Cumplimiento de las Expectativas y Preferencias de la Usuaria.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Preferencias</b>							
<b>No</b> (n=36)	131,5 (090,4-162,3)	3,2 (1,6-4,9)	3,9 (2,3-4,8)	3,5 (1,5-4,5)	3,8 (1,9-5,0)	4,7 (2,3-5,0)	4,0 (2,6-5,0)
<b>SI</b> (n=556)	164,0 (133,7-180,0)	4,7 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (3,0-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
<b>p-valor</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,013	<0,001
<b>Cumplimiento de Expectativas</b>							
<b>No</b> (n=131)	153,0 (112,6-176,0)	4,2 (2,0-5,0)	4,6 (2,9-5,0)	3,5 (2,3-5,0)	4,0 (2,4-5,0)	4,7 (2,5-5,0)	4,5 (3,5-5,0)
<b>SI</b> (n=461)	165,0 (138,0-180,0)	4,7 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (3,3-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
<b>p-valor</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

**Fuente:** Elaboración propia.

El hecho de escuchar las preferencias de la mujer durante el trabajo de parto y nacimiento tiene una magnitud de efecto mediana en la valoración de las puntuaciones de la satisfacción global, efecto que se mantiene en el Factor I, Factor II y Factor VI. Mientras que las estimaciones del Factor III y Factor IV están sujetas a un efecto pequeño, las del Factor V no tienen efecto ante la toma de decisiones compartida (**Tabla 51**). Y como se observa en el **Gráfico 27**, existe una clara dependencia entre tener en cuenta las preferencias de la mujer durante el parto y el cumplimiento de sus expectativas ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 51:** Magnitud de Efecto del cumplimiento de las expectativas y tener en cuenta las preferencias en la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores.

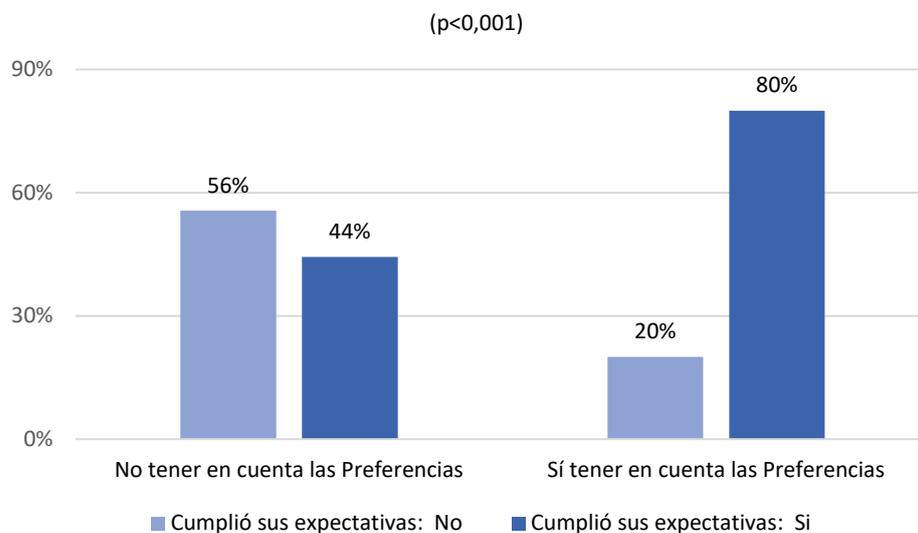
	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
<b>Preferencias</b>	<b>0,697</b>	<b>0,568</b>	<b>0,663</b>	0,421	0,404	0,181	<b>0,567</b>
<b>Cumplimiento de Expectativas</b>	<b>0,652</b>	0,399	<b>0,574</b>	<b>0,572</b>	<b>0,573</b>	0,375	0,393

**Fuente:** Elaboración propia.

El cumplimiento de las expectativas del parto y nacimiento tiene un tamaño de efecto mediano en la puntuación de la satisfacción global y del Factor II, Factor III y Factor IV. Sin embargo, esta magnitud de efecto pasa a ser pequeña en el Factor I, Factor V y Factor IV en relación con el cumplimiento de las expectativas (**Tabla 51**).

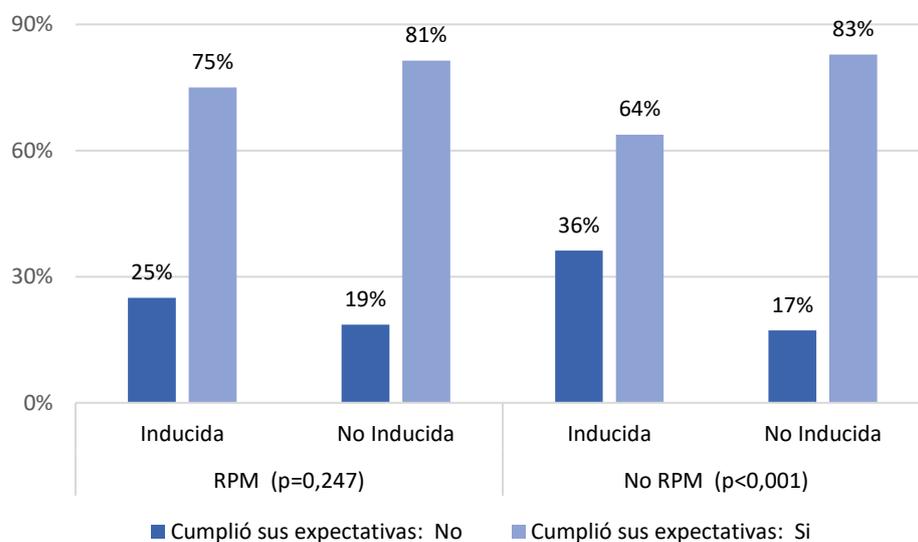
En el **Gráfico 28** se observa como en las observaciones ingresadas por rotura prematura de membranas no existe asociación entre el cumplimiento de las expectativas y la inducción o no del parto ( $p = 0,247$ ). Mientras que el cumplimiento de las expectativas de las mujeres con un diagnóstico diferente presenta una dependencia en función de si el parto ha sido o no inducido ( $p < 0,001$ ).

**Gráfico 27:** Asociación entre cumplimiento de las expectativas y tener en cuenta las preferencias.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 28:** Correlación entre dilatación inducida y cumplimiento de las expectativas.



**Fuente:** Elaboración propia.

## 4. DISCUSIÓN





A partir de los resultados del presente estudio, se observa que no existe una diferencia relevante en la satisfacción de las mujeres ingresadas por rotura prematura de membrana respecto a la forma de manejo del parto (espontáneo o intervenido), el tipo de dilatación (inducida, estimulada o espontánea) o el método de intervención empleado (prostaglandinas, oxitocina o amniotomía) durante el proceso.

De las 842 puérperas que iban a ser encuestadas el día del alta hospitalaria, sólo aceptaron participar el 90% de las mujeres. Con posterioridad tras revisar los cuestionarios, y aplicando los criterios de inclusión, la muestra se redujo a 598 (71%) usuarias de ambos centros (**Tabla 14**). En otros estudios se han descrito tasas altas de respuesta de un 94,8%<sup>56</sup> y un 97,2%<sup>63</sup>, mientras que otras investigaciones reportan unas tasas menores de un 71%<sup>62</sup> o un 72%<sup>169</sup>.

El alfa de Cronbach es un coeficiente usado como medida de consistencia interna o confiabilidad para un test. Aplicando los criterios de Kline<sup>170</sup>, el rango de valores del coeficiente alfa para que un test tenga una buena fiabilidad oscila entre 0,70 a 0,80. Valores inferiores a 0,70 indican una consistencia interna pobre. El coeficiente obtenido en el presente estudio tiene un  $\alpha=0,943$ , mientras que por subescalas osciló entre un mínimo de 0,699 del Factor VI y un máximo de 0,948 para el Factor I. Estos valores son similares a los alcanzados en la escala original validada al castellano<sup>56</sup>, cuya fiabilidad global fue de 0,93 y en las subescalas rondó entre 0,72 y 0,96. La baja consistencia interna de la subescala referente al acompañamiento y confort (Factor VI) puede ser debido al número reducido de ítems que la constituye.

#### 4.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA SATISFACCIÓN.

La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio tenían cumplidos los 30 años de edad, con una media de 32 años, aproximándose a la registrada en el Instituto Nacional de Estadística para el primer semestre del 2016 a nivel nacional que es de 34,3 años<sup>171</sup>. Al realizar las comparaciones de la satisfacción por grupos de edad, no se observaron diferencias (**Tabla 25**). No obstante, en un estudio se ha relacionado una disminución en los niveles de satisfacción en las mujeres jóvenes<sup>169</sup>. A pesar de que las mujeres jóvenes tienden a ser más partícipes, luego son menos conformistas que las personas más adultas<sup>172</sup>.

Al igual que otro estudio, el grupo más numeroso ha estado constituido por usuarias con estudios secundarios completados en un 55% de las observaciones<sup>56</sup>. Las

mujeres con niveles de estudios inferiores reportaron una mayor satisfacción que aquellas con estudios superiores. Esta desigualdad, en función del nivel de estudios completado, se manifestó, no sólo en la satisfacción global, sino además en el Factor I (**Tabla 25**). El efecto del nivel de estudio sobre la satisfacción es pequeño salvo en la subescala relacionada con el médico, donde el efecto es intermedio entre estudios secundarios y primarios (**Tabla 26**). Al igual que en el presente estudio, las mujeres que poseían estudios superiores presentaban un menor nivel de satisfacción<sup>173</sup>. Estas mujeres se crearon unas expectativas a partir de la búsqueda de información relacionada con el parto, siendo más exigentes y, posiblemente, no alcanzando las mismas.

En otro trabajo se describió una relación entre el nivel de estudios y la satisfacción en el parto<sup>174</sup>. Sin embargo, en investigaciones posteriores además refirieron que un bajo nivel de estudios estaba relacionado con un detrimento en la satisfacción de los cuidados durante el parto<sup>169</sup> y con mayor frecuencia tenían experiencias negativas de su parto<sup>38</sup>. Mientras que mujeres con un nivel académico mayor se mostraba una elevada satisfacción global<sup>35</sup>. No obstante, en otro estudio no hallaron relación alguna<sup>55,175</sup>.

Como en otros estudios<sup>56,176</sup>, la gran parte de las participantes conviven con su pareja (el 95,1% de la muestra). Como se observa en el **Gráfico 4**, la mayoría de las mujeres mantenían una relación de hecho en el momento del estudio, siendo el 53% solteras. Cuando se comparó la satisfacción en relación al estado civil de las mujeres, se encontró que las que mantenían una relación formalizada (casadas o parejas de hecho) no reportaban una diferencia en la satisfacción con aquellas que no tenían la relación formalizada (solteras, separadas o divorciadas). No obstante, si se manifiestan desigualdades en las subescalas relacionadas con la matrona y con el recién nacido (**Tabla 25**) pero sin efecto sobre la satisfacción en dichas dimensiones (**Tabla 26**).

El hecho de que las mujeres solteras muestren menos satisfacción se ha descrito con anterioridad en otros estudios<sup>169</sup>. Sin embargo, en otra investigación, se constató que las mujeres solteras que acudieron a dar a luz mantenían un óptimo nivel de satisfacción<sup>38</sup>.

El 22% de las mujeres de la muestra que procedían de fuera de España (**Gráfico 3**), reportaron mayor satisfacción que las nacidas en España. Además, esta diferencia se presentó no sólo en la satisfacción global, sino además en la subescala relacionada

con el médico obstetra y con el periodo expulsivo (**Tabla 25**). No obstante, sólo el factor relacionado con el médico presenta un efecto y este es pequeño sobre la satisfacción. Mientras que para el resto de subescalas y la satisfacción global la variable de estudio carece de efecto (**Tabla 26**). En otros estudios no se observaron diferencias en la satisfacción de las mujeres según su país de procedencia<sup>43,59</sup> ni en los casos de tener una lengua de origen distinta<sup>169</sup>.

La situación laboral de las mujeres que formaban parte de la muestra, presentaba en la mayoría de las observaciones un trabajo o prestación económica. La satisfacción que reportaron estas mujeres frente a las que no tenían trabajo o prestación, no presentó diferencias ni para la satisfacción global ni las dimensiones de la misma. De igual forma ocurrió con la situación laboral de sus parejas: el hecho de tener empleo o prestación tampoco presentó discrepancias en la satisfacción (**Tabla 25**). En otros estudios las mujeres que poseían un trabajo presentaban una mayor satisfacción general, influyendo negativamente la situación de desempleo<sup>35,169</sup>.

## 4.2. LA SATISFACCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.

### 4.2.1. Del embarazo y el ingreso.

La comparación de la satisfacción entre los dos centros hospitalarios donde fue realizado el estudio no presentó diferencias (**Tabla 27**). Esto puede ser debido a la similitud en la forma de trabajar que tienen los centros dónde la mayoría de las matronas que trabajan se han formado en la misma unidad docente y manejan unos protocolos y una población de referencia muy similares.

La satisfacción global en las mujeres que parieron por primera vez (primíparas) fue menor que la de aquellas que parían de nuevo (multíparas) (**Tabla 27**). Esta discrepancia se mantiene para las subescalas relacionadas con la vivencia de la dilatación (Factor III) y con el recién nacido (Factor V). El efecto de la paridad sobre la satisfacción, sólo es pequeño en las subescalas referidas y no existe para la satisfacción global (**Tabla 29**). Esto podría ser la consecuencia de tener unas expectativas elevadas por parte de las mujeres que acuden a parir su primer hijo frente a las que ya poseen partos previos, sobre todo lo relacionado con los modelos de información prenatal<sup>177</sup>. En la mayor parte de los estudios encontrados se relata como las mujeres multíparas presentan mayor satisfacción que las primíparas<sup>43,45,175,178</sup>. Otros estudios de revisión

muestran que las múltiparas están más satisfechas que las primíparas<sup>179-181</sup>, posiblemente porque las mujeres experimentadas con partos anteriores se sientan más seguras y confiadas con la atención de los profesionales en aspectos relacionados con el parto, en especial de las matronas<sup>45</sup>.

Sin embargo, otros autores relatan como las mujeres primíparas tienden una mayor dificultad en sus partos<sup>175,178</sup>. Este hecho que se han traducido en unas valoraciones negativas de su vivencia del parto<sup>51,54,174</sup>.

Otras investigaciones no han hallado diferencias en la satisfacción general de la mujer con su experiencia del parto y nacimiento en función de la paridad<sup>44,169,182-183</sup>. No obstante, se ha encontrado un estudio donde la satisfacción general con su parto es mayor en las mujeres primíparas que en las múltiparas<sup>184</sup>.

Con el 41% de las observaciones, el principal motivo de ingreso es la rotura prematura de membranas. Seguido por los ingresos por trabajo de parto y los pródromos de parto mal tolerados (**Gráfico 7**). Según se exponen en las tablas **Tabla 6** y **Tabla 8** a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y el Hospital Universitario Ntra. Sra. La Candelaria, los ingresos por rotura prematura de membranas oscila el 34% de todos los partos en ambos centros. Dada la naturaleza del estudio, cuando se estudia la satisfacción atendiendo a si la causa que motiva el ingreso es la rotura prematura de membrana o no, se observa que no hay diferencia en la satisfacción global de las mujeres con rotura prematura de membrana con las que ingresaron por otros motivos (**Tabla 27**).

Cuando se compara la satisfacción global atendiendo a la madurez fetal, no se encontraron diferencias entre las mujeres que tuvieron un parto a término de aquellas que fue pretérmino. No obstante, al analizar las subescalas se observó que la vivencia relacionada con el recién nacido (Factor V) es la única que presenta una satisfacción mayor en los partos a término (**Tabla 27**) con un efecto pequeño de la madurez fetal sobre la satisfacción (**Tabla 29**). Y puede darse como consecuencia de la preocupación materna por el estado de salud del recién nacido, el tiempo que tardo en tomarlo en brazos por primera vez y darle de alimentar. En la mayoría de los estudios de satisfacción solo se incluyen las puérperas con partos a términos<sup>35,55-56,181</sup>. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró asociación entre la edad gestacional y la satisfacción de la mujer durante el parto (**Tabla 28**).

Las mujeres que en el momento del ingreso tenían unas condiciones cervicales desfavorables no mostraron diferencias en la satisfacción con aquellas que tenían un cuello favorable. No obstante, en la dimensión relacionada con la experiencia de la mujer durante la dilatación (Factor III) presentan una mayor satisfacción aquellas usuarias que tienen un cuello favorable (**Tabla 27**). A pesar de que las condiciones cervicales no presenta efecto sobre la satisfacción (**Tabla 29**), se encontró una discreta correlación entre los valores del índice de Bishop y la satisfacción, siendo ésta más alta cuánto más favorable esté el cuello del útero en el momento del ingreso (**Tabla 28**). Cuando el test de Bishop presenta unos valores bajos se requiere tiempo para que las modificaciones cervicales inicien el trabajo de parto. Este hecho incrementa la sensación de las mujeres ingresadas de su duración del parto, y es posible que influya en la satisfacción general de la mujer<sup>184</sup>.

Las mujeres encuestadas que alcanzaron su embarazo mediante técnica de reproducción asistida no presentaron diferencias en la satisfacción frente aquellas con un embarazo espontáneo (**Tabla 30**). Un estudio multicéntrico refiere que los motivos de insatisfacción de las mujeres radican en factores psicosociales y obstétrico, independientemente de la modalidad de la concepción<sup>179</sup>.

La vivencia positiva de la maternidad viene determinada por el deseo del hijo/a que se va a tener y se viva ese proceso de manera satisfactoria y sin preocupaciones<sup>185</sup>. Cuando se comparó entre las mujeres con gestaciones planeadas con aquellas que no lo fueron no se observó discrepancias en la satisfacción. Sin embargo, si se manifiesta una diferencia en la satisfacción en la dimensión relacionada con la vivencia de la dilatación durante el parto (Factor III) (**Tabla 30**), sin que presente efecto sobre la satisfacción. (**Tabla 31**).

Las ventajas de la educación maternal para salud Materno-Infantil son cuantiosas y conocidas<sup>186</sup>. No obstante, sólo el 49% de las observaciones acudieron a la misma. Y de las mujeres que asistieron, el 78% eran primíparas y el 22% eran múltiparas. Se observó diferencias en la satisfacción global, obteniendo una mayor satisfacción aquellas mujeres que no acudieron a educación maternal. De igual manera ocurre con la vivencia de la púérpera con la atención recibida por el ginecólogo (Factor I), cuya satisfacción fue mayor cuando no asistieron a la preparación al parto (**Tabla 30**). No obstante, el efecto de la educación maternal en la satisfacción es pequeño (**Tabla 31**). Esto podría ser debido a que las mujeres que acuden a la educación maternal para

la preparación al parto, en su mayoría madres primerizas, generan unas expectativas mayores que la realidad encontrada durante el proceso de parto y nacimiento de su hijo<sup>38</sup>. Todo ello, a pesar de que los conocimientos adquiridos durante la educación tengan como finalidad capacitar y ayudar a la gestante a sentirse segura y mantener el control durante el parto para que tenga una experiencia lo más satisfactoria posible.

Mientras que en un estudio no se halló relación entre la satisfacción y la educación maternal recibida durante el embarazo<sup>43</sup>. En otra investigación, en contraposición a los resultados encontrados en el presente estudio, muestra que las mujeres presentaban un mayor nivel de satisfacción global cuando acudían a educación maternal para la preparación al parto<sup>35</sup>.

El Plan de Parto y Nacimiento es un instrumento que redacta la mujer embarazada donde refleja por escrito sus deseos, necesidades, preferencias y expectativas para el momento del parto y nacimiento de su hijo/a<sup>69,164</sup>. Esta herramienta, normalmente ha de ser manuscrita conjuntamente con la matrona encargada de su embarazo, aun sabiendo, que en la evolución del parto podrían aparecer circunstancias clínicas que desvíen el cumplimiento de las expectativas de la mujer<sup>14</sup>.

El 25% de las observaciones presentaron un plan de parto, siendo estas mujeres las que presentan una menor satisfacción global frente a las que no usaron esta herramienta para expresar sus preferencias. Esta discrepancia, al igual que ocurre con la educación maternal, se manifiesta en la satisfacción global y en la valoración del Factor I (Obstetra) (**Tabla 30**) con un efecto exiguo sobre la satisfacción (**Tabla 31**).

Se observa como el cumplimiento de las expectativas está relacionado con el hecho de presentar o no un plan de parto (**Gráfico 26**). Hay estudios que siguen la línea de resultados de esta investigación, donde las mujeres con plan de parto muestran unos niveles menores de satisfacción que aquellas que no lo presentan; así como también en el cumplimiento de las expectativas<sup>187</sup> y sentirse defraudadas<sup>188</sup>. No obstante, otras investigaciones<sup>189-190</sup> relatan que esta herramienta contribuye a la satisfacción.

Algunos autores relatan cómo este instrumento mejora el cumplimiento de las expectativas durante el parto y nacimiento<sup>28,191-192</sup> a través de un asesoramiento individualizado de este instrumento para una toma de decisiones informadas y conscientes.

#### 4.2.2. Del Parto y Nacimiento.

Las mujeres durante el embarazo tienen las expectativas de tener un parto y nacimiento lo menos “intervenido” posible, siendo este deseo primordial en las gestantes con relación a la manera de cómo preferirían terminar su embarazo. Las mujeres que desean vivir una experiencia del proceso del parto con una evolución espontánea y fisiológica, si tras el mismo este no se corresponde con lo que esperaba, suelen realizar una valoración menos satisfactoria del parto y nacimiento<sup>193</sup>.

Sin embargo, como se observa en datos de la **Tabla 32**, las mujeres con un parto intervenido no presentan diferencias en la satisfacción de aquellas que tuvieron un parto espontáneo o fisiológico, tanto en la valoración global como en las dimensiones que constituyen la satisfacción. No obstante, cuando indagamos en el tipo de dilatación que tuvo la mujer, se observa que las mujeres con un parto inducido están menos satisfechas que aquellas cuyos partos fueron estimulados. Y a su vez, las mujeres con partos espontáneos muestran mayor satisfacción que aquellas con partos intervenidos mediante inducción. Estas desigualdades en la satisfacción se manifiestan en la escala global y en como la mujer vive el proceso de dilatación (Factor III). Al confrontar el parto inducido con el estimulado presentan un efecto pequeño sobre la satisfacción global y la subescala de la dilatación. Esta subescala también muestra un efecto exiguo al comparar parto espontáneo y el inducido en la estimación de la satisfacción. Sin embargo, el efecto es moderado sobre la satisfacción global si se compara el parto estimulado con el espontáneo (**Tabla 33**).

Como se observa en el **Gráfico 14**, el 34% de todas las observaciones (32% y 36% de cada centro hospitalario) fueron sometidas a una inducción al parto, incrementándose dicho porcentaje a un 43% (42% y 43% segregado por hospital) de los partos con diagnóstico de rotura prematura de membranas. Estos datos, junto a los aportados en la **Tabla 6** y la **Tabla 8** por fuentes administrativas de ambos centros denotan un alto porcentajes de inducciones. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los procedimientos de inducción no se superen el 10% de todos los partos<sup>6</sup> y a nivel nacional se sitúa en un 19,4% en el año 2012<sup>194</sup>.

Al comparar el procedimiento de intervención (**Tabla 34**), se observó que en el empleo de prostaglandinas es donde se registra una menor satisfacción. Este hecho presenta un efecto pequeño sobre la satisfacción global, la experiencia con la Matrona (Factor II), la vivencia de la dilatación (Factor III) y del expulsivo (Factor IV) (**Tabla 35**).

Sin embargo, esta situación no se manifiesta cuando se emplean otros procedimientos como la amniotomía o la oxitocina.

Cuando se realiza el mismo análisis en las 229 observaciones ingresadas con rotura prematura de membranas (**Tabla 36**), no se observan diferencias en la satisfacción al comparar el manejo del parto (intervenido o espontáneo) ni al confrontar el tipo de dilatación que han tenido (inducido, estimulado o espontáneo). Sin embargo, presenta un efecto pequeño sobre la satisfacción global, la experiencia con el obstetra (Factor I) y la vivencia de la dilatación (Factor III) (**Tabla 37**) al contrastar el parto inducido con el estimulado

Asimismo, el uso de prostaglandinas en las mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas presenta un efecto pequeño sobre la satisfacción en referencia con la experiencia con la matrona (Factor II) al igual que la utilización de oxitocina sobre la vivencia de la mujer durante la dilatación (**Tabla 39**). Sin embargo, las comparaciones en relación al empleo de prostaglandinas, amniotomía u oxitocina, no manifestaron discrepancias en la satisfacción (**Tabla 38**).

En la muestra se observa que el cumplimiento de las expectativas de las mujeres está significativamente relacionado con la inducción o no del parto (**Gráfico 28**). De hecho, el manejo activo del parto en el que se ha intervenido mediante la inducción con prostaglandinas, presenta un efecto reductor de la satisfacción, probablemente debido a que no se cumplieran sus expectativas<sup>46</sup>. En los casos de intervencionismo excesivo<sup>45</sup> e injustificado<sup>38,175</sup> durante el proceso del parto y nacimiento puede llevar a una disminución de la satisfacción de la puérpera. Sin embargo, en las mujeres de la muestra que tuvieron un manejo intervencionista mediante la estimulación del parto, han presentado un mayor nivel de satisfacción.

En las observaciones del presente estudio ingresadas por rotura prematura de membranas, el cumplimiento de las expectativas no guarda relación con la inducción del parto (**Gráfico 28**). No obstante, en otros estudios, se ha encontrado que las mujeres valoraban la inducción al parto de forma más positiva que la conducta expectante en los casos de rotura prematura de membranas<sup>110</sup>. Asimismo, se detecta un incremento de la satisfacción materna en los casos de inducción con prostaglandinas<sup>195</sup> frente a una conducta expectante no intervencionista.

La valoración del manejo activo mediante el empleo de amniotomía y oxitocina, al igual que en otro estudio, no tiene efecto sobre la satisfacción de la mujer<sup>59</sup>, salvo alguna subescala de los casos que fueron ingresadas por rotura prematura de membranas con un efecto pequeño de la oxitocina. No obstante, las comparaciones no manifiestan discrepancias en la satisfacción. En un metaanálisis realizado donde se comparó el uso de oxitocina para inducir el parto frente a un manejo expectante en rotura prematuras de membranas a término o cerca del término, resultó que la inducción reportó una mayor satisfacción materna<sup>196</sup>.

El uso de la amniotomía en la fase inicial del parto no muestra efecto negativo sobre la satisfacción de la usuaria<sup>197</sup>. En otra revisión se describió como las mujeres en las que se emplea la amniotomía para estimular el parto estacionado, muestran más satisfacción en su experiencia del parto frente a aquellas en las que se emplea como una práctica rutinaria, no presentándose diferencias en la satisfacción de las mujeres<sup>93</sup>.

El dolor experimentado durante el proceso del parto es una dimensión vinculada con la satisfacción que experimenta la mujer en este proceso. En algunos estudios se evidencia que cuanto menor es el dolor experimentado por la mujer, mayor es el nivel de satisfacción reportado y viceversa<sup>9,44,55,165,174</sup>. Este hecho justificaría que la mayoría las mujeres de la muestra (81%) precisara algún tipo de analgesia durante el parto (**Tabla 40**). Sin embargo, las comparaciones no manifiestaron diferencias en la satisfacción global y, sólo en las subescalas relacionadas con la vivencia con el recién nacido (Factor V) y el confort y acompañamiento (Factor VI), presentan una mayor satisfacción cuando tiene analgesia con un efecto pequeño sobre la satisfacción del Factor VI (**Tabla 41**). Cabe destacar que no tiene que darse diferencias entre la intensidad del dolor sentido por la mujer y la satisfacción con el método de analgesia empleada<sup>198-199</sup>. Ni niveles de dolor elevados durante el trabajo de parto impiden lograr tener una experiencia general del parto positiva<sup>182,200</sup>.

Atendiendo a la administración de la analgesia, no presentaron diferencias en la satisfacción global (**Tabla 40**). No obstante, la subescala relacionada con el recién nacido (Factor V) es mayor cuando no tiene administrada la epidural, aunque con un efecto pequeño sobre la satisfacción (**Tabla 41**). En esta dimensión acontece lo mismo que lo descrito en un estudio donde las mujeres sin analgesia epidural son las que presenta un mayor nivel de satisfacción<sup>201</sup>, posiblemente al encontrarse en correspondencia con sus expectativas previas<sup>45</sup>.

En un estudio se observó que la satisfacción no se encontraba relacionada con el método de alivio del dolor empleado o con las expectativas para el alivio de dolor disponibles para las mujeres durante su proceso de parto<sup>174</sup>. No obstante, se ha realizado una comparación de las mujeres que desearon la administración de la analgesia epidural con aquellas que no, con independencia de su administración. Las que deseaban la epidural presentaron una menor satisfacción (**Tabla 40**) y un efecto pequeño (**Tabla 41**), tanto en su vivencia de la dilatación (Factor III) como en su experiencia con el recién nacido (Factor V). Al comparar las mujeres que desearon la epidural, se puede observar una mayor satisfacción global en aquellas que se administraron la epidural frente a aquellas que no se la administraron. Esta discrepancia se traslada de la misma manera a todas las subescalas con un efecto pequeño sobre la satisfacción. Sin embargo, en la subescala relacionada con el obstetra (Factor I) y con el recién nacido (Factor V) la intervención carece de efecto sobre la satisfacción y no manifiesta diferencias en misma en cuanto a la experiencia con el neonato. Esto se puede observar en un estudio donde las mujeres que pudieron elegir y disponer de los métodos para el alivio del dolor, mostraban un grado de satisfacción mayor que en aquellas que no lo consiguieron<sup>56</sup>. Sin embargo, en vista de lo anterior, parece que aquellas mujeres que dieran a luz sin analgesia obtienen una mayor satisfacción en su experiencia con el recién nacido.

Una vez administrada la epidural, se observó que la satisfacción tiene dependencia con el funcionamiento de la misma para el cumplimiento de las expectativas previas de la mujer<sup>45</sup>. En aquellas observaciones donde la epidural no fue efectiva o provoca un exceso de bloqueo motor (**Tabla 40**), las mujeres manifestaron una menor satisfacción tanto en la escala global, como en algunas de las dimensiones (Factor III, Factor IV y Factor V), presentando un efecto pequeño sobre la satisfacción global (**Tabla 41**).

La mayoría de las embarazadas desea tener un parto rápido y poco doloroso<sup>28</sup>. Sin embargo, en general el promedio de la duración del ingreso en la muestra fue de 11 horas, de las cuales sólo 5 horas formaron parte de la fase activa de la dilatación del parto y 1 hora del periodo expulsivo (**Tabla 22**).

Cuando se analizó en la muestra la posible existencia de relación entre la duración de los distintos periodos del parto, incluyendo las horas de ingreso y el tipo de dilatación con la satisfacción, se observó que sólo la duración de la inducción tiene una

correlación débil e inversa con la satisfacción global, en la experiencia con la matrona (Factor II), la vivencia de la dilatación (Factor III) y con el recién nacido (Factor V) (**Tabla 42**). El resto de tiempos registrados no tienen correlación con la satisfacción global. Sin embargo, los factores que la componen, como la vivencia de la dilatación y la experiencia con el recién nacido, presentan en la mayor parte de los registros correlaciones negativas débiles con la satisfacción.

En la mayoría de las observaciones seleccionadas con rotura prematura de membranas, la duración del ingreso hasta el nacimiento del recién nacido fue menor a 29 horas mientras que en la muestra global fue inferior a 37 horas (**Tabla 22**). Al examinar si hay relación entre los tiempos registrados (**Tabla 42**) con la satisfacción global no se encontró asociación. En el análisis factorial existen débiles correlaciones negativas en la experiencia con el obstetra en dilataciones estimuladas, con la experiencia con la matrona en el tiempo de ingreso y dilataciones espontáneas, con la vivencia de la dilatación en las horas de ingreso y con la experiencia del recién nacido con el tiempo de parto. No obstante, el factor relacionado con el acompañante y el confort mostró una débil asociación positiva entre el tiempo de parto y la satisfacción.

La duración del parto influye en la satisfacción de la mujer estableciéndose una relación entre partos de corta duración y una alta satisfacción materna<sup>184</sup>. Es por ello que, en los casos de inducción, cuya duración del ingreso es mayor, la satisfacción es más baja y sobre todo cuando el método empleado es con prostaglandinas. Y como se ha observado en este último caso, además de presentar discrepancias en la satisfacción mostró débil asociación inversa con la duración de la inducción. Este resultado va en consonancia con el obtenido en un estudio donde los partos no inducidos y los de menos de 12 horas de evolución presentaron mayores niveles de satisfacción<sup>181</sup>.

Normalmente, las intervenciones obstétricas que afectan a la forma de finalización del parto, están relacionadas con no satisfacción de las mujeres tras el parto<sup>202-205</sup>. Como se observa, aquellas mujeres cuyo expulsivo precisa de instrumentación (fórceps o ventosa) registran una menor satisfacción que las que tienen un parto vaginal eutócico (**Tabla 44**). Presentando un efecto pequeño sobre la satisfacción y sus dimensiones, salvo en la vivencia del expulsivo (Factor IV) que muestra un efecto moderado (**Tabla 45**). Esta disminución en la satisfacción de las mujeres en los partos que terminan siendo instrumentados puede estar relacionado con los miedos a estas técnicas invasivas<sup>206</sup>.

En algunos estudios, la matrona es nombrada como el profesional sanitario que da soporte, información y aliento durante el proceso del parto<sup>44,207</sup>. En este trabajo se observa que, cuando el profesional que finaliza el periodo expulsivo ha sido una matrona, la satisfacción fue mayor que si este hubiese sido atendido por un médico especialista en ginecología. Sin embargo, esta discrepancia no se manifiesta en la satisfacción global pero sí en la experiencia de la mujer con la matrona (II) de la vivencia del expulsivo (Factor IV), del recién nacido (Factor V) y del acompañamiento y confort (Factor VI) (**Tabla 44**) con un efecto pequeño sobre la satisfacción en algunas dimensiones (Factores II, IV y V) (**Tabla 45**).

Algunos estudios narran como las mujeres esperan ser atendidas durante su parto por un profesional competente y cuando se produce de esta manera, muestran una alta satisfacción con la experiencia<sup>177,208-209</sup>. Cuando las mujeres son atendidas por matronas tiene un efecto positivo<sup>67</sup>, y el apoyo de estas durante el parto incrementa el nivel de satisfacción materna<sup>9,38,43,169,174</sup>. Esta cuestión ha sido promovida por la Organización Mundial de la Salud, considerándose a la matrona el profesional más adecuado para llevar a cabo los cuidados obstétricos en el parto normal<sup>69</sup>.

La presencia o no de una herida obstétrica tras el parto (desgarro o episiotomía) no manifestó diferencias en la satisfacción global (**Tabla 46**). Únicamente en las dimensiones relacionadas con la vivencia de la dilatación (Factor III) y expulsivo (Factor IV) se mostró una satisfacción mayor cuando carecían de heridas, aunque falto de efecto sobre la misma (**Tabla 47**). Igualmente, la existencia o ausencia de un desgarro perineal no mostró discrepancias en la satisfacción global. No obstante, la satisfacción fue mayor en las mujeres con desgarros en la dimensión relacionada con el recién nacido (Factor V) aunque sin efecto sobre la satisfacción. A las mujeres que se les practicó una episiotomía mostraron una menor satisfacción que aquellas a las que no se le practicó. Además, esta discrepancia se manifestó en las subescalas relacionadas con la experiencia con la matrona (Factor II), la vivencia de la dilatación (Factor III), del expulsivo (Factor IV) y con el recién nacido (Factor V), con un efecto pequeño sobre la satisfacción. Esto puede ser debido a que las mujeres se sienten menos satisfechas con su parto cuando acontecen intervenciones obstétricas<sup>45</sup> no planificadas como la episiotomía<sup>202-205</sup> debido al miedo que genera en las mujeres<sup>206</sup>.

El hecho de presentar complicaciones maternas intraparto o fetales que requieran ingreso del neonato, está relacionado con la insatisfacción y una vivencia

negativa del parto<sup>202-205</sup>. Sin embargo, cuando concurren complicaciones maternas y/o fetales no se reportaron diferencias en la satisfacción global que cuando no se presentaron (**Tabla 48**). No obstante, la ausencia de complicaciones maternas produjo mayor satisfacción en la dimensión relacionada con la experiencia con la matrona (Factor II). Igualmente, la no existencia de complicaciones fetales originó más satisfacción en el factor antes mencionado y el concerniente con el recién nacido (Factor V). No obstante, en ambas situaciones el efecto sobre la satisfacción es pequeño (**Tabla 49**). Por lo general, las mujeres más satisfechas son aquellas que tienen un recién nacido sano<sup>177</sup>, pero, cuando no pueden realizar el contacto continuado con el recién nacido tras el parto acorde a sus expectativas, esta satisfacción disminuye<sup>45,210</sup>.

La percepción de control personal es un elemento importante para la experiencia del parto y nacimiento<sup>210</sup>. Se ha constatado que esta percepción es el componente que más pronostica<sup>35</sup> y está fuertemente relacionada con la satisfacción de la mujer<sup>45,182</sup>. Esta sensación de control está especialmente ligada a su participación en la toma de decisiones y la asiduidad en la que la información sobre el proceso es recibida<sup>211</sup>.

Como se observa en el **Gráfico 27**, el cumplimiento de las expectativas de las mujeres del estudio está relacionado significativamente con el hecho de tener presente las preferencias de las mujeres durante el parto. En aquellas mujeres que sí se tuvieron en cuenta las preferencias durante el parto y nacimiento, se observa una mayor satisfacción global (**Tabla 50**) y en todas las dimensiones, con un efecto intermedio sobre la satisfacción (**Tabla 51**). Es por ello, que el hecho de tener en cuenta las preferencias de la mujer a través de la participación en la toma de decisiones, sobre cómo desea manejar su proceso del parto y nacimiento, refuerza esta sensación de control personal<sup>28,175,207</sup>, mejora positivamente su experiencia en torno al parto y proporciona una mayor satisfacción<sup>9,174,192,203</sup>. Sin embargo, cuando a las mujeres no se les tiene en cuenta sus preferencias, dándoles la capacidad de participar en la toma de decisiones, su experiencia en cuanto al parto y nacimiento va a ser menos satisfactoria<sup>169</sup>.

Las expectativas durante el proceso del parto y nacimiento del recién nacido están íntimamente relacionadas con lo que las mujeres creen que son capaces de lograr, independientemente que sea o no la opción más óptima<sup>183</sup>. Entre las expectativas y la satisfacción de las mujeres está constatada una correlación positiva<sup>212</sup>, siendo el cumplimiento de las expectativas uno de los predictores más sólidos de la satisfacción materna<sup>45</sup>.

En la **Tabla 50** se observa cómo entre las mujeres en las que se cumplieron las expectativas, se manifiesta una mayor satisfacción global que en las que no se cumplieron. De la misma manera, ello ocurre en todas las subescalas de la satisfacción con un efecto intermedio en la satisfacción de la mayoría de las dimensiones (**Tabla 51**). En otras investigaciones donde las expectativas del proceso del parto y nacimiento se cumplieron, también registraron niveles más altos de satisfacción materna<sup>35,43-44,56,175,182</sup>, a diferencia de las mujeres que no percibieron cumplidas sus expectativas. Es crucial, por tanto, conocer cuáles son las expectativas que tienen las mujeres para su parto y nacimiento de su hijo, y que estas se cumplan en la medida de lo posible para que se sientan satisfechas.

El desempeño de unos cuidados obstétricos basados en la evidencia, es decir, *“la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente”*<sup>213</sup>, se enriquece con el punto de vista de la mujer para el uso consiente de la evidencia desde el contexto humanizado de la asistencia al parto y nacimiento.

Los resultados en la satisfacción de las puérperas, permite identificar áreas de mejora y posibilita introducir modificaciones en la práctica clínica para mejorar el modelo de asistencia a la mujer, recién nacido y familia.

La satisfacción de la mujer con respecto a su parto y nacimiento es entendida como la satisfacción global de todo un proceso. Y el reconocimiento de las dimensiones que la conforman permite incidir e incrementar esta satisfacción global de la mujer a través de acciones que faciliten el control personal de su parto y cumplan con las expectativas. Se debe promover la reducción, en la medida de lo posible, las intervenciones obstétricas no planificadas (episiotomías, partos instrumentados) que disminuyen la satisfacción y fomentar aquellas que mejoran la experiencia de la mujer, como el uso del método de alivio de dolor deseado o el acompañamiento por parte de una matrona.

Se debe tener en consideración las preferencias de las mujeres en la toma de decisiones compartida puesto que incrementa el cumplimiento de las expectativas y, por tanto, la satisfacción. Sin embargo, el uso de los planes de parto como herramienta en la que se expresa las preferencias para el parto y nacimiento disminuye el cumplimiento de sus expectativas y la satisfacción de las mujeres. Es imprescindible indagar en el tipo

de asesoramiento dado en el empleo de este instrumento para que no se generen expectativas rígidas o alejadas de la realidad.

El presente estudio ayuda dando información acerca de la satisfacción de las mujeres en torno a los métodos de inducción al parto, demandada desde las Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología<sup>135</sup>, para contribuir en la valoración objetiva de las técnicas empleadas. Se recomienda disminuir el número de inducciones al parto acorde a la necesidad real de las gestantes (La OMS recomienda <10% de todos los partos) y de manera indirecta aumentar la satisfacción de las mujeres.

### 4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Una de las potenciales limitaciones del estudio y que puede incidir en un sesgo de selección, es la participación voluntaria de las mujeres que están ingresadas en el centro hospitalario, pudiendo estar sus respuestas condicionadas por complacencia (afectado por unos resultados positivos del parto y nacimiento). Asimismo, el hecho de que los resultados de las puérperas que no desearon participar en el estudio no hayan sido contrastables con las observaciones del mismo, pudieran haber contribuido a una modificación de los resultados.

El tamaño muestral contrarresta el muestreo no aleatorizado, que limitaría la validez externa del estudio a las mujeres del área de salud a los que pertenecen los centros hospitalarios de la Sanidad Pública de Canarias, donde el modelo de asistencia al parto normal deriva de la estrategia nacional del Ministerio de Sanidad. Por tanto, los resultados podrían ser contrastables con aquellos centros que sigan dicha estrategia.

Las Guías de Práctica Clínica referenciadas en el presente estudio pretende disminuir la variabilidad existente en desempeño asistencial de los profesionales sanitarios que atienden los partos y nacimientos. Esta heterogeneidad unida a la variabilidad biológica de la individualidad de la gestación, podría influir en el cumplimiento de las expectativas del parto y nacimiento y, por tanto, en la satisfacción.

Los registros clínicos en los centros en los que se desarrolló la investigación, siguen dos modelos diferentes. Mientras en uno de ellos toda la atención al parto y nacimiento se registra en una historia clínica informatizada, en el otro centro se compagina el partograma físico con la historia informatizada. Dentro de cada modelo de registro asistencial se ha encontrado una disparidad en la forma de cumplimentación de

las historias clínicas revisadas en el estudio con un posible sesgo de información. Este hecho se ha intentado subsanar con el adiestramiento del equipo de colaboradores, que además pertenecían a cada centro hospitalario para estar familiarizado con la forma de los registros.

Considerando los potenciales sesgos y limitaciones que pudieran afectar al estudio, señalados antes, concluimos que: En el presente estudio no es posible refutar la hipótesis de partida, de diferencia en la satisfacción asociada al método de inducción al parto. No obstante, es posible rebatir la hipótesis de partida de diferencia en la satisfacción asociada al manejo del parto en las mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas.

## 5. CONCLUSIONES





Una vez realizada la investigación, se puede concluir que:

- I. Las mujeres que participaron en el estudio presentaron una satisfacción alta.
- II. Dentro del concepto multidimensional de la satisfacción, las mujeres mostraron una mayor satisfacción en la experiencia con el recién nacido, el acompañante y el confort, seguido de la experiencia que tuvieron con la matrona y con el médico obstetra. Las dimensiones que presentaron una menor satisfacción, estaban relacionadas con la vivencia del periodo de la dilatación y el expulsivo del parto.
- III. Atendiendo a los factores sociodemográficos, las mujeres que manifestaron una mayor satisfacción, tenían estudios primarios y no eran de nacionalidad española.
- IV. De acuerdo con los factores de tipo obstétrico, las mujeres que presentaban un nivel de satisfacción más elevado son aquellas que entran dentro de las siguientes categorías: multíparas, sin plan de parto, con epidural efectiva, con parto eutócico, sin episiotomía, que se le tuvo en cuenta las preferencias y se le cumplió sus expectativas.
- V. No existen diferencias en la satisfacción de las mujeres que presentaron rotura prematura de membrana, frente a aquellas que ingresaron por otros motivos.
- VI. Según el tipo de dilatación, presentaron consistentemente una menor satisfacción las mujeres sometidas a una inducción del parto y una mayor satisfacción, aquellas cuyo parto fue estimulado. Las puérperas encuestadas presentaron una correlación inversa entre la duración de su inducción y la satisfacción.
- VII. Atendiendo a una conducta expectante, frente a un manejo activo o intervencionista, las mujeres de la muestra no presentaron diferencias en la satisfacción, situación que se reprodujo de la misma manera en la muestra de mujeres con rotura prematura de membranas.

- VIII. Se encontraron diferencias en la satisfacción de las gestantes inducidas al parto en las que se emplearon prostaglandinas, que presentaron una menor satisfacción frente a aquellas en las que no se utilizó dicha medicación. Sin embargo, en la muestra con rotura prematura de membranas, la utilización de prostaglandinas para la inducción del parto, no presenta diferencias en la satisfacción, probablemente por la menor duración de los partos.
- IX. El uso de oxitocina y amniotomía no presentan diferencias en la satisfacción de las mujeres, tanto en las mujeres con rotura prematura de membranas como en la muestra general.
- X. De los factores considerados en el estudio, ninguno por sí solo mostró un efecto grande sobre la satisfacción global. Mostraron un efecto sobre la satisfacción: el tipo de dilatación durante el parto, el tener en cuenta las preferencias de las mujeres y el cumplimiento de sus expectativas durante el parto y nacimiento. También mostraron cierto efecto: la paridad de las mujeres, el presentar un plan de parto y nacimiento, el uso de prostaglandinas, el tipo de dilatación en las roturas prematuras de membranas, la administración de una analgesia epidural deseada y su correcto funcionamiento y la forma de expulsión fetal.
- XI. Se recomienda disminuir el número de inducciones al parto, ajustándose a los criterios establecidos por las sociedades científicas y las necesidades reales de las embarazadas. Además de fomentar la educación de la preparación al parto, para que las gestantes generen unas expectativas flexibles y adaptadas a las circunstancias del parto, dado que como “proceso vivo” y cambiante no se puede planificar.
- XII. En base a los resultados obtenidos en este estudio, las líneas futuras de investigación se deberían dirigir hacia la búsqueda de aquellos elementos que inciden en las subescalas con menor satisfacción (la dilatación y el expulsivo), de tal manera que se pueda trabajar en ellos, con el fin de mejorar la vivencia de las mujeres y por ende incrementar su satisfacción.
- XIII. Siguiendo la línea estratégica de atención al parto normal y las recomendaciones de la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la

Lactancia (IHAN)", se propone el estudio del efecto del contacto precoz mantenido en el puerperio inmediato de mujeres con cesáreas no complicadas en la satisfacción y tipo de lactancia al alta hospitalaria, y su repercusión en el mantenimiento de la lactancia.



## 6. BIBLIOGRAFÍA





1. Instituto Nacional de Estadística. INEBase//Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población. Instituto Nacional de Estadística. [En línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; ©2017 [accesado 5 abr 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np1007.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [Internet]. Madrid: 2012 [accesado 7 nov 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [accesado 20 nov 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
4. Pelechano V, Matud M. Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: la hospitalización postparto. Análisis y modificación de conducta [Internet]. 1991 [accesado 10 nov 2016]; 17(52): [p.163-80]. Disponible en: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1950>
5. Maroto Navarro G, Garcia Calvente M, Mateo Rodríguez I. El Reto de la maternidad en España: Dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit [Internet]. 2004 [accesado 10 oct 2016]; 18 (supl 2): [p.13-23]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s2/revision2.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Appropriate Technology for birth. The Lancet [Internet]. 24 ago 1985 [accesado 13 oct 2016]; 326(8452): [p.434-6]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92749-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92749-7)
7. Gibb D. Operative delivery in safe practice. En Clements R. Obstetrics and gynaecology; a medico legal handbook. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
8. Brucker M, MacMullen N. Delivery scripts: fantasy versus reality. Points of View. 1987; 24: p. 20-1.
9. Lavender T, Walkinshaw S, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery [Internet]. mar 1999 [accesado 25 nov 2016]; 15(1): [p.40-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.btk.ull.es/science/article/pii/S0266613899900360>
10. Stainton M. The perinatal family. En Gillis C, Highly B, Martinsen I. Toward a science of family nursing. Palo Alto: Addison-Wesley; 1988.
11. Knapp M. Childbirth satisfaction: the effects of internality and perceived control. Journal of Perinatal Education. 31 dic 1996; 5: p. 7-16.
12. European Foundation for Quality Management [Internet]. [accesado 21 nov 2016]. Disponible en: <http://www.efqm.org>
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Vitoria-Gesteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [accesado 27 oct 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)

14. Velasco Juez M. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso [Internet]. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME); 2007 [accesado 23 ene 2016]. [12pp]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
15. España. Jefatura del Estado. Constitución Española. BOE [Internet]. 29 dic 1978 [accesado 23 ene 2016]; (311). [37 pp.]. Disponible en: <https://www.boe.es>
16. España. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE [Internet]. 29 abr 1986 [accesado 23 ene 2016]; (102): [p.15207-24]. Disponible en: <http://www.boe.es>
17. España. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE [Internet]. 29 may 2003 [accesado 23 ene 2016]; (128): [p.20567-88]. Disponible en: <http://www.boe.es>
18. España. Jefatura del Estado. Ley 15/1997, de 25 abril, sobre Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE [Internet]. 26 abr 1997 [accesado 23 ene 2016]; (100): [p.13449-50]. Disponible en: <https://www.boe.es>
19. España. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE [Internet]. 22 nov 2003 [accesado 23 ene 2016]; (280): [p.41442-58]. Disponible en: <http://www.boe.es>
20. España. Jefatura del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE [Internet]. 17 dic 2003 [accesado 23 ene 2016]; (301): [p.44742-63]. Disponible en: <https://www.boe.es>
21. España. Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE [Internet]. 24 abr 2012 [accesado 23 nov 2016]; (98): [p.31278-312]. Disponible en: <http://www.boe.es>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 [Internet]. Madrid: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación; 2013 [accesado 27 nov 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
23. AENOR. Certificación de sistemas de gestión de la calidad ISO 9001. [Internet] 2010. [accesado 23 oct 2016]. Disponible en: [http://www.aenor.es/aenor/certificacion/calidad/calidad\\_9001.asp#.VtzUY33JzRY](http://www.aenor.es/aenor/certificacion/calidad/calidad_9001.asp#.VtzUY33JzRY)
24. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española 23rd ed [Internet]. Madrid: Real Academia Española; ©2016 [accesado 15 nov 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es>
25. Varo J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: Un modelo de Gestión Hospitalaria Madrid: Díaz de Santos; 1994.

26. Mahon P. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs* [Internet]. dic 1996 [accesado 11 ene 2015]; 24(6): [p.1241-8]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01031.x/epdf>
27. Dannenbring D, Stevens M, House A. Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *Journal of Behavioural Medicine* [Internet]. abr 1997 [accesado 25 ene 2016]; 20(2): [p.127-42]. Disponible en: <https://link.springer.com/doi/10.1023/A%3A1025526610524>
28. Gibbens J, Thomson A. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* [Internet]. dic 2001 [accesado 25 ene 2016]; 17(4): [p.302-13]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1054/midw.2001.3801>
29. Gupta A, McDaniel J, Kanthi-Herath S. Quality management in service firms: sustaining structures of total quality service. *Managing Service Quality* [Internet]. 2005 [accesado 20 ene 2016]; 15(4): [p.389-402]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/09604520510606853>
30. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* [Internet]. 2000 [accesado 20 ene 2016]; 114(supl 3): [p.26-33]. Disponible en: [http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf\\_paciente.pdf](http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf)
31. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* [Internet]. 1966 [accesado 21 oct 2016]; (44): [p.166-206]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
32. Larkin P, Begley C, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* [Internet]. abr 2009 [accesado 21 nov 2016]; 25(2): [p.e49-59]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1054/midw.2009.3807000824>
33. Rudman A, El-Khoury B, Waldenstrom U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery* [Internet]. dic 2008 [accesado 21 nov 2016]; 24(4): [p.425-41]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1054/midw.2008.3807000472>
34. Hodnett E, Lowe N, Hannah M, Willan A, Stevens B, Weston J, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *Jama* [Internet]. 2002 [accesado 21 nov 2016]; 288(11): [p.1373-81]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.11.1373>
35. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* [Internet]. abr 2004 [accesado 21 nov 2016]; 46(2): [p.212-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x/pdf>
36. National Health Service. *Equity and Excellence: Liberating the NHS* [Internet]. Londres; Secretary of State for Health. Crown: © jul 2010 [accesado 30 nov 2016]. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213823/dh\\_117794.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf)

37. Harvey S, Rach D, Stainton M, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* [Internet]. dic 2002 [accesado 21 oct 2016]; 18(4): [p.260-7]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613802903177>
38. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* [Internet]. 19 mar 2004 [accesado 13 nov 2016]; 31(1): [p.17-26]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x/pdf>
39. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. oct 2008 [accesado 13 nov 2016]; 34(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013)
40. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med* [Internet]. 1982 [accesado 20 nov 2016]; 16(5): [p.583-9]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953682903124>
41. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* [Internet]. 11 may 1991 [accesado 20 nov 2016]; 302(6785): [p.1129-32]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669839/pdf/bmj00125-0039.pdf>
42. Bohigas L. La Satisfacción del Paciente. *Gac Sanit* [Internet]. 1995 [accesado 12 nov 2016]; 9(50): [p.283-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S021391119571250X>
43. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. may 2002 [accesado 22 nov 2016]; 186 (supl 5): [p.S160-172]. Disponible en: [http://dx.doi.org/accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](http://dx.doi.org/accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/S0002-9378(02)70189-0)
44. Waldenström U, Borg I, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* [Internet]. sep 1996 [accesado 15 nov 2016]; 23(3): [p.144-53]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x/full>
45. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 26 oct 2007 [accesado 17 nov 2016]; 7(26): [12 pp]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200649/pdf/1471-2393-7-26.pdf>.
46. Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care* [Internet]. 2001 [accesado 14 nov 2016]; 10: [p.17-22]. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/10/1/17.full.pdf+html>

47. Bansal M. Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* [Internet]. 2004 [accesado 26 oct 2016]; 17 (4): [p.180-8]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410541496>
48. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health* [Internet]. oct 1987 [accesado 27 oct 2016]; 10(5): [p.301-10]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/nur.4770100503/epdf>
49. Drew NC, Salmon P, Webb, L. Mothers', midwives' and obstetricians views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* [Internet]. sep 1989 [accesado 27 oct 2016]; 96(9): [p.1084-8]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1111/j.1471-0528.1989.tb03386.x/epdf>
50. Salmon P, Miller R, Drew, NC. Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol* [Internet]: sep 1990 [accesado 27 oct 2016]; 63(3): [p.225-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1111/j.2044-8341.1990.tb01617.x/epdf>
51. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* [Internet]: 3 dic 2003 [accesado 27 oct 2016]; 30(4): [p.235-47]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x/full>
52. Gupton A, Beaton J, Sloan J, Bramadat I. The development of a scale to measure childbirth expectations. *Can J Nurs Res* [Internet]: 1991 [accesado 27 oct 2016]; 23(2): [p.35-47]. Disponible en: <http://cjinr.archive.mcgill.ca/article/view/1112/1112>
53. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health* [Internet]: abr 1993 [accesado 27 oct 2016]; 16(2): [p.141-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/nur.4770160209/epdf>
54. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the WDEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]: jun 1998 [accesado 27 oct 2016]; 19 (2): [p.84-97]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/pdf/10.3109/01674829809048501?needAccess=true>
55. Mackey M. Women's evaluation of their childbirth performance. *Matern Child Nurs J* [Internet]. 1 abr 1995 [accesado 3 dic 2016]; 23(2): [p.57-72]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/15548131\\_Women%27s\\_evaluation\\_of\\_childbirth\\_performance](https://www.researchgate.net/publication/15548131_Women%27s_evaluation_of_childbirth_performance)

56. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carregui-Vilar S, Ibanez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escriba-Aguir V. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gac Sanit* [Internet]. 1 jun 2012 [accesado 3 dic 2016]; 26(3): [p.236-42]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv26n3/original7.pdf>
57. Waldenström U. Continuity of care and satisfaction. *Midwifery* [Internet]. dic 1998 [accesado 3 dic 2016]; 14(4): [p.207-13]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S0266613898900924>
58. Hundley V, Rennie AM, Fitzmaurice A, Graham W, Van Teijlingen E, Penney G. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* [Internet]. Dic 2000 [accesado 3 dic 2016]; 16(4): [p.303-13]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S0266613800902316>
59. Sadler LC, Davison T, McCowan LM. Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial. *Birth* [Internet]. Dic 2001 [accesado 13 dic 2016]; 28(4): [p.225-35]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1046/j.1523-536X.2001.00225.x/epdf>
60. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health* [Internet]. Ago 2006 [accesado 13 dic 2016]; 29(4): [p.256-68]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/nur.20140/epdf>
61. Munstedt K, Von Georgi R, Eichel V, Kullmer U, Zygmunt M. Wishes and expectations of pregnant women and their partners concerning delivery. *J Perinat Med* [Internet]. Nov 2000 [accesado 13 dic 2016]; 28(6): [p.482-90]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155435>
62. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of The Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health* [Internet]. 10 ene 2006 [accesado 13 dic 2016]; 29(1): [p.51-60]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/nur.20112/epdf>
63. Vivanco Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* [Internet]. 2009 [accesado 13 dic 2016]; 1(2): [p.275-99]. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/download/32/44>
64. Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Eichler K, Hochreutener MA, Koeck CM. Women's experiences with low-risk singleton in-hospital delivery in Switzerland. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2004 [accesado 13 dic 2016]; 134: [p.103-9]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/David\\_Schwappach/publication/8599037\\_Women's\\_experiences\\_wit\\_h\\_low-risk\\_singleton\\_in-hospital\\_delivery\\_Switzerland/links/5540db740cf2b790436aa0d1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/David_Schwappach/publication/8599037_Women's_experiences_wit_h_low-risk_singleton_in-hospital_delivery_Switzerland/links/5540db740cf2b790436aa0d1.pdf)

65. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. BJOG [Internet]. 23 sep 2009 [accesado 3 mar 2016]; 116(13): [p.1755-61]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02363.x/epdf>
66. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 10 dic 2010 [accesado 3 mar 2016]; 10(1): [p.81]. Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih.gov/accidys2.btk.ull.es/pmc/articles/PMC3008689/pdf/1471-2393-10-81.pdf>
67. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. Midwifery [Internet]. Jun 2012 [accesado 3 mar 2016]; 28(3): [p.348-57]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accidys2.btk.ull.es/science/article/pii/S0266613811000404>
68. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? Eur J Obstet Gyn R B [Internet]. 15 jul 2004 [accesado 3 mar 2016]; 115(1): [p.43-50]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211503006468>
69. Organización Mundial de La Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf)
70. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. Madrid: 2008 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://www.sego.es>
71. Organización Mundial de la Salud. Appropriate Technology for birth. The Lancet [Internet]. 24 ago 1985 [accesado 2 dic 2016]; 326(8452): [p.434-6]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92749-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92749-7)
72. Domínguez Cano P, Gonzalo del Moral T, Lainez Villabona B, Eligio Torres M. Guía de Asistencia del Parto en Casa [Internet]. Barcelona: Col-Legi Oficial de Infermeria de Barcelona; 2010 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsbo/noticia/documents/guia%20part%20cast.pdf>
73. National Institute for Clinical Excellence. Intrapartum Care [Internet]. Londres: NICE; sep 2007 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf>
74. Gil Ventura G, Ruano Garcia A, Melchor Marcos JC, Bajo Arenas J. Evolución Clínica del Parto en Presentación Normal de Occipucio: Diagnóstico, Pronóstico y Duración del Parto. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 dic 2016]; [p.357-64]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>

- 75.** Ación Álvarez P. Asistencia al Parto. En: Novo Domínguez A, Romeu A, Ación Álvarez P, Cararach V. Documentos de Consenso: SEGO 2007 [Internet]. Madrid: Habe editores; 2008 [accesado 2 dic 2016]; [p.31-69]. Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/20080117\\_recomendacion\\_al\\_parto.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf)
- 76.** Couso González A, Zapico Goñi A, Melchor Marcos J. Concepto y definición del Parto Normal. Causas del inicio del parto. Signos prodrómicos y diagnóstico del Parto. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 dic 2016]. [p.339-46]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>
- 77.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Subdirección General de Calidad y Cohesión; 2012 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
- 78.** Aguaya Maldonado J, Escalera de Andrés C, García Calvente M, García González R, Guerro Moriconi C, Maroto Navarro G. Buenas Prácticas en Atención Perinatal: Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008 [accesado 2 dic 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
- 79.** España. Jefatura del Estado. 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. BOE [Internet]. 15 nov 2002 [accesado 30 dic 2016];(274): [p.40126-32]. Disponible en: <http://www.boe.es>
- 80.** International Confederation of Midwives. Philosophy and Model of Midwifery Care [Internet]. The Hague: International Confederation of Midwives; ©2017 [actualizado 2014; accesado 5 mar 2017]. Disponible en: <http://internationalmidwives.org/knowledge-area/icm-publications/icm-core-documents.html>
- 81.** España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE [Internet]. 28 may 2009 [accesado 23 ene 2016]; (129): [p.44697-729]. Disponible en: <http://www.boe.es>
- 82.** España. Jefatura del Estado. 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. BOE [Internet]. 15 nov 2002 [accesado 23 ene 2016]; (274): [p.40126-32]. Disponible en: <http://www.boe.es>
- 83.** Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developers' handbook [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); ©2001-2014 [Actualizado 2015; accesado 23 ene 2017]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>
- 84.** National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual [Internet]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; ©2017 [Actualizado 31 oct 2014; accesado 23 ene 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>

- 85.** Hodnett ED; Gates S; Hofmeyr GJ; Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [accesado 23 dic 2016]; (7): [118 pp.] Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD003766.pdf>
- 86.** Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An Evaluation of Isotonic Sport Drinks During Labor. Anesth Analg [Internet]. Feb 2002 [accesado 23 dic 2016]; 94(2): [p.404-8]. Disponible en: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/toc/2002/02000>
- 87.** Levran D, Shoham Z, Geranek M, Greenwald M, Mashiach S. The value of amnioscopy in surveillance of postdate pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol [Internet]. Nov 1988 [accesado 23 dic 2016]; 28(4): [p.271-4]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.1988.tb01681.x/pdf>
- 88.** Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. BJOG [Internet]. Dic 2005 [accesado 23 dic 2016]; 112(12): [p.1595-604]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00766.x/full>
- 89.** Reveiz, L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [accesado 23 dic 2016]; (7): [49 pp.]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD000330.pdf>
- 90.** Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [accesado 23 dic 2016]; (11): [31 pp.]. disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD001236.pdf>
- 91.** National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; ©2017 [Actualizado feb 2017; accesado 23 mar 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- 92.** Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 20 ago 2013 [accesado 23 dic 2016]; (8): [163 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/epdf>
- 93.** Smyth RMD, Markham, C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 jun 2013 [accesado 23 dic 2016]; (6): [87 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf>
- 94.** Cammu H, Van Eeckhout E. A randomised controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour. BJOG [Internet]. Abr 1996 [accesado 23 dic 2016]; 103(4): [p.313-18]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09734.x/pdf>

95. López-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med* [Internet]. 13 feb 1992 [accesado 23 dic 2016]; 326(7): [p.450-4]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199202133260705>
96. Keane HE, Thornton JG. A trial of cetrimide/chlorhexidine or tap water for perineal cleaning. *British Journal of Midwifery* [Internet]. Ene 1998 [accesado 23 dic 2016]; 6(1): [p.34-7]. Disponible en: <http://www.magonlineibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjom.1998.6.1.34>
97. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 16 may 2012 [accesado 23 dic 2016]; (5): Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/epdf>
98. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 feb 2017 [accesado 23 mar 2017]; (2): [77 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/epdf>
99. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2 mar 2015 [accesado 23 mar 2017]; (3): [157 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/epdf>
100. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 14 mar 2013 [accesado 23 mar 2017]; (7): [96 pp.]. Disponible en: <http://www.update-software.com//BCP/WileyPDF/EN/CD004074.pdf>
101. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early Skin-to-Skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 16 may 2012 [accesado 23 mar 2017]; (5): [112 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>
102. Sánchez-Luna M; Pallás-Alonso CR; Botet-Mussons F; Echániz-Urcelay I; Castro-Conde JR; Narbona, E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr* [Internet]. Oct 2009 [accesado 23 mar 2017]; 71(4): [p.349-61]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones\\_rn\\_parto\\_sen.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf)
103. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. Dic 2003 [accesado 23 mar 2017]; 43(6): [p.463-8]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1046/j.0004-8666.2003.00152.x/full>
104. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GM, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 sep 2015 [accesado 23 mar 2017]; (9): [59 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007863.pub4/epdf>

- 105.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura Prematura de Membrana. Protocolos Asistenciales. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [accesado 2 oct 2016]; 47(5): [p.250-4]. Disponible en: <http://www.sego.es>
- 106.** World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2016 [Internet]. World Health Organization; © 2011 [accesado 2 oct 2016]; 2: Disponible en: [http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_en\\_2016.pdf?ua=1](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf?ua=1)
- 107.** Mercer BM. Preterm Premature Rupture of the Membranes. Obstet Gynecol. [Internet]. Ene 2003 [accesado 2 oct 2016]; 101(1): [p.178-93]. Disponible en: <http://journals.lww.com/greenjournal/toc/2003/01000>
- 108.** ACOG. Committee on Practice, Bulletins-Obstetrics No. 139: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol [Internet]. oct 2013 [accesado 2 oct 2016]; 22(4): [p.918-30]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000435415.21944.8f>
- 109.** Duff P. Premature rupture of membranes at term. N Engl J Med [Internet]. 18 abr 1996 [accesado 2 oct 2016]; 334(16): [p.1053-4]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223976200/fulltextPDF/3B23C74018044787PQ/1?accountid=159038>
- 110.** Hannah M, Ohlsson A, Farine D, Hewson S, Hodnett, Ellen D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. N Engl J Med [Internet]. 18 abr 1996 [accesado 2 oct 2015]; 334(16): [p.1005-10]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223991236?accountid=159038>
- 111.** Royal College of Obstetricians & Gynaecologist. Preterm Prelabour Rupture of Membranes (Green-top Guideline No. 44) [Internet]. London: RCOG; 1 oct 2010 [accesado 2 oct 2016]. Disponible en: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_44.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_44.pdf)
- 112.** Johnson J, Egerman R, Moorhead J. Cases with ruptured membranes that reseal. Amer J Obstet Gynecol [Internet]. sep 1990 [accesado 12 oct 2016]; 163(3): [p.1024-30]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000293789091117U>
- 113.** Andrés MP, Zapardiel I, Tobajas JJ. Hidramnios y Oligoamnios. Otras enfermedades del amnios. Anomalías del tamaño, forma y peso de la placenta. Infartos, inflamaciones, quistes y tumores de la placenta. Anomalías del cordón umbilical. Prolapso de cordón. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 dic 2016]; [p.489]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>
- 114.** Rizo Rodríguez C, Barbancho C, Maiques Montesinos V. Anatomía y fisiología de los anexos fetales: el cordón umbilical y el líquido amniótico. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 dic 2016]; [p.161]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>

- 115.** Mariona FG. Rotura prematura de membranas ovulares espontánea. *Folia Clin Obstet Ginecol*. 2009; (76): págs. 6-23.
- 116.** Canavan TP, Simhan HN, Caritis S. An Evidence-Based Approach to the Evaluation and Treatment of Premature Rupture of Membranes: Part I. *Obstet & Gynecol Surv* [Internet]. sep 2004 [accesado 12 oct 2016]; 59(9): [p.669-77]. Disponible en: [http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2004/09000/An\\_Evidence\\_Based\\_Approach\\_to\\_the\\_Evaluation\\_and.14.aspx](http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2004/09000/An_Evidence_Based_Approach_to_the_Evaluation_and.14.aspx)
- 117.** Canavan TP, Simhan HN, Caritis S. An Evidence-Based Approach to the Evaluation and Treatment of Premature Rupture of Membranes: Part II. *Obstet & Gynecol Surv* [Internet]. sep 2004 [accesado 12 oct 2016]; 59(9): [p.678-89]. Disponible en: [http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2004/09000/An\\_Evidence\\_Based\\_Approach\\_to\\_the\\_Evaluation\\_and.15.aspx](http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2004/09000/An_Evidence_Based_Approach_to_the_Evaluation_and.15.aspx)
- 118.** Simhan HN, Canavan TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG* [Internet]. Feb 2005 [accesado 12 oct 2016]; 112(supl 1): [p.32-7]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00582.x/full>
- 119.** Olivares A, Pliego-Pérez A. Ensayo clínico de tratamiento de la infección vaginal durante el embarazo y su relación con la incidencia de ruptura prematura de membranas. *Rev Sanid Milit Mex* [Internet]. 2000 [accesado 10 oct 2016]; 54(1): [p.4-8]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
- 120.** McGregor JA, Schoonmaker JN, Lunt BD, Lawellin DW. Antibiotic inhibition of bacterially induced fetal membrane weakening. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1990 [accesado 14 oct 2016]; 76(1): [p.124-8]. Disponible en: <http://journals.lww.com/greenjournal/toc/1990/07000>
- 121.** McGregor J, French J, Parker R, Draper D, Patterson E, Jones W, et al. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of a prospective controlled evaluation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. jul 1995 [accesado 14 oct 2016]; 173(1): [p.157-67]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002937895901841>
- 122.** Harger J, Hsing A, Tuomala R, Gibbs R, Mead P, Eschenbach D, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. jul 1990 [accesado 14 oct 2016]; 163(1 Pt 1): [p.130-7]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937811906863>
- 123.** Cobo T, Palacio M, Martínez-Terron M, Navarro-Sastre A, Bosch J, Filella X, et al. Clinical and inflammatory markers in amniotic fluid as predictors of adverse outcomes in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. ago 2011 [accesado 12 oct 2016]; 205(2): [p.126e1-e8]. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(11\)00438-8/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(11)00438-8/pdf)

- 124.** Alexander J, Mercer B, Miodovnik M, Thurnau G, Goldenberg R, Das A, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. oct 2000 [accesado 14 oct 2016]; 183(4): [p.1003-7]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0002937800863036>
- 125.** Dare M, Middleton P, Crowther C, Flenady V, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of the membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 ene 2006 [accesado 21 oct 2016]; (1): [163 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005302.pub2/epdf>
- 126.** Tran S, Cheng Y, Kaimal A, Caughey A. Length of rupture of membranes in the setting of premature rupture of membranes at term and infectious maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. jun 2008 [accesado 21 oct 2016]; 198(6): [p.700.e1-5]. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00295-0/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00295-0/pdf)
- 127.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales. Rotura Prematura de Membranas. [Internet]. Madrid: ProSEGO; jun 2012 [accesado 15 oct 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
- 128.** Scorza W. Management of premature rupture of the fetal membranes at term. *UpToDate* [Internet]. abr 2017 [accesado 30 abr 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- 129.** Seaward P, Hannah M, Myhr T, Farine D, Ohlsson A, Wang E, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. nov 1997 [accesado 21 nov 2016]; 177(5): [p.1024-9]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0002937897700073/1-s2.0-S0002937897700073-main.pdf?\\_tid=83648186-ea07-11e5-9da9-00000aab0f01&acdnat=1457975549\\_6c7185b732d8205fa1e68aaa828341df](http://ac.els-cdn.com/S0002937897700073/1-s2.0-S0002937897700073-main.pdf?_tid=83648186-ea07-11e5-9da9-00000aab0f01&acdnat=1457975549_6c7185b732d8205fa1e68aaa828341df)
- 130.** National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour [Internet]. Londres: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; jul 2008 [accesado 12 nov 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-241871149>
- 131.** Hannah M, Hodnett E, Willan A, Foster G, Di Cecco R, Helewa M. Prelabor rupture of the membranes at term: expectant management at home or in hospital? The TermPROM Study Group. *Obstet Gynecol* [Internet]. oct 2000 [accesado 12 nov 2016]; 96(4): [p.533-8]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/sp-3.18.0b/ovidweb.cgi?&S=DOOOPDFBCEHFJBDFFNJKBDPFBHEAA00&Link+Set=S.sh.27%7c1%7csl10>
- 132.** Bartfield M, Carlan S. The home management of preterm premature ruptured membranes. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. sep 1998 [accesado 22 nov 2016]; 41(3): [p.503-14]. Disponible en: [http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/1998/09000/The\\_Home\\_Management\\_of\\_Premature\\_Premature\\_Ruptured.6.aspx](http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/1998/09000/The_Home_Management_of_Premature_Premature_Ruptured.6.aspx)

- 133.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas 2012. [Internet]. Madrid: ProSEGO; 2012 [accesado 15 oct 2016]. Disponible en: <http://www.prosego.es>
- 134.** García-Díaz L, Zapardiel I, Castro-Gavilán D. Estimulación del parto. Indicaciones, técnicas y resultados de la inducción del parto. Maduración Cervical. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 dic 2016]; [p.823-33]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>
- 135.** Sociedad Española de Ginecología y Obstericia. Inducción del parto (actualizado julio del 2013). Prog Obstet Ginecol [Internet]. ene 2015 [accesado 20 nov 2016]; 58(1): [p.54-64]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-induccion-del-parto-actualizado-julio-90373072>
- 136.** ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Induction of labor. Obstet Gynecology [Internet]. ago 2009 [accesado 20 nov 2016]; 114(2 part 1): [p.386-97]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00006250-200908000-00030&PDF=y>
- 137.** Moore LE, Rayburn WF. Elective induction of labor. Clin Obstet Gynecol [Internet]. sep 2006 [accesado 10 nov 2016]; 49(3): [p.698-704]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-200609000-00026>
- 138.** Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategie. Obstet Gynecol [Internet]. jul 2002 [accesado 10 nov 2016]; 100(1): [p.164-7]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02047-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02047-1)
- 139.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales. Fármacos Uteroestimulantes. [Internet]. Madrid: ProSEGO; 2012 [accesado 15 oct 2016]. Disponible en: <http://www.prosego.es>
- 140.** Crane J. Factors predicting labor induction success: a critical analysis. Clin Obstet Gynecol [Internet]. sep 2006 [accesado 15 nov 2016]; 49(3): [p.573-84]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=&AN=00003081-200609000-00017&PDF=y>
- 141.** Hatfield A, Sanchez-Ramos L, Kaunitz A. Sonographic cervical assessment to predict the success of labor induction: a systematic review with metaanalysis. Am J Obstet Gynecol [Internet]. ago 2007 [accesado 15 nov 2016]; 197(2): [p.186-92]. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(07\)00575-3/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)00575-3/pdf)
- 142.** Tanir H, Sener T, Yildiz Z. Digital and transvaginal ultrasound cervical assessment for prediction of successful labor induction. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. ene 2008 [accesado 15 nov 2016]; 100(1): [p.52-5]. Disponible en: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(07\)00484-5/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(07)00484-5/pdf)

- 143.** Bishop E. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* [Internet]. ago 1964 [accesado 16 nov 2016]; 24(2): [p.266-8]. Disponible en: [http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/1964/08000/Pelvic\\_Scoring\\_for\\_Elective\\_Induction\\_.18.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/1964/08000/Pelvic_Scoring_for_Elective_Induction_.18.aspx)
- 144.** American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Safety Checklist no. 5: scheduling induction of labor. *Obstet Gynecol* [Internet]. dic 2011 [accesado 17 nov 2016]; 118(5): [p.1473-4]. Disponible en: <http://www.leapfroggroup.org/media/file/ACOGPatientSafetyChecklist.pdf>
- 145.** González-Boubeta R, Cid-González C. Maduración Cervical: aceleración de un proceso natural. *Matronas Prof* [Internet]. 2007 [accesado 17 nov 2016]; 8(1): [p.24-9]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/236/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/454>
- 146.** Alfirevic Z, Kelly A, Dowswell IT. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 7 oct 2009 [accesado 15 nov 2016]; (4): [pp.248]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164045/pdf/emss-57251.pdf>
- 147.** Leppert PC. Anatomy and Physiology of Cervical Ripening. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. Jun 1995 [accesado 15 nov 2016]; 38(2): [pp.267-79]. Disponible en: <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/toc/1995/06000>
- 148.** Keirse M. Natural prostaglandins for induction of labor and preinduction cervical ripening. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. sep 2006 [accesado 10 nov 2016]; 49(3): [p.609-26]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=&AN=00003081-200609000-00020&PDF=y>
- 149.** Hawkins J, Wing D. Current pharmacotherapy options for labor induction. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. Oct 2012 [accesado 10 nov 2016]; 13(14): [p.2005-14]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1517/14656566.2012.722622>
- 150.** Howarth G, Botha D. Amniotomía más oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2008 [accesado 12 nov 2016];(4). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>
- 151.** Cabero Roura LI. La inducción del parto: Bases, indicaciones y técnica. Maduración cervical. En: Cabero Roura LI, Saldívar Rodríguez D, Cabrillo Rodríguez E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Panamericana; 2007. p. 389-97.
- 152.** Bricker L, Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 23 oct 2000 [accesado 15 nov 2016];(4). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002862/pdf>
- 153.** Calderyro-Barcia R, Sereno J. The response of human uterus to oxytocin throughout pregnancy. En Calderyro-Barcia R, Heller H. *Oxytocin*. Londres: Pergamon Press; 1959.

- 154.** Figueroa Diesel, H y Ranger Nava, H. Asistencia al parto normal. Dirección médica del parto. En: Cabero Roura LI, Saldívar Rodríguez D, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Madrid: Panamericana; 2007. p. 447.
- 155.** Wing, DA. Induction of labor. UpToDate [Internet]. abr 2017 [accesado 30 abr 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- 156.** Heinemann J, Gillen G, Sanchez-Ramos L, Kaunitz A. Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity? A systematic review. Am J Obstet Gynecol [Internet]. ago 2008 [accesado 15 dic 2016]; 199(2): [p.177-88]. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00545-0/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00545-0/pdf)
- 157.** Sagalá Martín J. Inducción del parto. Maduración cervical. En: Cabero Roura LI, Cabrillo Rodríguez E, Abad Casal L. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Panamericana; 2003. p. 396-402.
- 158.** Jozwiak M, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, Mol BW, Irion O, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 14 mar 2012 [accesado 15 nov 2016]; (3): [p.52-5]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD001233.pub2/pdf>
- 159.** Hoffman M, Vahratian A, Sciscione A, Troendle J, Zhang J. Comparison of labor progression between induced and noninduced multiparous women. Obstet Gynecol [Internet]. may 2006 [accesado 15 dic 2016]; 107(5): [p.1029-34]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=&AN=00006250-200605000-00012&PDF=y>
- 160.** Spong C, Berghella V, Wenstrom K, Mercer B, Saade G. Preventing the First Cesarean Delivery: Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol [Internet]. nov 2012 [accesado 15 dic 2016]; 120(5): [p.1181-93]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548444/>
- 161.** ACOG/SMFM. Obstetric Care Consensus nº 1: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol [Internet]. mar 2014 [accesado 15 dic 2016]; (210): [p.179-93]. Disponible: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)00055-6/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)00055-6/pdf)
- 162.** Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo Parto Normal. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de La Salud [Internet]. Jul 2010 [accesado 3 mar 2016]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cd295228-0324-11e3-8241-7543da9dbb8a/ProtocoloPartoNormal.pdf>
- 163.** Murthy K, Grobman W, Lee T, Holl J. Trends in induction of labor at early-term gestation. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2011 [accesado 3 mar 2016]; 204(5): [p.435.e1-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0002937810024695>

- 164.** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento: Estrategia de atención al Parto Normal; Salud sexual y reproductiva [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2011 [accesado 20 nov 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- 165.** Mackey MC. Women's evaluation of the labor and delivery experience. Nursingconnections [Internet]. Feb 1998 [accesado 20 nov 2016]; 11(3): [p.19-32]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/13406194\\_Women's\\_evaluation\\_of\\_the\\_labor\\_and\\_delivery\\_experience](https://www.researchgate.net/publication/13406194_Women's_evaluation_of_the_labor_and_delivery_experience)
- 166.** Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. Midwifery [Internet]. Abr 2009 [accesado 20 nov 2016]; 25(2): [p. e11-9]. Disponible en: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(07\)00038-1/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(07)00038-1/pdf)
- 167.** Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. BMC Health Serv Res [Internet]. Dic 2007 [accesado 20 nov 2016]; 7(1): [9 pp.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1939703/pdf/1472-6963-7-109.pdf>
- 168.** Lenhard W, Lenhard A. Psychometrica - Institut für psychologische Diagnostik. Calculation of Effect Sizes [Internet]. Dettelbach: Dres. Alexandra & Wolfgang Lenhard; © 2014-2016 [accesado 29 Mar 2017]. Disponible en: [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html#nonparametric](https://www.psychometrica.de/effect_size.html#nonparametric)
- 169.** Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica [Internet]. May 2006 [accesado 29 Mar 2017]; 85(5): [p.551-60]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340500345378/epdf>
- 170.** Kline P. The Handbook of Psychological Testing. Londres: Routledge. 1993.
- 171.** Instituto Nacional de Estadística. INEbase//Movimiento natural de la población. Primer semestre 2016 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; ©2017 [accesado 5 abr 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- 172.** López Valenzuela A. La satisfacción de los usuarios. Un determinante de la calidad asistencial. Metas de Enferm. 8(1), p.53-6.
- 173.** González Valentín MA, Padín López S, De Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enfermería Clínica [Internet]. Jun 2005 [accesado 5 abr 2017]; 15(3): [p.147-55]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1130862105711013>
- 174.** Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. J Psychosom Res [Internet]. Nov 1999 [accesado 5 abr 2017]; 47(5): [p.471-82]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S0022399999000434>

- 175.** Green J, Coupland V, Kitzinger J. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth* [Internet]. Mar 1990 [accesado 5 abr 2017]; 17(1): [p.15-24]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00004.x/epdf>
- 176.** Hildingsson I, Haines H, Cross M, Pallant JF, Rubertsson C. Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth* [Internet]. Mar 2013 [accesado 5 abr 2017]; 26(1): [p. e9-14]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1016/j.wombi.2012.12.003>
- 177.** Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - a comparative study of two cohorts of women. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. Jun 2014 [accesado 5 abr 2017]; 5(2): [p.51-7]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1016/j.srhc.2014.05.002>
- 178.** Waldenström U. Women's memory of childbirth at two months and one year after birth. *Birth* [Internet]. 3 dic 2003 [accesado 5 abr 2017]; 30(4): [p.248-54]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x/full>
- 179.** Poikkeus P, Saisto T, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Flykt M, Vilska S, et al. Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: a prospective multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. Sep 2014 [accesado 5 abr 2017]; 93(3): [p.880-7]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12440/full>
- 180.** Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 18 abr 2015 [accesado 5 abr 2017]; 15: [p.97]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417271>
- 181.** Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 24 nov 2016 [accesado 5 abr 2017]; 16: [p.372]. Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/doi/10.1186/s12884-016-1100-z>
- 182.** Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmén A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain: opinions of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. Ene 1995 [accesado 5 abr 2017]; 39(1): [p.60-6]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.1995.tb05593.x/full>
- 183.** Van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth* [Internet]. 27 may 2003 [accesado 5 abr 2017]; 30(2): [p.75-82]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00224.x/full>

- 184.** Soares RM, Moreira E, Carmo M. Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro. *Cad saúde pública* [Internet]. 2004 [accesado 5 abr 2017]; 20(supl 1): [p. S52-62]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>
- 185.** Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean al nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Prof* [Internet]. 2005 [accesado 5 abr 2017]; 6(4): [p.23-7]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4450066>
- 186.** Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Contribución de la Educación Maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof* [Internet]. 2014 [accesado 5 abr 2017]; 15(4): [p.137-41]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/18341/173/contribucion-de-la-educacion-maternal-a-la-salud-maternoinfantil-revision-bibliografica>
- 187.** Higuero-Macías JC, Crespillo-García E, Mérida-Téllez JM, Martín-Martínez SR, Pérez-Trueba E, Mañón Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof* [Internet]. 2013 [accesado 5 abr 2017]; 14(3-4): [p.84-91]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17004/173/influencia-de-los-planes-de-parto-en-las-expectativas-y-la-satisfaccion-de-las-madres>
- 188.** Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* [Internet]. Jun 2016 [accesado 5 abr 2017]; 43(2): [p.144-50]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1111/birt.12226/full>
- 189.** Doherty ME. Midwifery Care: Reflections of Midwifery Clients. *J Perinat Educ* [Internet]. 2010 [accesado 5 abr 2017]; 19(4): [p.41-51]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981183/pdf/jpe-19-041.pdf>
- 190.** Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. May 2015 [accesado 5 abr 2017]; 23(3): [p.520-6]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)
- 191.** Kuo SC, Lin Kc, Hsu Ch, Yang Cc, Chang My, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. Jul 2010 [accesado 5 abr 2017]; 47(7): [p.806-14]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S002074890900368X>
- 192.** Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *JAN* [Internet]. 20 sep 2007 [accesado 5 abr 2017]; 59(5): [p.474-87]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x/full>

- 193.** Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant finnish women. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 10 sep 2006 [accesado 5 abr 2017]; 51(5): [p.331-9]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1016/j.jmwh.2006.02.009/epdf>
- 194.** Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto Normal y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres. Subdirección General de Calidad y Cohesión: 2012 [accesado 5 abr 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
- 195.** Crane JM, Young DC. Induction of labour with a favourable cervix and/or pre-labour rupture of membranes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Oct 2003 [accesado 5 abr 2017]; 17(5): [p. 795-809]. Diponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/S1521693403000671>
- 196.** Tan BP, Hannah ME. Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 [accesado 5 abr 2017]; (2). Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD000157/pdf>
- 197.** Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 19 jul 2007 [accesado 5 abr 2017]; (3). Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD000015.pub2/full>
- 198.** Fontenot RJ, Price RL, Henry A, Reisner LS, Weinger MB. Double-blind evaluation of patient-controlled epidural analgesia during labor. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. Abr 1993 [accesado 5 abr 2017]; 2(2): [p.73-7]. Diponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtck.ull.es/science/article/pii/0959289X9390082S>
- 199.** Sia AT, Chong JL, Chiu JW. Combination of intrathecal sufentanil 10 plus bupivacaine 2.5 mg for labor analgesia: is half the dose enough? *Anesth Analg* [Internet]. Feb 1999 [accesado 5 abr 2017]; 88(2): [p.362-6]. Diponible en: [http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/1999/02000/Combination\\_of\\_Intrathecal\\_Sufentanil\\_10\\_micro.26.aspx](http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/1999/02000/Combination_of_Intrathecal_Sufentanil_10_micro.26.aspx)
- 200.** Russell R, Reynolds F. Epidural infusions for nulliparous women in labour. *Anaesthesia* [Internet]. Oct 1993 [accesado 5 abr 2017]; 48(10): [p.856-61]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.1993.tb07413.x/pdf>
- 201.** Aguilar-Cordero MJ, Sáez-Martín I, Menor-Rodríguez MJ, Mur-Villar N, Expósito- Ruiz M, Hervás-Pérez A, et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [accesado 5 abr 2017]; 28(3): [p.920-6]. Diponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6395.pdf>
- 202.** Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* [Internet]. Dic 1998 [accesado 5 abr 2017]; 25(4): [p.246-51]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbtck.ull.es/doi/10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x/full>

- 203.** Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? Birth [Internet]. Jun 2004 [accesado 5 abr 2017]; 31(2): [p.102-7]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x/full>
- 204.** Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. J Clin Nurs [Internet]. May 2005 [accesado 5 abr 2017]; 14(5): [p.579-86]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01105.x/full>
- 205.** Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. BJOG [Internet]. Feb 2008 [accesado 5 abr 2017]; 115(3): [p.324-31]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x/epdf>
- 206.** Sercekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery [Internet]. Abr 2009 [accesado 5 abr 2017]; 25(2): [p.155-62]. Diponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1016/j.midw.2008.12.004>
- 207.** Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. Midwifery [Internet]. Mar 1996 [accesado 5 abr 2017]; 12(1): [p.11-5]. Diponible en: <http://www.sciencedirect.com/doi/10.1016/j.midw.1995.12.001>
- 208.** Hildingsson I, Thomas JE. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. J Midwifery Womens Health [Internet]. Mar 2007 [accesado 5 abr 2017]; 52(2): [p.126-33]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2006.10.023/full>
- 209.** Rilby L, Jansson S, Lindblom B, Mårtensson LB. A qualitative study of women's feelings about future childbirth: dread and delight. J Midwifery Womens Health [Internet]. Mar 2012 [accesado 5 abr 2017]; 57(2): [p.120-5]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x/full>
- 210.** Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 1 ago 2014 [accesado 5 abr 2017]; 14: [p.254]. Diponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-254>
- 211.** Séguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. Birth [Internet]. Sep 1989 [accesado 5 abr 2017]; 16(3): [p.109-13]. Diponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.1989.tb00878.x/abstract>
- 212.** Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? a longitudinal study. J Reprod Infant Psychol [Internet]. 15 oct 2009 [accesado 5 abr 2017]; 27(4): [p.357-73]. Diponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646830903190888>

213. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ [Internet]. 13 ene 1996 [accesado 5 abr 2017]; 312(7023): [p.71-2]. Diponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/accidys2.btk.ull.es/pmc/articles/PMC2349778/>

## 7. ANEXOS





## 7.1. ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS.

<b>Alumbramiento</b>	Tercera etapa del parto que culmina con la salida de la placenta.
<b>Amniorrexis</b>	Rotura de las membranas amnióticas, conocido también como "rotura de bolsa" o "romper aguas".
<b>Amnioscopia</b>	Visualización directa del color y cantidad del líquido amniótico mediante un amnioscopio.
<b>Amniotomía</b>	Rotura artificial de las membranas amnióticas accediendo por el orificio cervical al polo inferior de las membranas ovulares. También se denomina amniorrexis artificial.
<b>Analgesia Epidural</b>	Tipo de analgesia neuroaxial que administra anestésico en el espacio epidural sin llegar a perforar la duramadre.
<b>Analgesia neuroaxial</b>	Analgesia provocada por bloqueo del impulso doloroso a nivel de la médula espinal.
<b>Bloqueo motor</b>	Interrupción de la señal motora responsable de la contracción muscular y por tanto del movimiento.
<b>Condiciones Cervicales</b>	Características del cuello del útero.
<b>Corioamnionitis</b>	Infección de las membranas que forman la placenta y del líquido amniótico. También se denomina infección intraamniótica o amnionitis.
<b>Despegamiento de membrana</b>	Separación del polo inferior las membranas del segmento uterino inferior a través del orificio cervical con el fin de aumentar la producción local de prostaglandinas
<b>Dinámica uterina</b>	Relativo a las contracciones del útero.
<b>Edad gestacional</b>	Edad de un embrión o feto calculada a partir de la suma de dos semanas (14 días) al número de semanas completadas después de la fecundación.

<b>Embarazo a Término</b>	Aquel que comprende entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional.
<b>Embarazo Postérmino</b>	Aquel que comprende después de la semana 42 de edad gestacional.
<b>Embarazo Pretérmino</b>	Aquel que comprende desde la semana 20 hasta la semana 37 de edad gestacional.
<b>Episiotomía</b>	Incisión quirúrgica de la zona del periné de la mujer con el objetivo de ampliar el canal blando del parto para facilitar la salida del feto.
<b>Espisiorrafia</b>	<b>Sutura</b> de la episiotomía que comprende los planos afectados: Piel, músculo y mucosa vaginal.
<b>Hiperdinamia Uterina</b>	Contracciones uterinas intensas.
<b>Hipertonía Uterina</b>	Tono del músculo uterino exagerado que produce una contracción prolongada.
<b>Indice de Bishop</b>	Puntuación que se asigna a las de las características del cuello del útero con el fin de predecir el éxito de la inducción al parto.
<b>Maduración Cervical</b>	Procedimiento por el que se modifican las características del cuello del útero como preparación de la dilatación durante el parto.
<b>Manejo expectante</b>	Manejo del parto de forma espontánea y fisiológica sin intervención ni administración de uterotónicos.
<b>Manejo intervencionista</b>	Manejo del parto de forma activa mediante la intervención obstétrica y/o administración de uterotónicos.
<b>Matriz celular</b>	Conjunto de elementos celulares que constituyen los tejidos.
<b>Matriz extracelular</b>	Conjunto de elementos que rodean y soportan las células de los tejidos.
<b>Meconio</b>	Contenido intestinal fetal compuesto por restos del líquido amniótico deglutido, secreciones del tubo digestivo y material de descamación, lanugo y pequeñas cantidades de sangre.

<b>Membranas ovulares</b>	Relativo a la bolsa amniótica.
<b>Monitorización Cardiotocográfica</b>	Evaluación del estado fetal en el que se registra de manera simultánea la frecuencia cardíaca y movimientos del feto, y las contracciones uterinas.
<b>Monitorización externa</b>	Monitorización cardiotocográfica externa mediante colocación de sensores a través de la piel.
<b>Monitorización interna</b>	Monitorización cardiotocográfica interna mediante la colocación de un electrodo en el cuero cabelludo del feto y un sensor dentro de la cavidad uterina a través del cuello del útero.
<b>Parto Distócico</b>	Parto vaginal que requiere de intervención obstétrica.
<b>Parto Eutócico</b>	Parto vaginal normal de inicio espontáneo que se mantiene como tal hasta el alumbramiento.
<b>Parto Estimulado</b>	o conducido. Tras el inicio espontáneo del parto precisa de intervenciones para corregir la dinámica uterina.
<b>Parto Inducido</b>	Parto provocado mediante distintas intervenciones farmacológicas y mecánicas cuando aún el parto no se ha iniciado de forma espontánea.
<b>Parto Natural</b>	Parto de baja intervención (lo mínimo indispensable siempre que esté justificado) o no intervención en el proceso de parto.
<b>Reflejo de Ferguson</b>	Contracción de la musculatura uterina tras la estimulación del cuello del útero.
<b>Taquisistolia</b>	Más de 5 contracciones en 10 minutos o 10 contracciones en 20 minutos.
<b>Técnica de Reproducción Asistida</b>	Tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de ovocitos o de espermatozoides o de embriones humanos para la obtención de un embarazo.

<b>Tocúrgia</b>	Procedimientos quirúrgicos empleados en la asistencia al parto que incluyen la ampliación del canal del parto, la extracción fetal instrumental y la cesárea.
<b>Trabajo de parto</b>	Conjunto de fenómenos activos y pasivos al final de la gestación que tienen por objeto la expulsión del feto y del alumbramiento de la placenta.
<b>Uterotónico</b>	Relativo que contrae la musculatura del útero.





**ULL** | Universidad  
de La Laguna

