



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Rodríguez Rodríguez, Isabel M^a; Aranda García, Ana María; Reina Durán, María José; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Delgado Begines, Estefanía; de las Heras Moreno, Javier. Estudio comparativo de la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto en el agua y un parto convencional. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0802.php>

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES QUE TUVIERON UN PARTO EN EL AGUA Y UN PARTO CONVENCIONAL.

Autores: Isabel M^a Rodríguez Rodríguez¹, Ana María Aranda García², María José Reina Durán³, Carmen Lucía Lobato Miranda⁴, Estefanía Delgado Begines⁵, Javier de las Heras Moreno⁶

- 1. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
- 2. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
- 3. Residente de Enfermería Pediatría. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla (España).
- 4. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
- 5. Graduado en Enfermería. Enfermero Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
- 6. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).

Correo Electrónico: isa_r_91@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La existencia de partos en el agua en España es muy escasa, a pesar de que podría ser una experiencia especial para la gestante. Existen sin embargo, lugares en España donde se podrían realizar si las futuras madres lo desean.

Objetivo: El objetivo de este proyecto es investigar sobre la satisfacción de las mujeres que tienen su parto en el agua comparándolas con las mujeres que paren en posición de litotomía.

Metodología: estudio transversal de corte comparativo, formado por una muestra de 335 gestantes primíparas que pertenezcan al Área Hospitalaria de Torrejón en Madrid. La muestra se dividirá según preferencia de la mujer en 2 grupos: Grupo 1: grupo estudio; Grupo 2: grupo comparativo. El estudio tendrá una duración de 12 meses. Se le pasará un cuestionario: Escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale, anteriormente a ambos grupos. Previa a la participación en el estudio se pedirá consentimiento informado por escrito a todas las mujeres y todos los datos se tratarán según ley de protección de datos, para evitar problemas posteriores. Finalmente después, sacaremos los datos más relevantes.

ABSTRACT

The existence of water births in Spain is very low, although it could be a special experience for the mother. However, there are places in Spain where you could make if moms wish.

The objective of this project is to investigate the satisfaction of women who deliver in the water compared with those women who deliver in the lithotomy position.

Methodology: comparative cross-sectional study consisting of a sample of 335 primiparous pregnant women belonging to the Hospital Area in Madrid Torrejon. The sample was divided according to preference of women into 2 groups: Group 1: group study, Group 2: comparison group. The study will last 12 months.

You will spend a previously validated questionnaire for both groups. Previous participation in the study were asked written informed consent for all women and all data will be treated as data protection law to avoid problems later. Finally then, we will draw the most relevant data.

INTRODUCCIÓN:

El parto en agua es un método poco utilizado en España, podemos encontrar pocas referencias hablando sobre este tema en español, pero no quiere decir que sea un tema novedoso.

El uso de la inmersión en agua como un medio terapéutico no es nuevo. Sus orígenes exactos no se conocen pero hay pruebas de que la inmersión en agua se ha utilizado como un tratamiento para las enfermedades físicas y psicológicas por los chinos, los egipcios, los japoneses y los asirios, así como los griegos y romanos.¹

En 1805, la revista *Annales de la Societe de Medicine Pratique de Montpellier* fue la primera publicación médica en describir un parto bajo el agua.

Dicho parto tuvo lugar en Francia en 1803. Al parecer, después de 48 horas de parto, la gestante estaba exhausta. Al ser colocada en una bañera de agua, se sintió revitalizada y fue capaz de dar a luz a un bebé sano.

Sólo durante los años comprendidos entre 1985 y 1989, se calcula que se realizaron más de 150.000 partos bajo el agua en todo el mundo.²

Se sabe que la aceptación oficial de la utilización de la inmersión en agua como una opción de cuidado durante el parto se produjo en Reino Unido en 1993, con la publicación de un informe de parto, que recomienda que la instalación de una piscina en los hospitales, debe ser una opción disponible para las mujeres en todas las maternidades del Reino Unido.

El reconocimiento profesional del uso de agua durante el trabajo de parto y el nacimiento se produjo en 1994 cuando el Royal College of Midwives y el United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting publicaron declaraciones de posición que incorporaron la inmersión en agua durante el trabajo de parto en la función de la comadrona. El uso del agua durante el trabajo de parto actualmente se integra en las Midwifery Rules del Reino Unido y las guías, y la política del Reino Unido para los servicios de maternidad en la sección 8.4 del National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service.

Este tipo de parto es muy favorecedor para el dolor.¹ El calor del el agua puede inducir una relajación muscular disminuir la ansiedad, disminuyendo asimismo la liberación de catecolaminas (hormonas del estrés, como la adrenalina) y estimulando la de endorfinas (hormonas internas que producen bienestar y alivio del dolor).

Otros efectos asociados pueden ser una mejora de la irrigación sanguínea del útero, contracciones menos dolorosas, disminución del tiempo total del parto, una menor necesidad de utilizar sustancias inductoras del parto, así como una reducción de la frecuencia y severidad del desgarro de la vagina, con la consiguiente disminución de la necesidad de practicar episiotomía y la necesidad de suturar.³

A pesar de las posibles ventajas que presenta el parto bajo el agua, sabemos que hay muchas mujeres que no aceptarían un parto en el agua. Mediante estudios comprobamos que el principal factor para las mujeres, de no querer tener un parto en el agua es el dolor.

Otro factor que retrae a las mujeres a no querer tener este tipo de parto son las complicaciones comunes a todo proceso natural.⁴

Por tanto, puedo justificar la elección de este tema para la realización de mi trabajo por el gran interés que me surge sobre este tema. Después de involucrarme en buscar información, me he dado cuenta que en España está muy poco popularizado este tipo de parto, y me gustaría conocer más sobre las experiencias vividas por mujeres que deciden/optan por un parto en el agua.

1. MARCO TEORICO.

- **Parto en el agua comparado con parto en litotomía:**

El parto en el agua se refiere a la inmersión en agua de una mujer embarazada durante cualquier etapa del trabajo de parto (dilatación, expulsión, alumbramiento), donde el abdomen de la mujer es sumergido por completo. Implica el uso de un receptáculo que puede llamarse piscina, tina o bañera, que es más grande que un baño doméstico normal. (Ver ilustración 1)

El trabajo de parto incluye contracciones uterinas dolorosas y regulares que provocan la dilatación completa del cuello uterino, la expulsión del feto, la placenta y las membranas. El período de inmersión de la mujer puede ser durante uno o más estadios del trabajo de parto y tener cualquier duración.¹

Es importante tener en cuenta la cantidad de agua ya que es un factor clave.

La piscina debe tener la suficiente agua, tres cuartos, debe llegar hasta el pecho de la mujer y cubrir completamente la barriga, si el nivel del agua es menor las ventajas serán más bajas también.²

Existe controversia en añadir sal al agua en la que se realiza el parto, dada la posibilidad de que el recién nacido inhale una pequeña porción de agua antes de ser totalmente extraído (la sal impediría una excesiva dilución de la sangre, en el caso de que el agua inhalada llegara a los pulmones y fuera absorbida a la circulación).

Se está popularizando el añadir al agua sustancias como aceites esenciales, aunque hasta la fecha este aspecto no se ha estudiado en profundidad.⁴

En muchas ocasiones puede surgir la duda de si el bebé puede ahogarse al nacer en el agua. El recién nacido recibe el oxígeno a través del cordón umbilical y el bebé cuenta con un reflejo autónomo llamado "reflejo de inmersión" que le impide tragar cualquier sustancia mientras sale la cabeza y, por lo tanto, ahogarse.²

El reflejo de inmersión se estimula a través de receptores faciales de la piel, estos estímulos se transportan a lo largo del nervio trigémino, son provocados debido a que los receptores hacen contacto con el agua. La respiración fetal se inhibe en la hipofaringe. Este mecanismo de factores hormonales son tales como la prostaglandina y adenosina, sensores en la orofaringe, incluyendo las terminaciones nerviosas libres y papilas gustativas, evitan la aspiración.⁴

Un estudio realizado en Inglaterra entre 1994 y 1996 y publicado en 1999 sobre 4.032 nacimientos en agua refleja una mortalidad perinatal de 1'2 por 1.000, ninguna de ellas relacionada con el hecho de que el nacimiento se hubiera producido en el agua, y dos bebés necesitaron atención especial por una posible aspiración de agua.

Se estima que entre 1985 y 1999 se han producido en todo el mundo más de 150.000 nacimientos en agua, y no hay ningún dato que demuestre ningún caso de muerte natal por aspiración de agua o inhalación.²

En cambio, en una revisión de la Cochrane en 2012 expone que ha habido cinco casos informados de problemas respiratorios y dos informes de muertes neonatales posteriores a partos en el agua asistidos por una matrona. Estos resultados adversos son muy poco frecuentes, y no es posible vincular directamente los estudios de casos informados con los resultados adversos poco frecuentes del parto en el agua.¹

Otra cuestión importante en un parto en el agua es ¿cuándo debe entrar la mujer al agua? En muchos hospitales se guían por la norma de los 5 cm, es decir, dejan entrar a la mujer en el agua cuando el trabajo de parto ya está avanzado y tiene más de 5 cm de dilatación.

Se dice que, si entras demasiado pronto en el agua, puede lentificar o parar el trabajo de parto. Por otro lado, si las contracciones son fuertes y regulares, pero el cuello está poco o nada dilatado, se puede utilizar el agua para ayudar a que la mujer se relaje y favorecer así la dilatación. Todo esto no está aun demostrado, son posibles hipótesis.²

Ilustración 1. Parto en el agua



Fuente: Fuente: <http://www.irespuestas.com/ser-padre/como-son-los-partos-acuaticos/>

Por otro lado, llamamos parto convencional¹ a la posición de litotomía, que es el nombre que se le da a la posición tradicional (decúbito supino apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas, flexionadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración). (Ver ilustración 2). Esta posición tiene como misión mejorar la atención del profesional, controlar mejor el parto y prevenir posibles problemas. Normalmente suele hacerse en la típica mesa de parto.⁴

¹ Llamaremos parto convencional a todo parto en posición de litotomía.

También podemos decir que posiciones distintas a litotomía reducen la realización de episiotomía y protegen de desgarros severos.

Uno de los problemas de la posición de litotomía es que cuando nace el bebé atraviesa la pelvis de la madre, que adopta una forma de cilindro curvado hacia arriba. En posición tumbada, el trayecto que tiene que recorrer el bebé es más largo y en contra de la fuerza de la gravedad.

Otro problema que podemos tener cuando una madre está en posición de litotomía, es que el útero reposa sobre los vasos sanguíneos que suministran al bebé sangre oxigenada, que quedan comprimidos por el peso, y más aún durante las contracciones, por ello el riesgo de sufrimiento fetal aumenta considerablemente. Un factor añadido es la epidural, que suele bajar la tensión arterial y reducir el aporte de oxígeno al bebé

Por tanto podemos decir que la inmovilización de esta postura aumenta la incomodidad y el dolor y lleva a las mujeres a solicitar medios analgésicos. La anestesia epidural es un recurso inestimable para aliviar el dolor, pero no está exenta de riesgos.⁵

Ilustración 2 Parto en posición de litotomía



Fuente: <http://blogs.lavozdegalicia.es/aprendizdemadre/2012/04/28/asi-se-nace-en-espana-la-polemica-en-torno-a-baby-boom/>

- **Variables asociadas al parto:**

- Epidural

Según diferentes referencias podemos decir que la epidural es más utilizada en partos convencionales, que en partos bajo el agua.^{4,5,6}

La anestesia epidural es la introducción de anestésico local en el espacio epidural (entre dos vertebras de la región dorsal), bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Por lo tanto, se anestesiara la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado. (Ver ilustración 3). Su uso más común es para bloquear el dolor durante el parto, pero también se utiliza en intervenciones quirúrgicas tales como operaciones de la pierna, pelvis o genitales.

Los efectos de la anestesia epidural duran tanto tiempo como se necesite, ya que al dejar colocado el catéter se pueden ir administrando las dosis de anestésico necesarias para toda la duración del parto.

La epidural en el trabajo del parto es totalmente voluntaria.⁶

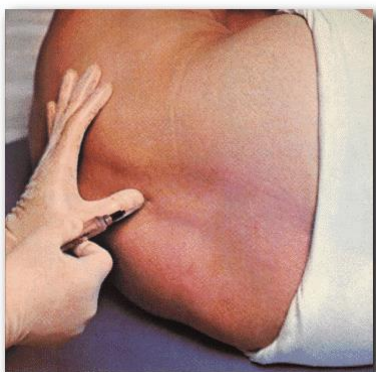
Por lo tanto, para demostrar si se usa más analgesia en los partos convencionales que en un parto bajo el agua, una extensa revisión de 8 estudios (con un número total de casi 3000 mujeres estudiadas) realizada sobre la inmersión en agua durante el embarazo, el parto y el alumbramiento concluyó que la inmersión en agua durante la primera fase del parto reduce significativamente la percepción del dolor y el uso de analgesia epidural o raquídea por parte de la gestante.

Según otro estudio que contenía una muestra de 9518 partos, 3617 fueron partos en el agua y 5901 fueron partos convencionales. Los resultados fueron los siguientes el 69,7% partos bajo el agua fue sin analgésicos, en comparación con 58,0% para el parto convencional.⁴

Para concretar la efectividad del agua en un parto, se realizó un ensayo clínico en Jaén en 2005, que pretende evaluar el impacto de la dilatación en el agua durante la primera fase del parto relacionándolo con la tasa de analgesia epidural y la instrumentación del parto (incluida la cesárea) en mujeres nulíparas con distocia de progresión.

Las mujeres asignadas al grupo de inmersión tuvieron unas tasas más bajas de anestesia epidural que el grupo asignado al tratamiento tradicional.⁷

Ilustración 3 Epidural



Fuente: <http://elanestesiologo.blogspot.com.es/2013/03/todo-sobre-la-epidural-para-parto-sin.html>

➤ Temperatura

Si hablamos de un parto en el agua debemos decir que la temperatura del agua de la piscina debe no exceder la temperatura corporal de la madre, porque la inmersión de una mujer en agua por encima de su temperatura natural central resultará en hipertermia y trastornos cardiovasculares y metabólicos para el bebe.

La temperatura de un paritorio suele ser sobre unos 20 grados.

Esto se sustenta en un estudio sobre embarazo de ovejas. El feto respondió a un aumento de la temperatura materna y se le descubrió taquicardia, reducción de la resistencia en el lecho de la placenta y la disipación de calor de este modo. A medida que la temperatura aumentó, había una tendencia a superar el calor que podría ser disipada por la placenta, lo que lleva a un aumento del riesgo del feto y la mortalidad.

Por lo tanto, la regulación de la temperatura durante el trabajo de parto/parto es un factor importante dentro o fuera del agua.¹

➤ Hemorragias

Un tema importante de abordar son las hemorragias en el agua, pensamos que en el agua puede ser difícil controlarlas. Pero, el aspecto clave para detectar una hemorragia postparto es fijarse en el tono oscuro que ha adquirido el agua.

La pérdida normal de sangre durante el parto es de alrededor de 500 mililitros (medio litro). Cualquier sangrado mayor de esa cantidad en el posparto es indicativo de una hemorragia. El parto en posición de litotomía suele tener una pérdida de sangre alrededor de medio litro.

En un parto en litotomía puede resultar fácil ver si existe una hemorragia pero una buena pregunta al respecto es como sabemos si en un parto bajo el agua hay hemorragia. Para contestar esta cuestión debes plantearte: ¿ves los muslos de la madre a través del agua a pesar de que haya sangre? En este momento viene bien tener a mano una linterna sumergible: colocándola en el fondo de la piscina, permite ver tanto el sangrado como el posible meconio que pueda salir durante el nacimiento.²

Un estudio del 2000 demuestra que, después de un parto en el agua, hay una pérdida media de 5,26 g / l de sangre, lo que es significativamente menor que en el parto en tierra donde hay un 8,08 g / l de pérdida de sangre en promedio.⁸

➤ Infecciones

Otro factor destacable es las infecciones, hay muchas mujeres que creen que un parto en el agua puede producirles una infección. No existe evidencia alguna de un aumento de morbilidad por infección en mujeres que utilizan el agua durante el trabajo de parto y/o nacimiento.¹

La referencia más antigua a este respecto data de 1960 en el American Journal, en la que Siegel planteó la siguiente pregunta: ¿entra el agua en la vagina? En su experimento colocó un tampón de algodón estéril a treinta mujeres, a las que luego les pidió que tomaran un baño de agua con yodo durante al menos quince minutos. En todos los casos, al sacar el tampón, se

comprobó que no había yodo (en la vagina). Así llegó a la conclusión de que había que permitir a las mujeres tomar baños tanto al final del embarazo como durante el trabajo de parto.

Las mujeres de parto tienen la ventaja de que cuando el bebé está encajado y a punto de salir, nada puede entrar y subir por la vagina.

En un estudio británico realizado sobre 541 trabajos de parto en agua, no se encontró ninguna señal de infección grave durante los tres años que duró dicha investigación; la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* fue la única presente en el caso de dos bebés que dieron positivo en el test de infección de oídos, aunque no necesitaron ningún tratamiento.²

Otro estudio nos refleja lo anteriormente dicho, los partos en agua o en la tierra no difieren con respecto a las infecciones maternas y neonatales. Durante el estudio, no hubo ni muertes maternas ni neonatales relacionadas con el parto espontáneo.⁹

A pesar de que un parto en el agua no produce más posibilidad de infección que un parto en tierra, se incumbe a los profesionales para asegurar que tengan adecuados protocolos de limpieza para las piscinas de trabajo de parto, y el empleo universal, de precauciones.¹

➤ VIH

La inmigración ha aumentado considerablemente las cifras de SIDA en mujeres en los últimos años, además ha cambiado la forma más habitual de contagio, siendo la heterosexual. La tasa de infección en España de mujer embarazada, son la más alta de Europa con 2,61 por mil recién nacidos vivos.

Una de las poblaciones más vulnerables a esta infección son los niños de madres positivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que no sólo están expuestos a la infección sino también a quedar huérfanos, y con pocas opciones para subsistir. La infección de VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción, desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión vertical.

El VIH puede transmitirse durante el embarazo en un 35% (transmisión prenatal), en el momento del parto un 65% (transmisión en el parto) o posteriormente a través de la lactancia materna en un 14% (transmisión postnatal). Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar o disminuir la transmisión materna-fetal al aplicar una serie de medidas preventivas y un adecuado tratamiento.¹⁰

Puede surgir la duda de si una mujer infectada con el virus de VIH pueda tener un parto en el agua o aumentan las posibilidades de contraer el recién nacido la enfermedad. Se explica que no hay ningún motivo por el que se deba prohibir a una madre seropositiva dar a luz en el agua.

La evidencia indica que el virus VIH es susceptible al agua caliente y muere en este ambiente. Las Precauciones Universales aún necesitan aceptar esta evidencia y trabajar por la correcta limpieza de los equipos después de un parto.²

➤ Dolor

Cuando escuchamos la palabra parto la relacionamos con dolor, que es una variable subjetiva, según la Real Academia Española de la Lengua se define como experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final previsible y una duración menor de 6 meses.¹¹

La intensidad del dolor se puede medir por la Escala EVA y dentro de ella está la numérica (EN), que es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.¹²

Ilustración 4 Escala EVA del dolor



Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0210-56912006000800004&script=sci_arttext

Haya (1998) señala que un parto en una piscina alienta una posición vertical y aumenta el diámetro de la pelvis que a menudo aumenta la velocidad de la dilatación cervical. El parto en el agua se dice que puede reducir la necesidad de medicamentos para aliviar el dolor.³

Una vez que la mujer se introduce completamente en la piscina, las respuestas fisiológicas son aún mayores: entre ellas, destacan la redistribución del volumen sanguíneo, lo que estimula la secreción de oxitocina y vasopresina; la vasopresina, a su vez, hace que aumenten los niveles de oxitocina.

Por un lado, el agua hace que la cabeza salga más despacio, y, por otro, supone un apoyo al periné. El hecho de que el proceso se desarrolle con la "mínima intervención" le da a la madre una importante sensación de control de su propio parto.²

Richmond (2003) dijo que cuando la mujer entraba en la piscina para el parto, describía sentimientos de completa relajación. Las mujeres sentían un alivio del dolor inmediato (debido a la liberación de endorfinas por el agua caliente) y el calor era relajante.³

Por lo que respecta a la inmersión en agua durante la segunda parte del parto, se observó un incremento de la satisfacción de la mujer durante la fase de empuje o trabajo del parto, con una notoria disminución de la sensación de dolor.⁴

Según otro estudio que contenía una muestra de 9518 partos, 3617 fueron partos en el agua y 5901 fueron partos convencionales. Los resultados fueron los siguientes el 69,7% partos bajo el agua fue sin analgésicos, en comparación con 58,0% para el parto convencional, lo que nos lleva a pensar que hubo una disminución del dolor.⁸

Hale en 2008 expone que, la última investigación sobre partos en el agua, sugiere que el parto en el agua es de beneficio para las mujeres. Las mujeres afrontan mejor el dolor en un parto en el agua y por lo tanto tienen una menor necesidad de tratamiento farmacológico.³

Se ha realizado otro estudio con el objetivo de comparar los beneficios de los partos en el agua frente a los convencionales. Se realizó un estudio analítico transversal comparativo a 12 mujeres multíparas, de las cuales 6 dieron a luz en el agua sin epidural y otras 6 en el medio convencional con epidural. Los datos se obtuvieron de entrevistas y de las historias clínicas. En contra de otros estudios, los resultados de éste fueron que en cuanto a la disminución del dolor tras la introducción en el agua, los resultados no fueron significativos, en cambio de las mujeres que dieron a luz de forma convencional.

Pero estos datos pueden ser poco relevantes debido al pequeño tamaño de la muestra.¹³

También podemos referenciar el tema de dolor en el parto en el agua con una revisión realizada el 2 de junio de 1997 sobre la inmersión en agua durante el embarazo, trabajo de parto y parto, pero fue traducida en 2009. Se revisó el registro de ensayos del grupo Cochrane de embarazo y nacimiento. Se contactó con los autores de los estudios. Se comparó la inmersión de agua en el embarazo, trabajo de parto y parto y la no inmersión. Los resultados fueron de 3 ensayos que comprendían 988 mujeres. En estos resultados no se detectó diferencias entre inmersión o la no inmersión para disminuir el dolor.¹

Podemos destacar un estudio que fue publicado en la revista Journal of the Turkish-German Gynecological Association. Se tomó una muestra de 207 mujeres con un parto en el agua y se comparó con 204 de parto convencional, de los cuales 191 tuvieron epidural. Como conclusión sacamos que todas las mujeres que tienen partos en el agua han reducido la necesidad de analgesia, porque su nivel de dolor era inferior.¹⁴

➤ Duración del trabajo de parto

La duración de trabajo de parto puede ser un tema confuso, ya que muchas personas asemejan que una disminución del dolor les puede provocar un trabajo de parto más corto. Sin embargo, las referencias no demuestran ese suceso.

Según 8 estudios mencionados anteriormente, con 3000 mujeres estudiadas concluye que la inmersión en agua durante la primera parte del parto no afectó a la duración del parto.¹

Se realizó un estudio experimental en São Paulo, en una maternidad pública, que atiende un promedio, 1,100 partos mensuales, el estudio fue un ensayo-clínico, tuvo como objetivo identificar la influencia del baño en la duración del primer período del parto y en la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.

La muestra constó de 108 parturientas, 54 en el grupo control y 54 en el experimental, que hicieron uso del baño de inmersión. Los resultados demostraron que la inmersión en agua no modificó la duración del trabajo de parto y la frecuencia de las contracciones uterinas. Entre tanto, la duración de las contracciones fue estadísticamente menor en el grupo experimental.

Se concluye que el parto en el agua, es una alternativa para el confort de la mujer, durante el trabajo de parto, por ofrecer alivio a la parturienta, sin interferir en la progresión del parto y ocasionar perjuicios al recién-nacido.¹⁵

➤ Trauma perineal

Cuando se desarrolla un parto, en ocasiones suele ocurrir un desgarro de la zona perianal o en otras ocasiones es necesario realizar una incisión en el periné para facilitar la salida del feto. Esta incisión es llamada episiotomía.

El trauma perineal, se sabe que, en general, presenta una menor incidencia en los partos en agua, con más perinés intactos en las multíparas y la misma frecuencia de desgarro en las primíparas que dan a luz dentro o fuera del agua. Una de las ventajas más destacadas del parto en agua es el índice de episiotomías, que es del 0%.²

En un estudio reciente en Gessbuhler (2004) encontró que el trauma del periné se reduce al mínimo durante un parto en el agua: la episiotomía casi nunca se necesita, hay menos laceraciones perineales, y menos desgarros vaginales y labiales.³

Otro estudio compara la morbilidad y la mortalidad entre los partos en el agua y partos convencionales (nacimientos simples espontáneos en presentación cefálica, extracciones de vacío están excluidos) neonatal y maternal. Este estudio de observación que abarca nueve años se utilizaron cuestionarios estandarizados para documentar 9.518 nacimientos espontáneos únicos

presentación cefálica, de los cuales 3.617 fueron partos en el agua y 5.901 fueron partos convencionales.

Los resultados fueron que los partos convencionales muestran mayores tasas de episiotomías, así como el tercer y cuarto grado de laceraciones perineales.

Por tanto, podemos decir que los partos bajo el agua muestran una mayor tasa de nacimientos "sin lesiones", con primero y segundo grado de laceraciones perineales, desgarros vaginales y labial.⁸

Según otro estudio realizado a 6 mujeres de parto convencional y 6 de parto en agua obtuvimos en relación a los datos de las historias clínicas, que el 100% de las mujeres que dieron a luz en el agua no se les practicó episiotomía, mientras que al 50% de las que dieron a luz de forma convencional sí se les practicó. Como mencionamos anteriormente, este estudio presenta una muestra muy pequeña para ser suficientemente efectivo.¹³

En otro estudio de 2012, con una muestra de 207 mujeres con parto en agua y 204 de parto convencional (de las cuales 191 usaron epidural) obtenemos los siguientes resultados: los pacientes que tienen parto en el agua tenían menos requisitos para la inducción y la episiotomía, pero tenía más laceración perineal.¹⁴

Los resultados de otro estudio sobre el parto en el agua nos refleja que las mujeres que dieron a luz en el agua, muestran un perineo significativamente más intacto (54% frente a 15% de convencional) o simplemente un desgarro vaginal (15% frente a 19% de parto en cama) y la falta significativa de la episiotomía (0% frente a 19% en partos en una cama).

Lo que nos lleva a la conclusión de que un parto en el agua es beneficioso para el periné de la futura madre.¹⁶

Podemos hacer referencia a otro estudio tuvo como objetivo describir los resultados maternos y neonatales asociados con parto en el agua entre las mujeres que se consideran de complicaciones obstétricas de bajo riesgo y comparar estos resultados contra las mujeres de riesgo similar que tuvieron un parto convencional.

Se realizó en el hospital de Bankstown durante un período de 10 años (2000-2009). Participaron 438 mujeres en edad fértil fueron seleccionados para este estudio (219 en cada grupo). Mujeres primíparas representaron el 42% de la población estudiada. Podemos destacar que no hubo episiotomías realizadas en el grupo de parto en el agua, que fue significativamente diferente para el grupo de comparación. Se puede decir que este es el mayor estudio sobre parto en el agua en un ambiente australiano.¹⁷

➤ Test de Apgar en el recién nacido

El parto en el agua puede aportar beneficios tanto para la madre como para el feto, aunque no es una técnica que esté ausente de riesgos.⁴

Para comprobar el estado en el que nacen los bebés se les aplica el test de Apgar a todos los recién nacidos, que es un examen clínico tocológico, en donde el médico clínico o pediatra y matrona certificada realiza una prueba medida en 3 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos (y cada 5 minutos hasta los 20 minutos de nacido si la puntuación hasta los cinco minutos es inferior a siete).

La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Un recién nacido con una puntuación más baja al primer minuto que al quinto, obtiene unos resultados normales y no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte.¹⁸

Ilustración 5 Test de Apgar

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Color de la piel (Apariencia)	todo azul	extremidades azules	normal
Ritmo cardíaco (Pulso)	no posee	<100	>100
Reflejos e irritabilidad (Gesto)	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular (Actividad)	ninguna	alguna flexión	móvil activo
Respiración	ausente	débil o irregular	fuerte

Fuente: <http://blog.babytendence.com/utilidades/el-test-de-apgar>

Un estudio realizado sobre los nacimientos de los bebés bajo agua demostró que en la valoración del test de Apgar en los niños nacidos en el agua, el 83,3% dió como resultado un parámetro ideal, el 16,6% un parámetro normal y de los nacidos de forma convencional el 83,3% tuvieron un parámetro normal y el 16,6% un parámetro anormal.¹⁸

El parto en el agua tiene grandes beneficios para el bebé respecto a un parto convencional.¹³

En el estudio mencionado anteriormente de 2012, con una muestra de 207 mujeres con parto bajo el agua y 204 de parto convencional (de las cuales 191

uso epidural), obtenemos que la puntuación de Apgar para los bebés no fue comparable en ambos grupos. No hubo muertes neonatales. ¹⁴

Podemos destacar de un estudio realizado en Australia que compara partos en agua con partos convencionales, como información obtenemos que había más niños en el grupo de parto en el agua con una Apgar de 7 o poco menos a 1 minuto de nacer (en comparación con los nacimientos de tierra). Sin embargo, a los 5 minutos no hubo diferencia en Apgar entre los grupos. ¹⁷

- ***Iniciativa de partos en el agua en diferentes países:***

El movimiento global de EE.UU. en torno a la implantación del parto en agua en los hospitales va por detrás del europeo, aunque las comadronas que asisten partos en casa en EE.UU. han ofrecido el parto en agua desde mucho antes que las de Europa.

El Reino Unido ha contado para ello con el apoyo del gobierno, que ha financiado las investigaciones, así como estudios de la Cumberlege Report.²

Dianne Garland, habló en el ICM Brisbane, Congreso sobre el parto en el agua. Hay varios centros que han ganado el reconocimiento por su trabajo con los partos en el agua, incluyendo Ponette en Ostend, Bélgica; Enning en Mühlacker, Alemania; Korbei en Viena, Austria, y la Clínica St James en Malta.

En Suiza los partos en el agua tuvieron lugar desde 1991 y el pionero fue el Hospital de Frauenfeld. Por tanto el parto en el agua es un fenómeno continuo y renovado en mucho de los rincones del mundo.⁸

Si nos centramos en España podemos decir que hay pocos hospitales públicos o privados que presten la posibilidad de un parto en el agua. Entre los más destacados podemos mencionar En Granada el Hospital de San Cecilio que oferta un parto bajo el agua desde octubre de 2012, también podemos mencionar en Valencia el Hospital Acuario (privado), en Madrid en el hospital de Torrejón y en Tenerife.

También cabría decir, que no todos los países cuentan con los medios para un parto en el agua, para ello podemos basarnos en un estudio realizado en un país poco desarrollado como es Taiwan.

Este estudio tiene como objetivo explorar la experiencia de toma de decisiones de madres con respecto al parto en el agua. Se eligieron 9 madres que habían dado a luz en el agua con éxito en la clínica de matrona en el último año y una por una, se realizaron entrevistas cara a cara. Las herramientas de investigación incluyen una información básica a través de cuestionarios, una guía de entrevista semi-estructurada y abierta, y un grabador de audio para grabar las entrevistas enteras. El contenido de las entrevistas fue fielmente transcrito y analizado.

Cuatro conceptos principales concluyeron: La insatisfacción con los medios obstétricos existentes (se les pone tratamiento intravenoso, se les práctica

muchas cesáreas y deben hacer ayuno para estas cesáreas, utilizan fórceps para adelantar el trabajo y no practican relajación con la mujer).

Por otro lado la demostración de la autonomía (la mayoría de los hospitales no ofrecen alternativas de parto como puede ser el parto bajo el agua).

Otro punto destacado es la consideración de la actitud de los familiares (es importante el apoyo de los familiares, muchas mujeres tienen dudas sobre el trabajo de parto y tienen miedo sobre él).

Y por último el empleo de las estrategias para lograr los objetivos (la opinión del padre en Taiwan es tan importante como la de la madre, por lo que se deben poner de acuerdo los dos de cómo quieren que sea el parto).

El resultado de este estudio puede ayudar al personal de enfermería y el público comprender la experiencia de las mujeres de Taiwan de la toma de decisiones en la selección de un parto en el agua, y ayudar a la contemplación de los profesionales sanitarios de un cuidado de la salud con respecto a las técnicas obstétrica más humanizadas en los hospitales.¹⁹

Destacar que, Cuestiones de maternidad pone de relieve la importancia de proporcionar un mayor número de servicios prenatales flexible, diseñados en torno a las necesidades y opciones de las mujeres y sus parejas.

Lindsey (2006) expone que las matronas deben promover el parto en el agua como una ayuda para una forma de parir normal, en lugar de verlo como una moda o inusual elección. Ellas deben hablar sobre los beneficios.³

- ***Satisfacción de las mujeres con el parto en el agua.***

Actualmente nos encontramos en España en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basado en la evidencia científica, y dirigido a mejorar su participación y protagonismo. Por ello, resulta fundamental incorporar la perspectiva de las mujeres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos que son percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y que pueden ser mejorados.

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios. Sin embargo su medición puede ser dificultosa.

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo.

El parto en el agua implica relajación y calidez, y muchos sugerirán que también transmite feminidad y la sexualidad.

Hodnett describe como elementos más influyentes las expectativas personales de las gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, en especial con las matronas, y la participación de la mujer en la toma de decisiones.³

Las expectativas previa y la discrepancia con la experiencia vivida pueden afectar a la valoración que la mujer realice del parto, al igual que ocurre con el dolor y su manejo.

Se ha realizado un estudio para valorar una encuesta (Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) para medir el grado de satisfacción de las mujeres en el trabajo del parto y se utilizó el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada de la escala.

Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS), desarrollada en Estados Unidos, que consta de 34 ítems al principio que bajo una estructura multifactorial abarcan diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento. Esta escala se ha utilizado también en varios estudios en Gran Bretaña, Bélgica y Holanda.

Desarrollada originalmente en lengua inglesa, mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Se trata de un cuestionario autocumplimentado, que se administra a la mujer antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer, la pareja, el recién nacido, la matrona y el obstetra. Asimismo, contiene una subescala de valoración global de la experiencia. Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha que es el 1 hasta muy satisfecha que es el cinco, con un valor central neutro.

La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuanto más alta es la puntuación mayor es la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala.

Al traducirla al español se le ha añadido dos ítems más.⁹

Ilustración 6 Escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale

Factores escala adaptada
Factor I. Obstetra
1. La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
2. El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto
3. La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto
4. La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto
6. La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones

y la relajación en el parto
7. Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)
8. El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación
9. La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)
Factor II. Matrona
1. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto
2. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto
3. La actitud de la matrona en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
4. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto
5. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto
6. La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto
7. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)
8. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto
9. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)
10. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación
11. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?
12. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación
Factor III. Dilatación
1. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)
2. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación
3. Su experiencia global de la dilatación
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)
Factor IV. Expulsivo
1. Su experiencia global del expulsivo
2. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)
3. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo
4. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)
Factor V. Recién nacido
1. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé
2. El estado de salud de su bebé al nacer
3. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé
Factor VI. Acompañante y confort
1. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación

- | |
|---|
| 2. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo |
| 3. Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.) |
| 4. Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.) |

Fuente: Gionar M, Esperanza A. El parto sin violencia: un compromiso de vida. SHS. 2012; 7 (1): 1-18.

Para la validación se seleccionó una muestra de 325 mujeres que habían tenido un hijo sano mediante parto vaginal. La recogida de datos se realizó con un cuestionario autocumplimentado que incluía la escala adaptada, expectativas ante el parto y variables obstétricas y sociodemográficas.

Se valoró la fiabilidad en una submuestra de 45 mujeres que cumplimentaron de nuevo la escala a los 15-30 días. Se analizó la estructura factorial y la consistencia interna. Se evaluó la validez de concepto analizando la relación entre la satisfacción con la experiencia y el cumplimiento de las expectativas y preferencias en el manejo del dolor.

El resultado ha sido que la satisfacción con la experiencia del parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como en las que accedieron al método de alivio del dolor elegido.⁹

Waterbirth International ha realizado durante diez años un proyecto de investigación con mujeres que habían dado a luz en agua; una de las preguntas que se les hacía era si volvería a considerar dar a luz en agua. De las más de 1500 encuestas que se realizaron, sólo una mujer contestó que no; y dijo que era porque ya no quería más hijos.²

Perspectiva de las futuras madres con los profesionales sanitarios:

Para la mayoría de parejas, el nacimiento de su hijo es, tal vez, la experiencia más importante de su vida de familia. Tras nueve meses de ilusión, alegría, angustia y temor por el parto, ha llegado la hora; la pareja siente mezcla de sentimientos entre una gran alegría por ver a su hijo y una experiencia temerosa, por ello es muy importante que los profesionales sanitarios traten a las mujeres de la mejor manera posible.

Hasta hace 200 años todos los cuidados del parto eran humanizados y mantenía a la mujer en el centro y, en general, respetaban la naturaleza y la cultura. Hoy, en los países desarrollados normalmente hay servicios maternos medicalizados y se olvidan un poco de la importancia de la humanización.

Los profesionales que participan en un parto no deben olvidar la necesidad de informar a las mujeres e involucrarlas en los procesos de toma de decisiones relativas a las de su propia salud y la de sus recién nacidos y deben dejar elegir a las madres como es el modo en que quieren tener a su hijo, es decir, que tipo de parto prefieren, dentro de la variedad de tipos de parto la embarazada debería poder elegir un parto en el agua.²⁰

Una piscina de parto puede ofrecer a las parteras la oportunidad de desarrollar las habilidades necesarias para la atención centrada en la mujer, la mujer tiene un mayor control de su proceso y una estimulación positiva.¹

Un buen profesional debe ofrecer respeto, confidencialidad, no tener prejuicios ni agresiones hacia la cultura de la mujer. Debe ver el parto como un proceso fisiológico y no patológico y siempre permitir el acompañamiento de esa mujer por un familiar, ya sea su pareja u otra persona de confianza para ella.

Para una madre es muy importante el nacimiento de su hijo, por ello el profesional de la salud debería permitir a esa madre ser la primera en ver y tocar a su hijo y no quitárselo para examinarlo. Este hecho proporcionaría alivio a la mujer.

Los profesionales de la salud hacen daño sin proponérselo y, a veces, sin darse cuenta. La separación de la pareja, la ruptura del vínculo madre-hijo, son manifestaciones indeseables en la atención cotidiana del parto; la violencia no siempre es física puede ser moral, afectiva siendo mayor el perjuicio con este, pues perduran a través del tiempo, constituyendo un verdadero trauma; por esto el buscar un cambio, y este se debe dar en la modificación del modo de pensar y actuar.²⁰

2. Pregunta de investigación / Hipótesis

¿Están más satisfechas las mujeres que reciben un parto bajo el agua que las que tienen un parto en posición de litotomía?

3. Objetivos

➤ Objetivo general:

- Evaluar la satisfacción de las mujeres según el tipo de parto

➤ Objetivos secundarios:

- Conocer los factores que influyen en la satisfacción de las mujeres con su parto.
- Conocer los factores sociodemográficos que influyen en que la mujer esté más satisfecha con su parto.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica:

➤ Literaria

Se ha realizado una revisión literaria de los textos más relevantes en relación con las unidades de análisis planteadas para situar en un primer momento el contexto sociosanitario.

➤ En bases de datos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, actualizada a junio de 2013, en las bases de datos de Cuiden plus, Pubmed, MedLine, CINAHL, Cochrane plus, IME, ISOC y Scopus utilizando como fórmula de búsqueda “Waterbirth” AND “Midwife” para las internacionales, sin limitación en la fecha de publicación. Para las nacionales “parto en el agua” and “matronas”.

El objetivo perseguido era cuantificar, seleccionar, clasificar, y posteriormente analizar los distintos trabajos de investigación encontrados en dichas bases de datos, y así conocer la producción científica contrastada, que existe hasta el momento sobre el objeto de estudio.

Tipo y diseño general del estudio.

Nuestro trabajo es un estudio transversal de corte comparativo.

En primer lugar ofreceremos la posibilidad de un parto en el agua o en posición de litotomía según la preferencia de cada mujer.

Observaremos el estudio durante un periodo de 1 año, cogiendo datos de cada proceso, en este caso sería la satisfacción de la parturienta en el parto. Para ellos pasaremos un cuestionario (Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale) para comprobar la satisfacción de las madres con sus respectivos partos. El cuestionario ha sido validado por autoras españolas y traducido a español.¹³

Introduciremos a la mujeres que hayan elegido tener un parto en el agua, en la piscina de agua a una temperatura que no supere su temperatura corporal, se le introducirá cuando empiecen las contracciones y este de unos 5cm de dilatación. El nivel del agua será cubriéndoles la barriga. Mantendremos allí hasta la después de la fase expulsiva.

Para obtener esta información pasaremos el cuestionario, en el momento del postparto para que valore su nivel de satisfacción, tanto a las madres que tengan el parto en el agua como las que han tenido a su hijo de parto convencional.

Una vez pasado este año, ordenaremos los datos, sacando las conclusiones más relevantes de este estudio acerca de los dos grupos de estudio.

Contextualización del estudio

El estudio se va a realizar en el Hospital de Torrejón en Madrid que tuvo su puesta en marcha en 2001 en partos en el agua.

El Hospital de Torrejón es el primer centro sanitario público de la Comunidad de Madrid en incorporar a su cartera de servicios el parto en el agua, una técnica que se aplica en aquellos casos donde el riesgo es mínimo y en los que la madre rechaza la anestesia epidural, aprovechando el agua como analgésico.

Población y Muestra.

La población diana serían, pues, las mujeres embarazadas que van a realizar su parto en el hospital de Madrid.

➤ El tamaño de la muestra debe ser:

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Estos datos incluyen a las primíparas, no obstante se toma como valor de referencia los 4500 partos vaginales que se han asistido en un año en este hospital de Madrid. Se estimó una muestra de 335 parturientas teniendo en cuenta que:

- a) Hipótesis a dos colas, pues aunque el planteamiento de la hipótesis es unidireccional, para el cálculo del tamaño de la muestra es preferible plantearla a dos colas al ser una hipótesis más conservadora y disminuye el riesgo de cometer un error tipo I.
- b) Nivel de significación del 95%.
- c) Potencia de 0,8.
- d) Pérdida del 20%.

Los criterios de inclusión serán:

- Mujeres entre 18 a 40 años.
- Primíparas, entendiéndose como primíparas mujeres que no hayan tenido un parto vaginal anterior. Se admiten mujeres que tuvieron un parto anterior por cesárea

➤ Los criterios de exclusión serán:

- Posibilidad de peligro para ella o su futuro bebé.
- Problema de sensibilidad en los miembros inferiores.
- Parto múltiple
- Nacimiento de un hijo muerto
 - Los criterios de retirada serán:
- La mujer no termine su parto en el agua

Cronograma

CRONOGR AMA 2013	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C
Ayudas asignación de espacios												
Ayudas de movilidad												
Presentación del estudio												
Captación de la muestra												
Pasar consentimie nto informado												
Análisis de datos												
Difusión de datos												

Variables y/o Categorías

- Variable dependiente

Edad variable cuantitativa, que mediremos en intervalos entre 18 y 25, 26 y 30, 31 y 35, 36 y 40.

Nivel de estudios, variable cualitativa nominal, que mediremos entre primarios secundarios y universitarios.

Nacionalidad, variable cualitativa nominal.

Estado civil, variable cualitativa nominal, entre soltera, con pareja, casada, viuda o divorciada.

Episiotomía, variable cualitativa nominal dicotómica: Si o No.

Desgarros, variable cualitativa nominal.

Epidural, variable cualitativa nominal dicotómica: Sí o No.

Satisfacción con el parto que es una variable cuantitativa, para medirla pasaremos un cuestionario, que es una escala validada en español, Escala de Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale.

➤ Variables independiente

Tipo de parto: agua o posición de litotomía. Es una variable cualitativa nominal.

Análisis de datos

Los datos serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 17.0. En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de las variables, mostrando los valores en forma de frecuencias y porcentajes.

En segundo lugar, se medirá la homogeneidad de los grupos control y experimental en relación a las variables extrañas y en relación a las variables cuantitativas: edad.

En primera instancia se ha realizará la prueba de Kolmogorov-Smirnof para comprobar si seguía una distribución de curva normal. Con el mismo propósito y para variables cualitativas: tipo de parto, epidural, nacionalidad, nivel de estudios, estado civil episiotomías y desgarros.

Por último para verificar la hipótesis, se usará la prueba de contraste de Chi Cuadrado en el caso de variables cualitativas y ordinales; y para las cuantitativas en función de sus propiedades paramétricas, la U-Mann Whitney o la T-Student para muestras independientes.

5. Consideraciones éticas.

En todo momento se respetarán las normas de buena práctica clínica de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1964.

Una vez que se compruebe que la embarazada cumple todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión, antes de incluirla en el estudio se le pedirá su consentimiento informado para participar en él (ver anexo).

Previamente a otorgar su consentimiento, las mujeres serán informadas, tanto oral como por escrito, sobre lo que supondría su participación en el estudio y las posibles consecuencias.

La información dada recogerá el objetivo del estudio, las características básicas del diseño, que la mujer tiene derecho a abandonar el estudio en cualquier momento y el derecho a formular cuantas preguntas relacionadas con la investigación desee. Se emplearán términos sencillos y comprensibles para las pacientes y sus parejas, evitando el lenguaje académico o científico

El estudio ha sido evaluado por el comité ético del Hospital de Torrejón resultando aprobado, así como por el comité del Distrito Sanitario Madrid. Se adjunta documentación que lo acredita, (ver anexo).

Todos los datos recogidos de las pacientes para este estudio han sido tratado según la Ley de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) y siguiendo las normas de confidencialidad y anonimato establecidas.

6. Bibliografía (Vancouver)

1. Elizabeth R Cluett, Ethel Burns. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revision Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2009; 3.
2. Harper B. La única técnica creada por mujeres para mujeres. Rev obstare El mundo de la maternidad. 2002; 4: 24-30.
3. Benko A. Waterbirth: Is it a real choise. Midwifery matters. 2009; 122: 9.
4. Ditzel J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. Rev Chilena de obstetricia y ginecológica. 2003; 68 (1): 65-67.
5. González E, Rocha M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. 2005; (3): 203.
6. Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2007; 12(2): 117-124
7. Barranco JC. El efecto de la dilatación en el agua sobre la distocia de progresión. Rev Inquietudes. 2003; 33: 25-27.
8. Gessbühler V, Eberhard J. A comparative study a prospective study on more tan 2000 waterbiths. Rev Fetaldiagnosis and therapy. 2000; 15 (5): 291-300.
9. Pons R, Vilar C, Vilar S, Gil N, Fontestad L, Aguir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit. 2012; 26 (3): 236-42.
10. Pérez C, Roldas AG, Luarte ME, Villatoro G. Complicaciones obstétricas y transmisión vertical en el embarazo de la mujer VIH seropositiva en el hospital Roosevelt, Guatemala, durante un año. La gaceta de infectología y microbiología clínica latinoamericana. 2012; 1: 43.
11. Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ºed. Madrid, Real Academia Española.
12. Ayestarán M, Gea L, Gordon A, Arruabarrena E, Otaño L, Aguirre A et al. Anexo 2 Escalas para medir el dolor. En: Infantes Campos A, director/coordinador. Guía de prácticas clínica sobre cuidados paliativos. 1º ed. País Vasco: Eusko Jourlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. 2008; P. 216-226.

13. Martínez L, Pina I, Rodríguez B. Estudio comparativo de los beneficios del parto en el agua. *Educare*. 2007; 21: 37.
14. Mollamhnutoglu L. The effects os immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*. 2012; 2: 13.
15. Da Silva FM, Vasconcelas de Oliveira SM. El efecto de la inmersión en la duración del trabajo del parto. *Rev Esc Enferm*. 2006; 40 (1): 57-62.
16. Riquet S. Waterbirth, an option for parturients in a level 1 maternity in payerne. *Revue Sage-Femme*. 2009; 11(2): 105-113.
17. Menkaya O, Albayati S, Vella E, Fenwich J, Angstetra D. A retrospective comparison of wáter birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women and birth*. 2012; 1: 1-5.
18. Salvo H, Flores J, Alarcón J, Nachar R, Paredes A. Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos. *Revista chilena de pediatría*. 2007; 78(3): 253-260.
19. Chia-Jung W, Ve-Lin C. The decision- making experience of mothers selecting waterbirth. *J Nursing Research*. 2003; 11 (4).
20. Gionar M, Esperanza A. El parto sin violencia: un compromiso de vida. *SHS*. 2012; 7 (1): 1-18.
21. Tsai SN. An alternative labor and delivery method-waterbirth. *Baby-mother*. 2002; 305: 40-46.

7. ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza: Comparar la satisfacción de las mujeres que tienen un parto en el agua respecto a las que tienen un parto en posición de litotomía.

Importancia: Los partos en el agua puede ser una forma alternativa para que las mujeres puedan dar a luz

Implicaciones para la embarazada gestante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

8. ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Yo (Nombre y Apellidos):.....

• He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).

• He podido hacer preguntas sobre el estudio. Estudio comparativo de la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto en agua y un parto convencional.

• He recibido suficiente información sobre el estudio, Estudio comparativo de la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto en agua y un parto convencional.

He hablado con el profesional sanitario informador:.....

• Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

• Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

• Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado Parto en el agua: Impacto materno y neonatales.

Firma del paciente

Nombre y apellidos:.....

Fecha:

Firma del profesional (o representante legal en su caso) sanitario informador.

Nombre y apellidos:

Fecha:

