



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

Cómo citar este documento

Rámila Gómez, María; Gil Vázquez, Laura; Rodríguez Santana, María. Importancia del acompañamiento continuo en cesáreas programadas: ansiedad materna. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0919.php>

**“IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO EN CESÁREAS
PROGRAMADAS: ANSIEDAD MATERNA”**

Autoras:

María Rámila Gómez; Laura Gil Vázquez; María Rodríguez Santana.

2016

Correo:

mariamila2@hotmail.com

Protocolo de Investigación Fin de Residencia Enfermería Obstétrico-
Ginecológica (Matrona)

Unidad Docente del Hospital de Valme

ÍNDICE:

	Nº
	Páginas
Resumen	3
1. Antecedentes y estado actual del tema de investigación	5
1.1. Introducción	5
1.2. Justificación	7
1.3. Humanización del parto, de la atención.	7
1.4. Ley, derecho al acompañamiento	9
1.5. Ansiedad y perjuicios de ésta	10
1.6. Beneficios del acompañamiento	10
1.7. Opinión, deseos, maternos y paternos. Satisfacción	11
1.8. ¿Qué implica una cesárea?	13
2. Hipótesis	15
3. Objetivos	15
4. Metodología	15
4.1. Diseño metodológico	15
4.2. Sujetos de estudio	16
4.3. Ámbito de estudio	16
4.4. Variables de estudio	17
4.5. Recolección de los datos	18
4.6. Análisis de los datos	19
4.7. Limitaciones del estudio	20
5. Consideraciones éticas	20
6. Cronograma y recursos	21
Bibliografía	22
Anexos	26

RESUMEN:

El parto es una experiencia inolvidable para la mujer. Si es positiva está relacionada con niveles altos de confianza, lo que fortalece el vínculo madre-hijo, afianza el desempeño del nuevo rol, favorece el éxito de una lactancia eficaz y define las expectativas ante posibles próximos partos e incluso modifica las relaciones entre la pareja. El apoyo continuo durante el parto debe ser la norma, en lugar que la excepción.

Este estudio permite la actualización de los profesionales de la salud que trabajan en maternidad, sobre los beneficios del acompañamiento en la cesárea electiva, con el propósito de dar la bienvenida a estas personas y fomentar su participación durante el proceso del nacimiento.

Objetivo: Evaluar la modificación del nivel de ansiedad. Metodología: Estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado, con metodología cuantitativa. Se identificarán dos grupos: un grupo control en el que el acompañante esperará fuera del paritorio (quirófano) durante la realización de la cesárea, y un grupo experimental en el que el acompañante se mantendrá presente durante ésta. El estudio se va a realizar en el Hospital Virgen de Valme (Sevilla, Andalucía).

En ambos grupos se obtendrán los datos de la mujer a través de varias entrevistas: antes de la cesárea (se medirá la ansiedad, STAI), en el periodo de postparto inmediato (cuestionario de satisfacción tipo Likert) y durante su estancia en la planta (la mayoría recolección de datos de la historia clínica). El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico IBM SPSS 23.0 para Windows.

ABSTRACT:

Childbirth is an unforgettable experience for women. If positive is related to high levels of trust, which strengthens the mother-child bond, enhances the performance of the new role, it promotes the success of effective breastfeeding and sets expectations for possible next births and even modifies the relationship between the couple. Continuous support during labor should be the norm rather than the exception.

This study allows updating of health professionals working in maternity, the benefits of elective caesarean accompaniment, in order to welcome these people and encourage their participation during the birth process.

Objective: To evaluate the change in the level of anxiety. Methodology: Experimental study of randomized clinical trial type, with quantitative methodology. Two groups were identified: a control group in which the companion will wait outside the delivery room (OR) for performing caesarean section, and an experimental group in which the companion will remain present during this. The study will be performed at the Hospital Virgen de Valme (Seville, Andalusia).

In both groups the data of women through various interviews will be delivered: before caesarean section (anxiety, STAI be measured) in the immediate

postpartum period (questionnaire Likert satisfaction) and during his stay in the plant (most data gathering medical history). The data analysis will be done with the statistical program SPSS 23.0 for Windows.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción:

El parto es uno de los temas clave en la vida psicosexual de una mujer.(1) Es un proceso fisiológico universal influido por factores psicológicos (alegría, satisfacción, orgullo, miedo, ansiedad, distanciamiento (2)), emocionales (memorias traumáticas) y sociales. La experiencia de parto es única, compleja y multidimensional, estrechamente relacionada con el nacimiento de un bebé sano y es un proceso físico y mental que culmina con la adopción del rol de madre.(1)(3)(4)

El parto es una experiencia inolvidable para la mujer.(5) La mezcla específica de experiencias individuales varía, afectadas por factores y contextos tales como la dinámica de la relación con el cuidador, la cantidad de dolor percibido, la naturaleza del apoyo recibido, experiencia previa, el proceso de trabajo y el resultado.(6)

Si es positiva está relacionada con niveles altos de confianza, lo que fortalece el vínculo madre-hijo, afianza el desempeño del nuevo rol, favorece el éxito de una lactancia eficaz y mantenida y define las expectativas ante posibles próximos partos e incluso modifica las relaciones entre la pareja.(3) Si es catalogada como negativa, puede inducir a la depresión postparto, al estrés postraumático, a problemas de pareja o familiares, llegando incluso a afectar a futuras decisiones reproductivas, incluyendo, una preferencia por una cesárea para futuros nacimientos.(5)(6)(7)(8)

El parto se vive como una experiencia de tensiones intensas que se produce en un lugar incómodo y con un alto grado de imprevisibilidad. Puede que no se cumpla sus expectativas (parto eutócico, ambiente tranquilo, falta de complicaciones, elegir el método para paliar el dolor que desea, acompañamiento durante todo el proceso...). Varios métodos han sido propuestos para reducir el nivel de ansiedad y el dolor del parto. Estos incluyen educación para el parto, métodos no farmacológicos y farmacológicos de alivio del dolor, la musicoterapia, el apoyo de las matronas y otras personas significativas.(9)(10)

Ofrecer apoyo empático y continuo durante el trabajo de parto es comprobadamente útil y debe ser proporcionado a las parturientas. Es un trabajo que puede ser plenamente desempeñado por los acompañantes.(11)

En relación al acompañamiento, aquellas mujeres que lo estuvieron durante el parto, quedaron mucho más satisfechas que las que estuvieron solas. La importancia que han otorgado a poder estar acompañada es 4,94 de puntuación media sobre 5.00.(12)

Con respecto a las cesáreas: En Andalucía, para el periodo de 2007 a 2009, de un total de 293.558 nacimientos, 72.802 fueron por cesárea (24,8%).(13)

Hospital de Valme (Tasa de frecuentación por 10.000 habitantes):

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Partos Totales	3.638	2.692	3.444	3.558	3.511	3.551	3.292	3.238	3.341	3.267	3.390	3.489	3.771	3.695	3.994	3.735	3.381
Cesáreas	448	328	419	468	504	536	549	667	721	683	613	757	845	760	799	735	719
% Cesáreas	12,31	12,18	12,17	13,15	14,35	15,09	16,68	20,60	21,58	20,91	18,08	21,70	22,41	20,57	20,00	19,70	21,30

Nº Cesárea 2011: 660 20,1%; Nº Cesárea 2012: 655 21,3%
 Nº Cesárea 2013: 633 21,3%; Nº Cesárea 2014: 673 23,3% (14)(15)

En España, el porcentaje de cesáreas ha pasado del 15% al 25% en veinte años, aunque durante los últimos cinco años se ha estancado gracias a la concienciación de los Servicios de Salud.(16)

Las tasas de cesáreas recomendadas por distintas asociaciones son: OMS 15%(17) (Aunque según el artículo publicado en Diciembre de 2015, un análisis de los datos de la OMS de los Estados miembros sugiere que una tasa de cesárea de aproximadamente el 19% se asoció con niveles óptimos de la mortalidad materna y neonatal. Los resultados sugieren que las tasas actuales recomendadas pueden ser demasiado bajas (18)); INSALUD 17,6%; ICS 17%; SEGO 16%; AS ASGO 15% (19), pero estos rangos parecen improbables de mantener actualmente en los países occidentales, con la incorporación del parto podálico en la indicación de cesárea programada.

En nuestro medio hay un gran porcentaje de fallos de inducción y de no progresiones, siendo recomendable mantenerlos en menos del 5% de las cesáreas; la desproporción cefalopélvica (DCP) es la causa más frecuente y el riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) no debe exceder del 15%.(16)

Actualmente el porcentaje en España es de entre 20%-25% en los hospitales públicos y un 36% en los privados, alejándose bastante de las recomendaciones de las distintas asociaciones.(19)(20)

Un artículo original publicado en Science Daily, aporta que la experiencia de la cesárea vivida por la madre, va a estar muy influida por el apoyo y soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato. De ahí, la incorporación del acompañante (generalmente el padre), como soporte continuo, apoyo emocional y físico.(21)

Un ensayo controlado de Chan y Paterson, demuestra que los padres de hijos nacidos por cesárea, que han estado presentes y han colaborado en algún cuidado temprano o en contacto piel con piel, sienten un efecto emocional positivamente mayor, fortalecen el vínculo padre/hijo, participan más activamente en el cuidado y se encuentran más satisfechos con dicha relación que los padres de hijos nacidos vaginalmente.(22)

Potencialmente se estima que las madres, al estar acompañadas, se sienten más seguras y se manejan mejor con el recién nacido, equiparándose a las madres que han tenido un parto vaginal, de manera que la cesárea no sea una barrera para que la madre y su hijo puedan estar juntos en el inicio de su vida.(21)

En Princesa Margaret Hospital (PMH), Swindon, Reino Unido, más del 90% de las cesáreas electivas, se realiza bajo anestesia regional y, en la gran mayoría, la mujer está acompañada por su pareja.(23)

El concepto de paternidad actual abandona el papel tradicional del padre ausente y reclama un modelo en el que los hijos adquieren un mayor protagonismo en su vida, como una necesidad de relación mutua y en consonancia y reciprocidad con la madre. Está pues justificado no impedir a los padres continuar con su labor de colaboradores y protectores de su pareja antes, durante y después del nacimiento.(24)

Hoy en día, está surgiendo una nueva tendencia en la atención hospitalaria al parto, empujada por los datos obtenidos de investigaciones científicas, y por el reclamo de mujeres y asociaciones que desean un trato más humano.(25)(26)

1.2. Justificación:

En consecuencia, este estudio permite la actualización del personal de enfermería y otros profesionales de la salud que trabajan en maternidad, sobre los beneficios del acompañamiento, con el propósito de permitir a los profesionales dar la bienvenida a estas personas y fomentar su participación durante el proceso del nacimiento.

El apoyo continuo durante el parto debe ser la norma, en lugar que la excepción. Los hospitales deben permitir y fomentar en las mujeres el tener un compañero de su elección durante el trabajo de parto y nacimiento, y deben implementar programas para ofrecer continuo apoyo durante la cesárea.

Tanto las instituciones como el personal deben adaptar las normas y actitudes para favorecer el acompañamiento y atender las demandas de la población.

Por tanto, nuestras razones para que el acompañante esté presente son: proporcionar apoyo emocional, disminuir la ansiedad, compartir un evento familiar e intentar hacer la experiencia de la cesárea lo más parecida posible al nacimiento vaginal.

1.3. Humanización del parto, de la atención:

La presencia del acompañante en el embarazo y el parto fue visto como una forma de humanización del nacimiento medicalizado, de reducir el miedo y proporcionar un mayor apoyo para las mujeres (27), aportándole confianza y seguridad.(5)

“Humanizar el Nacimiento” significa poner a la mujer en el centro y en el control como el sujeto de sus acciones y participar activamente en las decisiones sobre su propio cuidado. Por lo tanto, el personal actúa como facilitador en el proceso (5), siendo la matrona el profesional que brinda el apoyo social continuo a las mujeres.(26)

El concepto actual de la atención de la embarazada no sólo implica la vigilancia estrictamente médica, sino que también considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, respetando las pautas culturales y asesorando acerca de los derechos y deberes de las mujeres en la atención del embarazo y parto.(28)

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento, caracterizado por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología en los países desarrollados. Presentó recomendaciones en las que se resaltaba la importancia de respetar el curso normal de dichos procesos, limitando las intervenciones a casos respaldados por la evidencia científica (desterrar el uso del: rasurado del periné, enemas, amniorrexis, administración innecesaria de oxitocina o uso indiscriminado de episiotomías.), y respetando el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, sensible a sus necesidades y expectativas (Parto saludable).(3)(29)(30)

En 1996, la OMS publicó un documento titulado “Humanización del Parto”, mencionando la enfermera obstétrica como un profesional cualificado para vigilar el trabajo de parto, el nacimiento y cooperar con la humanización de este proceso. Este documento sugiere cambios sustanciales en la práctica de la partería, en el que la madre debe adoptar un enfoque participativo, así como miembros de la familia deben estar presentes en todo el proceso. Una mujer en trabajo de parto debe obtener la información necesaria para prevenir y controlar la ansiedad y el miedo, para garantizar su salud y la del recién nacido.(1)(11)

En España estas recomendaciones han tenido una incorporación lenta. La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto, lejos de aumentar la seguridad, ocasiona yatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial.

No es sencillo este avance desde la asistencia tradicional (con un fuerte arraigo en determinados colectivos), hasta la que actualmente proponen la OMS y el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y reclaman muchas organizaciones de mujeres, como Dona Llum, El Parto es Nuestro o el Proyecto Materna.

En 2007, el Consejo Interterritorial del SNS puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal. Al amparo de ésta, algunos hospitales españoles implantaron vías clínicas (VC) de atención al parto normal, y la Consejería de Sanidad de Galicia publicó la Guía técnica del proceso de atención al parto normal y puerperio (diciembre de 2008).

Las VC pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica. En España han aparecido en los últimos 15 años. (28)(29)(31)

Todo esto lleva implícito grandes cambios tanto en los profesionales, en las instituciones como en la ciudadanía. (Política Nacional de Humanización de la Atención al Trabajo y Nacimiento).(3)(10)

La presencia de la Matrona en la escena del nacimiento, debe ser sensible a la disposición paterna, ser estimulante y permitir una participación real del padre en el parto.(10)

Hoy en día con el proceso de “humanización del parto” en las maternidades de España se permite que la mujer esté acompañada por la persona elegida por ella.(8)(32)

1.4. Ley, derecho al acompañamiento:

En el parto eutócico el acompañamiento es un derecho, ya que se encuentra avalado por diversos decretos y sociedades científicas. Ya en 1985, La Organización Mundial para la Salud (OMS) en la “Declaración de Fortaleza” recoge que para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal (42). Posteriormente, en el 2001, la OMS publica “Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal” y cita que durante el periodo expulsivo una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo (32). Así mismo, por parte del Sistema Nacional de Salud, en el documento “Estrategia de actuación al parto normal” en el que participan diversas sociedades científicas entre las que se encuentran: la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación Española de Matronas y la Comisión Nacional de Especialistas en Ginecología y Obstetricia se contempla, en la parte del acompañamiento durante el proceso de parto, el permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo, así como a promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.(25)(31)

En el BOE núm 18. 2008 viene reflejado: Involucrar a la pareja de forma activa en el proceso del nacimiento y la crianza:

- a) En partos de bajo riesgo, las parejas estarán presentes en el momento del parto de común acuerdo y en función de la posición que la mujer haya elegido para parir.
- b) Las parejas podrán realizar el contacto piel con piel con su hijo/a tras el parto en caso de que no sea posible realizar contacto piel con piel con la madre o cuando ambos decidan que esto sea así.
- c) En cesáreas de bajo riesgo, las parejas que así lo deseen, acompañarán a las mujeres durante todo el proceso.
- d) Se fomentará y respetará el derecho de los padres y el derecho del recién nacido que precise ingreso en los Servicios de Neonatología de permanecer con sus hijos todo el tiempo que así lo deseen dando lugar a las Unidades neonatales abiertas a los padres. Se respetará con ello, el derecho del recién nacido ingresado a estar acompañado por sus padres.
- e) Para todo ello será necesario mejorar los recursos que se tienen disponibles para las madres y sus parejas haciendo su estancia confortable.(33)

Sobre los Derechos de la madre el BOJA 101/1995 dice:
A estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto, parto y postparto, salvo causa suficientemente justificada.(34)

El Plan de parto y nacimiento del MSSSI refiere: En el Parto instrumental o cesárea, si el proceso de parto se complica, o se requiere intervención desde el inicio por una causa justificada, se respetarán siempre el resto de buenas prácticas que facilitan el óptimo estado de salud de madre y bebé, tales como el acompañamiento continuado, la intimidad, o el contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento.(35)

La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la Atención al Parto normal con Evidencia A, recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.(36)

1.5. Ansiedad y perjuicios de ésta:

El miedo al parto está relacionado con depresión, vulnerabilidad, falta de apoyo social, desconocimiento, falta de confianza en el equipo de salud y una experiencia de parto previa negativa.(3)

A la luz de la literatura consultada parece ser que el miedo mantiene activo el sistema simpático, impide la relajación y la distensión de los músculos circulares de la boca del útero, produciendo el movimiento espástico o espasmódico del útero, lo que se considera una disfunción de la fisiología natural y normal del parto. Y es que el dolor está relacionado con el trinomio miedo-tensión-dolor y lo define como un síndrome de naturaleza vegetativa.(10)(37)

El miedo al parto puede aumentar el riesgo de parto complicado y cesárea de emergencia. A su vez, la experiencia del parto traumático o un parto complicado aumenta el riesgo de trastorno de estrés postraumático.(38)

Hemos de saber que la ansiedad (miedo no resuelto/estado de alerta) durante el parto se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), la hormona del estrés, que, a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, originando un retraso en el progreso del parto.(39)

Asimismo, las catecolaminas, al estimular la vasoconstricción, reducen la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal, dando patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar.(12)(39)

En caso de cesárea u otra intervención quirúrgica, la respuesta de estrés deprime el sistema inmunológico a través de la hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario, incrementando la vulnerabilidad a enfermedades y, consecuentemente, aumentando el riesgo de complicaciones posquirúrgicas.(40)

Una de las mayores dificultades de realización de la cesárea con anestesia general es la ansiedad de la madre. Esto conduce a una taquicardia e hipertensión, pudiendo agravar la preeclampsia en el caso de ser pre-existente.(41)

1.6. Beneficios del acompañamiento:

El acompañante tendrá un papel importante en el sentido de control de la mujer durante el parto. Por este motivo, es de vital importancia elegir a conciencia quién va a ser la persona que esté ahí en ese momento.(3)

Recientemente se ha llevado a cabo una importante revisión sistemática en Cochrane (revisión exhaustiva se incluyeron 16 estudios clínicos y se analizaron a 13391 mujeres) sobre este tema, en donde quedan reafirmados los beneficios del apoyo personalizado continuo para las mujeres durante el parto.(39)

Con esta revisión y otros artículos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Las encuestas recientes ponen de relieve que la vigilancia de la parturienta por un miembro de la familia durante el parto contribuye al bienestar físico y emocional de esta mujer. La presencia del compañero proporciona el apoyo emocional que la mujer necesita para vivir este momento, ofreciendo comodidad y aliento, lo que permite reducir los sentimientos de soledad, los niveles de ansiedad y estrés causados por la vulnerabilidad de la mujer y otros factores, como el dolor durante el parto, miedo en relación a las cosas por venir, ambiente desconocido y contactar con personas desconocidas.

El apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto, también ayuda a elevar la autoestima de la mujer. Esa atención ayuda a aliviar el dolor y la tensión, para alcanzar la puntuación de Apgar a los 5 minutos superior a 7; para reducir el tiempo de parto; la reducción de las complicaciones; el número de cesáreas y el uso de analgesia y oxitocina (8)(24)(26)(39), lo que ofrece tranquilidad y seguridad a la mujer parturienta y contribuye a la reducción del riesgo de depresión posparto.(23)(42)

El acompañamiento de la pareja hace que la mujer se sienta más relajada, tenga mejor autocontrol y una mejor comprensión y colaboración de las indicaciones que la matrona le va proporcionando sobre respiración, pujos, etc. También produce aumento del índice de inicio de la lactancia materna y prolongación exclusiva de ésta a las 4-6 semanas del alumbramiento.(11)(12)(32)

Los efectos positivos fueron más significativos cuando el apoyo se brindó desde el inicio del trabajo de parto, y cuando el apoyo personalizado era dado por una persona ajena al hospital.(8)

Por todo ello, los profesionales deberíamos tener en cuenta la importancia del acompañamiento de la pareja en la gestación, el parto y el posparto, fomentarlo y continuarlo en la crianza, e incorporarlo a nuestra práctica diaria.

Aún hoy en día, a menudo se tienen dificultades para saber cómo tratar esta situación de forma correcta por parte de los profesionales, ya que el acompañante no es ni un paciente ni un visitante. Debemos esforzarnos por proporcionales su lugar y darles apoyo, como una parte más que es del proceso.(24)

1.7. Opinión, deseos, maternos y paternos. Satisfacción:

PATERNOS:

Según el estudio publicado en Midwifery, los padres desearían estar involucrados para poder tener una buena relación con su pareja durante el parto. Esto también fue definido por Draper (2002), que llamaba a esta conexión “ser parte de la pareja trabajadora”. El padre se siente responsable de la ayuda y la protección de su pareja durante el parto. Los padres quieren tener información continua acerca de lo que está pasando, por qué y lo que pueden hacer para ayudar a su pareja en las diferentes etapas de trabajo. Aumentando con ello su sentimiento de participación y que no se sientan excluidos e indefensos.(43)

Según el artículo de Hildingsson, Haines, Johansson, Rubertsson y Fenwick (2014) ser padre era a la vez “maravilloso y angustiante”. Además para algunos hombres el embarazo y las expectativas posteriores alrededor de asistir al parto y el nacimiento generan altos niveles de ansiedad y miedo (13%). Puede ser, que al igual que las mujeres, el miedo al parto en futuros padres está estrechamente asociado con la ansiedad, y a su vez, relacionados con bajos niveles de autoeficacia o confianza.(27)

En el estudio de I. Díaz: El 94% (299) de los acompañantes piensan que las gestantes necesitan compañía. El 91% (289) cree que el acompañante ideal es la pareja y el 90% (287) no cree necesaria la presencia de más acompañantes. Habían decidido el acompañamiento antes del ingreso un 96% (306) de éstos. El 73% (232) manifestó que siempre lo deseó, el 22% (70) que asistió al parto por complacer a la gestante y el 3% (11) porque se vio obligado por ésta. Opinaron que los principales cometidos de los acompañantes son: acompañar 36% (115), tranquilizar 12% (39) y ayudar a la gestante 9,4% (30). El 89% (274) refirió la vivencia del parto como agradable. El 31%(98) de acompañantes se sintieron nerviosos, el 28% (86) preocupados, el 21%(67) tranquilos y el 19%(59) serenos.(26)

Se puede considerar, en el estudio de Ana M^a Cosvoski (2009), que los hombres, independientemente de su edad, nivel educativo y estado civil, quieren participar, estar presente en el nacimiento de sus hijos, sin importar el número de hijos y el tipo de parto. Cuando el hombre tiene la oportunidad de experimentar el proceso de nacimiento, valora mucho a su esposa, pues este proceso exige a la mujer un gran esfuerzo y dedicación.(24)(44)

MATERNOS:

En España se han realizado varios estudios cualitativos sobre el grado de satisfacción de las mujeres, siendo mayor cuando están acompañadas en el parto.

La mayoría de las mujeres (97%) consideró que necesitaba/deseaba estar acompañada, el 95% decidió antes del ingreso la persona que les acompañaría durante este proceso y, por lo general, es la pareja (94%) (8)(26)(28); por la necesidad de compartir la experiencia y reforzar los lazos afectivos entre ellos.

También para que éste sea testigo del nacimiento y tenga un contacto temprano con el bebé, fortaleciendo el lazo afectivo con éste y sintiéndose más comprometido en su cuidado, crianza y protección.(12)

En concreto, en el estudio realizado en el hospital Cabueñes de Gijón, sobre el acompañamiento en el parto: Si tuvieran otro parto el 99% (317) elegiría al mismo acompañante.

El 87% (286) no desearía la presencia de más acompañantes y un 7% (22) desearía la presencia de la madre. La presencia del acompañante fue importante para el 99% (318); el 50% (162) de las gestantes no cree necesaria una preparación previa del acompañante.

Las gestantes opinan que los principales cometidos de los acompañantes son los de apoyar 42% (137), ayudar 9,1% (30) y tranquilizar 10,6% (35). El 56% (185) de las gestantes manifestó que tenía miedo al parto.(26)(45)

En otro de estos estudios, llevado a cabo en el hospital Materno Infantil "Ramón Sardá", de las mujeres que manifestaron su deseo de estar acompañadas, 173 (53,5%, IC 95% 48-59) logró ese objetivo, mientras que el resto (46,5%) ingresaron a sala de partos sin acompañante.(28)

Uno de los factores más citados fue la importancia atribuida a la participación masculina en el proceso nacimiento, deseada por la mujer, ya que seis de siete encuestados informaron que su participación se produce por la solicitud de su esposa, y ésta después del nacimiento, le informó de que su presencia era de "fundamental importancia".

En definitiva, para ambos padres la experiencia es positiva, les supone gran satisfacción y calidad percibida en cuanto a su vivencia del parto, y el acompañante se siente útil y de ayuda a sus respectivas parejas. (12)

1.8. ¿Qué implica una Cesárea?

La situación del parto no espontáneo (ya sea partos vaginales instrumentales o cesárea), se ve acompañada en numerosas ocasiones de intervenciones inmediatas que dejan poco margen para que la mujer y su pareja asimilen lo que está sucediendo, la falta de entendimiento relativo a la situación, unido al escaso tiempo para informar claramente de la situación urgente, lleva a una falta de control en la toma de decisiones.(7)

Debemos tener en consideración las circunstancias especiales que rodean a los nacimientos por cesárea, en estos casos la paciente se encuentra en el quirófano, siendo este entorno percibido como más frío, y existiendo un menor contacto con el personal de enfermería. Estos elementos pueden facilitar que la mujer asocie estos aspectos, además del sentimiento de frustración por no haber podido tener un parto vaginal, con la falta de cuidado necesario para conseguir que el nacimiento se produjese de la mejor manera posible por parte del profesional, y en definitiva, generando una vivencia negativa de la experiencia de parto (7) y estresante. Esto puede tener un efecto adverso sobre el desarrollo de sentimientos de confianza, competencia, adaptación a la maternidad, el establecimiento de la lactancia materna e incluso el riesgo de aumentar la depresión postparto.(21)

Además, la cesárea, así como algunos partos vaginales instrumentales justificados por una pérdida de bienestar fetal, implican una separación neonatal. El contacto piel con piel inicial favorece una relación afectiva mayor. La madre tiene una experiencia más placentera del nacimiento y de su bebé.(7) Y la no entrada en quirófano del acompañante crea más desorientación y menos satisfacción a la embarazada.(46)

La resistencia a la presencia del padre, como un compañero de la mujer, para apoyar en el proceso de nacimiento es a menudo visto como una persona que puede perturbar la unidad de trabajo y actuar como supervisor del equipo médico y no como alguien que puede aportar apoyo y consuelo a la madre; además esto es, sin el consentimiento materno.(47)

Actualmente, este apoyo realizado por la persona elegida por la gestante en el parto eutócico, es un hecho y un derecho, pero no ocurre lo mismo en los partos distócicos o instrumentales.(32)

Hoy en día, en las cesáreas, una vez terminado el proceso, los padres pueden participar del nacimiento de su hijo, a través del CPP que facilita el comportamiento de búsqueda en las primeras horas de vida antes de mamar. El desarrollo de la valoración de los reflejos innatos tales como movimientos de boca o reflejo de succión, es similar a la de aquellos niños que han tenido contacto piel con piel con la madre, “esto hace que el niño se prepare para su primera toma cuando esté en contacto con la madre, en contraposición con el cuidado convencional en la que el niño se encuentra en cuna durante las primeras dos horas después de nacer” dice Erlandsson.(21)

Con respecto a la asistencia del padre a la cesárea, el Hospital 12 de Octubre de Madrid, según un artículo de “El Mundo” de abril de 2009, va a permitir la presencia dentro del quirófano del padre o cualquier otra persona que la mujer determine durante la realización de este procedimiento quirúrgico y se va a implicar a dicha persona en el cuidado del recién nacido. El artículo comenta que este proyecto es impulsado por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Federación de Asociaciones de Matronas de España y el Observatorio de la Mujer, que abogan por la atención natural al parto en las maternidades de los hospitales públicos, debido al elevado número de cesáreas registradas en los últimos años.(12)

Según los resultados de un estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre sobre la cesárea humanizada:

Del total de cesáreas realizadas, en el 36,3% se permitió la entrada del acompañante. El acompañante estuvo presente en el 69,4% de las cesáreas programadas y en el 23,3% de las urgentes ($p < 0,01$). El 98,2% de las mujeres que estuvieron acompañadas consideraron que esto les sirvió de apoyo.

Pudo ver el nacimiento de su hijo el 30,1% de las mujeres, siendo esta cifra del 48,1% en cesáreas con acompañante y del 19,7%, si no estaba presente el mismo ($p < 0,01$). Al 98,9% del total de pacientes le resultó agradable. Del 69,9% de mujeres que no pudieron ver el nacimiento de su hijo, le hubiera gustado verlo al 79,1%.

El contacto piel con piel se realizó en el 43,6% del total de cesáreas; en el 79,8% si fueron programadas y en el 29,4% de las urgentes ($p < 0,01$). En el

85,2% de las cesáreas con acompañante se realizó piel con piel. En el caso de las cesáreas programadas y con acompañante, esta cifra era del 91,4%.(48)

Se registró una cifra de 89,7% de puerperios dentro de la normalidad, con una media de 3,73 días de ingreso. El 94,2% de las mujeres con una cesárea con acompañante tuvieron un puerperio normal, frente al 87,2% de cesáreas sin acompañante ($p = 0,69$).

En un 6,8% de las cesáreas la estancia de las pacientes se vio prolongada por el ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología, no encontrando diferencias estadísticamente significativas según la realización o no del piel con piel (5,7% vs. 7,7%; $p = 0,63$) o según la entrada o no del acompañante (5,6% vs. 8,7%; $p = 0,35$). (48)

Concluyeron destacando que esta estrategia de mejora no se relaciona con una mayor morbilidad materna o neonatal y, sin embargo, implica una mayor satisfacción y mejor percepción del acto quirúrgico que supone la cesárea.(48)

El acompañamiento del padre en el parto por cesárea no ha sido claramente definido. En la preparación al parto no se habla, normalmente de este tema, por lo que los padres pueden sentirse inseguros, aunque sí más concienciados, de los cuidados tempranos del recién nacido y deseosos de estar implicados.(21)

2. HIPÓTESIS:

El acompañamiento durante la cesárea (programada/electiva) disminuye el nivel de ansiedad, aumenta la satisfacción de la parturienta y mejora los resultados obstétricos-perinatales. Son datos importantes para implantar un protocolo de acompañamiento y humanizar la cesárea.

3. OBJETIVOS:

General:

Evaluar la modificación del nivel de ansiedad.

Específicos:

- * Analizar el nivel de satisfacción de las mujeres a las que se realiza una cesárea con o sin acompañante.
- * Valorar los resultados obstétricos-perinatales entre un grupo de mujeres con acompañante y otro sin.
- * Construir y analizar la fiabilidad de un cuestionario para conocer el nivel de satisfacción de las mujeres y su acompañante.
- * Intentar mejorar la experiencia del parto (cesárea) para la mujer.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Se trata de un estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado, con metodología cuantitativa a través de dos cuestionarios y recogida de datos.

Se identificarán dos grupos: un grupo control en el que el acompañante esperará fuera del paritorio (quirófano) durante la realización de la cesárea, y un grupo experimental en el que el acompañante se mantendrá presente durante ésta.

4.2. Sujetos de estudio

Gestantes mayores de 18 años, a las que se les va a realizar una cesárea (programada/electiva) en el Hospital Virgen de Valme y cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño muestral:

Para detectar una diferencia estimada de 6 unidades en la medición de la ansiedad con la escala STAI entre los dos grupos de gestantes (sin/con acompañamiento en el parto), se considera una variabilidad de 10 unidades común a ambos grupos, un error α del 5%, una potencia del 80% y una pérdida esperada del 5%, resultando un tamaño mínimo necesario de 48 gestantes por grupo, 96 en total. El cálculo se realiza con el programa nQuery Advisor.

Aleatorización y técnica de muestreo:

La muestra de 96 gestantes se selecciona mediante muestreo intencional tras el cumplimiento de los criterios de inclusión y, posteriormente, se realiza una asignación aleatoria por bloques a los dos grupos de estudio. Para llevar a cabo esta aleatorización, se utiliza el programa 'Muestreo y Asignaciones Aleatorias' de Glaxo Smith Kline.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- a) Criterios de inclusión:
 - Gestantes de 18 años o más.
 - Gestantes que acuden para someterse a una cesárea programada o electiva.
 - Gestantes a la que se le va a realizar una cesárea y tengan pareja u acompañante.
 - Gestación a término (entre las semanas 37 y 42).
 - Gestación única.
 - Gestante que haya firmado del consentimiento informado.

- b) Criterios de exclusión:
 - Menores de 18 años.
 - Gestantes a las que se le realiza una cesárea urgente.

- Gestantes a las que se le realiza una cesárea con anestesia general.
- Gestantes que no quieran participar en el estudio.
- Gestantes a las que ya se le ha realizado una cesárea anteriormente.
- Gestantes que no tienen acompañante.
- Gestantes, en las que se produce un rechazo del acompañante a participar en el estudio.
- Problemas de comunicación y/o colaboración.

4.3. Ámbito de estudio

El estudio se va a realizar en el Hospital Virgen de Valme situado en la provincia de Sevilla, Andalucía. Presta asistencia sanitaria a una población de unos 400.000 habitantes.(49)

En 2014 se atendieron un total de 2.887 partos, cesáreas 673, de las cuales 213 fueron programadas.

Depende del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Pertenece al Área hospitalaria sur de Sevilla y da cobertura a lo Distrito Sevilla-Sur. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.(49)

4.4. Variables de estudio

Variables Sociodemográficas			
Nombre		Tipo	Valores de la variable
ID	Nº cuestionario	Cuantitativa discreta	Número
NHC	Hª Clínica de gestante	Cuantitativa discreta	Número
V1	Edad gestante	Cuantitativa discreta	Años
V2	Edad acompañante	Cuantitativa discreta	Años
V3	Nivel de Estudios gestante	Cualitativa ordinal	Sin estudios, Primarios, Secundarios, Universitarios
V4	Nivel de Estudios acompañante	Cualitativa ordinal	Sin estudios, Primarios, Secundarios, Universitarios
V5	Estado Civil gestante	Cualitativa nominal	Con pareja, Soltera, Separada/divorciada, Viuda, N/C

Variables Dependientes Obstétricas			
Nombre		Tipo	Valores de la variable
V6	Paridad	Cualitativa ordinal	Primípara, Secundípara, Multípara (≥3)
V7	Motivo de la cesárea	Cualitativa Nominal	Enfermedad materna, Enfermedad del RN, Posición del RN, Otros.
V8	Estancia media	Cuantitativa discreta	Días
V9	Infección durante la estancia	Cualitativa nominal	SÍ, NO

V10	Instauración lactancia materna al alta	Cualitativa nominal	SÍ, NO
-----	--	---------------------	--------

Variables Dependientes Perinatales			
Nombre		Tipo	Valores de la variable
V11	Test de Apgar al minuto	Cualitativa ordinal	0-3, 4-6, 7-10
V12	Test de Apgar a los 5min.	Cualitativa ordinal	0-3, 4-6, 7-10
V13	pH de arteria umbilical fetal	Cuantitativa discreta	Número
V14	Ingreso en UCIN	Cualitativa nominal	SÍ, NO

Variables Dependientes medidas a través de escalas/cuestionarios (Principales)			
Nombre		Tipo	Valores de la variable
V15	Ansiedad Estado (Escala STAI A-E).	Cuantitativa discreta	0-60
V16	Ansiedad Rasgo (Escala STAI A-R).	Cuantitativa discreta	0-60
V17	Satisfacción de la gestante	Cuantitativa discreta	9-45
V18	Satisfacción del acompañante	Cuantitativa discreta	8-40

Variable Independiente	
Nombre	Valores de la variable
Intervención del estudio: Participación/Entrada del acompañante en la cesárea (quirófano).	SÍ (Grupo experimental), No (Grupo control)

4.5. Recolección de los datos

En primer lugar, se procederá a la presentación del protocolo a la dirección del hospital y a los jefes de los servicios implicados en el estudio (Ginecología-obstetricia, Pediatría, Anestesia y equipo quirúrgico); y se solicitará su permiso para la realización.

La captación de mujeres se hará en la consulta de Fisiopatología fetal (FPF) y/o urgencia ginecológica-obstétrica (Paritorio) del hospital de Valme, el día en que acude para la realización de la cesárea. Serán elegidas para el estudio, todas las mujeres a las que se le vaya a realizar una cesárea programada o electiva, que cumplan los criterios de inclusión y que se encuentren dentro del periodo elegido para realizar la investigación.

Una vez la mujer es seleccionada, la matrona investigadora o del equipo colaborador informará a la paciente y su acompañante del propósito del estudio solicitando su participación en el mismo y garantizando la confidencialidad de los datos. Para ello se le entregará el consentimiento informado (Anexo 1), que

incluye información del estudio, agradeciendo su colaboración en el mismo. El material informativo entregado será complementado por la explicación oral ofrecida por la matrona con el objetivo de aclarar dudas que le puedan surgir tanto a la gestante como a su acompañante.

Tras firmar el consentimiento informado, la gestante será asignada al grupo control (ausencia del acompañante) o al experimental (presencia del mismo) siguiendo la técnica de aleatorización elegida para este estudio.

* *Método de recogida de datos* (instrumentos de medida):

En ambos grupos de estudio (control y experimental) se obtendrán los datos de la mujer a través de varias entrevistas en los siguientes momentos temporales: antes de la realización de la cesárea, en el periodo de postparto inmediato (primeras 24h después del nacimiento) y durante su estancia en la planta (la mayoría recolección de datos de la historia clínica). En dichas entrevistas se pasarán diversos cuestionarios/escalas estructurados para la valoración de las diferentes variables.

Para obtener los datos del acompañante se realizará una única entrevista durante el periodo de postparto inmediato.

Primera entrevista, antes de la realización de la cesárea: se llevará a cabo por la matrona en el antequirófano. Se valorará el nivel de ansiedad a través de la escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (Anexo 2 y 3). Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican cómo se siente la persona habitualmente.

Se compone de 40 ítems: 20 para la evaluación ansiedad estado, teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = un poco y 2= bastante, 3= mucho; y 20 para la ansiedad rasgo, teniendo en cuenta que 0= casi nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= casi siempre. La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-60, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad.

Segunda entrevista, durante el periodo de postparto inmediato: se realizará por una matrona, en planta cuando el recién nacido, madre y acompañante estén juntos. En este periodo la mujer y el acompañante cumplimentarán, cada uno, un cuestionario estructurado elaborado por el investigador (Anexo 4, Anexo 5 y Anexo 6) para la obtención de las variables socio-demográficas (edad, nivel estudios y estado civil materno) y el nivel de satisfacción en relación al proceso del parto mediante una escala tipo Likert, en la que las respuestas oscilan de 1 a 5, donde: 1= muy insatisfecho/a, 2= insatisfecho/a, 3= ni satisfecho/a ni insatisfecho/a, 4 = satisfecho/a y 5= muy satisfecho/a. Se compone de 9 ítems para el cuestionario materno, la puntuación oscilaría de 9-45; y 8 ítems para el del acompañante, donde oscilaría de 8-40.

Tercera fase, durante el puerperio clínico (desde el final del puerperio inmediato hasta el momento de recibir el alta hospitalaria de 2 a 4 días aproximadamente), antes del alta: se efectuará por otra matrona. Se recogerán

los datos obstétricos (paridad, motivo de la cesárea, estancia media, infección durante la estancia) y perinatales (Test de Apgar al minuto y a los 5min, el pH fetal y el ingreso en UCIN) de la historia clínica y se entrevistará a la mujer para la valoración del dato: Instauración de la lactancia al alta (Anexo 7).

Plan de actuación (Anexo 8)

Los datos serán almacenados en una base de datos Excel creada para este estudio.

4.6. Análisis de los datos

Tras una primera inspección estadística de los datos para detectar y corregir errores de entrada en la base, se describen los mismos según los dos grupos en estudio. Las variables cuantitativas se resumen con medias y desviaciones típicas o medianas y percentiles 25 y 75 en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Inmediatamente después, se realiza un análisis de comparabilidad inicial entre los dos grupos según intervalos de edad, sexo y paridad. Para analizar las asociaciones entre variables cualitativas se realizan tablas de contingencia y se aplica la prueba Chi-Cuadrado o bien los métodos no asintóticos de la prueba de Montecarlo y la prueba Exacta. Asimismo, para estudiar diferencias en promedio de parámetros numéricos entre los dos grupos, se utiliza la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales. Las diferencias de medias significativas se cuantifican con intervalos de confianza al 95% y, en caso de no normalidad, las diferencias entre medianas con intervalos de confianza de Hodges-Lehman al 95%. El análisis de los datos se realiza con el programa estadístico IBM SPSS 23.0 para Windows.

4.7. Limitaciones del estudio

* En este estudio, no se tienen en cuenta las cesáreas urgentes, ni por fallo de inducción ni por fallo de progresión, habría que replicar el estudio en esos casos.

* No conformidad de los profesionales con el estudio.

Arraigo en las actuaciones/técnicas llevadas a cabo desde siempre.

5. **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Para la realización del estudio se solicitará autorización al Hospital Virgen de Valme, así mismo, se solicitará al Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital la aprobación del estudio en base a los aspectos metodológicos, éticos y legales del mismo, así como al balance de riesgos/beneficios del mismo.

Es necesaria la firma del consentimiento informado, haciendo alusión a la protección de la intimidad y estricta confidencialidad de los datos, así como la información verbal complementaria facilitada por parte del equipo investigador para que las mujeres decidan de modo autónomo sobre su participación en el estudio y de su derecho a abandonarlo en cualquier

momento sin que ello repercuta sobre su tratamiento personal. Todo ello para proteger el principio de Autonomía del paciente:

*Ley 41/2002, de la Autonomía del Paciente, reflejado en los artículos 2, 7 y 16.

*Ley 14/1986, General de Sanidad, reflejado en los artículos 6, 61 y 68.

*Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo/1655/2006, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal.

Así mismo, los datos obtenidos serán tratados de modo confidencial en base a la legislación española vigente atendiendo a la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El estudio se regirá por las normas éticas para los trabajos de investigación biomédica con seres humanos que son contempladas en La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), y posteriormente revisadas en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989) Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002) y Seúl (2008). Igualmente, se acogerá a los principios éticos básicos recogidos en el Informe Belmont (1978): respeto a las personas, beneficencia y justicia.

6. CRONOGRAMA Y RECURSOS:

ANUALIDAD	Actividad
Enero	Revisión bibliográfica
Febrero	
Marzo	Permisos y consentimientos/ Realización del formulario
Abril	Captación de usuarias para el estudio
Mayo	Desarrollo de la intervención
Junio	Seguimiento de la muestra
Julio	Recogida de datos
Agosto	Creación y depuración de la base de datos
Septiembre	Análisis estadístico
Octubre	Discusión de los resultados
Noviembre	Conclusiones
Diciembre	Presentación del trabajo

Recursos:

HUMANOS

- Matronas.
- Profesionales de apoyo a la investigación: Tocólogos, anestesiistas y equipo de quirófano.
- Estadístico/a.

MATERIALES

- Ordenadores (que se encuentran en el Bloque Obstétrico y planta de obstetricia, al que tenemos acceso todo el personal que participa en el proyecto) impresora y folios.
- Pijamas verdes, mascarillas, calzas y gorros.
- Servidor web, programa estación clínica y diraya.

OTROS

- Salas de reuniones para los talleres informativos del personal sanitario que participa en el estudio.
- Profesionales de la planta de obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davim RMB, Amorim ATC, Araújo VKS, Severiano RCC. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [Consultado 29 Abril 2015]; 9 (56): 61-66. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=84223413006>
2. Valderrama Martínez A, Ontiveros Martín C, López Córdoba M. Necesidades en paritorio de una gestante con una experiencia obstétrica previa negativa. *Evidentia*. 2012 [consultado 3 Marzo 2015]; 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7935.php>
3. González Zubizarreta R. Monografía sobre las emociones en el parto. *Nuberos Científica*. 2013; 2(8): 22-28.
4. Larkin P, Begley CM, Devane D. 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*. 2012; 28: 98-105.
5. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Brasileira Enfermería*. 2011; 64(1): 60-5.
6. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009; 25: 49-59.
7. Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Investigación* [Internet]. 2013 [consultado 2 Marzo 2015]; 10(63). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE6_3_original_satisparto.pdf
8. Linares Cano JN, Cubillas Rodríguez I. ¿Influye el apoyo continuo durante el trabajo de parto en los resultados obstétricos y en la satisfacción de la mujer respecto al apoyo intermitente?. *Fundación Index* [Internet]. 2011 [consultado 2 Marzo 2015]; 5 (14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/037d.php>
9. Cheung W, Yim W, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*. 2007; 23: 123-130.
10. Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Abreu SM. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(3):474-481.
11. De Souza Pinto CM, Komura Hoga LA. Implanting an insertion project concerning significant family company during labor: professional experiences. *Ciencia y Enfermería*. 2004; 10 (1): 57-66.
12. Márquez Carrasco M^a A. Revisión sobre el acompañamiento en el proceso de parto. *Hygía de Enfermería*. 2011; 77: 31-35.
13. Márquez-Calderón S, Ruiz-Ramos M, Juárez S, Libroero López J. Frecuencia de la cesárea en Andalucía: Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2011 [consultado 12 Diciembre 2015]; 85(2): 205-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200008&lng=es

14. Hospital de Valme. Memoria 2010 [Internet]. Área hospitalaria de Valme. Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2011 [consultado 12 Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.agssursevilla.org/memorias/memoria10/interactivoValme2010.html>
15. Hospital de Valme. Memoria 2014 [Internet]. Área hospitalaria de Valme. Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2015 [consultado 12 Diciembre 2015]. Disponible en: http://www.agssursevilla.org/memorias/Memoria2014/Memoria2014AGS_SurSevilla_v2.pdf
16. Borrego Pastor R, Lara Dominguez M, Marin Martin E, Pineda Reyes B, Nieto Pascual L, López Jiménez A. VALORACIÓN DE NUESTRAS TASAS DE CESÁREAS. PROPUESTAS DE MEJORA [Internet]. 31 Congreso Nacional SEGO Sevilla; 2011[consultado 29 Octubre 2015]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/CONGRESO_SEVILLA_2011/POSTER_S/942.pdf
17. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7
18. Medscape Medical. Com [Internet]. Nueva York: WebMD; 1994 [actualizado Enero 2016; consultado 15 Enero 2016]. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/855283?src=wnl_tp10n_160115_mscpedit_ous&impID=955617
19. Cobo Aguilar D. Estrategias para disminuir la tasa de cesáreas en nuestro medio [Internet]. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; 2011 [consultado 29 Octubre 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_estrategias_disminuir_cesareas.pdf
20. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2013 [consultado 29 Octubre 2015]; 27(3):258-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n3/original_breve2.pdf
21. Rodríguez R. Contacto piel con piel madre/hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la lactancia materna exclusiva. *Reduca* [Internet]. 2011 [consultado 5 Octubre 2015]; 3 (3): 234-256. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/743/760>
22. Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery?. *J Obstet Gynaecol*. 2002;(1):11-5.
23. Taylor IR, Bullough AS, Van Hamel JCM, Campbell DNC. Partner anxiety prior to elective Caesarean section under regional anaesthesia. *Anaesthesia*. 2002; 57: 584-605.
24. Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof*. 2014; 15(4): 1-6.
25. Torres Fuentes AM, Quesada Porcel MJ, Villalba Merchán OA. Protocolo de acogida a la familia en el área de partos. *NURE Investigación*

- [Internet]. 2013 [consultado 12 Octubre 2015]; 10(67): 1-8. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NUR_E67_protocolo_acogida.pdf
26. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2004; 5 (16): 25-31.
 27. Hildingsson I, Haines H, Johansson M, Rubertsson C, Fenwick J. Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. *Midwifery.* 2014; 30: 248-254.
 28. Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic MP, Llompard V, San Martín ME. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* [Internet]. 2010 [consultado 5 Octubre 2015]; 29(3): 108-112. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91214812003>
 29. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009; 10 (2): 5-11.
 30. OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* [Internet]. 1985 [consultado 27 Octubre 2015]; 2: 436-437. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
 31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud [Internet]. Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [consultado 27 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
 32. Morláns Lanau M. El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. *Reduca* [Internet]. 2011 [consultado 5 Octubre 2015]; 3 (3): 176-206. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/740/755>
 33. España. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común [Internet]. *Boletín Oficial del Estado.* 21 Enero 2008; 18: 4255-4257 [consultado 15 Octubre 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/01/21/pdfs/A04255-04257.pdf>
 34. Andalucía. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía [Internet]. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.* 4 Julio 1998; 74: 8302-8315 [consultado 2 Noviembre 2015]. Disponible en: http://ws003.juntadeandalucia.es/docs/ayuda/norma_LEY_2_1998_DE_15_06_1998.pdf
 35. Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Plan de Parto y Nacimiento. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012 [consultado 15 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
 36. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan

- de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). 2010 [consultado 15 Octubre 2015]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
37. González Segura R, Benayas Péres N, Huertas Pérez M, Sánchez Gómez A, Valero Soto MC. Efectos de la ansiedad en el trabajo de parto. *Parainfo Digital* [Internet]. 2013 [consultado 4 Marzo 2015]; 7(19): 1-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/237d.php>
 38. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2009; 25: 1-9.
 39. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 10: CD003766.
 40. Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz F, Torres MD, García F, Blanco G et al. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(3): 133-137.
 41. Robinson N. Partners should be allowed to stay in the operating theatre during caesarean section under general anaesthesia. *Int J Obstet Anesth*. 2004; 13: 251-256.
 42. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery* 2014; 18(2): 262-269.
 43. Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. 2011; 27: 67-73.
 44. Cosvoski Alexandre AM, Martins M. A vivencia do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(2): 324-331.
 45. Ascargorta Eriz L, Carro Balboa B, Fuertes Hinarejos M, Montava Pascual E. Miedo al parto. *Metas de Enferm*. 2011; 14(4): 20-25.
 46. 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*. 2013; 28(3): 920-926.
 47. Gonçalves Caires TL; Muniz da Costa Vargens O. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de género e poder. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; 7: 159-168.
 48. Tessier España E, Camaño Gutiérrez I, García Burguillo A, Hernández García JM, Vellido Cotelo R, De la Hera Lázaro C, Oliver Pérez MR. Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol*. 2013; 56(2): 73-78.
 49. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. org [Internet]. Sevilla: Joomla; 2009 [actualizado Febrero 2016; consultado 18 Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.agssursevilla.org/agsss/>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ID: NHC:

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, le rogamos lea atentamente la siguiente información.

Es importante que usted entienda los principios generales que se aplican a todos los pacientes que toman parte en el estudio:

- * La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- * El beneficio personal puede no alcanzarse, pero se pueden obtener conocimientos científicos que pueden beneficiar a otros.
- * Si no desea participar en este estudio, su decisión no repercutirá en sus cuidados habituales.
- * Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- * Si decide retirarse, continuara atendiéndosele en la unidad con los mejores medios disponibles.
- * Los objetivos del estudio, riesgos, inconvenientes, molestias o cualquier otra información sobre el estudio que usted requiera le será facilitada por el investigador responsable, para darle la oportunidad de tomar la decisión de participar o no en el mismo.

Le invitamos a participar en una investigación. Por favor lea atentamente la información proporcionada a continuación.

Influencia del acompañamiento continuo en la ansiedad de las mujeres sometidas a cesárea electiva.

¿Cuáles son los antecedentes y el propósito de la investigación?

El resultado positivo de la evaluación de este estudio, permitirá diseñar un protocolo de acompañamiento en la cesárea, en el que el acompañante, podrá estar presente durante todo el proceso del nacimiento del bebé permitiendo proporcionar apoyo emocional, disminuir la ansiedad, aumentar la satisfacción y compartir un evento familiar. Podrá suponer un avance hacia la humanización de la cesárea, intentando hacer la experiencia de la cesárea lo más parecida posible al parto vaginal.

¿Qué tengo que hacer?

Si decide participar en este estudio se le asignará aleatoriamente a uno de los dos grupos. En un grupo de mujeres la atención recibida durante el proceso del nacimiento (cesárea) será la atención habitual (acompañamiento continuo desde el ingreso al alta excepto en quirófano). En otro grupo de mujeres a la atención habitual recibida, se le sumará la entrada en quirófano del acompañante.

Método de recogida de datos:

En ambos grupos de estudio (control y experimental) se obtendrán los datos a través de varias entrevistas en los siguientes momentos temporales:

- 1- Antes de la realización de la cesárea: Se valorará el nivel de ansiedad de la madre a través de la escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI.
- 2- En el periodo de postparto inmediato (primeras 24h después del nacimiento): En la planta, la mujer y el acompañante cumplimentarán, cada uno, un cuestionario estructurado para la obtención de las variables socio-demográficas (edad, nivel estudios y estado civil materno) y el nivel de satisfacción en relación al proceso del parto mediante una escala tipo Likert.
- 3- Durante su estancia en la planta, en el puerperio clínico (desde el final del puerperio inmediato hasta el momento de recibir el alta hospitalaria de 2 a 4 días aproximadamente): Se recogerán datos obstétricos y perinatales de su historia clínica y se le preguntará para la valoración del dato: Instauración de la lactancia al alta.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios, riesgos y molestias por participar?

Riesgo de infección propio de un proceso quirúrgico.

Malestar del equipo quirúrgico en caso de comportamiento inadecuado del acompañante.

¿Cuáles son los posibles beneficios por participar?

Disminuir su ansiedad. Mejorar su satisfacción y la de su acompañante con la atención recibida y la calidad de los cuidados.

¿Cómo se usaran mis datos personales?

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/199 de Protección de datos de carácter personal y del RD 994/99 de Medidas de Seguridad al firmar este consentimiento, accede a que los investigadores del proyecto recojan y procesen datos personales, incluidos los siguientes:

La identidad de los pacientes es confidencial y sólo será conocida por el investigador principal y sus colaboradores, por lo que toda la información del estudio se almacenara con las suficientes garantías. Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados exclusivamente para obtener conclusiones científicas. Los datos personales y de la historia clínica se usaran para fines de administración y realización del estudio, investigación y análisis estadístico. Los resultados pueden publicarse en la literatura científica, aunque no se revelara su identidad.

Tiene derecho a pedir información sobre cualquier dato que el equipo investigador tenga sobre usted. También tiene derecho a que se corrija cualquier inexactitud en sus datos personales.

¿Con quién debería contactar si necesito más información o si necesito ayuda?

Con María Rámila, Matrona Residente, Hospital Universitario Virgen de Valme.

Después de haber leído el consentimiento pertinente, solicito que mi acompañante: _____, con DNI: _____, pueda estar presente en el acto quirúrgico y poder permanecer con mi hijo, piel con piel.

Manifestamos que estamos satisfechos con la información recibida y que, en estas condiciones, CONSIENTO que mi acompañante esté presente en la cesárea (en quirófano) y poder realizar el contacto piel con piel con nuestro hijo.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

“Importancia del acompañamiento continuo en cesáreas programadas: ansiedad materna”

Yo,.....(Nombre y Apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:.....(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera.
- 2) Sin tener que dar explicaciones.
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Autorizo que mis datos del estudio, así como los datos necesarios recogidos de mi historia clínica y en la historia clínica de mi recién nacido sean procesados y revisados como se describe en el consentimiento.

He recibido una copia firmada de este consentimiento informado.

Firma del participante:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del investigador:

Fecha

ANEXO 2

ESCALA STAI (SPIELBERGER 1983): ANSIEDAD ESTADO A-E

FECHA: ID: NHC:

Lea cada frase y señale con una cruz la puntuación del 0 al 3 que indique mejor como se SIENTE Vd. AHORA MISMO:

0	1	2	3
Nada	Un poco	Bastante	Mucho

	0	1	2	3
1. Me siento calmada				
2. Me siento segura				
3. Estoy tensa				
4. Estoy contrariada				
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)				
6. Me siento alterada				
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansada				
9. Me siento angustiada				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí misma				
12. Me siento nerviosa				
13. Estoy desasosegada				
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)				
15. Estoy relajada				
16. Me siento satisfecha				
17. Estoy preocupada				
18. Me siento aturdida y sobreexcitada				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

ANEXO 3

ESCALA STAI (SPIELBERGER 1983): ANSIEDAD RASGO A-R

FECHA: ID: NHC:

Lea cada frase y señale la puntuación del 0 al 3 que indique mejor como se SIENTE Vd. EN GENERAL:

0	1	2	3
No se siente CASI NUNCA así	Se siente A VECES así	Se siente A MENUDO	Se siente CASI SIEMPRE así

	0	1	2	3
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansada				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con todas ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí misma				
33. Me siento segura				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólica)				
36. Estoy satisfecha				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre preocupaciones y asuntos actuales, me pongo tensa y agitada				

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A CUMPLIMENTAR POR LA MUJER SIN ACOMPAÑANTE

FECHA: ID: NHC: *Edad:

Redondee la respuesta:

*Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios
Universitarios

*Estado Civil: Con pareja Soltera Separada/Divorciada Viuda
N/C.

* Escala de satisfacción tipo Likert: Marque con una cruz el valor que mejor refleje su opinión en cada una de las cuestiones que se plantean, teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha

AFIRMACIONES	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Respecto al nivel de satisfacción global en relación a la cesárea, usted se ha sentido:					
2. Al realizarse una cesárea en vez de un parto vaginal, usted se ha sentido:					
3. En relación al grado de satisfacción con respecto a las expectativas previas a la cesárea, usted se ha sentido:					
4. En el momento del nacimiento de su hijo/a: Señale su nivel de satisfacción:					
5. En el momento del nacimiento de su hijo/a: Si el acompañante hubiera podido ser su pareja, su nivel de satisfacción sería:					
6. Si el acompañante hubiera podido ser otra persona, su grado de satisfacción sería:					
7. La satisfacción acerca de la atención recibida por parte del personal sanitario del paritorio ha sido:					
8. El nivel de satisfacción relativa a la infraestructura del quirófano ha sido:					
9. La satisfacción global respecto al acompañamiento durante el proceso del nacimiento ha sido:					

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A CUMPLIMENTAR POR LA MUJER ACOMPAÑADA

FECHA: ID: NHC: *Edad:

Redondee la respuesta:

*Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios
Universitarios

*Estado Civil: Con pareja Soltera Separada/Divorciada Viuda
N/C.

* Escala de satisfacción tipo Likert: Marque con una cruz el valor que mejor refleje su opinión en cada una de las cuestiones que se plantean, teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha

AFIRMACIONES	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Respecto al nivel de satisfacción global en relación a la cesárea, usted se ha sentido:					
2. Al realizarse una cesárea en vez de un parto vaginal, usted se ha sentido:					
3. En relación al grado de satisfacción con respecto a las expectativas previas a la cesárea, usted se ha sentido:					
4. En el momento del nacimiento de su hijo: Señale su nivel de satisfacción:					
5. Conteste si usted ha estado acompañada por su pareja en el momento del nacimiento de su hijo/a: Indique su grado de satisfacción:					
6. Conteste si usted ha estado acompañada por otra persona en el momento del nacimiento de su hijo/a: Indique su grado de satisfacción:					
7. Con respecto al papel (funciones/apoyo) del acompañante. Indique su grado de satisfacción:					
8. La satisfacción acerca de la atención recibida por parte del personal sanitario del paritorio ha sido:					
9. El nivel de satisfacción relativa a la infraestructura del quirófano ha sido:					
10. La satisfacción global respecto al acompañamiento durante el proceso del nacimiento ha sido:					

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A CUMPLIMENTAR POR EL/LA ACOMPAÑANTE

FECHA: ID: NHC: *Edad:

Redondee la respuesta:

*Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios
Universitarios

* Escala de satisfacción tipo Likert: Marque con una cruz el valor que mejor refleje su opinión en cada una de las cuestiones que se plantean, teniendo en cuenta que:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a

AFIRMACIONES	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Respecto al nivel de satisfacción global en relación a la cesárea, usted se ha sentido:					
2. Al realizarle a la gestante una cesárea en vez de un parto vaginal, usted se ha sentido:					
3. En relación al grado de satisfacción con respecto a las expectativas previas a la cesárea, usted se ha sentido:					
4. Conteste si usted ha estado acompañando a la gestante en la cesárea: Señale el nivel de satisfacción durante ese momento:					
5. Conteste si usted ha estado acompañando a la gestante en la cesárea: Con respecto a su papel en la cesárea, usted se ha sentido:					
6. Conteste si usted NO ha estado acompañando a la gestante en la cesárea: Señale el nivel de satisfacción durante ese momento:					
7. Conteste si usted NO ha estado acompañando a la gestante en la cesárea: Si pudiera haberlo hecho, cómo se hubiera sentido:					
8. La satisfacción acerca de la atención recibida por parte del personal sanitario del paritorio ha sido:					
9. El nivel de satisfacción relativa a la infraestructura del quirófano ha sido:					
10. La satisfacción global respecto al acompañamiento durante el proceso del nacimiento ha sido:					

ANEXO 7

DATOS MATERNOS Y NEONATALES A RECOGER DE LA HISTORIA CLÍNICA:

FECHA:

ID:

NHC:

Marque con una cruz la respuesta:

- Paridad: Primípara Secundípara Multípara(≥ 3)
- Motivo de la cesárea: Enfermedad materna Enfermedad del RN
Posición del RN Otros
- Estancia media: ____ días.
- Infección durante la estancia: SÍ NO
- Test de Apgar al minuto: 0-3 4-6 7-10
- Test de Apgar a los 5min: 0-3 4-6 7-10
- pH de arteria umbilical fetal: ____
- Ingreso en UCIN: SÍ NO

DATO A RECOGER DE LA ENTREVISTA CON LA MADRE:

- Instauración lactancia materna al alta: SÍ NO

ANEXO 8

PLAN DE ACTUACIÓN:

La presencia del acompañante en la sala quirúrgica implica la colaboración por parte de todo el equipo de quirófano, anestesia y obstetricia.

En el momento del ingreso:

La paciente ingresará en la planta de maternidad, acompañada en todo momento.

Ante quirófano:

Cesárea sin acompañante: éste permanecerá en la sala de espera.

Cesárea con acompañante: Durante la aplicación de la anestesia, éste permanecerá en el área pre-quirúrgica, donde la matrona/auxiliar de paritorio le dará pijama verde, calzas, gorro y mascarilla, que se colocará y no se lo quitará hasta que se lo digan; allí permanecerá hasta que se haya realizado la punción y la auxiliar de quirófano le avise.

El acompañante permanecerá sentado al lado de la madre garantizando la no invasión del campo quirúrgico, no podrá levantarse sin indicación previa. No debe interferir en el acto quirúrgico. Acatará todas las indicaciones de los profesionales. Si incumple alguno de estos criterios y el personal lo ve necesario, deberá abandonar el quirófano y esperará fuera del paritorio.

Extracción del feto:

El cirujano le mostrará el recién nacido a la madre y se lo ofrecerá a la matrona. Ésta lo recibirá con guantes y paño estériles y se lo llevará al pediatra para su primera valoración. Tras ésta, se le realizarán los cuidados iniciales al neonato: maniobras de estabilización inicial, secado, peso y pulsera identificativa. Si el estado de la madre es óptimo, la matrona lo colocará en su hemiabdomen superior o en el tórax. Si no se puede, se invitará al acompañante a cogerlo y a realizar el contacto piel con piel.

Se animará al acompañante para que ayude a la madre. Durante este tiempo, la matrona estará presente y evaluará (respiración, aleteo nasal, color, tono) si el estado del recién nacido permite continuar el contacto piel con piel, hasta la finalización del acto quirúrgico, siempre que la actividad asistencial lo permita, en caso de que no se pueda supervisar los progresos de la madre y el niño, el recién nacido será puesto en contacto piel con piel con el acompañante y serán llevados a la sala de postparto hasta que la madre sea trasladada del Servicio de Reanimación a la planta de maternidad, donde se encontrarán.

Así mismo, si el estado de la madre está comprometido, en ese momento, el acompañante y/o el neonato serán trasladados fuera del quirófano, a la habitación de postparto.

Si fuera el estado del neonato el que estuviera comprometido, sería trasladado a UCIN.

Postparto:

Terminada la cesárea la madre será trasladada a la unidad de reanimación.

El neonato y el acompañante permanecerán 1h 30min- 2h en el postparto. Durante su estancia en éste, la matrona comprobará el estado del neonato cada 30min.

Pasado este tiempo se encontrarán en la planta de maternidad.