



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Enfermería, curso 2018-2019

PROPUESTA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN AL PARTO HUMANIZADO:

ADECUACIÓN DEL ESPACIO DE LA UNIDAD DE PARTOS DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO DE NAVARRA - B Y AMPLIACIÓN DE LA OFERTA DE MÉTODOS
ALTERNATIVOS A LA ANESTESIA EPIDURAL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO

Autora: Amaia Moreno Torrano

Directora: Sara Sola Cía

Convocatoria de defensa: 29 de mayo de 2019

Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

La humanización en el parto es un tema que está en auge en nuestra sociedad. Cada vez se reclama una mayor participación en las decisiones y los cuidados del parto, ya que son las propias madres quienes quieren tomar el protagonismo durante este proceso vital. Para dar respuesta a la creciente demanda, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las últimas recomendaciones de espacios arquitectónicos maternos y sobre los distintos métodos alternativos a la epidural (inmersión en agua, inyección de agua estéril, esferodinamia, óxido nítrico y walking epidural). Con el objetivo de mejorar la atención del parto normal, en este trabajo se propone la adecuación del espacio de la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra – B y la inclusión de una mayor variedad de técnicas para el control del dolor.

Palabras clave: humanización, arquitectura maternal, alternativa epidural.

Palabras: 11.085

ABSTRACT

Nowadays, the humanisation of birth is an issue that is becoming popular. There are more and more requests to be involved in both the decision making and the care in labour. The reason for this is that it is the mothers that want to become the main protagonists in this vital process. In order to help this growing demand, a bibliographic revision of the last recommendations of architectonic maternal spaces and different alternative methods to the epidural (water immersion, sterile water injection, espherodinamia, nitrous oxide and walking epidural) have been done. With the objective of improving the assistance of the normal birth, in this dissertation a proposal of an adaptation of the space of the Birth Unit of the Hospital Complex of Navarra – B and the introduction of a larger variety of techniques for the control of pain in labour have been done.

Key words: humanisation, maternal architecture, epidural alternative.

Words: 11.085

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS	5
4. RESULTADOS – DESARROLLO	8
4.1. Marco teórico	8
4.1.1.El dolor en el parto	8
4.1.2.El alivio del dolor en el parto	12
4.1.3.Métodos alternativos a la epidural	14
4.1.4.Nuevo modelo de arquitectura maternal	25
4.2. Marco contextual	28
4.3. Marco legislativo	30
5. DISCUSIÓN – ANÁLISIS	32
6. CONCLUSIONES	35
7. PROPUESTA DE MEJORA	36
8. BIBLIOGRAFÍA	60

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las matronas o parteras han sido las encargadas de cuidar a la mujer en la asistencia al parto. Inicialmente, estos cuidados se realizaban únicamente en los domicilios, en donde se mantenía una actitud expectante y se dejaba fluir el parto naturalmente. A partir del S. XVII, los cirujanos comenzaron a medicalizar e instrumentar este proceso. Finalmente, después de la II Guerra Mundial, se comienza a asistir los partos en hospitales como norma general. Progresivamente, se fue imponiendo un dominio paternalista de la medicina, considerando a la mujer solo como un paciente, con la despersonalización que eso supone. Más tarde se comenzaron a proponer otros modelos de atención, siendo recogidos en un documento pionero de la OMS (1985) que revisó el modelo biomédico de la atención a la gestación. Desde entonces se ha producido una evolución hasta llegar a las actuales Guías de atención al parto normal. (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013)

El concepto de dolor de parto también ha ido evolucionando. Antiguamente se consideraba una emoción que se vivía de forma natural. Después, con la religión católica, el dolor se veía como castigo por el pecado original (el parto debía ser doloroso y contrarrestarlo era pecado). A partir de la Edad Media, se consideraba como una emoción de histeria, de locura de la mujer, y no se tomaba en serio. Fue a partir del S.XIX, cuando se comenzó a tratar el dar a luz como una situación médica, a estudiar el dolor y se comenzó a administrar analgesia farmacológica (éter en sus inicios). (Mallén Pérez, Juvé Udina, Roé Justiniano y Domènech Farrarons, 2015)

Como afirman los mismos autores, en toda esta evolución ha sido clave el papel de la mujer en la sociedad, ya que ha pasado de la figura de una mujer sumisa y dedicada a la crianza de los niños, a una mujer independiente y trabajadora, dueña de sus derechos reproductivos y sexuales como el control de la natalidad y la forma en la que quiere dar a luz. Además, hoy en día ha aumentado el papel esencial de la pareja masculina en cuanto a cuidado y participación en el embarazo, parto y crianza de los pequeños. Esta evolución ha sido más notable en países desarrollados, ya que hay muchos países donde las mujeres siguen encontrándose en una situación más precaria.

De hecho, en nuestro país la natalidad desciende cada año. Esta regresión de los datos de natalidad afecta, sobre todo, a los países industrializados en general.

En 2017 hubo un total de 393.181 de nacimientos en nuestro país, como recogen los datos del Instituto Nacional de Estadística (2017). En comparación con años anteriores (410.583 en 2016 y 420.920 en 2015), este dato presenta una variación negativa, es decir, el número de niños nacidos es menor.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad (2016), en un informe sobre estadísticas de centros sanitarios de atención especializada recoge que en Navarra hubo 5.728 partos, un 16'1% de ellos mediante cesárea y una tasa de natalidad superior a la media española (9'17 tasa navarra, frente a 8'85 tasa española).

Además, el informe European perinatal health report (Europeristat Health Programme of the European Union, 2018), cuyo objetivo es recabar información objetiva sobre indicadores para monitorizar y evaluar la salud perinatal, recoge los siguientes datos:

- La tendencia a parir pasados los 35 años está aumentando, siendo de 20'8% en países como España, Portugal, Grecia, Italia e Irlanda. En países como Bulgaria y Rumania es un porcentaje menor de 15%.
- Los partos instrumentales representan más de un 12% en España, Francia, Escocia e Inglaterra, siendo la media Europea de 7%.
- La tasa de cesáreas va en aumento, siendo la media europea de 27% y España rondando el 24%. En países como Bulgaria, Polonia y Rumanía es superior al 40%.
- Sobre la tasa de mortalidad materna, en España es un 3'5%, muy inferior a países como Latvia que supone el 24%.

Respecto a la atención durante el parto, muchos los autores, y por supuesto los padres y madres, reivindican un parto humanizado. Como afirman muchos autores, este se caracteriza por ser la mujer el centro del proceso, de forma que controla la vivencia y es dueña de las decisiones de cómo se va a llevar a cabo su parto. Esta filosofía promueve la autodeterminación y el empoderamiento de las mujeres, siendo las matronas y el resto de personal sanitario un apoyo para ellas (y sus parejas o acompañantes) que son las protagonistas en esta situación.

Como parte de esta humanización, cada vez más mujeres demandan la utilización de métodos alternativos a la epidural para el control del dolor de parto. Esta actitud es parte del deseo de participación activa en este proceso, es decidir cómo quiere ser cuidada y qué recursos va a utilizar para sobrellevar, en este caso, el dolor de parto. Como profesionales, nuestro papel en esta situación es informar sobre las opciones que la evidencia científica respalda y ayudar a decidir a la gestante para que se el mejor parto posible, de acuerdo con las expectativas y a la situación clínica.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre los métodos alternativos a la epidural que actualmente demuestren efectividad, analizar dicha información y obtener una evidencia científica adecuada para el desarrollo del tema.

2.2 Objetivos secundarios:

- Proponer una adecuación del espacio en la Unidad de Partos, para instaurar un nuevo modelo de habitación maternal en el que se unifique la sala de dilatación con el paritorio y puedan llevarse a cabo estas nuevas propuestas.
- Fomentar la implantación de métodos alternativos a la epidural en el manejo del dolor de parto, en la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se ha desarrollado mediante una búsqueda bibliográfica para conseguir información basada en la mejor evidencia científica actualizada.

Para la revisión bibliográfica se han utilizado, sobre todo, bases de datos científicas (Dialnet, Cochrane, Pubmed y Google Académico). También, se han utilizado las webs de instituciones relevantes en el campo de la obstetricia y la ginecología como el Ministerio de Sanidad, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido. Además, para completar la información encontrada en estas fuentes, se han revisado dos Trabajos de Fin de Grado, de los años 2017 y 2018, relacionados con el tema objeto de estudio.

Las palabras claves para la búsqueda bibliográfica han sido: humanización parto, dolor parto, inmersión agua parto, inyección agua estéril, esferodinamia, pelota parto, habitación de parto, women support birth, arquitectura maternidad, alternativas epidural. Al obtener los resultados de las búsquedas, se han revisado varios artículos y se han seleccionado para la redacción del trabajo los más adecuados.

Después de analizar los distintos métodos en profundidad, se han seleccionado aquellos con mayor evidencia científica de efectividad. Se han excluido las técnicas de las cuales no había suficiente evidencia o que no han demostrado efectividad en el alivio al dolor del parto (TENS, aromaterapia, musicoterapia y relajación).

Con el objetivo de seleccionar artículos e información válida para la realización de este Trabajo de Fin de Grado, se han tomado como criterios de inclusión: idioma castellano o inglés y posibilidad de acceso al texto completo.

A continuación, en las siguientes páginas, se muestra la estrategia realizada para este proyecto. La tabla 1, comprende la revisión bibliográfica llevada a cabo para la obtención de publicaciones científicas. La tabla 2, muestra la búsqueda realizada en las instituciones correspondientes. Por último, la tabla 3, recoge la información sobre el apartado de legislación de este trabajo.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica: publicaciones en bases de datos científicas

ORIGEN DE LA PUBLICACIÓN	PALABRAS CLAVE	NÚMERO DE RESULTADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Dialnet	“Inyección agua estéril”	16	(Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto)
	“Humanización parto”	333	(Humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto)
	“Inmersión agua parto”	124	(Inmersión en agua caliente: un ayudante natural en el trabajo de parto) y (Atención del parto en el agua)
	“Pelota parto”	262	(La pelota de parto: Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto)
	“Arquitectura maternidad”	41	(La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios) y (Arquitectura integral de maternidades)
Cochrane Library	“Women support birth”	199	(Continuous support for women during childbirth)
Google Académico	“Dolor parto”	11.000	(Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo)
	“Inmersión agua parto”	6.830	(Inmersión en agua durante el parto)
	“Alternativas epidural”	7.990	(Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo) y (Métodos alternativos a la analgesia epidural)
	“Protocolo inmersión agua parto”	2.240	(Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza)
Matronas profesión (Revista)	“Dolor parto”	No consta	(Dolor de parto: análisis del concepto)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Búsqueda bibliográfica: publicaciones en diversas instituciones

INSTITUCIÓN	SELECCIÓN
Complejo Hospitalario de Navarra	(Atención al parto de bajo riesgo en el CHN)
Euro-peristat	(The European perinatal health report)
Federación de Asociaciones de Matronas de España	(Iniciativa al parto normal) (El alivio del dolor en el parto)
Instituto Nacional de Estadística	(Datos correspondientes al año 2017)
Ministerio de Sanidad, Gobierno de España	(Manuales formativos de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica) (Guía de práctica clínica del SNS sobre la atención al parto normal) (Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento)
Nacional Institute for Health and Care Excellence	(Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth)
NNNConsult	NANDA

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica: legislación

JURISDICCIÓN	SELECCIÓN
Asamblea General de las Naciones Unidas	(Declaración universal de los DDHH de 1948)
Gobierno de España	(Artículo 43) (Ley 41/2002) (Ley orgánica 2/2010)
Gobierno de Navarra	(Decreto foral 103/1026)
Presidencia de Argentina	(Ley Nº 25.929, Decreto 2035/2015)

Fuente: Elaboración propia.

4. RESULTADOS – DESARROLLO

4.1 Marco teórico

4.1.1 El dolor en el parto

El dolor es un sentimiento que puede presentarse en cada individuo de un modo distinto y que se relaciona con el sufrimiento. La Real Academia Española de la Lengua refiere que el dolor es “una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo, por causa interior o exterior”. Por otra parte, Mallén Pérez, et al. (2015), lo definen en su artículo como “una experiencia sensorial emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o posible o descrita en términos relacionados con dicha lesión”. En el lenguaje enfermero, la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA) define cuatro diagnósticos referentes al dolor: Dolor agudo [00132], Dolor crónico [00133], Síndrome del dolor crónico [00255] y Dolor de parto [00256].

Cuando hablamos de dolor, hay que nombrar el concepto de nocicepción y el concepto de umbral doloroso. La nocicepción trata sobre la percepción no placentera del estímulo que provoca daño y, el umbral doloroso, marca la intensidad con la que el estímulo se percibe como doloroso. Los estímulos nociceptivos que sobrepasan el umbral son enviados desde el sistema nervioso periférico al sistema nervioso central para su interpretación, mediante las neuronas aferentes (A-delta y fibras C) hasta la médula espinal dorsal. Desde allí hasta el tálamo, donde se realiza la regulación emocional y psicológica. Después, se traspasan los impulsos a la corteza sensorial, donde se resume la información para transmitirla mediante las neuronas eferentes. De esta forma, observamos la expresión del dolor mediante la conducta dolorosa (muecas, depresión, quejas, irritabilidad, labilidad, búsqueda de posiciones antiálgicas, necesidad de estrategias de distracción y/o concentración). El dolor tiene una parte subjetiva, pero podemos objetivarlo mediante la observación y la cuantificación de las conductas, o más concretamente, mediante escalas: las más utilizadas son McGill Pain Questionnaire (MPQ) y la Escala Visual Analógica (EVA). (Vázquez Lara y Rodríguez Díaz, 2017)

Por otra parte, el parto es un proceso fisiológico, propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del

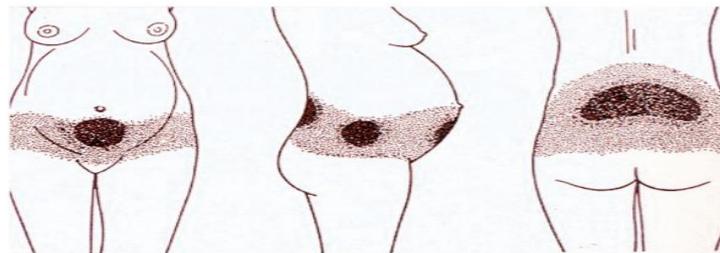
organismo materno y podemos dividirlo en 3 fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

El dolor en el parto es una experiencia sensitiva y emocional única, como bien explican Mallén Pérez, et al. (2015). De hecho, es el único dolor que se ha descrito con adjetivos positivos: “dolor que vale la pena”, “dolor bonito”. Se trata de un dolor con parte psicológica, física y emocional, influenciado por múltiples factores que hacen que la experiencia sea única en cada gestante.

En la fase de dilatación, el dolor se produce como consecuencia de la contracción uterina, la dilatación cervical y el acortamiento de las fibras uterinas. Es un dolor visceral lento y sordo, conducido por fibras poco mielinizadas. La transmisión nerviosa tiene lugar a través de las fibras nerviosas T10-T11-T12-L1 y se traduce en un dolor abdominal, lumbosacro, de crestas ilíacas, cadera y área glútea. A medida que avanza la dilatación cervical, durante la última parte de la fase de dilatación, el dolor referido se va localizando cada vez más abajo (L2-S1) (Vázquez Lara y Rodríguez Díaz, 2017).

En la Imagen 1, vemos donde se ubica el dolor de parto durante la dilatación.

Imagen 1. Distribución del dolor durante la 1ª etapa del parto.



Fuente:

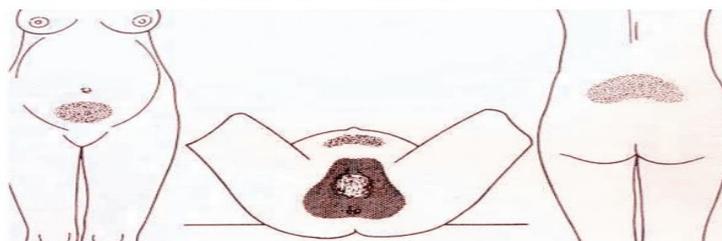
https://www.google.com/url?sa=&source=web&rct=j&url=http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Analgesia_epidural-pdf&ved=2ahUKEwi2o7HkuKDiAhV_AWMBHWCrBIMQFjAAegQIBhAC&usg=AOvVaw36ZQ9isEEkchfZ7Ba_hiL

Continuando con el periodo del expulsivo, los mismos autores comentan que el dolor visceral se reemplaza por un dolor somático que se transmite mediante nervios pudendos a través de S2-S3-S4. Está causado por la dilatación y el estiramiento de fibras

vaginales, periné y suelo pélvico, por el avance de la presentación del bebé. Los focos dolorosos se localizan en el periné, muslos y dermatomas lumbares bajos y sacros.

En la Imagen 2, vemos cómo han evolucionado los focos del dolor respecto a la dilatación y dónde se ubican en esta fase.

Imagen 2. Distribución del dolor durante la 2ª etapa del parto.



Fuente:

https://www.google.com/url?sa=&source=web&rct=j&url=http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Analgesia_epidural-pdf&ved=2ahUKEwi2o7HkuKDiAhV_AWMBHWCrBIMQFiAAegQIBhAC&usg=AOvVaw36ZQ9isEEkchfZ7Ba_hiL

En la última fase del parto, el alumbramiento, el dolor disminuye en gran cantidad y es causado por la estimulación de las fibras vaginales por la presión de la placenta a su paso. Tiene la misma localización que durante el expulsivo. En la tabla 4, se describen los rasgos de los distintos tipos de dolor mencionados.

Tabla 4. Características del dolor durante el parto.

Rasgos esenciales	Dolor visceral primario	Dolor visceral secundario	Dolor somático
<i>Aparición</i>	Fase latente Inicio dilatación	Fase tardía dilatación Inicio expulsivo	Expulsivo
<i>Intensidad</i>	Creciente hasta inicio dilatación	Crece conforme desciende la presentación	Crece conforme la presentación alcanza el periné
<i>Persistencia</i>	Todo el parto	Desde su aparición hasta el final	Desde su aparición hasta el final
<i>Fibras nociceptivas</i>	C amielínicas	C amielínicas A delta mielinizadas	A delta mielinizadas
<i>Zonas involucradas</i>	DX – L1	L2 – S1	S2 – S3 – S4

Fuente: Vázquez Lara y Rodríguez Díaz, 2017.

Para comprender el dolor en el contexto del parto, debemos partir de la idea de las enormes particularidades que presenta en comparación con otros dolores. La percepción del dolor durante este proceso clave en la vivencia de la mujer, varía mucho entre unas mujeres y otras (desde las que no perciben apenas ningún dolor, hasta las que perciben el peor de su vida). Según Mallén Pérez et al. (2015), el 60% de las primíparas y el 36% de las multíparas ha sufrido un dolor severo, muy severo o intolerable.

A continuación, en la tabla 5, se contemplan las variables que influyen en la tolerancia al dolor.

Tabla 5. Factores influyentes en la tolerancia del dolor de parto

<p>Mayor tolerancia al dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia buena en partos anteriores • Buenas y realistas expectativas previas al parto • Apoyo de la pareja o acompañante • Buena calidad de la relación con matrona y demás profesionales sanitarios • Participación activa en la toma de decisiones • Satisfacción con medidas tomadas a lo largo del proceso de parto
<p>Menor tolerancia al dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mala experiencia en partos previos • Malas y no realistas expectativas previas al parto • Situaciones de estrés y ansiedad • Personalidad vulnerable • Baja autoestima, depresión • Embarazo no deseado • Insatisfacción con trato sanitario

Fuente: Mallén Pérez, Juvé Udina, Roé Justiniano y Domènech Farrarons, 2015.

4.1.2 El alivio del dolor en el parto

El alivio del dolor de parto aumenta el bienestar físico, emocional y mental de la parturienta. Además, al ser este dolor único en cada gestante, debemos individualizar la atención prestada a cada una de ellas.

En la actualidad, la analgesia epidural es la técnica contra el dolor más utilizada y la que mayor evidencia tiene de su efectividad durante el proceso de parto. La mayoría de las gestantes escogen este método, aconsejadas por los profesionales, después de recibir la información pertinente sobre los riesgos y beneficios. Es el método de alivio del dolor más proclamado también en los partos de bajo riesgo, que podrían admitir también otros métodos alternativos para su manejo (González García, Márquez Carrasco y Mera Domínguez, 2018). Además, a veces no es posible administrar esta anestesia, por diversas causas: contraindicación, falta de tiempo para su administración, no aceptación del método por parte de los usuarios o efectos secundarios.

Según los mismos autores, el analgésico ideal debe cumplir las siguientes características:

- Seguridad materna y fetal
- Fácil administración
- Inicio rápido y predecible
- Control materno del trabajo de parto
- Analgesia en todas las etapas del parto
- Ayudar al nacimiento, sin aumentar la instrumentación

El término “anestesia” hace referencia a la supresión de sensibilidad y la conciencia, mientras que la “analgesia” consiste en la supresión de la sensibilidad al dolor. Es esta última, a la que nos referimos cuando hablamos sobre el alivio del dolor durante el proceso de parto.

Hoy en día, cada vez hay una demanda mayor del uso de la medicina alternativa (Ramón Arbués y Azon López, 2009), que Cochrane define como “prácticas e ideas que están

fuera del dominio de la medicina convencional”, demandas que también afectan a la atención del parto.

A este respecto, la Federación de asociaciones de matronas de España (FAME) contempla en su Iniciativa al parto normal (2007) como métodos alternativos para el control de dolor la libertad de movimientos, el uso del agua, las inyecciones de agua estéril, el masaje y la terapia eléctrica mediante estimulación nerviosa a través de la piel (TENS).

La guía inglesa Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth (Nacional Institute for Health and Care Excellence, 2017) habla sobre la relajación, la inmersión en agua, la pelota de parto (esferodinamia), las inyecciones de agua estéril, el óxido nitroso y métodos complementarios como la aromaterapia y la musicoterapia.

Por último, el Ministerio de Sanidad, en la Guía clínica sobre la atención al parto normal de 2010 propone la inmersión en agua, el masaje, la pelota de parto, las técnicas de relajación, las inyecciones de agua estéril, la TENS y el óxido nitroso.

4.1.3 Métodos alternativos a la epidural

A. Inmersión en agua

La técnica de inmersión en agua trata de llevar a cabo una parte del trabajo de parto dentro de una bañera de agua caliente, entre 35-37°C y no superando nunca los 37°C. Es un método muy popular en la actualidad y no se sabe exactamente su origen, pero en cuanto a su aplicación en obstetricia sus inicios fueron en los años 70, en Francia (Teba López, de la Rosa Várez, Gutiérrez Martínez y Rivas Castillo, 2013). En España se comenzó a recomendar a partir del 2010 con la publicación de la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.

A términos generales, la estancia en el agua para la mujer supone la disminución de la percepción del dolor, el aumento de la relajación y secreción de endorfinas, la reducción de la ansiedad y el aumento de la sensación de control del proceso (González García, et al., 2018). Además, produce una vasodilatación general que implica mayor perfusión y oxigenación materno-fetal, invita a la adquisición de posturas más cómodas debido a la flotabilidad facilitando la colocación y flexión de la presentación fetal. Reduce los niveles de estrés por la disminución de las catecolaminas y mejora la liberación de oxitocina. Como afirman Mosquera Pan, Onandia Garate, Luces Lago y Tizón Bouza (2016), existe controversia sobre la influencia en la duración de los periodos del parto, hay estudios que reflejan que se acortan mientras que otros autores dicen lo contrario.

Esta práctica está indicada en el primer periodo del parto (la dilatación), a partir de los 3-5 cm, durante un periodo de tiempo no superior a las 2 horas. Uno de los requisitos para poder hacer uso de esta práctica es la normalidad de los registros cardiotocográficos (RCTG), ya que durante la inmersión no será posible la monitorización fetal continua. En su lugar se realizará una monitorización mediante registros ventana, es decir, realizar un RCTG de 20-30 minutos de duración cada hora. (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007)

La evidencia científica actual demuestra su eficacia durante la etapa tardía de la dilatación, sin embargo, hay una gran controversia con su aplicación durante el

expulsivo. Varias investigaciones hablan sobre el riesgo de seguridad y eficacia en el expulsivo bajo agua, además del aumento de morbilidad neonatal. Iriondo Sanz et al. (2015) muestran, en uno de sus artículos, la controversia entre los posicionamientos de distintas entidades sanitarias sobre este tema: la Asociación Española de Pediatría, la American Academy of Pediatrics y la American College of Obstetricians and Gynecologists concluyen en sus investigaciones que la inmersión en agua durante el expulsivo solo debe realizarse como procedimiento experimental. Sin embargo, por otra parte, asociaciones del Reino Unido (*Royal College of Obstetrician and Gynecologists and Midwives*) corroboran la seguridad y la adecuación de esta técnica en el expulsivo.

En la imagen 3, se observa un ejemplo de la inmersión en agua caliente en una piscina de parto.

Imagen 3. Inmersión en piscina de parto



Fuente: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3457/3/Alternativas-al-parto-convencional.-Posicion-vertical-en-la-fase-de-dilatacion-y-expulsivo-y-parto-en-ba%F1era>

Para finalizar, en la tabla 6 se analizan las ventajas e inconvenientes de la inmersión en agua caliente durante el trabajo de parto.

Tabla 6. Ventajas e inconvenientes de la inmersión durante el trabajo de parto.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>Método no invasivo</p> <p>Fácil de aplicar</p> <p>Resultados óptimos en cuanto a control del dolor de parto</p> <p>Efecto rápido</p> <p>Promueve la relajación y liberación de endorfinas y oxitocina. Ayudando al desarrollo del trabajo de parto</p> <p>Mejora de la perfusión sanguínea uterina, el flujo de oxígeno y el retorno venoso.</p> <p>Movimiento libre bajo el agua, mayor comodidad de la gestante y ayuda al encajamiento de la presentación</p> <p>Disminución de la ansiedad y aumento de la satisfacción</p> <p>Bajo riesgo de incidencias</p>	<p>No accesible en todos los centros públicos</p> <p>Necesidad de un cuidado especial de limpieza y desinfección</p> <p>Desinformación sobre su aplicación en el periodo expulsivo</p> <p>Riesgos: sepsis, alteración de la termorregulación, intoxicación por agua, broncoaspiración, hipotensión materna, infección materna.</p>

Fuente: (Mosquera Pan, Onandia Garate, Luces Lago y Tizón Bouza, 2016) y (Mallén Pérez, Terré Rull y Palacio Riera, 2015).

B. Inyección de agua estéril

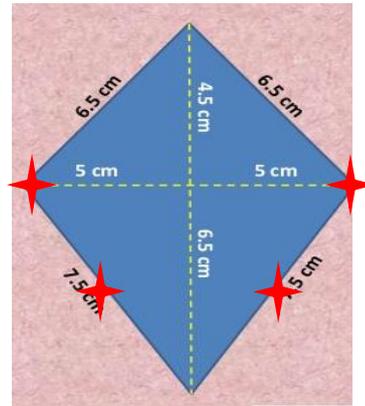
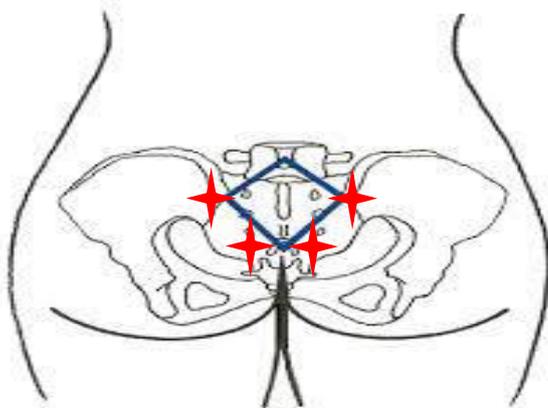
Las inyecciones de agua estéril son la administración de pequeñas dosis de agua estéril a través de la piel. El origen del uso del agua como anestésico local viene del S.XIX y se piensa que comenzó a utilizarse en obstetricia en los años 20, aunque se desarrolló a partir de los años 80 sobre todo en países nórdicos y anglosajones (Teba López, et al., 2013).

Realmente, no se sabe exactamente cuál es el mecanismo de acción, pero la teoría de la compuerta de Melzack y Wall es la más aceptada: se trata de jugar con un equilibrio entre las fibras nerviosas mielinizadas (que bloquean la transmisión del estímulo doloroso) y las fibras amielinizadas (que lo transmiten). La inyección crea pápulas de agua que por su presión estimulan los receptores de la zona, y estos, envían impulsos nerviosos mediante las fibras mielinizadas que, a nivel de la médula espinal, bloquean la transmisión de las fibras amielinizadas que transportan el dolor lumbar. Teba López et al., comentan que existen otras teorías como, por ejemplo, la liberación de endorfinas o la irritación de dermatomas.

Este tipo de técnica está indicada en situaciones en las que el dolor lumbar es muy intenso. El 30% de las gestantes refiere un dolor lumbar continuo, asociado con la colocación del feto en su descenso y con las contracciones uterinas. La evidencia científica ha demostrado su utilidad en el alivio del dolor lumbar durante el parto, sin poner en riesgo a la madre y al feto. Se recomienda comenzar a aplicarla durante la fase inicial de dilatación (Aguinaga López y Pérez Molto, 2017).

La zona anatómica donde se realizan las infiltraciones se llama Rombo de Michaelis (Imagen 4 y 5), está localizado en la zona lumbar, entre la apófisis espinosa de la L5, el pliegue interglúteo y las espinas ilíacas posterosuperiores. Los mismos autores relatan que se realizan 4 inyecciones (señaladas con estrellas rojas en la imagen 4): 2 coinciden con las espinas ilíacas y los 2 siguientes se realizan, partiendo de esos puntos, 2-3 cm por debajo y 1-2 cm hacia la zona central del rombo.

Imágenes 4 y 5. Rombo de Michaelis.



Fuentes:

<https://www.hospitalmanises.es/blog/alivio-del-dolor-en-el-parto-con-inyecciones-de-agua-esteril/> y

<https://es.slideshare.net/HctorDaniloVelardeVa/dimetros-de-la-pelvis-materna>

Por último, la tabla 7 resume cuáles son las ventajas y los inconvenientes de este método para el control de dolor de parto.

Tabla 7. Ventajas e inconvenientes de la inyección de agua estéril.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>Método eficaz para el dolor lumbar</p> <p>Barato</p> <p>Rápido</p> <p>Sin efectos nocivos para la madre y el feto</p> <p>Admite uso de otros métodos alternativos simultáneamente</p>	<p>No alivia el dolor perineal ni abdominal</p> <p>Dolor y escozor en las punciones</p> <p>El agua inyectada se absorbe relativamente rápido</p>

Fuente: (Aguinaga López y Pérez Molto, 2017).

C. Esferodinamia

La esferodinamia facilita la libertad de movimientos de la gestante, con el apoyo de una pelota de parto. Estos instrumentos, son hinchables circulares con diámetros variables dependiendo de la altura de la usuaria (los más comunes son de 65 y 75 cm), su estructura permite soportar el peso de un adulto y facilitar su movimiento. En la imagen 6, se muestra cómo se debe colocar la mujer sentada en una pelota de parto.

Imagen 6. Postura adecuada en la pelota de parto



Desde épocas antiguas se conoce que las parteras ya contemplaban estas técnicas de libertad de movimientos, pero la pelota como herramienta sanitaria se creó en los años 60 y comenzó siendo un juguete infantil en rehabilitación; a partir de entonces, su uso ha ido ganando fuerza, siendo los primeros registros de su uso en obstetricia alrededor de los años 80, en Alemania (Luces Lago, et al., 2014).

Fuente: Luces Lago, Mosquera Pan y Tizón Bouza, 2014.

Esta técnica ayuda al movimiento libre de la pelvis y de la zona lumbar. La mujer puede adoptar las posturas que necesita durante el parto a medida que aumenta el dolor, llamadas posturas antiálgicas. Ayuda a la relajación materna mediante el movimiento y la respiración pausada. Además, la posibilidad de moverse y no estar quieta en la cama provoca una satisfacción y un sentimiento de empoderamiento en las parturientas. También, se ha demostrado que acorta el periodo de dilatación y ayuda a la presentación fetal a descender. (Teba López, et al., 2013)

Luces Lago, et al. (2014) afirman que la esferodinamia está indicada en cualquier mujer que desee practicarla, sobre todo en aquellas que den importancia a la libertad de movimiento durante el periodo de dilatación. Se puede proponer a mujeres que deseen aliviar su dolor sin necesidad de fármacos o en las que la administración de medicamentos esté contraindicada.

En la siguiente tabla 8, vemos resumidas las ventajas e inconvenientes de esta técnica alternativa.

Tabla 8. Ventajas e inconvenientes de la esferodinamia

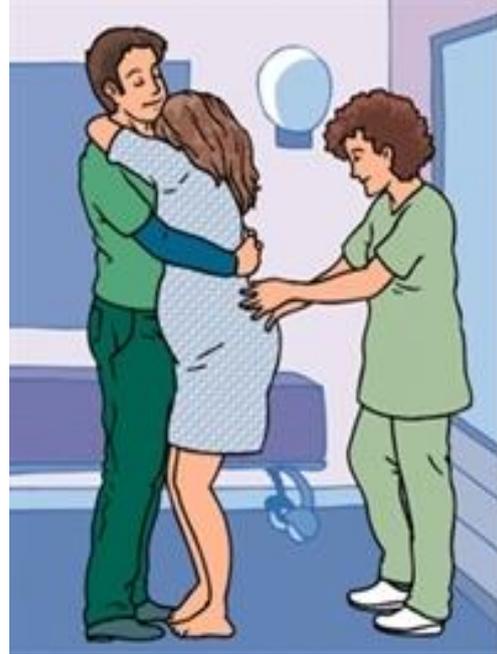
VENTAJAS	INCONVENIENTES
Menor sensación de dolor Facilita el descenso de la presentación Contracciones más regulares y efectivas, acorta el tiempo de la primera fase del parto Sin efectos nocivos para la madre y el feto Aumento de partos eutócicos y disminución de la instrumentación Contribución a la participación activa en el parto, aumento de la relajación y satisfacción Posibilidad de participación del acompañante Admite uso de otros métodos alternativos simultáneamente	No elimina el dolor totalmente Puede no ser del gusto de todas las gestantes Puede no ser posible realizar movimientos en todas las gestantes, ya que algunas presentan severas dificultades para la movilización

Fuente: (Luces Lago, Mosquera Pan y Tizón Bouza, 2014) y (Teba López, de la Rosa Várez, Gutiérrez Martínez y Rivas Castillo, 2013).

D. Apoyo durante el parto

Imagen 7. Apoyo durante el parto

El apoyo durante el parto se basa en el acompañamiento a la mujer durante este proceso, por una persona de confianza y por su matrona, como se muestra en la Imagen 7. Este método es la base de la humanización del parto y consta del apoyo físico, emocional y profesional que va a ayudar a la gestante a vivir el parto de la mejor forma posible (Teba López, et al., 2013).



Fuente: FAME, 2007.

Como nos muestran los datos de la Iniciativa parto normal (FAME, 2007), entre un 87 y un 96% de los casos la persona de confianza elegida es la pareja, sin embargo, hay situaciones en las que participan familiares o amigos. Además, es conveniente que estas personas se preparen antes de realizar su labor, comenzando por la asistencia a las clases de preparación del parto, ya que se ha visto que el 87% de los acompañantes no asiste a estos cursos.

Se ha demostrado la eficacia de este método como alivio durante el parto, ya que mejora la fisiología del proceso de parto y la satisfacción y motivación materna. Este acompañamiento reduce la sensación de ansiedad producida por las catecolaminas, que se asocian a: vasoconstricción, disminución de flujo materno-fetal, disminución de la contractibilidad uterina, etc. Al reducir la situación de estrés del organismo, se ayuda al progreso adecuado del proceso de parto. De hecho, como citan Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa y Cuthbert en la revisión Cochrane de 2017 sobre apoyo durante el parto, se reduce la utilización de analgesia farmacológica y de partos instrumentales o cesáreas, además de aumentar la satisfacción materna.

Para que el proceso de apoyo sea efectivo, debe cumplir con las siguientes características:

- Apoyo informativo, hace referencia a dar información y consejo sobre el proceso, la evolución, decisiones a tomar y situación actual.
- El apoyo físico, consiste en ofrecer medidas para la comodidad de la madre y el alivio del discomfort durante el proceso de parto.
- Apoyo emocional, que consiste en acompañar de forma continua durante el transcurso del parto, con actitud amable y empática.
- Y, por último, también hay que tener en cuenta la representación de la gestante en el parto, hacerle participe a la gestante sobre las decisiones y deseos a lo largo del parto.

La siguiente tabla resume las ventajas e inconvenientes del apoyo durante el parto.

Tabla 9. Ventajas e inconvenientes del apoyo durante el parto

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Menor sensación de ansiedad Disminución de la percepción del dolor Menor uso de métodos farmacológicos para el control del dolor Disminución de partos instrumentales y cesáreas Aumento de la satisfacción materna con el proceso de parto	No elimina el dolor Depende de la relación que mantenga con su acompañante Puede verse afectada por la carga de trabajo de la unidad y la disponibilidad de la matrona

Fuente: (Teba López, de la Rosa Várez, Gutiérrez Martínez & Rivas Castillo, 2013) e (Iniciativa parto normal, 2019).

E. Óxido nitroso

El *óxido nitroso* es un gas que en el contexto obstétrico se administra al 50% junto con oxígeno. No produce un efecto anestésico, sino que procura un estado de sedación y analgesia consciente, es decir, sume a la mujer en un momento de relajación. Produce una analgesia moderada, bloqueando la transmisión nociceptiva y disminuyendo el dolor en la mitad de los casos. Puede utilizarse durante cualquier periodo del parto, habiendo dos opciones: el uso intermitente (cuando la parturienta nota que va a sentir una contracción dolorosa) o el uso continuo (durante y entre contracciones).

El protocolo para el uso del óxido nitroso como analgesia durante el parto para el CHN, fue propuesto en el año 2018 por Lorena Zabalza Peña (Zabalza y Sola, 2018).

A continuación, se muestran las ventajas e inconvenientes del uso de este método para el control del dolor en el parto.

Tabla 10. Ventajas e inconvenientes del óxido nitroso

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Disminución de percepción del dolor	No elimina por completo el dolor
Menos efectos secundarios que la analgesia farmacológica	Necesidad de monitorización constante
Rápido efecto y recuperación	Requiere de colaboración continua de la gestante
Aumenta la satisfacción y relajación materna	Requiere mucho material
No afectación materna ni fetal	Contraindicado si: alteración de la consciencia, tratamientos con depresores del SNC, necesidad de ventilación con oxigenoterapia, etc.
Admite uso de otros métodos alternativos simultáneamente	

Fuente: (Zabalza y Sola, 2018).

F. Walking epidural

La *walking epidural* o analgesia epidural ambulante es una variante de la anestesia epidural común, que permite a la usuaria mantener la movilidad de las extremidades inferiores a la vez que consigue un efecto analgésico. Se basa en la administración de anestésicos locales, consiguiendo que solo se bloqueen las fibras sensitivas mientras que las motoras continúan con su actividad. El procedimiento de administración es igual que en la anestesia epidural, es decir, requiere la inserción de un catéter en el espacio epidural. En ese momento, se administra en bolo la dosis inicial y después se programa una infusión continua.

El protocolo para el uso de la *walking epidural* como anestesia durante el parto en el CHN, fue propuesto en el año 2017 por Haizea Goldaracena (Goldaracena y Sola, 2017).

La Tabla 11 nos resume las ventajas e inconvenientes de la *walking epidural*.

Tabla 11. Ventajas e inconvenientes de la walking epidural

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Disminución casi total del dolor Permite la movilización libre de la gestante Aumenta la satisfacción materna Reduce los problemas asociados a la inmovilidad materna Más rapidez en control del dolor que la epidural convencional	Riesgos pertinentes de la punción lumbar e inserción del catéter espinal Mayor riesgo que la epidural convencional en incidencia de hipertonia uterina y alteración de la FCF Riesgo de hipotensión, cefalea y prurito

Fuente: (Goldaracena y Sola, 2017).

4.1.4 Nuevo modelo de arquitectura maternal

Cuando una gestante se dirige hacia el hospital, sabe que va a entrar en una cadena de sucesos y profesionales que van a determinar cómo se va a llevar a cabo su parto. Cuando llega a urgencias es llevada a triaje, después a la Sala de monitorización y, a continuación, el celador la lleva a la Unidad de Partos donde se le ubica en un cubículo de dilatación. Para finalizar, se traslada al paritorio para el expulsivo y, al dar a luz, se vuelve otra vez al cubículo de dilatación para realizar el piel con piel con el recién nacido hasta que sube a planta. Müller y Parra Casado (2015) afirman que, a veces, el acto de parir en un hospital sigue sujeto al planteamiento de que los pacientes no son personas, sino procesos que deben cumplir una secuencia, y que nosotros los profesionales debemos tener un enfoque paternalista para ello. Desde el momento que entra, la mujer pasa por múltiples espacios sin tiempo a familiarizarse con ninguno de ellos. Realmente puede pasar desapercibido, pero se produce una gran despersonalización en cuanto a la parturienta y su derecho a la autonomía, a la intimidad, a la comodidad y a la seguridad en este proceso tan bonito.

Las unidades de partos actuales se dividen en las salas de dilatación, los paritorios y los quirófanos de cesáreas y urgencias obstétricas. Las dilataciones suelen ser habitaciones de espacio reducido y constan de una cama, un aseo, una silla para el acompañante y la torre de monitorización con el debido instrumental. No tienen vistas al exterior, la mayoría de la luz es artificial y no regulable, en muchos casos no hay opción de regular la temperatura, ni da lugar a espacio suficiente para la libre movilización de la paciente. Respecto a los paritorios, son habitaciones con aspecto parecido a un quirófano frío, con todo el material a la vista y un potro obstétrico o una cama. Realmente, parece un escenario al cual la mujer entra, para dar los empujones necesarios para dar a luz, y después se va. No suelen dar sensación de confianza ni de intimidad, ya que además, la mujer es expuesta y tumbada en la cama mientras su campo de visión queda muy reducido y no se puede mover (Müller y Parra Casado, 2015).

El nuevo modelo de la arquitectura maternal, promueve la creación de espacios arquitectónicos que garanticen el ambiente acogedor, seguro e íntimo que se necesita en este momento vital (De la Cueva, Parra y Müller, 2008). El objetivo es generar

confianza y libertad en el empoderamiento de las mujeres y la maternidad, en un momento muy vulnerable. La evidencia científica ha demostrado que existen estímulos que crean situaciones de alerta y predominio de catecolaminas (miedo, ansiedad) dificultando la progresión del parto y la secreción de endorfinas. Estas hormonas son las que facilitan el encajamiento y descenso del bebé además del estado tranquilo de la madre (menor percepción del dolor y de la ansiedad).

En la Tabla 12 se analizan estos aspectos con detalle.

Tabla 12. Intervenciones causantes de estrés materno durante el proceso de parto

<ul style="list-style-type: none">○ Luces intensas, sonidos intensos, gritos○ Falta de intimidad○ Falta de compañía○ Personas entrando y saliendo de la habitación continuamente○ Profesionales que no se presentan o no informan de las actividades que van a realizar (tactos vaginales, rotura de la bolsa amniótica, etc.)○ Prohibición de moverse○ Obligación de adoptar una postura con la que no se sienten cómodas○ Visión de materiales médico-quirúrgicos
--

Fuente: De la Cueva, Parra y Müller, 2008.

La Iniciativa de parto normal (FAME, 2007) y los artículos previamente comentados (Müller y Parra Casado, 2015; De la Cueva, Parra y Müller, 2008) proponen un espacio arquitectónico único (dilatación + paritorio + posparto) para promover el confort en el espacio, el acostumbrarse y el poder hacer de ella su habitación. Se trata de habitaciones que ya se han ido implantando en numerosos centros sanitarios, sobre todo en centros privados.

A continuación, en las imágenes 8 y 9, se muestran dos habitaciones de parto de Alemania y de Madrid.

Imagen 8. Casa de partos de Alemania



Fuente: De la Cueva, Parra & Müller, 2008

Imagen 9. Casa de partos de Madrid



Fuente:

<https://prnoticias.com/salud/20157288-hm-montepincipe-maternidad>

4.2 Marco contextual

La Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra está ubicada en la planta baja del Hospital Virgen del Camino (CHN-B). Según los datos facilitados por la supervisora de enfermería, el pasado año 2018 el número total de partos fue 3.636 y el número de cesáreas 522 (que consiste en un 14,2% de partos totales).

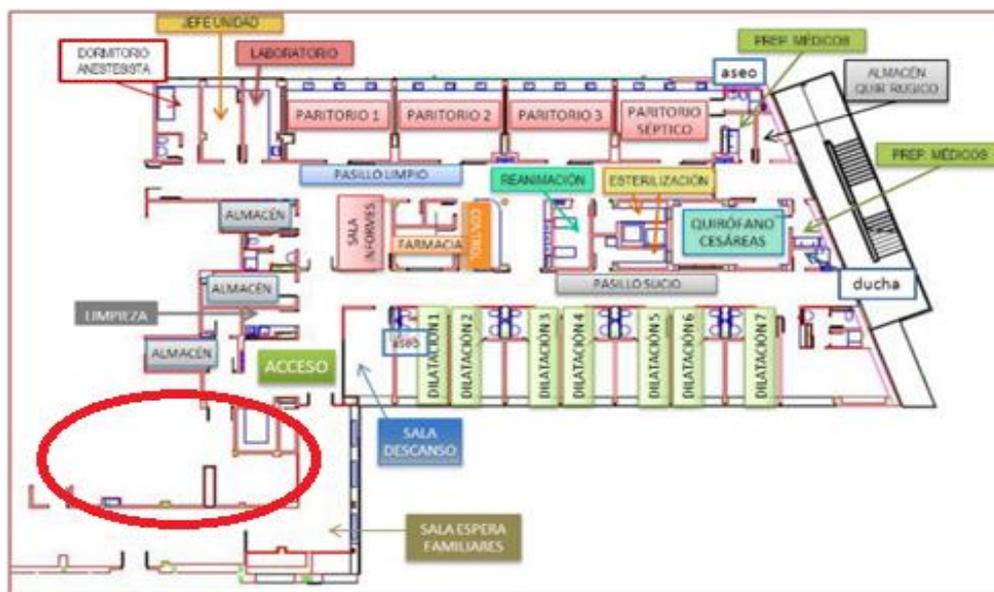
En el documento de Atención al parto de bajo riesgo en el CHN (CHN. Llorens Del río, Oteiza Azcona, De la fuente Arrillaga y Mejías Jiménez, 2016), el único de los métodos alternativos antes mencionados que se ofrece es la esferodinamia. Este método se recomienda y ofrece como recurso de manejo del dolor de parto en todas las habitaciones de dilatación. Cada habitación cuenta con una pelota de parto y con un póster en el que se muestran las indicaciones para realizar distintas posturas. Sin embargo, no se ha desarrollado un protocolo de la esferodinamia y su aplicación durante el trabajo de parto.

Por otro lado, también se reconoce la evidencia de la efectividad de las inyecciones de agua estéril en la zona lumbar y se recomienda su uso. Aunque esta técnica no llega a llevarse a cabo en la unidad. Sin embargo, sí que se ofrece la posibilidad de usar bolsas calientes de suero para su colocación en las zonas dolorosas para aliviar el dolor lumbar durante el parto.

Este documento no hace referencia al óxido nitroso ni a la walking epidural. Sí que menciona la inmersión en agua, aunque su aplicación no sea posible ya que en el servicio no se dispone de un espacio con bañera de inmersión.

Tampoco existe ningún espacio preparado para la dilatación y el expulsivo, de acuerdo con las nuevas tendencias para los servicios maternos. La unidad consta de 7 dilataciones y 3 paritorios, además de 2 quirófanos de urgencia o cesáreas, como se observa en la Imagen 10.

Imagen 10. Plano de la Unidad de partos



Fuente: Complejo Hospitalario de Navarra

4.3 Marco legislativo

El concepto de derecho a la salud fue recogido por primera vez en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Este derecho se considera universal, inclusivo y fundamental. En nuestro país la Constitución Española de 1978 recoge en su artículo 43 la protección a la salud. Establece los derechos y deberes de todos respecto a la salud, y otorga competencia a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública. A partir de la constitución, numerosas leyes han ido concretando los detalles y desarrollando este derecho. Por ejemplo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se rechaza el paternalismo clínico y se otorga al paciente la autonomía, y la consiguiente responsabilidad, de su salud. Aquí aparece por primera vez el concepto de consentimiento informado, clave para el desarrollo de la humanización en salud.

Centrando la atención en el tema objeto de estudio, cabe mencionar la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo supone una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y de los derechos y deberes en cuanto a la salud sexual y reproductiva. En esta ley se acepta que cada individuo es dueño de las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, es decir, se reconoce el derecho a la maternidad por decisión libre. Además, se regula la IVE a nivel estatal, tanto por petición de la mujer embarazada como por motivos médicos.

Aquí, en Navarra, está en vigor el Decreto Foral 103/2016, de 16 de noviembre establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva. Organiza más concretamente estos aspectos en nuestra Comunidad Foral, con los siguientes puntos importantes:

- Establece un nuevo ordenamiento de los centros asistenciales que cubrirán estas demandas: Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR)

- Desarrollo de programas sobre educación sexual y de planificación familiar, atención ginecológica y de reproducción asistida, IVE, etc.
- Atención al embarazo y parto: se contempla desde la atención preconcepcional hasta la atención posparto. Trata temas como la educación parental, la preparación al parto y la lactancia materna. También, habla sobre el parto en el entorno hospitalario y el uso de anestesia epidural u otras medidas para el control del dolor.

A pesar de que España cuenta con una amplia cobertura legal y organizativa, no existe una ley propia sobre la humanización del proceso de parto. Como ejemplo de una ley de estas características, existe en Argentina la Ley Nacional Nº 25.929, Decreto 2035/2015, del parto humanizado. Esta ley habla sobre aspectos concretos del parto:

- Dignidad y autonomía durante todo el proceso, derecho a la información
- Derecho a un parto con el menor intervencionismo posible
- Derecho a la libertad de movimientos, al acompañamiento, al piel con piel inmediato al nacimiento.

5. DISCUSIÓN – ANÁLISIS

El parto y su concepción ha ido evolucionando a la par que la historia humana desde el principio de los tiempos, influenciando la interpretación que se hace de la vivencia del parto y del papel de la parturienta como paciente y como mujer. En la medicina se ha ido buscando la autonomía del individuo en el poder de decisión sobre las circunstancias propias, pidiendo planteamientos nuevos a los que la comunidad científica ha respondido con investigaciones sobre alternativas a las labores que han sido tradicionales durante muchos años. (Biurrun Garrido y Goberna Tricas, 2013)

Por un lado, a pesar de la existencia de otros métodos alternativos, la anestesia epidural sigue siendo el método más utilizado para el control del dolor de parto. Sin embargo, es un hecho que los inconvenientes de esta anestesia son conocidos y cada vez más evitados, aumentando el interés y la demanda de la población sobre otros métodos (González García, et al., 2018). Las técnicas alternativas comentadas previamente (la inmersión en agua, la inyección de agua estéril, la esferodinamia, el óxido nitroso y la walking epidural) son las que demuestran mayor evidencia de efectividad, aunque no debemos pasar por alto la existencia de otras como el masaje, la estimulación nerviosa transcutánea, la aromaterapia, la musicoterapia, etc.

El método más controvertido es la inmersión en agua caliente, ya que existen opiniones contrarias sobre su uso durante el desarrollo del trabajo de parto. Iriondo Sanz et al. muestran las distintas opiniones sobre el tema, de varias instituciones sanitarias. Por un lado, la Royal College of Obstetrician and Gynecologists and Midwives apoya su uso durante el periodo de dilatación y el expulsivo, alegando seguridad y eficacia. Sin embargo, otras entidades como la American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists y la Asociación Española de Pediatría recomiendan su uso durante la dilatación, ya que durante el expulsivo se han demostrado mayores riesgos para la morbilidad neonatal.

Por otro lado, es creciente el número de maternidades que incorporan un nuevo tipo de habitación para las parturientas, en la que se suman el espacio de dilatación y el espacio del expulsivo. Según Müller y Parra Casado, está demostrado su beneficio para el clima

del parto, ya que crea un ambiente cómodo y permite incluir más recursos para vivir esta etapa vital con mayor dignidad y felicidad. En cambio, todavía quedan muchos servicios sin este recurso y con una organización separando los espacios según la etapa del parto.

De hecho, en la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN-B) todavía no existe dicha adecuación del espacio y se detecta un déficit respecto a la oferta de distintas técnicas para el control del dolor. Por lo tanto, al observar la necesidad de mejora en la Unidad, se ha creado una propuesta para ayudar a mejorar el espacio, creando habitaciones de partos que recojan un espacio único para la dilatación y el expulsivo. Además, se fomentará el uso de los métodos alternativos para el control del dolor durante el proceso del parto, para que cada persona pueda vivir su parto con la mayor autonomía de decisión posible.

- Matriz DAFO

Para verificar la factibilidad de esta propuesta se ha utilizado la matriz DAFO, que se muestra en la tabla trece. Se trata de un análisis que plantea cuáles son las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de la presente propuesta, para así hacer un balance sobre su implantación.

Tabla 13. Matriz DAFO

Factores internos	Factores externos
<i>DEBILIDADES</i>	<i>AMENAZAS</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Coste elevado • Ausencia de protocolos de algunos de los métodos alternativos propuestos: inmersión en agua e inyección de agua estéril • Dificultad para llevar a cabo la selección de gestantes que utilizarán el servicio • Falta de formación del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de espacio arquitectónico en la unidad • Falta de materiales necesarios en la unidad (piscinas de inmersión) • Dificil inclusión en los presupuestos del SNS • Necesidad de aumento del personal, ratio 1:1 matrona – paciente
<i>FORTALEZAS</i>	<i>OPORTUNIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interés del personal en la aplicación de esta propuesta ✓ Aumento de los recursos asistenciales de la unidad ✓ Aumento de la satisfacción de los usuarios del servicio ✓ Existencia de protocolos sobre: esferodinamia, óxido nitroso y walking epidural 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Basado en la evidencia científica más reciente ✓ Práctica extendida en las maternidades de otros lugares del mundo ✓ Avalado por instituciones como FAME y Ministerio de Sanidad ✓ Demanda social

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

1. El parto es una etapa vital en la vida de la mujer, en la cual ella será el centro y tendrá el control de cómo quiere vivirlo. Se trata de una situación en la que influyen factores físicos, psicológicos y ambientales.
2. Una de las características del parto es el dolor, que aunque sea un sentimiento negativo se define con adjetivos bonitos. A la intensidad y la vivencia del dolor le afectan factores como la situación emocional de la gestante, la progresión del parto, las expectativas, etc. Con lo cual, es una característica particular e individualizada en cada caso.
3. La evidencia científica ofrece, además de la analgesia epidural, otras alternativas para el control del dolor de parto. Estas técnicas, han sido avaladas por instituciones oficiales de ginecología y obstetricia, y son respaldadas por múltiples estudios de investigación. En este trabajo se han comentado las siguientes: inmersión en agua caliente, inyecciones de agua estéril, esferodinamia, óxido nitroso y walking epidural.
4. La nueva tendencia arquitectónica en las unidades maternas es la de unificar el espacio de dilatación con el espacio del expulsivo, creando una habitación-paritorio. Se trata de espacios amplios, confortables y en los que se vive el parto como una experiencia menos fría e invasiva.
5. Hoy en día, en el Complejo Hospitalario de Navarra, no existen apenas protocolos para la implantación de estas técnicas alternativas a la analgesia, ni tampoco recursos espaciales parecidos a la habitación de parto.

7. PROPUESTA DE MEJORA



PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE PARTOS DEL CHN-B:

HABITACIONES DE PARTO Y TÉCNICAS ALTERNATIVAS

PARA EL CONTROL DEL DOLOR



ÍNDICE

- 1. Autoría**
- 2. Revisión externa**
- 3. Declaración de conflictos de intereses de la autora**
- 4. Objetivos**
- 5. Profesionales a quienes va dirigido**
- 6. Recursos estructurales y materiales**
- 7. Recursos humanos**
- 8. Protocolos de los métodos alternativos a la epidural**
- 9. Evaluación de la propuesta**
- 10. Bibliografía**

1. AUTORÍA

Apellidos / Nombre	Titulación	Cargo que desempeña
Moreno Torrano, Amaia	Grado en Enfermería	Estudiante de Enfermería en la Universidad Pública de Navarra
Directora	Titulación	Cargo que desempeña
Dra. Sola Cía, Sara	Grado en Enfermería Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica Doctora en Ciencias de la Salud	Profesora sustituta de docencia en la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Pública de Navarra.

2. REVISIÓN EXTERNA

Nombre de la comisión	Institución a la que pertenece
Tribunal evaluador del Trabajo Fin de Grado	Universidad Pública de Navarra
Apellidos / Nombre	Cargo que desempeña
Mejías Jiménez, Araceli	Jefa de Unidad de Enfermería de la Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra – B
Muruzabal Torquemada, Juan Carlos	Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra – B

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES DE LA AUTORA

La autora declara que no existe ningún conflicto de interés y que la presente propuesta no tiene fuente de financiación.

4. OBJETIVOS

- Crear una habitación de partos donde la gestante y su acompañante puedan vivir este proceso con naturalidad, comodidad y la mejor asistencia sanitaria posible
- Ofrecer mayor variedad de opciones para el control del dolor de parto, incluyendo métodos alternativos a la epidural
- Fomentar la autonomía de actuación y de decisión de las gestantes durante el parto
- Ayudar a la organización del servicio y de los trabajadores

5. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

- Equipo de enfermería obstétrico-ginecológica (matronas)
- Equipo de obstetricia
- Equipo de anestesia
- Equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
- Equipo de celadores
- Equipo de limpieza

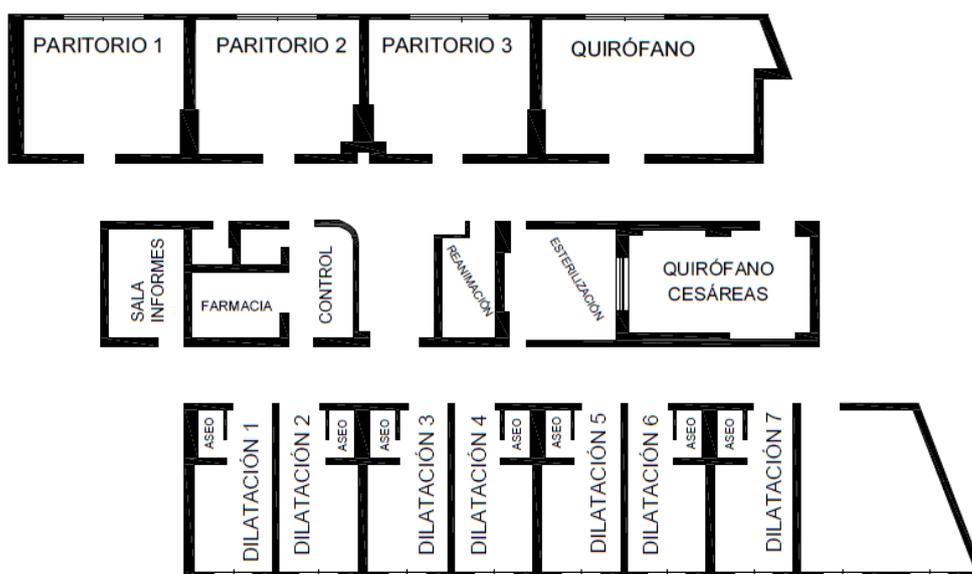
6. RECURSOS ESTRUCTURALES Y MATERIALES

La Unidad de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra – B, actualmente consta de los siguientes espacios: 7 habitaciones de dilatación, 3 paritorios y 2 quirófanos de urgencias y cesáreas. El objetivo de la propuesta es crear seis habitaciones de partos y, además, otra habitación con una piscina de inmersión única para todo el servicio.

- Habitación 1: ubicada en el actual Paritorio 1
- Habitación 2: se encuentra en el espacio que contenía el Paritorio 2
- Habitación 3: comprende el Paritorio 3
- Habitación 4: se ubica en las actuales Dilatación 1 y 2
- Habitación 5: en la unificación del espacio de Dilatación 3 y 4
- Habitación 6: se muestra en la Dilatación 5 y 6
- Habitación de la piscina: para ello, se ha habilitado el espacio de Dilatación 7 y el actual despacho de ginecología

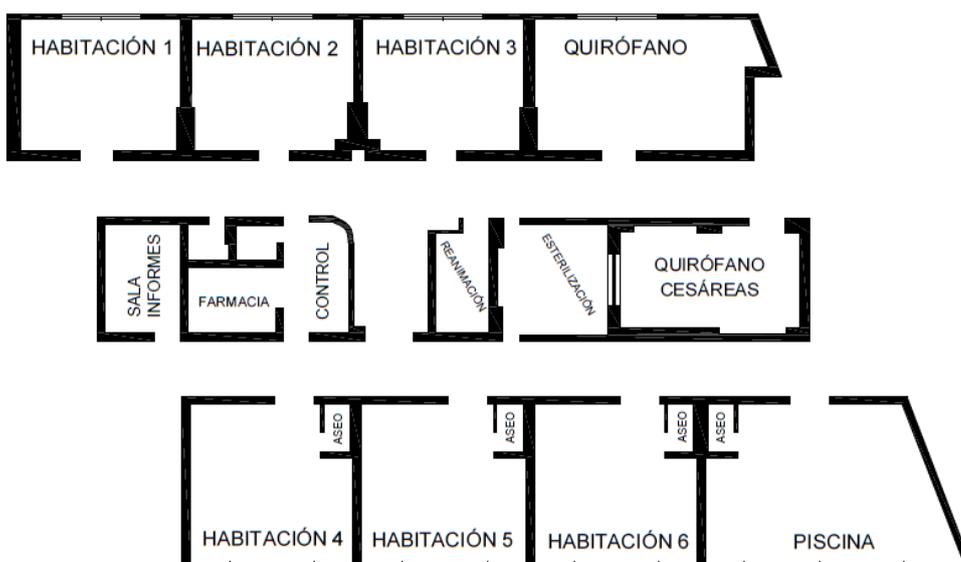
En las siguientes imágenes 1 y 2, observamos cómo sería el cambio en las estructuras de la unidad.

Imagen 1. Plano actual de la unidad de partos.



Fuente: Elaboración propia.

Imagen 2. Plano propuesto de la unidad de partos.



Fuente: Elaboración propia.

- Material en las habitaciones de partos

- *Material sanitario:* estará oculto de la vista, guardado en cajones de la torre de monitorización el material básico y en un armario el material de partos. Constará de material de venopunción, higiene, sondaje vesical, guantes limpios y estériles, material para atender el momento del expulsivo y material para posibles partos instrumentales.
- *Cojines, almohadas:* para apoyarse en cualquier posición que elija la madre en la cama o en el suelo, ayuda a su comodidad.
- *Cama:* se trata de una cama de partos, colocada a ser posible en un lado de la habitación para dejar espacio libre para moverse libremente. Sería una cama multi-posición y cómoda. Con sus distintas posiciones ayudará a conseguir más posturas además de la de litotomía durante el periodo expulsivo. La Imagen 3 muestra la cama de parto habitual.

Imagen 3. Cama de parto



Fuente: <http://www.medicalexpo.es/prod/hill-rom/product-68741-442204.html>

- *Mecedora*: proporciona una posición cómoda, con un balanceo relajante y ayuda a pasar tiempo sentada durante el periodo de dilatación. En la Imagen 4 se observa una variedad de mecedora.

Imagen 4. Mecedora



Fuente: <https://www.somosmamas.com.ar/maternidad/mecedora-lactancia/>

- *Pelotas de esferodinamia*: grandes y elásticas, con un protector de uso individual, permiten apoyarse en ellas y realizar movimientos que proporcionan alivio. Existen de distintos tamaños, para adecuarlos a la talla de cada mujer. La Imagen 5 expone un tipo de pelota de parto.

Imagen 5. Pelota de parto



Fuente: <http://www.tiempodedidacticos.com.ar/didacticos/producto/pelota-esferodinamia-55ocm/>

- Cuerdas: colgantes desde el techo, sirven para que adopte distintas posiciones en bipedestación o sedestación, a la vez que se sujeta y puede hacer fuerza tirando de ellas.
- Taburete de parto: como vemos en la Imagen 6, es un pequeño taburete con una hendidura que permite atender partos en vertical. Además, permite que el acompañante pueda sujetar a la mujer desde la espalda.

Imagen 6. Taburete de parto



Fuente: <https://www.febromed.de/es/productos/dullstein-taburete-de-parto.html>

- *Silla o butaca para el acompañante:* también tendrá su espacio, preferiblemente cerca de la cama de parto.
- *Decoración:* la idea es crear un espacio acogedor que reduzca el estado de alerta y que permita a la mujer desconectar del medio y concentrarse en ella misma. Se colocaría un póster o cuadro relajante encima del cabecero de la cama, mientras que las paredes estarían pintadas de colores neutros (blanco, beige).

- *Iluminación:* las habitaciones contienen ventanas que proporcionan iluminación natural. También se dotarán de luces regulables de colores cálidos, para crear una atmósfera de confort y al gusto de los usuarios.
- *Música y sonido:* la gestante podrá elegir música a su gusto para amenizar el tiempo y abstraerse mediante un monitor ubicado en la pared de la habitación. En el monitor habrá playlists predeterminadas con música relajante e incluso permiten agregar dispositivos USB. También serán habitaciones insonorizadas, para permitir que la mujer se sienta cómoda al emitir ruidos y no pueda escuchar los emitidos por otras mujeres en habitaciones contiguas.

- Material de la habitación de la piscina de inmersión

- *Piscina de inmersión*: proporciona un efecto relajante y de disminución del dolor por el agua caliente. La Imagen 7 muestra una piscina de inmersión de plástico.

Imagen 7. Piscina de inmersión



Fuente: <https://www.crianzanatural.com/prod/prod221.html>

- *Material para el baño*: toallas para secarse y un colgador para dejar la ropa o el camión del hospital.
- *Material sanitario*: al igual que en las habitaciones de partos, el material estará guardado en armarios, oculto de la vista de los usuarios.

7. RECURSOS HUMANOS

Para el correcto funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones, será necesaria la colaboración de todo el equipo multidisciplinar que comprende el servicio.

Además, hay que destacar la labor que realizarán el personal de matronas, de técnicos auxiliares de enfermería, de celadores y de limpieza.

- Matronas: para la puesta en marcha de esta propuesta es necesario que la relación de matrona-embarazada sea 1:1. Además, hay que tener en cuenta que cuando se esté utilizando la bañera de inmersión es indispensable el acompañamiento de la usuaria.
- Celadores: se necesitará el traslado desde las habitaciones de partos a la habitación de la piscina, y también a los quirófanos.
- Técnicos auxiliares de enfermería: se asegurarán de que las habitaciones de partos y de piscina están preparadas para recibir a las madres y sus acompañantes, provistas de todo lo necesario. También colaborarán en la misión de mantener el acompañamiento continuo en mujeres que estén utilizando la piscina de inmersión.
- Limpieza: las condiciones de higiene son muy importantes en este servicio. Sobre todo, en la habitación de la piscina, ya que va a ser un espacio común para toda la unidad.

8. PROTOCOLOS DE LOS MÉTODOS ALTERNATIVOS A LA EPIDURAL

1. Inmersión en agua

Esta opción se ofrece en un espacio fuera de la habitación de parto, es decir, en la habitación de la piscina de inmersión. El traslado a dicha habitación es opcional, se realizará si la mujer demanda utilizar este método durante la dilatación y si la habitación está libre.

Para poder ser candidata a la inmersión en agua, se deben cumplir los siguientes criterios de inclusión (Mosquera Pan, Onandia Garate y Tizón Bouza, 2016):

- Mujeres sanas con embarazo de bajo riesgo.
- Gestación única y a término, con presentación cefálica.
- Registro cardiotocográfico previo dentro de la normalidad y no indicación de registro continuo. Posibilidad de RCTG en ventanas, es decir, un registro cada hora.
- IMC < 35
- Acompañamiento continuo de la mujer, ya sea por acompañante o matrona.

Y serán contraindicaciones absolutas o razones por las que se debería terminar la inmersión inmediatamente: (Uceira Rey et al., 2015)

- Preocupación sobre el bienestar materno o fetal: detección de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal en los RCTG, presencia de líquido teñido, fiebre intraparto o taquicardia materna.
- Necesidad de administración de: medicación sedante, opiáceos o anestesia.
- Disminución de la frecuencia de las contracciones y enlentecimiento del trabajo de parto.
- Evolución rápida del parto, acercamiento al periodo del expulsivo.

Procedimiento a seguir según Mosquera Pan, et al.:

La habitación de la piscina de inmersión proporcionará un ambiente acogedor y tranquilo, en el que la mujer y su acompañante se puedan relajar. También, hay que mantener un correcto estado de hidratación durante su estancia en la piscina, ya que ayudará a fomentar la hidratación materna. Es necesario que, durante el uso de este método, siempre se encuentre acompañada por una persona (ya sea el propio acompañante o algún miembro del personal, en su defecto).

Se considera un momento ideal para comenzar con la inmersión en agua cuando la dilatación cervical se encuentra en 5 centímetros, aunque ya se puede realizar a partir de superar los 3 centímetros. Además, se recomienda no superar las 2 horas de hidroterapia.

La bañera de inmersión se llena con agua limpia, sin jabones ni aceites, a una temperatura alrededor de los 35-37°C. Cada hora, la gestante saldrá del agua y se le realizará un breve registro cardiotocográfico de 20-30 minutos, mientras se toma la temperatura del agua para asegurarse de que sigue entre los límites adecuados.

La usuaria se colocará en el interior de la piscina, inmersa en el agua hasta la altura de los pechos, en la posición que ella desee. No hay una única posición satisfactoria, sino que cada persona debe encontrar la que le resulte más agradable. Por ejemplo, se puede colocar: sentada, recostada hacia atrás, con las rodillas apoyadas en el suelo de la piscina, en cuclillas etc.

2. Inyección de agua estéril

Para el uso de este método, necesitaremos el siguiente material:

- Guantes limpios
- Gasas y antiséptico (Clorhexidina alcohólica)
- Agujas intradérmicas (27 G, color amarillo o gris) o subcutáneas (25 G, color naranja)
- Jeringas de 1 mL
- Agua estéril inyectable monodosis

No existen contraindicaciones para no realizar este método, salvo el hecho de que la usuaria no lo demande. Previamente a su realización, se debe informar sobre cómo será el procedimiento y la necesidad de no moverse pese al dolor que suponen los pinchazos. También se debe acordar qué tipo de infiltración se va a realizar: intradérmica (ID) o subcutánea (SC).

Procedimiento a seguir: (Aguinaga López y Pérez Molto, 2017)

La mujer debe sentarse en la cama, con el cuerpo inclinado hacia adelante y mantenerse quieta durante todo el proceso. La matrona localizará el rombo de Michaelis y marcará los 4 puntos donde realizará las punciones.

Localizados los puntos, se limpia el área a puncionar con Clorhexidina.

- *En la inyección ID*, se punciona con ángulo de 10-15º y se inyecta entre 0,05 y 0,1 mL de agua estéril en cada sitio de punción.
- *En la inyección SC*, se punciona con ángulo de 45º y se inyecta entre 0,1 y 0,5 mL de agua estéril en cada sitio de punción.

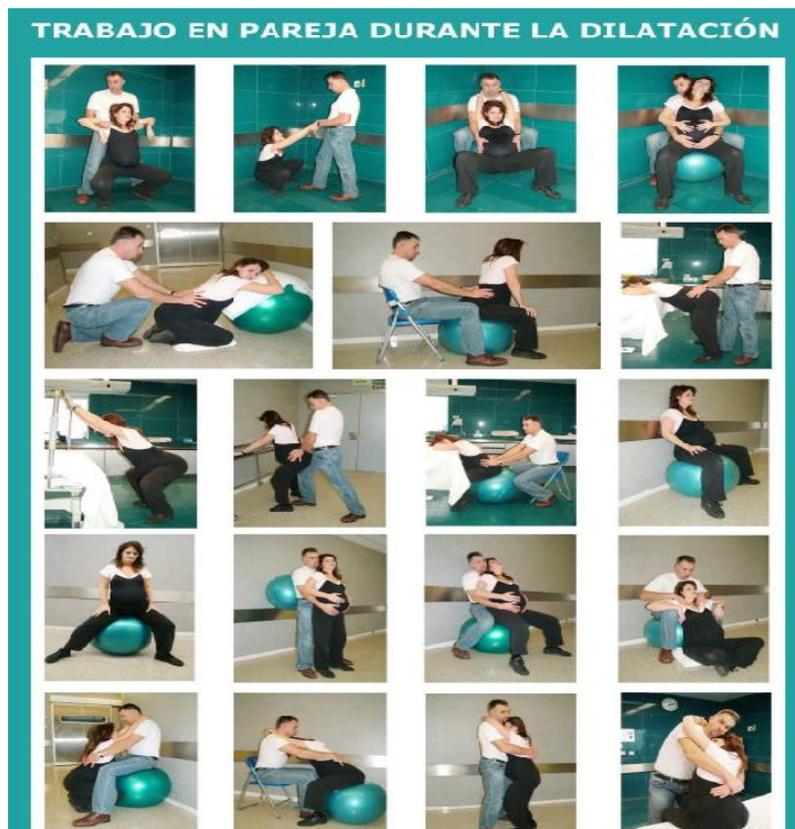
El agua se irá reabsorbiendo poco a poco, se estima que el efecto es duradero durante 45-90 minutos, pudiendo repetir el procedimiento cada 1 hora.

3. Esferodinamia

Material necesario para el uso de esta técnica:

- Pelota de esferodinamia, adecuada a la talla de la gestante
- Funda protectora, toalla o empapador para colocar en la superficie de la pelota
- La imagen 8, muestra el póster informativo del Complejo Hospitalario de Navarra sobre posibles posiciones para hacer uso de la pelota de parto.

Imagen 8. Poster de trabajo en pareja con la pelota de parto



Fuente: Complejo Hospitalario de Navarra

Basado en las indicaciones de Luces Lago, Mosquera Pan y Tizón Bouza, el procedimiento para utilizar las pelotas de parto es el siguiente:

- Al decidir utilizar la pelota de parto, consultar con la matrona responsable el tamaño necesario (diámetro de 65 centímetros o de 75 centímetros, habitualmente).
- Colocar una funda, toalla o empapador sobre la pelota a utilizar, para evitar manchas y el contacto directo con la superficie de la pelota
- Posición adecuada de la gestante sobre la pelota: pies en el suelo, ángulo de la rodilla mayor de 45º y manos apoyadas en algún soporte o agarradas al acompañante para mantener el equilibrio.
- Posibilidad de realizar la técnica con ayuda del acompañante, resulta más sencillo si la gestante tiene problemas de movilización o si se ve inestable en la pelota.
- La pelota de parto da opción a realizar distintos movimientos: en círculo, hacia adelante o hacia atrás, hacia los lados, etc.
- También, es posible adoptar distintas posturas: de pie, sentada sobre la pelota, sentada en el suelo con la espalda apoyada en la pelota, en decúbito lateral con la pelota entre las piernas, en cuadrupedia, etc. En definitiva, la gestante adoptará la posición que le resulte cómoda.

A continuación, las imágenes 9, 10, 11 y 12 muestran distintas posturas en la pelota de parto.

Imágenes 9, 10, 11 y 12. Ejemplos de distintas posturas en la esferodinamia.



Fuente: (Luces Lago, et al., 2014)

4. Óxido nítrico

El óxido nítrico se puede utilizar como analgesia única en el parto, en situaciones en las que la anestesia epidural está contraindicada o como método para retrasar el inicio de la misma.

Material necesario para la administración:

- Bala con óxido nítrico al 50% (el resto será oxígeno)
- Sistema de inhalación mediante mascarilla facial con válvula anti-retorno o boquilla de inspiración bucal
- Filtro
- Kit con válvula a demanda tipo Robert Shaw (conexión entre la bala de óxido nítrico y el sistema de inhalación)

Se dará inicio al tratamiento cuando las contracciones sean dolorosas y la gestante demande su uso. Además, durante el procedimiento la paciente debe estar monitorizada mediante un pulsioxímetro y el RCTG.

El procedimiento de administración, según Zabalza y Sola (2018), es el siguiente:

- Verificar que las constantes vitales maternas estén en rango (tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno) y el RCTG fetal no muestre alteraciones.
- Comprobar el correcto funcionamiento del equipo de inhalación. También, asegurarse de que la bala contiene suficiente gas para realizar el procedimiento.

- *Uso intermitente:* las inhalaciones se realizarán 30-50 segundos antes del inicio de la contracción. Para ello, es necesario vigilar el RCTG para asegurar cuándo es el momento exacto.
- *Uso continuo:* se trata de la inhalación continua del gas. Se utiliza en situaciones como, por ejemplo, en el alumbramiento dirigido. La gestante inhalará óxido nitroso durante 3 minutos seguidos antes de comenzar con la técnica. Durante la ejecución del procedimiento, seguirá inhalando el gas. Hay que tener en cuenta que no se debe superar el tiempo de una hora de inhalación.
- El tratamiento se puede mantener hasta finalizar el alumbramiento, sin embargo, se detendrá si aparecen efectos secundarios o la mujer desee finalizarlo.

En la Imagen 13, se observa a una gestante inhalando óxido nitroso.

Imagen 13. Inhalación de óxido nitroso



Fuente: Zabalza y Sola, 2018.

5. Walking epidural

Se podrá ofrecer esta técnica para el control del dolor a cualquier gestante que lo desee y esté exenta de factores de riesgo, es decir, cuyo parto sea considerado normal.

Material necesario:

- Catéter epidural
- Anestésicos locales: Bupivacaína, Levobupivacaína y Ropivacaína
- Opiáceos: Fentanilo y Sulfentanilo
- Jeringas y agujas de carga
- Bomba y sistema de infusión

Como proponen Goldaracena y Sola (2017), el procedimiento para la administración será el siguiente:

- El personal de anestesia realiza la colocación del catéter epidural de la misma forma que en la anestesia epidural convencional.
- Tras la punción, se deberán monitorizar periódicamente los signos vitales y el efecto frente al control del dolor.
- Al introducir el catéter, se administrará una dosis inicial:
Bupivacaína/Levobupivacaína 1,25 mg-2,5 mg + Fentanilo/Sulfentanilo 5-10 µg
- A continuación, se administrarán las dosis de mantenimiento:
 - Perfusión continua: dosis < 5 ml/h
 - Bolos: 3 bolos/h
Levobupivacaína/Bupivacaína 0,125-0,625% o Ropivacaína 0,07-0,2% + Fentanilo 2 mcg/ml

- Desde la aplicación de esta técnica, habrá que vigilar la aparición de efectos adversos y cesar su administración si estos aparecen.
- También, es conveniente la vigilancia de la mujer cuando proceda a la deambulación. Y, si procede, se le proporcionará ayuda para realizar las movilizaciones.

La imagen 14 muestra a una gestante deambulando por el pasillo de un hospital.

Imagen 14. Deambulación durante el proceso de parto.



Fuente: Goldaracena y Sola, 2017.

9. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Para evaluar la implantación de esta propuesta, se tendrán en cuenta los registros del personal sanitario (obstetras y matronas) en la historia clínica.

En el registro del parto constará:

- Qué tipo de método o métodos ha utilizado para aliviar el dolor: anestesia epidural, inmersión en agua, inyección de agua estéril, esferodinamia, óxido nítrico o walking epidural.
- Si el método o métodos citados previamente han cumplido su objetivo o no, y en qué medida.
- Si el método utilizado ha sido la inmersión en agua, concretar: tiempo de inmersión en la piscina, datos sobre los RCTG realizados durante ese periodo y dilatación cervical previa y posterior.

A partir de estos datos, el objetivo es cuantificar qué porcentaje de mujeres ha sido usuario de los recursos existentes y si han cumplido su función.

A largo plazo, estos hallazgos podrían determinar futuros cambios en la organización como la adquisición de más piscinas de inmersión o el desarrollo de nuevos protocolos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga López, J., y Pérez Molto, F. (2017). Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. *Majorensis*, 13, 31-39.
- De la Cueva, P., Parra, M., y Müller, A. (2008). Arquitectura integral de maternidades.
- Goldaracena, H., y Sola, S. (2017). *Walking epidural y guía de deambulación y movilización postural. Propuesta de mejora: Atención al parto normal en el CHN* (Trabajo de Fin de Grado) Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Luces Lago, A., Mosquera Pan, L., y Tizón Bouza, E. (2014). La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto. *Revista ROL de Enfermería*, 37(3), 188-194.
- Mosquera Pan, L., Onandia Garate, M., Luces Lago, A., y Tizón Bouza, E. (2016). Inmersión en agua caliente (revisión). *Revista ROL Enfermería*, 39(1), 25-30.
- Müller, A., y Parra Casado, M. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, 7(18), 147-155.
- Uceira Rey, S., Loureiro Martínez, R., García Raposo, M., Valderrábano González, I., González Fernández, I., Silva Espido, M., y Rodríguez Castaño, M. (2015). Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Profesión*, 16(1), 12-17.
- Zabalza, L., y Sola, S. (2018). *Propuesta de mejora para la atención al parto humanizado: utilización del óxido nitroso en el control del dolor de parto. Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra B* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga López, J., y Pérez Molto, F. (2017). Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar en el parto. *Majorensis*, 13, 31-39.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Biurrun Garrido, A., y Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas profesión*, 14(2), 62-66.
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., y Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 7.
- Complejo Hospitalario de Navarra. Llorens del Río, N., Oteiza Azcona, O., De la Fuente Arrillaga, M., y Mejías Jiménez, A. (2016). *Guía de atención al parto de bajo riesgo en el CHN*. Pamplona.
- De la Cueva, P., Parra, M., y Müller, A. (2008). Arquitectura integral de maternidades.
- Europeristat Health Programme of the European Union. (2018). *European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe*.
- Gobierno de España. (1978). *Constitución Española, artículo 43*.
- Gobierno de España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.
- Gobierno de España. (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.
- Gobierno de Navarra. (2016). *Decreto Foral 103/2016, de 116 de noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva*.
- Goldaracena, H., y Sola, S. (2017). *Walking epidural y guía de deambulación y movilización postural. Propuesta de mejora: Atención al parto normal en el CHN* (Trabajo de Fin de Grado) Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

- González García, R., Márquez Carrasco, A., y Mera Dominguez, S. (2018). Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. *Revista Enfermería Docente*, 110, 80-84.
- FAME, Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *Iniciativa al parto normal*. Barcelona. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/>
- Hospital Virgen de las Nieves. Teba López, L., de la Rosa Várez, Z., Gutiérrez Martínez, M., y Rivas Castillo, M. (2013). *Métodos alternativos a la analgesia epidural*. Granada.
- Iriondo Sanz, M. Sánchez Luna, M., Botet Mussons, F., Martínez Astorquiza, T., Laila Vicens, J., y Figueras Aloy, J. (2015). Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la sección de Medicina Prenatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Anales de Pediatría*, 82(2) 108.e1-108.e3
- INE, Instituto nacional de estadística. *Movimiento natural de la población. Nacimientos ocurridos en España, año 2017*. Recuperado de:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- Luces Lago, A., Mosquera Pan, L., y Tizón Bouza, E. (2014). La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso de parto. *Revista ROL de Enfermería*, 37(3), 188-194.
- Mallén Pérez, L., Juvé Udina, M., Roé Justiniano, M., y Domenech Farrarons, A. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas profesión*, 16(2), 61-67.
- Mallén Pérez, L., Terré Rull, C., y Palacio Riera, M. (2015). Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 16(3), 108-113.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación Argentina. (2015). *Ley Nacional N° 25.929, Decreto 2035/2015, del parto humanizado*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica del SNS sobre la atención al parto normal* (183-201). Vitoria-Gasteiz.
- Mosquera Pan, L., Onandia Garate, M., Luces Lago, A., y Tizón Bouza, E. (2016). Inmersión en agua caliente (revisión). *Revista ROL Enfermería*, 39(1), 25-30.

Müller, A., y Parra Casado, M. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, 7(18), 147-155.

Nacional Institute for Health and Care Excellence. (2014, actualizado 2017). *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*. (322-329)

NNNConsult. *Diagnósticos de enfermería NANDA*. Recuperado de: <https://www.nnnconsult.com/nanda>

Ramón Arbués, E. & Azon Lóez, E. (2009). Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. *Nure investigación*, 41.

Uceira Rey, S., Loureiro Martínez, R., García Raposo, M., Valderrábano González, I., González Fernández, I., Silva Espido, M., y Rodríguez Castaño, M. (2015). Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Profesión*, 16(1), 12-17.

Vázquez Lara, J., y Rodríguez Díaz, L. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2017). *Programa formativo de la especialidad de Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)*. Volumen 3 (140-146, 161-164, 180-181). Madrid.

Zabalza, L., y Sola, S. (2018). *Propuesta de mejora para la atención al parto humanizado: utilización del óxido nitroso en el control del dolor de parto*. Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra B (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Pública de Navarra, Pamplona.