



Trabajo Fin de Grado

Título:

Proyecto educativo para fomentar la humanización del parto orientado al personal sanitario

Alumno: Zoe Macías Torres

Director: Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Madrid, 25 de abril de 2018

Índice

Glosario de abreviaturas	1
Resumen.....	2
Abstract.....	3
Presentación	4
Agradecimientos.....	5
Fundamentación.....	6
Introducción	6
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	6
1. Evolución histórica.....	8
2. Definiciones y conceptos clave	9
3. Epidemiología	12
4. Situación actual	15
Justificación.....	22
1. Población diana	23
2. Captación	24
3. Objetivos.....	25
Objetivos generales.....	25
Objetivos específicos	25
Metas operativas	26
4. Contenidos	27
A. Proceso de parto.....	27
B. Plan de parto.....	27
C. Apoyo físico	27
D. Apoyo emocional	28
E. Prácticas clínicas	28
F. Análisis de estudios.....	29

5. Planificación general.....	30
Sesión 1	32
Sesión 2	35
Sesión 3	37
Sesión 4	40
6. Evaluación	43
Bibliografía	44
Anexos	47
Anexo 1: Folleto proyecto educativo	47
Anexo 2: Cartel enunciativo proyecto educativo.....	48
Anexo 3: Plan de parto	49
Anexo 4: Control de asistencia	53
Anexo 5: Cuestionario antes-después	53
Anexo 6: Encuesta grado de satisfacción.	55

Glosario de abreviaturas

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN)

Sistema Nacional de Salud (SNS)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.)

Comunidades Autónomas (CCAA)

Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)

Subprogramas de Atención al Embarazo, Parto y puerperio (AEPP)

Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Instituto Nacional de Estadística (INE)

Silla De Partos (SDP)

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM)

Resumen

A finales del siglo XIX, surge la necesidad de la medicalización del parto con el objetivo de mejorar la situación de morbilidad-mortalidad materno-infantil. Dado este proceso, se produce un incremento del protagonismo del personal sanitario frente a la mujer gestante y sus familiares, generando actitudes y conductas no adecuadas. A partir de los años 80, debido a los sentimientos de frustración que surgen por la situación existente, la OMS, inicia un proceso de fomento de las prácticas humanizadas en el embarazo, parto y puerperio. Explica un conjunto de actuaciones a realizar en gestantes de bajo riesgo, siendo de cumplimentación obligatoria en todos los países y hospitales.

En España en el año 2007, progresa el fomento de la humanización a través de la implantación de la “Estrategia de Atención al Parto Normal”, lo cual consigue numerosos cambios en los protocolos previos.

A pesar de todas las directivas promulgadas a lo largo de los años, se pueden ver diferencias significativas en relación a la calidad de la atención prestada. Por todo ello, surge la necesidad de continuar con la formación al personal sanitario en materia de cuidados humanizados a través del planteamiento de un proyecto educativo. El objetivo principal es el fomento de las prácticas humanizadas durante todo el proceso que envuelve a la mujer gestante. Además, este programa tiene una importante repercusión en la práctica clínica ya que, contribuirá al incremento de la calidad en la atención prestada a la mujer y su familia durante todo el proceso de parto. Este conjunto de acciones siempre serán realizadas manteniendo la máxima seguridad de la mujer y del futuro recién nacido y al mismo tiempo, provocará un aumento del sentimiento de satisfacción.

Palabras clave: parto humanizado, parto natural, salas de parto, trabajo de parto.

Abstract

At the end of XIX century, emerged to medicalize childbirth with the objective to improve the situation of maternal-child morbidity-mortality. Because of this process, the prominence of health care staff increased and their role being more important their role than pregnant women and their families. This caused inappropriate behavior and attitudes. From the 80's, because of frustrating feelings caused by this, the WHO started the development of humanized care during pregnancy, labor and puerperium. It explained a set of procedures to perform on low risk women which were required in every country and hospital.

In 2007, Spain improved humanized care with a national directive: "Normal Birth Care Strategy". Changes were then made to previous protocols.

In spite of all the directives introduced during these years, there are significant differences in the quality of the care offered. Thus, an educative initiative has appeared which underscores the necessity of continuing education form health care staff in humanized pregnancy care. This initiative hopes to achieve an increase in women's satisfaction vis-à-vis quality care. It's important to maintain the security of women and newborns so; the main goal of this project is to promote humanized practice during the entire pregnancy process. In addition, this program has an important consequence in the clinical service because it will increase the quality of medical attention offered to pregnant women and their families during childbirth. All of these activities will be done in order to keep the security of the women and newborns safe while, at the same time, increasing their feelings of satisfaction.

Keywords: natural childbirth, delivery room, labor, humanized.

Presentación

La enfermería se basa en las relaciones interpersonales, las cuales deberán ser de calidad para que nuestra atención sea la apropiada y el paciente tenga la percepción de un cuidado completamente satisfactorio.

La motivación de este trabajo nace del análisis acerca de las mejorías que han tenido lugar, a lo largo de todos estos años, en relación con la atención a la mujer gestante y sus familias.

Gracias a las diferentes estrategias implantadas por el Gobierno, la calidad de la asistencia sanitaria, ha incrementado exponencialmente. Aun así, considero que es importante reforzar conocimientos, habilidades y actitudes para continuar con el fomento de la humanización al parto. La necesidad de estos cuidados, desde una perspectiva holística, surge a raíz de la contemplación de que los seres humanos somos elementos biológicos envueltos en una esfera psicológica-social, la cual es imprescindible comprenderla y aceptarla para sentirnos integrados y no sentirnos abandonados durante un momento tan delicado como es una hospitalización o intervención médica.

Agradecimientos

A Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, por su motivación, tiempo y dedicación. Además, especialmente, quisiera agradecer su ayuda y sus enseñanzas ante las dificultades presentadas.

A la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, por inculcarme la necesidad e importancia en la prestación de unos cuidados humanizados que hacen la distinción en enfermería.

A todos los profesionales sanitarios, que durante estos cuatro años, han participado en mi crecimiento personal y profesional, en cada una de las unidades por las que he rotado.

A mi familia, en especial a mis padres. Gracias por el apoyo durante estos años de formación personal y profesional, y por acompañarme y motivarme día a día para alcanzar mis metas.

Fundamentación

Introducción

El parto se puede definir como un proceso en el cual, la mujer gestante, expulsa el feto y la placenta al finalizar la gestación. Por lo tanto, consiste en un proceso en el que tienen lugar dos sucesos clave: fin del embarazo y comienzo de una nueva vida.

La asistencia humanizada a la mujer gestante, envuelven todos los cuidados humanizados en las diferentes etapas del embarazo, parto y puerperio. Un cuidado humanizado se basa en la visión holística de la persona para prestar una atención con la mejor calidad posible.

Este estudio presenta la elaboración de un proyecto educativo con el objetivo general de incrementar la asistencia humanizada en el proceso de parto, orientado al personal sanitario de enfermería que trabaja en las unidades de obstetricia.

En primer lugar, se tratará la evolución histórica de los cambios producidos en el ámbito de la maternidad junto con el planteamiento de los problemas actuales y las posibilidades para solucionarlos. A continuación, a través del análisis de conflicto y los recursos para abordarlos se elaborará un proyecto educativo.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica de este Trabajo de Fin de Grado fue recogida entre Octubre de 2017 hasta Marzo de 2018. Entre la recopilación de las palabras claves, utilizadas para buscar información, tanto en español (DECS) como en inglés (MESH), se presentan las seleccionadas en la tabla 1.

DECS	MESH
Parto humanizado	-
Parto natural	Natural childbirth
Salas de parto	Delivery room
Trabajo de parto	Labor
-	Humanized

Tabla 1: Palabras clave y Keywords

Los criterios de inclusión para aceptar los artículos fueron: incluir todos aquellos que trataran temáticas directamente relacionadas con el contenido principal del trabajo. La antigüedad máxima permitida es de 10 años, a excepción de un artículo, siendo el objetivo principal incorporar los artículos científicos más novedosos del momento.

No se ha realizado exclusión por el tipo de artículo si no que se incluye cualquier modelo como protocolos, estudios experimentales, estudios observacionales y revisión bibliográfica.

Los idiomas son en inglés y español, a excepción de un artículo en portugués. Por lo tanto, el número total de artículos revisados es de 35; 17 en español, 17 en inglés y 1 en portugués.

La búsqueda de información sistemática se realizó en las bases de datos más relevantes gracias al permiso ofrecido por la Universidad Pontificia de Comillas. Estas son: Dialnet, Scielo, Pubmed, Medline, y Cuiden Plus. Se ha utilizado el booleano "AND".

1. Evolución histórica

A finales del siglo XIX, se desarrollan, en el ámbito sanitario, modelos biomédicos en el ámbito de la maternidad provocando un aumento de la medicalización del parto por necesidad de mejorar la situación sanitaria de la gestante junto con la disminución de la mortalidad materno-infantil (1, 2). A raíz de esta situación, el proceso se empieza a entender como una enfermedad en la cual la mujer gestante debía ser atendida y tratada recibiendo asistencia médica, tal y como lo haría un paciente enfermo (1). La asistencia por parteras y mujeres en el ámbito familiar disminuye e incrementa el protagonismo de la figura del médico en la obstetricia en instituciones hospitalarias, donde se trata como un acontecimiento aislado, de naturaleza igualitaria para todas las gestantes. De esta manera, se produce la eliminación del carácter social que dotaba este proceso (3).

A partir de los años 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de revisar este modelo vigente implantado de atención al embarazo, parto y puerperio con el objetivo de fomentar y acrecentar la igualdad de las mujeres junto con el reconocimiento de sus derechos (1).

Declaraciones de la OMS unidas a las percepciones de insatisfacción de los ciudadanos además de movimientos sociales y la modificación de la legislación en materia política sanitaria materno-infantil, propiciaron la motivación para conseguir, en un futuro próximo, la modificación del Modelo Médico Hegemónico a una atención de parto centrada en la calidad y control y poder de la mujer sobre su cuerpo (1).

Dados los avances científicos en la instrumentalización del parto para conseguir respuestas más positivas en la evolución del mismo, ocasionó que aumentaran las intervenciones que implicaban sentimientos negativos como ansiedad y dolor. Por ello, surge la necesidad de la participación activa de las gestantes durante las fases de embarazo, parto y puerperio cediendo el protagonismo a las mismas, dotándolas de toda información existente para permitir el tratamiento efectivo del dolor (4, 2).

Tras las recomendaciones publicadas por la OMS, en el año 2000 en Brasil, se desarrolla el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) como estrategia para proseguir con las mejoras en relación a la accesibilidad, la cobertura y la calidad de la atención durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. Este es un cambio significativo, a nivel internacional, de conseguir el objetivo de la humanización obstétrica (5).

En España, gracias a la legislación sanitaria vigente se defiende la capacidad de autonomía de los pacientes junto con la aplicación del consentimiento informado a través de la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación clínica*; el personal sanitario se encuentra en la obligación de informar acerca de los riesgos y consecuencias, así como motivo de cada intervención a realizar en el paciente (6). Fundamenta un gran avance a la hora de involucrar a la gestante en tomar decisiones sobre su proceso (4).

Por otro lado, en el año 2007 empezaron los cambios más específicos en España a través de la puesta en marcha de la “Estrategia de Atención al Parto Normal” incluida en la “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud (SNS)” elaborada por parte de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) (6). Por último, con el objetivo de fomentar una atención de calidad, en el año 2012 el MSPSI publicó el “Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el SNS” incorporando un conjunto de indicadores de cumplimiento obligatorio para todos los hospitales públicos (7).

A pesar de todo ello, en España se puede considerar la necesidad de continuar con esta evolución tan significativa para incrementar las mejoras en relación con la calidad al proceso (4).

2. Definiciones y conceptos clave

La violencia institucional es un término que surge en la sociedad actual a consecuencia de las relaciones asimétricas de poder que nacen en el entorno hospitalario (8). La rama de las ciencias de la salud se caracteriza por una práctica basada en el principio ético de no maleficencia, beneficencia y autonomía. A pesar de ello, surge la mencionada violencia institucional la cual provoca, en las personas relacionadas con este proceso, daños físicos y psíquicos debido a unas condiciones de asistencia inapropiadas (8).

A partir de la violencia institucional derivan diferentes tipos, en función de la especialidad a la que esté dirigida, procediendo así la violencia obstétrica. Dentro de la violencia obstétrica, se incluyen todas aquellas actividades que estén relacionadas con la omisión de la información o comunicación inadecuada de la misma en términos que la mujer no sea propietaria de toda la información relativa acerca de su proceso de parto, así como no tener consideración de los relatos emitidos sobre experiencias o cambios percibidos (8).

Browser y Hill publicaron los siete puntos clave en los que se podría sintetizar la violencia obstétrica. Entre ellos se encuentran: abuso físico, prestación de cuidados sin consentimiento, cuidados sin intimidad, cuidados no dignos, discriminación, abandono en la atención sanitaria y circunstancias o características de la estructura sanitaria (9).

En la violencia obstétrica se incluyen aquellas actividades que sean realizadas por parte del profesional sanitario, ya sea de manera intencionada o no (9).

Por otro lado, hay que considerar que a través de la socialización durante la formación académica y laboral, se establecerá el sistema de valores y normas, es decir, que la actuación sanitaria está altamente influenciada por el entorno cultural (1).

El rol del cuidador en este ámbito debe basarse en analizar y contemplar las posibles desviaciones que hay hacia una situación patológica utilizando la tecnología y los conocimientos científicos para solucionar problemas que surjan respetando siempre a la persona (10).

Por otro lado, es importante destacar el concepto de medicina basada en la evidencia; es un movimiento que se aleja de la filosofía autoritaria y pretende implantar un modelo que este predominado por los descubrimientos científicos del momento. A pesar de la suposición de que la medicina es una ciencia objetiva, no todas las actuaciones son racionales y fundamentadas en la evidencia científica actual (11).

La OMS define Parto Normal como: “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (1).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) define parto normal como: “Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” (1).

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que se realiza de forma programada o de emergencia para la prevención o el tratamiento de complicaciones producidas en la gestación o en el momento del parto, tanto a nivel materno como fetal (4). Esta intervención genera un beneficio que se puede obtener para reducir la mortalidad materno-neonatal en situaciones más agudas. Cuando se utiliza de manera indiscriminada genera un gran número de efectos negativos (12).

Tal y como se ha explicado anteriormente, gracias a las recomendaciones por parte de la OMS y grandes avances como PHPN se desarrolla el concepto de humanización al parto con dos enfoques básicos; por un lado, la obligación de recibir en las unidades de maternidad con dignidad y respeto a la mujer, recién nacido y familiares optando por una conducta ética adecuada. Por otro lado, adoptar medidas para promover la eliminación de actividades innecesarias (5). De tal manera que; el parto humanizado ha sido definido como práctica no violenta en la atención a todo el proceso de parto, aplicando las prácticas recomendadas por la OMS para poner en el centro de actuación a la mujer. De tal modo, se promoverá su participación junto con la consideración de su sistema de valores y creencias. Además, se valorarán los sentimientos existentes acerca del grado de autonomía e intimidad percibidos durante la intervención del proceso (13).

Un término en el que se basa la humanización del parto es el concepto de la autonomía. Por lo tanto, es imprescindible valorar la claridad de su definición; es entendida como un proceso que implica la manifestación, por parte de una persona, de cuáles son sus preferencias así como sus decisiones en un contexto en el cual esté libre de coerción o de presión (14). En términos generales, la autonomía se basa en libertad de decisión y ejercicio de los derechos propios (10).

Otro concepto clave a definir es el empoderamiento de la mujer; se basa en un proceso educativo a partir del cual, los profesionales sanitarios van a permitir y fomentar el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y auto-conocimientos para que así la mujer tenga la responsabilidad y capacidad de tomar decisiones sobre sí misma, de la manera más adecuada y apropiada siendo portadora y reclamadora de sus derechos (14, 12). El papel que se debe tener por parte de los profesionales está orientado a la educación en lugar de a la dirección para así, alcanzar los objetivos planteados de autocontrol. La consecuencia del empoderamiento es el aumento de la calidad del proceso de gestación (15).

Con el objetivo de fomentar los derechos de las mujeres, se instauró el plan de parto; es un documento a partir del cual la mujer expresa cuáles son sus deseos, expectativas, preferencias y necesidades durante la evolución de todo el proceso de parto promocionando la comunicación entre todos los involucrados en el proceso. (6, 12). Es un método de ayuda para que el profesional pueda comprender mejor la perspectiva sobre la experiencia que quiere vivir la mujer y siendo de libre modificación en cualquier momento según el desarrollo de la situación (6).

La comunicación prenatal es un proceso educativo en el que los padres reciben información sobre los cambios en los aspectos fisiológicos y emocionales que tienen lugar durante el embarazo, parto y puerperio, junto con el entrenamiento ante estas situaciones con técnicas de apoyo/ayuda. Imprescindible para reducir la ansiedad y el miedo (16).

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios instaurar una situación de concordancia entre los avances tecnológicos y científicos y la calidad en las relaciones interpersonales (16).

3. Epidemiología

En España, en el año 2012 se estimó que el 25.3% de las mujeres son sometidas a una intervención quirúrgica relacionada con la obstetricia, es decir, la cesárea (7). La OMS ha dictaminado que una tasa aceptable de cesáreas debe encontrarse entre 10%-15%. Por encima del 20% no estaría justificada esta intervención (17). Hay una notable diferencia en el porcentaje de cesáreas entre las Comunidades Autónomas (CCAA) españolas que varían hasta un porcentaje por encima del 27% (7). A partir de la siguiente tabla, se puede analizar la tasa de cesáreas en las diferentes CCAA que forman el territorio español en relación al total de nacimientos.

	Total de partos	Tasa de cesáreas	Recién nacidos vivos	Fallecimientos Maternales
Andalucía	89.352	24,75%	90.238	5
Aragón	12.293	21,90%	12.531	1
Asturias	7.753	17,53%	7.900	0
Islas Baleares	11.048	24,34%	11.168	0
Islas Canarias	17.048	27,37%	17.711	0
Cantabria	5.116	22,54%	5.207	0
Castilla y León	18.976	27,37%	19.277	0

Castilla- La Mancha	18.866	23,96%	19.111	0
Cataluña	81.700	26,68%	83.171	0
Comunidad Valenciana	47.418	30,34%	47.954	0
Extremadura	10.035	28,13%	10.075	0
Galicia	21.674	25,12%	21.622	2
Comunidad de Madrid	74.022	25,85%	75.275	0
Región de Murcia	17.091	24,07%	17.744	1
C. Foral de Navarra	7.057	16,38%	6.851	0
País Vasco	21.480	14,80%	21.453	1
La Rioja	3.200	20,72%	3.250	0
Ceuta y Melilla	4.087	25,98%	4.143	1
Total	468.656	25,01%	474.681	11

Tabla 2: Tasa de cesáreas en las CCAA de España (año 2011). Elaboración propia a partir de MSPSI, Julio -2013-

Estas diferencias entre CCAA hacen reflexionar acerca de la marcada influencia que tiene el lugar geográfico en el que se produzca el parto para que evolucione de una manera u otra (7). Se debe recalcar que los “Subprogramas de Atención al Embarazo, Parto y puerperio (EPP)” no están implantados en todas las CCAA dado que la presencia de este tipo de estrategias en los “Planes Autonómicos de Salud” es escasa (4).

Por otro lado, hay una gran relación en función de si pertenece al ámbito público o privado, dentro de los cuales hay también grandes diferencias en la tasa de cesáreas (7). A continuación, en la tabla 3, se pueden observar las diferencias de la actividad obstétrica que tiene lugar, en relación con el sector al que pertenezca.

	Hospitales públicos	Hospitales privados	Total
Cesáreas	80.477	36.747	117.224
Partos vía vaginal	288.373	63.059	351.432
Total Partos	368.850	99.806	468.656
Tasa de cesáreas	21.82%	36.82%	25.01%

Tabla 3: Modalidad de parto en el sector público y privado. Elaboración propia a partir de MSPSI, Julio -2013-

La anterior tabla, se deberá relacionar con los recursos existentes en los diferentes sectores. A partir de la tabla 4, se pueden observar las dotaciones en relación con el ámbito público o privado.

	Hospitales públicos	Hospitales privados	Total
Incubadoras	2.542	484	3.0626
Paritorios	667	238	905
Quirófanos	2.999	1.202	4.201
Quirófanos de CMA	285	129	414

Tabla 4: Recursos materiales disponibles en el sector público y privado. Elaboración propia a partir de MSPSI, Julio -2013-

Se deberá cuestionar si los protocolos de asistencia obstétrica se prestan de un modo selectivo o se cumple estrictamente con ellos ya que, las diferencias entre países europeos también es significativa: tanto en porcentaje de cesáreas, como partos instrumentales o episiotomía (7).

Por otro lado, la mortalidad materna en cesáreas es un 2.7% mientras que la mortalidad en partos vaginales es de 0.9%. Además, un incremento de la mortalidad materna en cesáreas provoca un aumento de la tasa de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (18).

En países desarrollados se estima que hay de 6 a 20 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (10).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), los datos más recientes en relación a los partos naturales frente a las cesáreas sería de 308.224 frente a las 112.066 cesáreas, es decir, un total de 420.290 nacimientos en el año 2015. A partir de la siguiente tabla, se pueden analizar los datos ofrecidos anteriormente en relación al número de partos naturales, cesáreas y partos totales.

Nacimiento (todas las edades y en todas las edades gestacional)	
Natural	308.224
Cesárea	112.066
Total	420.290

Tabla 5: Número de nacimientos naturales, por cesárea y totales en el año 2015 en España. Elaboración propia a partir de INE, -2015-

4. Situación actual

El sistema sanitario español ha ido cambiando a lo largo de la evolución histórica en función de las necesidades y recursos disponibles en cada época. Gracias a la *Ley General de Sanidad 14/1986* se inició el proceso de reforma hacia el modelo presente en la actualidad. A partir de ese momento y hasta 2003, tuvo lugar la descentralización de competencias en materia sanitaria con el objetivo de reducir las desigualdades existentes en el territorio español. Este proceso culmina con la promulgación de la *Ley de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003* (19).

Por ello, España se caracteriza por ser un país donde la cobertura sanitaria es universal e igualitaria basada en un sistema descentralizado (13). Cada gobierno de las CCAA determina el funcionamiento de este sistema sanitario en su región con unas características nacionales comunes más sus características específicas dependiendo de su población, es decir, se caracteriza por la universalidad y diversidad (13, 19).

La “Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS” fue aprobada e implantada en todo territorio español, el cual está regido por la seguridad y calidad de la atención (13,4).

Esta situación de descentralización, provocó que algunos Gobiernos, como son los de Andalucía, Cataluña y Cantabria, desarrollaran una legislación específica para la atención al parto normal considerando que debe haber una razón válida para interrumpir el proceso natural de evolución (13).

En el mundo actual hay diferentes formas de violencia obstétrica que no se perciben dado que han sido normalizadas socialmente (9). Esta perspectiva ha sido identificada por muchos profesionales que observan que las mujeres viven la experiencia de manera pasiva sin manifestar demasiados conocimientos sobre el proceso que las envuelve (5).

El brote del conflicto viene determinado ya que muchas otras mujeres sí que han padecido experiencias de parto hospitalarias negativas con intervenciones que se consideran innecesarias en este tipo de parto con una evolución adecuada. Las actuaciones no adecuadas están basadas en la aplicación rutinaria de un protocolo remoto (20). Este protocolo junto con el sobrediagnóstico de trabajo disfuncional, provoca un aumento de las intervenciones en poblaciones de bajo riesgo (21).

Teniendo en cuenta esto, se recalca la importancia de que exista retroalimentación de la información en la relación enfermero-paciente, ya que la enfermería se basa en las relaciones interpersonales, siendo esto un punto a valorar en la calidad de la asistencia. A partir de esta comunicación, se tiene la posibilidad de modificar o eliminar conductas, para conseguir potenciar, aún más, el sentimiento positivo que envuelve al proceso (22).

Se debe considerar cada gestación y experiencia de parto como única y diferente. La evolución del mismo puede estar influenciada por factores biológicos, psicológicos, culturales y ambientales específicos de cada mujer y familia (23).

Dadas estas situaciones de preferencias por parte de la gestante junto con unas circunstancias apropiadas que lo permitan, generan que muchas mujeres decidan la opción de un parto natural a domicilio, ya que se les permite tener un control absoluto sobre el proceso de parto y generan experiencias más positivas y gratificantes al estar presente esta libertad absoluta (20).

El planteamiento que se debe hacer en esta situación, es analizar el motivo por el que aparece cierto rechazo a la medicina y al modelo asistencial implantando, el cual se podría decir que se caracteriza en una asistencia igualitaria sin individualizar cada proceso de parto, sin conocer a los pacientes y sus preferencias más íntimas (24).

Una atención humanizada significa la implantación de un modelo asistencial centrado en las necesidades, expectativas y valores de la mujer así como en sus emociones para que se sienta completamente satisfecha con la experiencia de parto. De esta manera, se abarcará el cuidado de sentimientos que son previsibles de aparición como por ejemplo: miedo, ansiedad, incertidumbre, vergüenza, ira, desamparo y soledad (25). Por lo tanto, es obligado mantener una “mirada antropológica” teniendo en cuenta, no solo ciencias como la biología y medicina, si no que nace el cometido de incluir elementos sociales y culturales haciendo un análisis más extendido y amplio del entorno y los problemas (3). La influencia de esta “mirada” radica en que a nivel cultural el parto es entendido como un proceso de extremo dolor y sufrimiento. Se podría decir que una parte de este dolor es creado a raíz de conversaciones con otras personas, es decir, del entorno socio-cultural y la otra parte, procede de los cambios fisiológicos que tienen lugar durante todo el proceso (26). Algunas mujeres son capaces de soportar este dolor gracias a las características de las contracciones y la liberación de sustancias por el propio organismo con efecto analgésico. A pesar de ello, se debe actuar con tratamiento farmacológico y no farmacológico para aliviar la intensidad del dolor, informando en todo momento de las alternativas posibles y siendo en última instancia decisión de la mujer (23).

Conforme a la situación existente, es necesario continuar con el perfeccionamiento de la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS”, basado en estrategias de actuación elementales en todos los centros sanitarios para conseguir la humanización completa del parto eliminando el modelo biomédico implantado que se centra en lo fisiológico (22). A través de estas actuaciones, se conseguirá implantar un modelo el cual no se centre solo en lo fisiológico, ya que esto no es posible. Las personas somos un conjunto de elementos que nos conforman. El parto incluye también las emociones que influyen en la propia evolución, pudiendo llegar a enlentecerlo con sentimientos tales como el miedo o la ansiedad (27).

Los profesionales sanitarios se encuentran a disposición de la mujer para acompañarla durante el proceso, no para dirigir el mismo, siempre que las condiciones lo permitan sin poner en riesgo el bienestar materno-fetal (17). La mujer puede no saber qué hacer en las diferentes etapas por las que evolucione el proceso, generándose así dudas. Por eso, es imprescindible que se le facilite una figura de apoyo para guiarlas en su camino (28).

Una de las estrategias para la humanización del parto, es conseguir que la mujer tenga toda la información necesaria para que así sea capaz de tomar decisiones apropiadas en función de sus valores y conocimientos. Esta información es transmitida a partir de la educación preparto/prenatal (29).

El miedo existente a lo desconocido puede ser tratado mediante la información en relación a la maternidad. De esta manera, a partir de la adquisición de diferentes herramientas para afrontar el miedo junto con conocimientos sobre la maternidad, la gestante podrá decidir libremente su plan de parto (2). Por ello, la educación capacita a las gestantes a tomar el control sobre el proceso y alcanzar el empoderamiento buscado a través del aumento de la sensación de seguridad sobre si misma (15).

Por otro lado, otra estrategia, sería la implantación de una directiva sanitaria complementaria para continuar con la mejora en la calidad de la atención. La reducción del intervencionismo médico provoca un aumento en la sensación de protagonismo para las mujeres y familiares. Esta situación se va a potenciar siempre y cuando sea posible en gestantes de bajo riesgo. De aquí deriva la necesidad de continuar evolucionando en la mejora de los servicios sanitarios prestados así como recursos, tanto materiales como humanos (30). Dentro de los recursos materiales, se debe fomentar un ambiente adecuado ya que, hay muchos factores que pueden influir en el mismo como por ejemplo: la luz, temperatura, estructura y características de la habitación (14). Se tiene que hacer uso del entorno como un medio de apoyo emocional a las mujeres y erradicar las habitaciones de hospitales que transmitan desconfianza e intimidación por desconocimiento, provocando aumento del miedo y la ansiedad (28). Todos estos elementos están incluidos dentro del cuidado integral ya que tienen influencia en el proceso, por lo tanto también se le deberá prestar atención (14).

Dentro de todas estas estrategias, protocolos y vía clínica a implantar, hay información básica principal a la cual hay que darle máxima importancia. En primer lugar, el fomento del parto activo, es decir, que la mujer tenga la capacidad para poder moverse libremente, si así lo deseara, siguiendo lo que su propio instinto le indique (31).

Una práctica asistencial que limite el movimiento durante el proceso, siempre que sea posible y no se encuentra bajo los efectos del tratamiento farmacológico, es contraria a las recomendaciones dictadas por la OMS. Además, la movilidad durante el parto, siempre que sea embarazo de bajo riesgo, genera beneficios tales como ayudar al bebé a encontrar la mejor postura en la pelvis materna (18).

En segundo lugar, ofrecer información objetiva a la parturienta acerca de las diferentes posturas que puede adoptar durante el periodo de dilatación y expulsivo, no exclusivamente ceñirnos a la postura de litotomía. El objetivo sería fomentar el confort de la mujer con aquella postura en la que se encuentre más cómoda durante las diferentes etapas del proceso (31, 32).

Actualmente, la intuición materna postural está muy influenciada a nivel cultural de manera que es complicado su desarrollo. Para tratar de potenciarla se debe crear un ambiente de confianza y apoyo junto con uso de instrumentos de ayuda para eliminar estos estereotipos culturales; por ejemplo la Silla de Partos (SDP) (32). A partir de la tabla 6, se puede ver que este tipo de soporte alternativo, además de generar beneficios en la esfera psicológica-afectiva, permite que se generen efectos positivos a nivel físico a través del alcance de tasas de episiotomía menores en mujeres que presentan posturas alternativas a la litotomía.

EPISIOTOMÍA	OTRAS POSICIONES	LITOTOMIA	TOTAL
NO	198	450	648
	98.0%	48.9%	57.8%
SI	4	470	474
	2.0%	51.1%	42.2%
TOTAL	202	920	1122
	100.00%	100.0%	100.0%

Tabla 6: Contingencia de relación de episiotomía por posición materna. Elaboración propia a partir de "Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal", Enero-Marzo-2009-

Para que una mujer pueda saber qué es lo que necesita es necesario que esté conectada con su cuerpo y que entienda este proceso como algo natural y gratificante. El objetivo siempre va a ser fomentar el confort de la mujer garantizando su seguridad y la del futuro recién nacido (31). Por lo tanto, es necesario preparar a la mujer mentalmente para que se pueda enfrentarse al proceso de la manera adecuada (28).

Otro tipo de intervenciones a eliminar sería la episiotomía rutinaria. Al realizar una episiotomía de manera selectiva se generan grandes beneficios como menores complicaciones, menores suturas y menor trauma a nivel perineal posterior. Aun así, se debe considerar que hay un mayor riesgo de trauma a nivel perineal anterior si no se realiza esta sección quirúrgica (33). A la hora de llevar a cabo la episiorrafia es apropiado el uso de material absorbible sintético (4).

El personal sanitario se encuentra en la necesidad de poseer la capacidad para ofrecer alternativas no farmacológicas con el objetivo de aliviar el dolor, informando acerca de ventajas e inconvenientes de las mismas (30). Algunos ejemplos de alternativas no farmacológicas pueden ser: sumergimiento en agua caliente, masajes, uso de pelotas y técnicas de relajación (23).

Por último, incluir la eliminación intervenciones médicas como rasurado de periné (realizado con el objetivo de reducir infecciones, a pesar de que en sí mismo puede provocar infección por abrasión), enemas (de aplicación con el supuesto objetivo de reducir infecciones fetales por contacto con material fecal) y restricción de líquidos (ya que, no hay evidencia científica de que prevenga una aspiración gástrica).

Es responsabilidad del personal sanitario fomentar el contacto precoz entre madre y recién nacido y una atención postnatal inminente. (4).

Toda esta información se le ofrecerá a la mujer junto con los diferentes beneficios y contraindicaciones que tienen las posturas diferentes a la de litotomía, la libertad de movimientos y demás actividades (18).

La adquisición de información provoca un efecto de incremento de la autoestima y autoconfianza, mejorándose la comunicación sobre las decisiones a tomar con los profesionales (34).

También, es importante mantener una relación apropiada con la mujer para transmitir fuerza, energía e información fomentando el empoderamiento durante el proceso (14). Se alcanzarían estas metas al aplicar los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia y no maleficencia (34).

Más allá de la necesidad de educar a las mujeres acerca de este proceso, surge la necesidad de continuar con la educación al personal sanitario que cuida a las gestantes, para potenciar al máximo la humanización (12). Para ello, hay que superar diferentes barreras existentes en la práctica enfermera así como los déficits que existen en el sistema sanitario (35). Por otro lado, en la educación prenatal se debe fomentar la práctica acerca de estrategias de afrontamiento de las situaciones por las que van a atravesar durante todo el proceso (16).

Es necesario hacer una reflexión sobre las consecuencias de las actitudes y las acciones del personal, ya que generan experiencias de vida en las personas a las se cuida y estas vivencias determinan las elecciones futuras. Es importante mantener un cuidado individualizado desde una esfera holística entendiendo las necesidades, actitudes o decisiones que hayan decidido las mujeres en este proceso de parto (24).

En conclusión, los cuidados que se deben prestar se basan en vigilar a la madre, tanto a nivel físico como emocional y psicológico, y la evolución del parto. Durante el proceso, se deberá fomentar intimidad, respeto, acompañamiento y continuidad asistencial, satisfaciendo así las necesidades de la mujer en todo momento incluyendo, en la medida de lo posible, aliviar el dolor con técnicas farmacológicas y no farmacológicas (23). La función por parte de enfermería es percibir las necesidades y guiar a la mujer durante el proceso (26) y ofrecer las condiciones adecuadas para que, siempre que sea posible, permitir que este proceso natural siga su curso (27). Clarificar que un parto que sea instrumentado no es incompatible con la humanización, si no que este tipo de cuidados van más allá de la propia instrumentación (1).

La aplicación de un modelo humanizado en las salas de maternidad ha demostrado, a partir de la evidencia científica, que genera mejores resultados junto con un mayor sentimiento de satisfacción por parte de las parturientas (13). Estas actuaciones tienen que fundamentarse en cuatro puntos clave: fomentar la autonomía y la movilidad durante el proceso, permitir el acompañamiento, entorno físico y emocional adecuado y prácticas asistenciales competentes para la situación concreta (18).

Se necesita una colaboración desde los diferentes niveles asistenciales en el ámbito hospitalario así como la intervención del sector político-social para alcanzar el ímpetu máximo en relación a la humanización al parto (16).

Justificación

Este proyecto educativo está dirigido a los profesionales sanitarios de enfermería con el propósito principal de incrementar los cuidados enfermeros humanizados en las unidades obstétricas.

A través de esta intervención, se incrementarán los sentimientos de satisfacción en las mujeres gestantes y sus familias gracias al refuerzo de conocimientos, técnicas y habilidades sanitarias junto con el trabajo en el área afectiva.

La necesidad surge a raíz de la importancia, de que por parte del personal, se modifiquen ciertas actitudes y se intensifique la empatía y la disponibilidad para la asistencia, ya que son factores que las gestantes consideran importantes y actualmente, la evaluación sobre los mismos no es tan virtuosa como debería.

Se ha demostrado, a través de estudios, que la educación al profesional sanitario mejora de manera significativa ciertas prácticas en este campo de la obstetricia, así como la conciencia para que todos cumplan con los protocolos implantados. Por lo tanto, es esencial una educación continuada para mantener o mejorar la calidad de la atención prestada.

1. Población diana

El proyecto educativo está dirigido a profesionales sanitarios de enfermería y auxiliares de enfermería que pertenezcan a las unidades obstétricas del hospital, es decir, profesionales encargados de prestar cuidados a las mujeres gestantes y sus familias durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio ya sea en urgencias maternas, plantas de hospitalización obstétrica, quirófano materno o consultas externas.

El proyecto, también irá orientado a las futuras enfermeras (alumnas enfermería, EIR) que realicen sus rotaciones clínicas en el área obstétrica. Si lo desean, tienen permitida su asistencia.

Se realizará en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Este Hospital se caracteriza por ser público, general y universitario. Está localizado en la Comunidad de Madrid. Dentro del mismo, se encuentra el Hospital Materno-Infantil, con una asistencia aproximada de un millón de personas al año. Es un hospital de referencia en el ámbito de la maternidad. La elección de esta población viene determinada dadas las dimensiones de las unidades obstétricas de la misma, así como el alto porcentaje que representa el personal de enfermería con respecto a la población total trabajadora del hospital.

Por lo tanto, los criterios de inclusión son:

- Tener título acreditativo de personal de enfermería (Grado de Enfermería o Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería)
- Ser estudiante de Grado de Enfermería o ser EIR de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
- Pertenecer a alguna de las unidades de maternidad
- Pertenecer al HGUGM

El material del proyecto podrá ser consultado por cualquier trabajador que pertenezca al HGUGM, a través de la propia plataforma.

2. Captación

Para la captación se llevará a cabo dos tipos de técnicas.

En primer lugar, la captación indirecta o delegada. La sistemática utilizada en este caso será la difusión de la información a través del propio personal sanitario. Para ello, la información será ofrecida a las supervisoras de las unidades para que se lo comuniquen al personal de enfermería obstétrica. Por lo tanto, su función será conseguir la máxima difusión a profesionales que trabajen de mañana, tarde o noche. A las supervisoras se les dotará de folletos para que se los entreguen al personal sanitario (Anexo 1).

Se le aportará a la supervisora la información para la inscripción. Básicamente consiste en acceder al enlace de inscripción que se encuentra en el mensaje enviado al correo corporativo de los trabajadores. Rellenarán sus datos y ya estarían inscritos al taller educativo.

Por otro lado, la captación directa. Para ello se utilizará el cartel anunciante del proyecto educativo. Este cartel se encontrará en todas las unidades obstétricas existentes del hospital. También, estará presente en el tablón de anuncios para conseguir la máxima difusión posible (Anexo 2).

Por lo tanto, el lugar de captación será el propio HGUGM, siendo de amplia población sobre la cual se puede intervenir para reforzar o aumentar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales.

3. Objetivos

Objetivos generales

El objetivo principal es fomentar las prácticas enfermeras humanizadas, en el entorno de la mujer gestante, durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

A través de esta intervención, se conseguirá incrementar la calidad de la asistencia en unidades obstétricas, con un mayor sentimiento de autonomía y empoderamiento por parte de las mujeres y familiares. Por otro lado, es importante mantener los niveles de seguridad existentes relacionados con el bienestar materno-fetal.

Objetivos específicos

Dentro los objetivos específicos, en relación con el área cognitiva se encuentran los siguientes:

- El participante será capaz de describir los cambios que se producen durante todas las etapas del parto, para poder comprender mejor necesidades en relación al dolor y confort.
- El participante será capaz de explicar las diferentes alternativas y posibilidades que tiene la mujer para afrontar el dolor, producido durante el parto, sin hacer uso de tratamiento farmacológico.
- El participante conocerá las prácticas humanizadas en relación a la atención durante la gestación, parto y puerperio.

Dentro de los objetivos en relación con el área afectiva se encuentran los siguientes:

- El participante será capaz de expresar sentimientos de individualidad en la atención prestada
- El participante reconocerá el parto como un proceso fisiológico natural.
- El participante será capaz de valorar las necesidades de la gestante y familiares durante las diferentes etapas de embarazo, parto y puerperio, tanto a nivel físico como psíquico.

Por último, en relación a los objetivos del área de habilidades, se encuentran los siguientes:

- El participante practicará en un ejercicio realizado durante la intervención educativa, una asistencia sanitaria con el mejor conocimiento posible sobre la materia específica.
- El participante ejecutará en la resolución de situaciones conflictivas expuestas durante la intervención educativa, una asistencia sanitaria con un incremento del sentimiento de humanización de la misma.

Metas operativas

- El 95% de los participantes identificarán los cambios que se producen en las diferentes etapas del parto, a través del cuestionario de evaluación final.
- El 95% de los participantes identificarán los diferentes tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos existentes para el alivio del dolor durante el parto, a través del cuestionario de evaluación final.
- El 85% de los participantes manifestarán un incremento de las prácticas humanizadas prestadas durante el embarazo, parto y puerperio, a través del juego de roles.
- El 98% de los participantes expresarán sentimientos de individualidad en la atención prestada a la mujer gestante, a través del juego de roles y caso clínico.
- El 100% de los participantes identificarán el parto como un proceso natural, a través del cuestionario de evaluación final.
- El 95% de los participantes valorarán las necesidades específicas de cada mujer gestante y sus familiares, tanto a nivel físico y psíquico, a través del juego de roles y caso clínico.
- El 90% de los participantes practicarán la asistencia sanitaria con el mejor conocimiento específico, a través del juego de roles y caso clínico.

- El 93% de los participantes ejecutarán una asistencia sanitaria con un incremento de la humanización en la atención, a través del juego de roles y caso clínico.

4. Contenidos

En la intervención sanitaria, se van a tratar diferentes temas en relación al incremento de las prácticas enfermeras en el ámbito de la maternidad.

A. Proceso de parto

Recordatorio acerca de la evolución fisiológica del parto junto con las diferentes etapas y cambios que se producen en las mismas.

También, se analizarán las situaciones en las que el proceso de parto sea normal, susceptible de recibir la mínima intervención posible.

Por último, se estudiará el tema de las complicaciones que se pueden producir durante el embarazo o bien, en el momento de parto o puerperio, en la gestante o en el recién nacido o feto.

B. Plan de parto

Recordatorio del plan de parto existente y obligación del cumplimiento de los deseos explícitos de la gestante, siempre y cuando la situación de salud y riesgo lo permita (Anexo 3).

También, se estudiará la importancia de basarse en un proceso para la elaboración del mismo, el cual se divide en varias etapas: información a la mujer gestante, adaptación a las necesidades individuales, toma de decisiones y plan de acción para el cumplimiento del mismo.

C. Apoyo físico

Dentro de este apartado, se explicarán los diferentes tratamientos farmacológicos como no farmacológicos a la hora de aliviar el dolor a la parturienta.

Se abarcará la necesidad de fomentar ambos tipos de tratamientos, explicando a la mujer y siendo ella la decisora de la intervención a recibir, en función de la etapa en la que se encuentre. La información ofrecida siempre deberá ser objetiva.

Dentro del tratamiento no farmacológico se estudiarán algunos como:

- Contacto físico o masaje
- Balón
- Silla de partos
- Técnicas de relajación. Por ejemplo: técnicas de respiración.
- Andar
- Inmersión en agua (baño o ducha)

Dentro del tratamiento farmacológico, se encuentran diferentes tipos de analgésicos. Entre ellos, destaca el uso de la analgesia epidural.

Por otro lado, también se dará especial importancia al tema de aportar comodidad física.

D. Apoyo emocional

Se hará un repaso de técnicas e instrumentos de apoyo emocional a las parturientas y familiares. El objetivo esencial es conseguir una interpretación adecuada de las necesidades para que el apoyo de los profesionales sanitarios sea adecuado y eficaz.

Explicación del rol del acompañante y papeles que puede desempeñar durante las diferentes etapas de todo el proceso del embarazo.

Por último, se estudiará la importancia de cuidar el entorno de la mujer para que sea apropiado y de esta manera, reducir, en la medida de lo posible, el estrés y miedo a lo desconocido. De esta manera, se conseguirá crear un ambiente seguro y protector en torno a la mujer y su familia.

E. Prácticas clínicas

En este tema, se abordarán las diferentes actividades asistenciales que envuelven actualmente, el fomento del parto humanizado.

En primer lugar, se explicarán las diferentes posturas posibles: decúbito supino, decúbito lateral, de pie, sedestación, cuadrupedia o cuclillas. También se realizará un análisis de las ventajas y desventajas de las mismas. Importante recalcar, la aceptación de la libertad de decisión de la mujer en la postura, siempre que la situación de riesgo y salud lo permita.

El siguiente punto: acompañamiento a la parturienta; analizar los efectos positivos que genera en la mujer gestante el permitir que tenga un acompañante durante el proceso, siendo ella la que libremente decida qué persona de su entorno la acompañará.

Episiotomía; importancia de las episiotomías selectivas junto con los cuidados que se deben prestar en desgarros y suturas.

Enemas; analizar la bibliografía actual en la que se desaconseja el uso rutinario de enemas durante el primer periodo ya que, no hay diferencia significativa que indique una reducción de infección materno-fetal.

Rasurado de periné; análisis de la bibliografía actual acerca de la no necesidad de rasurado ya que, no hay suficiente evidencia que indique una reducción de infecciones. Uso de rasurado según preferencias de parturienta o, si fuera necesario por sutura.

Ingesta de líquidos; permitir que la gestante pueda tomar alimentos y principalmente líquidos, si lo desea. Estos deberán ser ligeros, nunca alimentos ni bebidas copiosas. Importancia de evitar las restricciones severas de alimentos y líquidos por miedo a la aspiración.

Por último, movimiento durante el proceso; fomento de la deambulación de la mujer en todo el proceso junto con la revisión de los efectos positivos que genera.

F. Análisis de estudios

Se realizará un estudio de los diferentes resultados obtenidos en diversas investigaciones con el objetivo de analizar el cumplimiento de las prácticas humanizadas en diferentes países pero, principalmente, analizando las prácticas humanizadas en España.

5. Planificación general

La intervención educativa se basará en cuatro sesiones que durarán dos horas cada una de ellas. Se realizará durante cuatro días consecutivos en horario de mañana y tarde, para conseguir la máxima disponibilidad por parte del personal sanitario.

El número de participantes por clases varía entre 10-15 personas, siendo instruidos por un total de 2 docentes. Este acto tendrá lugar en la sala de formación situado en la maternidad del HGUGM. El cronograma general del proyecto educativo en horario de mañana es el siguiente:

HORARIO	TEMA	CONTENIDO
Día 9 de abril de 2018		
SESIÓN 1. “El proceso de la gestación”		
9:00-9:20		Presentación de los docentes Técnica de iniciación grupal: presentación de cada uno de los participantes Realización de test “antes”
9:20-9:35		Evolución historia del proceso de parto Situación actual en España (SNS)
9:35-9:45	Descanso	Descanso
9:45-10:25	A	Fisiología del proceso de parto. Complicaciones materno-fetales
10:25-10:45	B	Plan de parto
10:45-11:00		Dudas Preguntas Conclusiones

Día 10 de abril de 2018		
SESIÓN 2. “Introducción a la humanización del parto”		
9:00-9:30	C	Apoyo físico a la gestante y familiares
9:30-10:00	D	Apoyo emocional a la gestante y familiares
10:00-10:10	Descanso	Descanso
10:10- 10:50		Juego de Roles
10:50-11.00		Dudas Preguntas Conclusiones
Día 11 de abril de 2018		
SESION 3. “ La asistencia enfermera humanizada”		
9:00-9:40	“E”	Tormenta de ideas acerca de prácticas clínicas Exposición sobre las practicas asistenciales
9:45-9:55	Descanso	Descanso
9:55- 10:35		Experiencia de mujer gestante
10:35-11:00		Dudas Preguntas Conclusiones
Día 12 de abril de 2018		
SESIÓN 4. “Charla con una eminencia en la humanización del parto”		
9:00-9:20		Estudio de investigaciones
9:20-10:00		Caso clínico
10:00-10:10	Descanso	Descanso
10:10-10:45		Invitación profesional sanitario
10:45-11:00		Dudas Preguntas Conclusiones Agradecimientos

Tabla 7: Cronograma general proyecto educativo

El proyecto educativo se divide en cuatro sesiones. En cada una de ellas, se abordarán diferentes contenidos, combinando técnicas expositivas con actividades más dinámicas. Se tratará de fomentar la participación constante de los profesionales que acudan a las sesiones.

Sesión 1

Al iniciar la sesión, se llevarán a cabo técnicas de iniciación grupal para crear un ambiente más relajado y de confianza. Para ello, se presentarán los participantes, diciendo su lugar y puesto de trabajo, y verbalizarán lo que esperan de este taller.

Se explicará a los participantes el cronograma general de las tres sesiones, así como los diferentes temas que se van a tratar. Para analizar la consecución de los objetivos se les ofrecerá a cada participante un test a realizar.

En relación a los contenidos, en primer lugar, se empezará con una introducción explicando la evolución histórica del proceso de parto junto con la necesidad de medicalización del mismo. Además, se analizará la situación actual en España a través del estudio de la epidemiología.

A continuación, se tratará el punto "A" de los contenidos; recordatorio de la fisiología del proceso de parto, con los diferentes cambios que se producen en la mujer y el feto en cada una de las distintas etapas. También, estudio de las posibles complicaciones tanto en la madre como en el feto/recién nacido.

Toda esta información será transmitida a través de técnicas expositivas con charlas participativas, ya que el participante puede intervenir en todo momento para apuntar conceptos. Así, se fomentará una comunicación bidireccional entre docentes y participantes.

Por último, se tratará el punto "B" de los contenidos; plan de parto. Se comenzará con una tormenta de ideas para que reflexionen sobre los elementos que incluye el plan de parto. Una vez realizada esta actividad, se hará una exposición detallada sobre cada uno de los puntos del plan de parto.

Al finalizar las exposiciones sobre los contenidos programados, se dejará tiempo para cualquier duda que tengan los participantes y se hará una breve conclusión de la sesión.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los participantes se conozcan y haya un ambiente de mayor confianza	Presentación de docentes y participantes	Técnica de iniciación grupal	-	10 minutos	Lista control de asistencia
Que los participantes conozcan los objetivos y contenidos del proyecto educativo	Presentación de contenidos y objetivos planteados	Técnica expositiva	Uso de presentación de Power Point	5 minutos	Observación
Que los participantes plasmen sus conocimientos previos a la intervención	-	Técnica de evaluación cuestionario antes-después	Uso de papel y bolígrafo	10 minutos	Cuestionario de evaluación: antes
Que los participantes conozcan la evolución histórica del proceso de parto	Historia del parto: etapas, necesidad de medicalización	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	10 minutos	Observación y participación de los asistentes
	Situación actual en España	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	10 minutos	Observación y participación de los asistentes

Que los participantes conozcan el proceso de parto	Fisiología del parto	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	15 minutos	Observación y participación de los asistentes
	Complicaciones materno-fetales	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	15 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes conozcan el plan de parto	Plan de parto	Técnicas de investigación de aula	-	10 minutos	Tormenta de ideas
	Plan de parto	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	10 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes aclaren sus dudas o preguntas que hayan surgido durante la sesión 1	Dudas Preguntas Conclusiones	-	-	15 minutos	Observación y participación de los asistentes

Tabla 8: Cronograma general sesión 1

Sesión 2

El segundo día de la intervención se centrará en los puntos “C” y “D” de los contenidos.

La explicación girará en torno al tema del apoyo físico junto con el apoyo emocional atendiendo a los recursos de los que se dispone para solucionar distintas situaciones, así como los beneficios y limitaciones de los mismos. Muy importante en este punto, la explicación del rol del acompañante de la gestante.

Toda esta información será transmitida a partir de una exposición participativa, en la cual se harán preguntas abiertas.

Con el objetivo de entrenar las habilidades del apoyo psíquico-físico, se llevará a cabo una actividad para el desarrollo de habilidades como es una simulación con un juego de roles. En esta actividad, un docente hará de mujer gestante, otro docente hará de familiar y los participantes tendrán que actuar tal y como lo harían en su unidad, una vez que se han reforzado habilidades.

Al finalizar las exposiciones sobre los contenidos programados, se dejará tiempo para cualquier duda que tengan los participantes y se hará una breve conclusión de la sesión.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los participantes conozcan herramientas de apoyo físico	Beneficios Limitaciones	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	30 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes conozcan herramientas de apoyo emocional	Beneficios Limitaciones	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	30 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes pongan en práctica técnicas de apoyo físico-psíquico	Apoyo emocional y apoyo físico	Técnicas para el desarrollo de habilidades (Juego de roles)	Material para disfrazar a mujer gestante, enfermero y familiar	40 minutos	Juego de roles
Que los participantes aclaren sus dudas o preguntas que hayan surgido durante la sesión 2	Dudas Preguntas Conclusiones	-	-	10 minutos	Observación y participación de los asistentes

Tabla 9: Cronograma general sesión 2

Sesión 3

En la sesión número 3, se tratará el punto “E” de los contenidos; prácticas clínicas.

En primer lugar, se hará una tormenta de ideas para que los participantes expliquen actividades rutinarias que ya no están aconsejadas, y las cuales son frecuentes, así como algunas indicadas en la actualidad. Después, se hará una exposición acerca de todas las prácticas asistenciales que se explican en el punto de “contenidos” junto con bibliografía científica de apoyo explicando usos, beneficios y riesgos de las mismas.

A continuación, se invitará a una mujer, la cual ha sido gestante. Contará su experiencia de parto humanizado con la evolución de todos los sentimientos en función de la etapa que se encontraba y con las importantes actividades de apoyo que fueron realizadas por parte del personal sanitario.

Al finalizar las exposiciones sobre los contenidos programados, se dejará tiempo para cualquier duda que tengan los participantes y se hará una breve conclusión de la sesión.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los participantes conozcan las prácticas clínicas adecuadas y desaconsejadas	Prácticas clínicas	Técnicas de investigación en aula	-	15 minutos	Tormenta de ideas
	Prácticas clínicas	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	30 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes trabajen la sensibilidad de la repercusión de la atención obstétrica para la mujer a través del relato presencial de un caso	Experiencia de mujer	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	40 minutos	Observación y participación de los asistentes

Que los participantes aclaren sus dudas o preguntas que hayan surgido durante la sesión 3	Dudas Preguntas Conclusiones	-	-	15 minutos	Observación y participación de los asistentes.
--	------------------------------------	---	---	------------	--

Tabla 10: Cronograma general sesión 3

Sesión 4

La última sesión, se iniciará con un estudio de la situación actual de prácticas humanizadas en España, a través del análisis de investigaciones sobre el cumplimiento de esta estrategia implantada.

La siguiente actividad, consistirá en la realización de un caso clínico, como método de análisis, acerca de un suceso conflictivo en el cual se estudiarán los elementos claves y las estrategias de solución del mismo.

A continuación, se invitará a un profesional sanitario, influyente en el ámbito de la humanización, a que cuente su experiencia sobre los cuidados humanizados en el proceso de embarazo, parto y puerperio tanto en la mujer gestante como en la familia.

Por último, se hará una pequeña conclusión sobre todo el taller de educación y se agradecerá a todo el personal que ha acudido y participado.

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que los participantes conozcan la situación actual en relación a la humanización	Estudios científicos relacionados con el cumplimiento de estrategias de humanización	Técnica de análisis	Documentación científica	20 minutos	Discusión y análisis de texto
Que los participantes trabajen las habilidades de resolución de situaciones conflictivas en relación a la humanización del parto a través de un caso clínico	Humanización del parto	Técnicas de análisis	Papel con explicación del caso más presentación en Power Point	40 minutos	Caso clínico

Que los participantes reflexionen sobre la necesidad de la humanización del parto en relación a las competencias enfermeras a través de un debate a partir de la experiencia de un profesional sanitario	Experiencia de profesional sanitario	Técnicas expositivas participativas	Uso de presentación de Power Point	35 minutos	Observación y participación de los asistentes
Que los participantes plasmen sus conocimientos posteriores a la intervención	-	Técnica de evaluación cuestionario antes-después	Uso de papel y bolígrafo	10 minutos	Cuestionario de evaluación: después
Los participantes aclararán sus dudas o preguntas que hayan surgido durante la sesión 4	Dudas Preguntas Conclusiones Agradecimientos	-	-	5 minutos	Observación y participación de los asistentes.

Tabla 11: cronograma general sesión 4

6. Evaluación

La evaluación educativa es un proceso que permite valorar la utilidad de la intervención educativa realizada a través de la obtención de información. Gracias a la evaluación, se podrán apreciar los errores cometidos para futuras mejoras.

La evaluación que se debe realizar, se divide en tres apartados: evaluación de la estructura, del proceso y del resultado.

En primer lugar, se evaluará la estructura y el proceso. Para ello, los docentes verificarán el número de asistentes y el control del mismo a través de una hoja de asistencia (Anexo 4). A través de esta medición cualitativa se podrá comprobar el grado de compromiso de la población junto con el conocimiento del subtipo de población al que mayoritariamente se ha centrado el programa (alumnos, enfermería, auxiliares de enfermería...). Al finalizar el proyecto, se terminará de evaluar este apartado, tal y como se explica más adelante.

Con respecto a la evaluación de conocimientos previos de manera cuantitativa se elaborará un cuestionario de conocimientos antes-después (Anexo 5). De esta manera, se comprobará si existía necesidad real de este proyecto educativo en el HGUGM, es decir, si se ha producido un refuerzo de conocimientos o un aprendizaje. En la primera sesión, se adjuntará este cuestionario para conocer en qué punto se encuentra la población y sobre qué elementos se debe hacer más hincapié. En segundo lugar, se valorarán los resultados de la intervención realizada. Para ello, se realizará una evaluación cuantitativa con el mismo test de la primera sesión. De esta manera, se comprobarán los conocimientos adquiridos.

Por otro lado, en la sesión 2 se hará una evaluación de tipo cualitativa, evaluando actitudes, conocimientos y habilidades a partir de un juego de roles por parte de los participantes.

En la sesión número 3 se debatirá sobre un caso clínico conflictivo a partir del cual se evaluará las actitudes y conocimientos.

Por último, de manera global, los participantes harán una evaluación sobre la intervención para conocer el grado de satisfacción de la misma. Esta encuesta será anónima, el único dato a aportar será la profesión. La encuesta consiste en una valoración de la organización, metodología empleada, conocimientos y evaluación a los docentes. Todo esto a través de una escala de 0 a 10, donde 0 será el mínimo y 10 será la máxima puntuación (Anexo 6).

Bibliografía

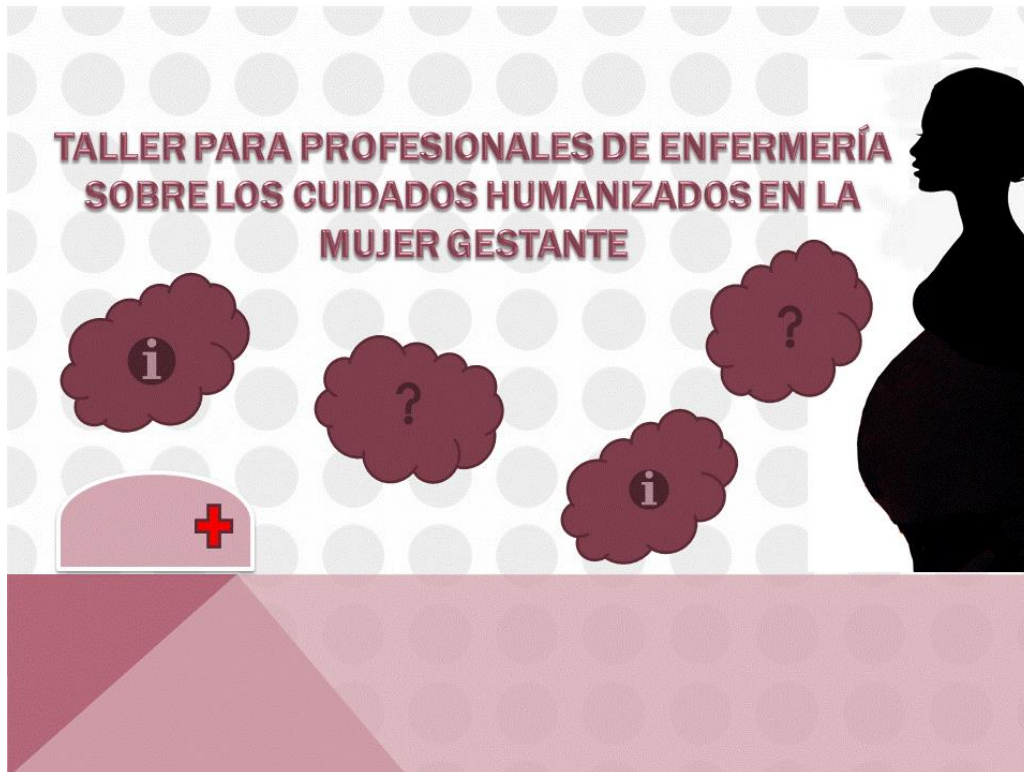
1. Arnau Sánchez J, Martínez Roche MA, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012; 7(2):225-247.
2. Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería (Edición digital)*. 2013; 22(1-2):40-44.
3. Blázquez Rodríguez MI. Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005; (42).
4. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso el 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
5. De Carvalho VF, da Costa Kerber NP, Busanello J, Gonçalves Goulart B, da Fonseca Rodrigues E, Pinho de Azambuja E. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. 2012; 46(1):29-35.
6. Plan de parto y de Nacimiento [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011[consultado el 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>
7. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. 2015; 18(7):13-26.
8. Villanueva Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*. 2010; 15(3): 147-151.
9. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *BioMed Central*. 2017; 138 (14).
10. Amorin Malheiros P, Herdy Alves V, Amim Rangel TS, da Costa Vargens OM. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Text Context Nursing*. 2012; 21(2): 329-337.
11. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*. 2017; 14(17).
12. Kottwitz F, Geremias Gouveia H, de Carvalho Gonçalves. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(1).

13. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche M. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016; 6.
14. Santos Silva AL, Rosendo do Nascimento E, De Alemeida Cardoso Coelho E. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(3): 424-431.
15. Fernández y Fernández- Arroyo M. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *Musas*. 2017; 2(1): 3-20.
16. Otogara M, Karimi-Shahanjarini A, Mehdi Hazavehei SM, Poorolajal J, Radnia N, Akrami F, et al. Exploring perceptions of instructors about childbirth preparation training courses: A qualitative study. *Electronic Physician*. 2017;9(4):4215-4224.
17. Velho MB, Atherino dos Santos EK, Sorgatto Collaço V. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(2): 282-289.
18. Ondeck M. Healthy birth practice #2: walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of perinatal education*. 2014; 23(4):188-193.
19. Macia Soler M.L, Mocho Vasallo J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. *Enfermería global*. 2007; (10).
20. Laza Vásquez C. ¿Cuál y por qué es la mejor experiencia para la mujer: la atención del parto normal en el hogar o en el hospital?. *Evidentia* 2011; 8(34)
21. Hanson L, VandeVusse L. Supporting Labor Progress Toward Physiologic Birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2014;28(2):101-107.
22. Herrera-Zuleta IA, Bautisma-Perdomo LA, López-Reina MJ, Ordoñez-Correa MI, Rojas-Rivera JJ, Suarez-Riascos H, et al. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. *Ciencia y Cuidado* 2016; 13(2):58-72.
23. Quintana Pantaleón C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Rico Iturrioz R, Armendariz Mántaras I, Fernández del Castillo Sainz I. Atención al Parto Normal. Guia dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padre, así como a sus acompañantes y familiares [monografía en Internet]. País Vasco: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012 [consultado el 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
24. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BioMed Central*. 2016; 16(59).
25. Arnau-Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina MÁ, Nicolás-Vigueras MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 2016; 16(3):370-381.

26. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36:143-151.
27. Ferreira de Souza KR, Djair Dias M. Oral History: experience of doulas in the care of women. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(4):493-499.
28. Mansfield B. The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*. 2008; 66(5):1084-1094.
29. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116:1167–1176
30. 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.
31. López Villar C, Soraluze Acebo A. Parto activo y acompañamiento respetuoso. 2011: 147-162.
32. Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Luces Lago AM, Tizón Bouza E. La silla de partos. *Rev ROL Enferm*. 2015;38(6): 426-432.
33. Molina-Reyes CY, Huete-Morales MD, Ortiz-Albarín MD, Strivens Vílchez H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia*. 2009;6(25).
34. Mirzaee Rabor F, Taghipour A, Mirzaee M, Mirzaii Najmabadi K, Fazilat Pour M, Fattahi Masoum SH. Developing a Questionnaire for Iranian Women's Attitude on Medical Ethics in Vaginal Childbirth. *Nurs and Midwifery Stud*. 2015; 4(4).
35. Tentes Côrtes C, Silva Dos Santos RC, de Souza Caroci A, Guimarães Oliveira S, Junqueira Vasconcelos de Oliveira SM, Gonzalez Riesco ML. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5):716-724.

Anexos

Anexo 1: Folleto proyecto educativo



LA ESENCIA DE LA ENFERMERÍA SON LOS CUIDADOS HUMANIZADOS

- EN ESPAÑA, 25.3 % DE MUJERES GESTANTES HAN SIDO INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE (CESÁREAS) .
- LA OMS RECOMIENDA UNA TASA DE CESÁREAS ENTRE EL 10% -15 %
- LOS ÚLTIMOS DATOS DEL INE INDICAN QUE HA HABIDO UN TOTAL DE 420.290 NACIMIENTOS EN ESPAÑA

• EL TALLER CONSISTIRÁ EN REALIZAR UN REFUERZO DE LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE ENVUELVEN LA MATERNIDAD

Página 1 Página 2

¡Suscríbete a través de tu correo corporativo!
Fecha: 9,10,11,12 abril de 2018
Lugar: Sala de formación maternidad HGUGM

Anexo 2: Cartel enunciativo proyecto educativo

Taller para profesionales de enfermería sobre los cuidados humanizados en la mujer gestante



Anexo 3: Plan de parto

Nombre:

Nº Historia Clínica

La gestante desea estar acompañada por:

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa

Si

No

Lugar y posición durante el parto:

Participación del acompañante

Si

No

Desea analgesia farmacológica

Si

No

Desea analgesia epidural

Si

No

Desea otro tipo de analgesia

Si

No

Si la respuesta es sí, ¿Cuál desea?:

No desea canalización de vía intravenosa rutinaria

Desea uso de material de apoyo del centro

Desea uso de material de apoyo propio

Si señala material propio, especifique cual:

Necesidades específicas en situación de discapacidad:

Desea que su pareja corte el cordón

Si

No

Ha autorizado la donación del cordón

Si

No

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal:

Otros idiomas que domina:

Solicita traducción

Aporta traductor

Requerimientos específicos:

ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

Profilaxis

Vitamina K IM

Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante:

Lactancia

Desea dar el pecho

No desea dar el pecho

Desea contacto con grupos de apoyo

Desea realizar cuidados e higiene

Desea la colaboración de su pareja

Desea que su pareja realice los cuidados

Observaciones e indicaciones expresadas por la gestante que no son recogidas en la tabla anterior:

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto:

Página 2

Documento firmado por:

D^a

Declaro que he leído el documento presente y he seleccionado las opciones que he considerado convenientes para determinar mi "Plan de Parto". Aun así, reservo el derecho de realizar cualquier tipo de modificación antes del parto o anularlo de manera oral o parcial durante el parto.

Fecha:

Firma:

Página 3

Anexo 4: Control de asistencia

PROYECTO EDUCATIVO PERSONAL SANITARIO: "HUMANIZACIÓN DEL PARTO"				
GRUPO: NÚMERO DE SESIÓN			FECHA:	
NOMBRE	PROFESIÓN	UNIDAD DE TRABAJO	DNI	FIRMA

Anexo 5: Cuestionario antes-después

Grupo:

Profesión:

¿En qué grado es capaz de describir, de manera clara y completa, toda la fisiología del proceso de parto?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿En qué grado es capaz de describir, de manera clara y completa, todas las posibles complicaciones materno-fetales?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Anima a las mujeres a la elaboración de un plan de parto para manifestar sus deseos y preferencias?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Ofrece información a la mujer gestante sobre los diferentes tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, para que en función de sus necesidades y su criterio elija el que ella considere que es mejor para su situación?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

Evalúe su nivel de aplicaciones de tratamientos no farmacológicos para el alivio del dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Anima y facilita a la mujer a la adopción de diferentes posturas para la elección de dar a luz, así como para fomentar la comodidad durante el proceso? (siempre que la situación lo permita)

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Anima y facilita a la mujer el movimiento durante el trabajo de parto?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Anima y facilita a las mujeres a tener acompañantes, siendo ella misma la que elige libremente a su acompañante?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

Evalúe su propia percepción de la importancia y el rol que desempeñan los acompañante

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Ayuda y aconseja a los acompañantes de la gestante a que desempeñen tareas durante el proceso?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿Evita procedimientos remotos los cuales están desaconsejados por la molestia del mismo y su no evidencia científica de efectividad? Ejemplo: rasurado de vello, administración de enemas.

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

¿En qué grado permite la ingesta de líquidos y alimentos, los cuales serán ligeros, durante el trabajo de parto si lo la mujer lo deseara?

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

Anexo 6: Encuesta grado de satisfacción.

Grupo: _____ Profesión: _____

Fecha: _____

Preguntas	Valoración de 0 a 10										
Organización del taller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Duración del taller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Horario del taller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lugar del taller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Técnicas educativas utilizadas para conseguir objetivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Conocimientos previos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conocimientos adquiridos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Adecuación de las tareas a los objetivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dominio de los docentes sobre la materia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claridad en las exposiciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cumplimiento del programa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incitación a la participación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluación global de los docentes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de satisfacción general con el taller	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aplicación a su profesión de las competencias reforzadas y/o aprendidas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recomendación de la actividad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Evaluación global del taller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indique aspectos a mejorar sobre el taller:
