



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera



F. Camacho-Morell^{a,b,*} y M.J. Romero-Martín^a

^a *Matrona del paritorio, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

^b *Doctoranda del Programa de doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia, Valencia, España*

Recibido el 5 de diciembre de 2016; aceptado el 17 de abril de 2017

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Calidad de los cuidados de salud;
Gestantes;
Medicina basada en la evidencia;
Parto normal

Resumen

Objetivo: Valorar el conocimiento, el deseo de inclusión y la aplicación, en el Hospital Universitario de La Ribera, de los protocolos de atención al parto normal, valorando los motivos por los que no se aplican y el cumplimiento de la asistencia a actividades formativas preparto.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Realización de 186 encuestas mediante muestreo de conveniencia a gestantes que acudieron a control de bienestar fetal en el hospital entre 2014 y 2015. Se recogieron datos sobre conocimiento, deseo de inclusión y cumplimiento de protocolos, motivos de no cumplimiento y asistencia a actividades formativas. Se calcularon porcentajes e intervalos de confianza. Se utilizó test de la Chi-cuadrado para comparación de variables categóricas.

Resultados: Se recogieron porcentajes de conocimiento del 77% (IC_{95%}: 75,5-78,5) y de deseo de inclusión del 84,6% (IC_{95%}: 82,5-86,7) de los protocolos. El cumplimiento varió desde el 6% (administración de óxido nítrico) hasta el 91% (contacto piel con piel). El principal motivo de no cumplimiento fue el relacionado con las circunstancias del parto (56,3%, IC_{95%}: 51,1-61,5). La asistencia a la preparación al parto fue del 62%, con mayor cumplimiento en primíparas ($p = 0,0001$) con nivel de estudios medio-alto ($p = 0,001$).

Conclusiones: Las gestantes tienen un elevado conocimiento y deseo de inclusión de los protocolos de atención al parto normal. La asistencia a actividades formativas preparto es mejorable y el principal motivo de no asistencia es la falta de información. El cumplimiento es bueno en la mayoría de los protocolos; cuando no se aplican es debido a las circunstancias del parto. Queda pendiente introducir protocolos aún sin implantar e implicar a las gestantes en la toma de decisiones.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisca.camacho@uv.es (F. Camacho-Morell).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Quality of health
care;
Pregnant women;
Evidence-based
medicine;
Natural childbirth

Change of care model in natural childbirth: Implementation in La Ribera delivery room

Abstract

Objective: To assess knowledge, wish for inclusion and implementation of normal childbirth care protocols at La Ribera University Hospital, the reason why they are not applied, and to assess the attendance at antepartum training activities.

Material and method: Cross-sectional descriptive study. They were carried out 186 surveys by convenience sampling to pregnant women attending fetal well-being control at hospital between 2014 and 2015. They were collected data about knowledge, wish for inclusion, compliance of protocols and reasons for non-compliance, and attendance at antepartum training activities. Percentages and confidence intervals were calculated. Chi-square test was used to compare categorical variables.

Results: They were collected percentages of knowledge (77%, CI95%: 75,5-78,5) and wish for inclusion (84,6%, CI95%: 82,5-86,7). Protocol compliance ranged from 6% (nitrous oxide administration) to 91% (skin-to-skin contact). The main reasons for non-compliance were due to circumstances of childbirth process (56,3%, CI95%: 51,1-61,5). Attendance at maternal education classes was 62%, mainly primiparous women ($p=0,0001$) with medium or high education level ($p=0,001$).

Conclusions: Pregnant women have a high knowledge and wish for inclusion of normal childbirth care protocols. Attendance at antepartum training activities could be improved and the main reason for non-attendance is lack of information. Compliance is good enough in most protocols; when they are not applied is due to childbirth circumstances. Remaining tasks include the introduction of additional protocols and to involve pregnant women in decision-making.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La atención al parto en nuestro país sufrió un cambio importante con la introducción masiva del parto en los hospitales a mediados del siglo pasado. Desde entonces, los resultados perinatales han mejorado progresivamente, debido a la aplicación de avances tecnológicos, consiguiéndose una de las tasas de mortalidad materna y perinatal más bajas de los países europeos¹. Sin embargo, se ha mantenido la tendencia de atender todos los partos de igual manera, independientemente del nivel de riesgo de cada uno. Ello ha supuesto la medicalización del proceso de parto y un grado de intervencionismo que se ha mantenido a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son perjudiciales, ineficaces o inadecuadas². Así, la Organización Mundial de la Salud publica, entre otras, la *Declaración de Fortaleza*³, que establece recomendaciones aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo, y *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*², con el objetivo de «examinar la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comúnmente empleadas en los partos normales y establecer recomendaciones basadas en la evidencia más razonada».

A consecuencia de ello, en los últimos años, numerosos organismos y asociaciones^{1,4-7} han impulsado una serie de cambios en la forma de atender los partos de bajo riesgo para frenar el excesivo intervencionismo y medicalización a los que se había llegado. El enfoque común de estos documentos de consenso es proponer diferentes medidas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para

atender los partos de bajo riesgo con un criterio de calidad. Se busca el equilibrio entre la seguridad que puede aportar la atención al parto normal en el medio hospitalario y el derecho de la mujer a parir con respeto, a la intimidad y a participar en la toma de decisiones durante su parto⁴. Debido a ello, los profesionales que atienden a las gestantes han comenzado a adaptar su forma de trabajar a dichas recomendaciones.

El Hospital Universitario de La Ribera (HULR) es un hospital comarcal que abarca una población de 250.000 habitantes y atiende cerca de 1.800 partos anuales. Siguiendo las recomendaciones de los documentos de consenso anteriormente citados, ha experimentado en los últimos años un cambio de modelo asistencial para atender los partos de bajo riesgo de acuerdo con la evidencia científica. Para ello se han actualizado los conocimientos de las matronas, se han puesto en marcha varios grupos multidisciplinares de mejora de calidad y se ha introducido una actividad informativa hospitalaria (anteriormente existía una charla informativa sobre analgesia epidural, a cargo de Anestesia, a la cual se ha añadido la información sobre el nuevo modelo asistencial, a cargo de las matronas). Como consecuencia de ello, se han implantado diversos protocolos que se relacionan directamente con las recomendaciones de la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*⁶ (tabla 1).

Llegados a este punto, se consideró relevante evaluar la aceptación del nuevo modelo de atención al parto normal por parte de las gestantes, después de la reciente implantación de los protocolos. Los objetivos fueron:

Tabla 1 Comparación entre la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* y los protocolos implantados en paritorio

Recomendaciones <i>Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal</i>	Protocolos HULR
No permanecer acostada durante largos periodos	Práctica habitual
Acompañamiento por la persona de su elección	
Posibilidad de beber líquidos durante el parto	Próxima introducción
Manejo activo de la tercera fase del parto	
Permitir el óxido nítrico para aliviar el dolor	Protocolo implantado
Movilizar a las mujeres con analgesia epidural	
Auscultación intermitente en mujeres de bajo riesgo	
Colocarse en la posición que les resulte más confortable durante el expulsivo	
Contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento	
Inicio temprano de la lactancia materna (1. ^a h tras el parto)	
Apoyo «one-to-one» (una matrona para una mujer)	Protocolo no implantado
Recomendar el parto dentro del agua	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

- Determinar el porcentaje de gestantes que conocen los nuevos protocolos y desean incluirlos en su parto, así como los motivos de no inclusión.
- Conocer la valoración (positiva o negativa) de los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo.
- Determinar el porcentaje de gestantes que asisten a las actividades formativas/informativas programadas y los motivos de no asistencia.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal. Se recogieron encuestas entre junio del 2014 y enero del 2015 a gestantes a término que acudieron al HULR para realizar los controles de bienestar fetal anteriores al parto. Por tanto, los criterios de exclusión fueron las gestantes pretérmino, las menores de edad (por razones éticas) y aquellas que no entendían el idioma. La muestra fue recogida por matronas de paritorio en 2 momentos. El primero, durante el control de bienestar fetal (fase parto de la encuesta). El segundo, en la habitación de la puerpera antes del alta (fase posparto).

Se seleccionó una muestra mediante muestreo no probabilístico de conveniencia, estimando la proporción muestral sobre el total de partos anuales en el año 2013 (N=1.860), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%. Se obtuvo un tamaño muestral ajustado a pérdidas de

n = 183. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del HULR.

Se diseñó un cuestionario a tal efecto, ya que no se encontró en la bibliografía consultada ninguno adaptado a los objetivos del estudio, al igual que ocurre en otros estudios⁸. En primer lugar, cada investigadora pasó 5 encuestas piloto. Se debatieron las dificultades encontradas y se consensuó introducir algunas mejoras. Posteriormente, se volvió a testar en otras 10 mujeres, de forma similar a otros estudios⁹ y, finalmente, el cuestionario fue aprobado por el Servicio de Calidad del HULR.

El cuestionario definitivo se dividió en una introducción (donde se informaba a las gestantes de que la encuesta era anónima y voluntaria, y se pedía su consentimiento informado) y 4 secciones. En la primera se recogieron datos sociodemográficos (edad, localidad de residencia, nivel de estudios y fórmula obstétrica). En la segunda se preguntó acerca del conocimiento que tenían sobre los protocolos introducidos y su deseo de que dichos protocolos formaran parte de su parto. En la tercera se recogieron datos sobre el cumplimiento de protocolos, los motivos por los que no se introdujeron en el parto y la valoración de aquellos protocolos que, a pesar de no ser deseados por la gestante, formaron parte de su parto. Además, se les preguntó por el trato recibido. Finalmente, la cuarta sección contenía los datos del parto (forma de comienzo y finalización del parto, duración del mismo y profesional que lo atiende). Los datos recogidos se introdujeron y trataron en una hoja de cálculo Excel que se creó a tal efecto. El tratamiento estadístico se llevó a cabo con hoja de cálculo Excel para las medias, desviación estándar e intervalos de confianza del 95% (IC_{95%}) y con el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 17.0. La comparación de variables se realizó mediante el test de Chi-cuadrado para variables categóricas de Pearson (nivel de significación estadística $p < 0,05$ para pruebas bilaterales).

Resultados

Se recogieron 213 encuestas de las que, en 27 casos, se perdió la información referente al postparto debido a que la puerpera se fue de alta antes de poder encuestarla. Por lo tanto, se contabilizaron 186 encuestas correctamente cumplimentadas. Con respecto a los datos sociodemográficos de la muestra, el 68% de las gestantes pertenecían al rango de edad de 26 a 35 años y el 70% tenía estudios medios o superiores. Un 54,5% de las mismas eran primíparas, un 91,6% españolas, y un 84% pertenecía al área de salud de La Ribera.

Los partos eutócicos fueron atendidos por matronas en un 45% de los casos, residentes de matrona en un 40% y por residentes de Ginecología en un 15%. Con respecto a los datos del parto, un 46% de ellos se iniciaron de forma espontánea, un 29% fueron inducciones, un 20% estimulaciones y un 5% cesáreas electivas. La forma de finalización del parto fue espontánea en un 52% de las ocasiones, cesárea urgente en un 24% y parto instrumentado en otro 24%.

En relación con las acciones formativas, un 62% asistió a la preparación al parto y un 69% a la actividad informativa de tercer trimestre en hospital. Los motivos de no asistencia se reflejan en las figuras 1 y 2, respectivamente. Cuando el motivo de no asistencia a preparación al parto fue «no había

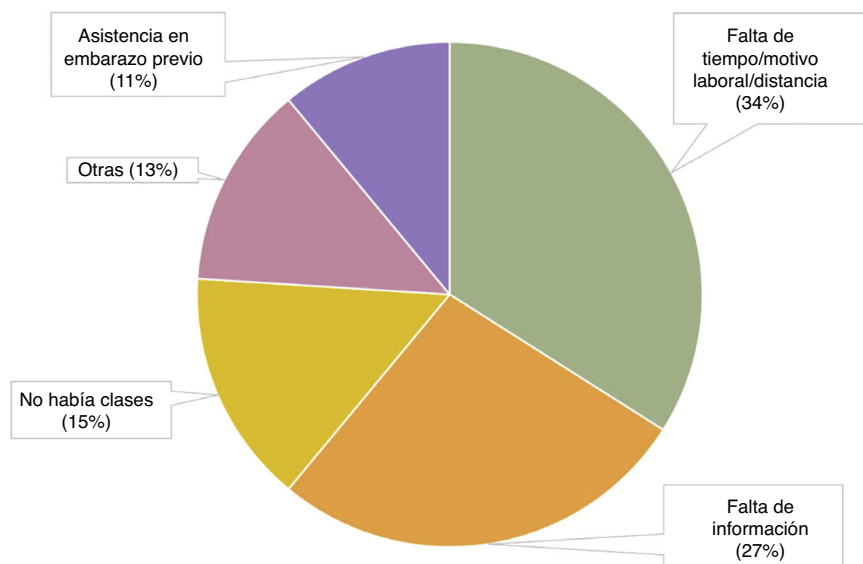


Figura 1 Motivos de no asistencia a clases de preparación al parto.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

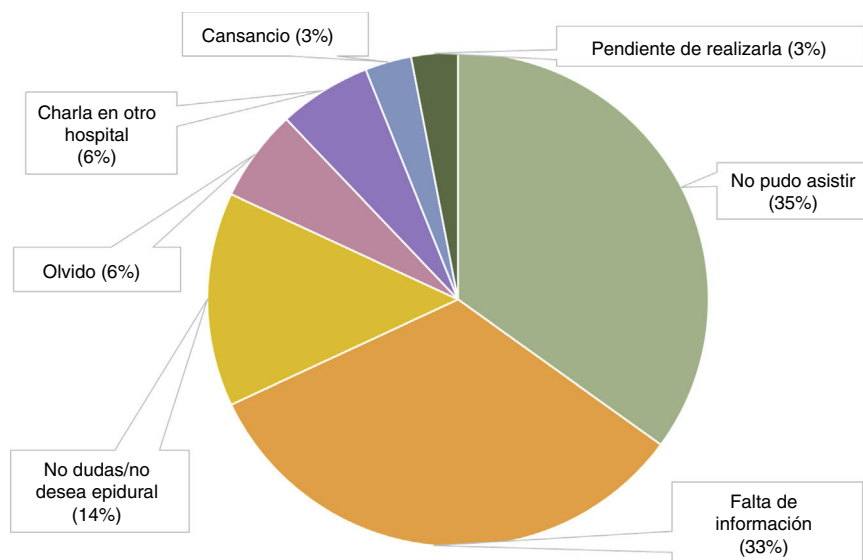


Figura 2 Motivos de no asistencia a la actividad informativa hospitalaria de tercer trimestre de gestación.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

clases», las gestantes especificaron que se debía a que la matrona se encontraba de vacaciones.

En cuanto a la comparación de variables, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la asistencia a preparación al parto con la fórmula obstétrica y el nivel de estudios de las gestantes (tabla 2), no obteniendo relación estadísticamente significativa con el resto de las variables de estudio.

La tabla 3 recoge el porcentaje de gestantes que conocían los protocolos (media 77%, IC_{95%}: 75,5-78,5) y su deseo de que los mismos formaran parte de su parto (media 84,6%, IC_{95%}: 82,5-86,7). Algunos porcentajes de cumplimiento bajos se relacionaron con el hecho de que el protocolo solo se podía aplicar en determinados tipos de parto como, por ejemplo, el contacto precoz con padre y el puerperio inmediato tras cesárea, que solo se aplican en casos de cesárea,

y el puerperio inmediato tras parto vaginal, solo aplicable a los partos vaginales. En esos casos se calculó un porcentaje de cumplimiento ajustado al total de partos en los que era posible aplicarlo, con el objetivo de eliminar el sesgo que provocaba el tipo de parto (se denominó cumplimiento adaptado al tipo de parto, véase la tabla 3).

Los motivos de no cumplimiento se agruparon en 4 apartados: el protocolo no se ofertó por parte del personal, no lo pidió la parturienta, no fue posible realizarlo debido a circunstancias del parto, y otras opciones (tabla 3). El porcentaje más elevado de falta de cumplimiento fue el relacionado con las características del parto (media 56,3%, IC_{95%}: 51,1-61,5).

Con respecto a la administración de líquidos tras analgesia epidural, no se consultó sobre su conocimiento, ya que no se incluía en las actividades formativas preparto al no existir

Tabla 2 Relaciones estadísticamente significativas entre variables de estudio (asistencia a preparación al parto con fórmula obstétrica y nivel de estudios)

Variables	Prep. parto	No prep. parto	Chi cuadrado	Valor de p	V de Cramer
<i>Fórmula obstétrica</i>					
Primípara	87	24	21,5	0,0001	0,34
Múltipara	34	41			
<i>Nivel de estudios</i>					
Primarios	30	29	14,7	0,001	0,28
Secundarios	38	25			
Universitarios	53	11			

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

Tabla 3 Porcentaje de gestantes que conocen, desean incluir y cumplen los protocolos implantados en paritorio. Motivos de no cumplimiento de los mismos

Protocolos	Conocimiento (%)	Deseo de inclusión (%)	Cumplimiento (%)	Cumplimiento adaptado (%) ^a	Motivo de no cumplimiento (%)			
					No lo pidió (%)	No se le ofertó (%)	No fue posible (%)	Otras (%)
Óxido nitroso	71	48	6	—	79	1	12	8
Contacto precoz piel con piel	96	100	91	—	5	10	15	70
Movilización	79	81	56	—	42	8	24	26
Pinzamiento tardío de cordón	64	79	34	79	0	0	89	11
Elección de postura de parto	81	85	30	66	13	5	77	5
Monitorización intermitente	61	84	10	—	13	3	80	4
Puerperio inmediato tras parto vaginal	81	92	60	82	8	21	63	8
Puerperio inmediato tras cesárea	71	95	21	91	0	3	96	1
Contacto precoz piel con piel con padre	84	98	19	81	1	2	95	2
Inicio precoz de lactancia materna	82	84	63	—	26	8	12	54
Media porcentajes	77	84,6	39	79,8	18,7	6,1	56,3	18,9
Desviación estándar	10,4	14,8	27,4	9,0	25,0	6,2	36,3	24,1
Intervalo confianza del 95%	75,5-78,5	82,5-86,7	35,1-42,9	78,5-81,1	15,1-22,3	5,9-7,7	51,1-61,5	15,4-22,4

^a El cumplimiento adaptado al tipo de parto hace referencia al cálculo del porcentaje de cumplimiento de un determinado protocolo entre el número total de partos en el que era posible su aplicación.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

un protocolo de administración establecido. Sin embargo, sí se preguntó a las gestantes sobre su deseo de inclusión (85%) y su cumplimiento durante el parto (4%).

Los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo, fueron valorados de forma positiva en todos los casos excepto la administración de óxido nítrico, que fue valorada de forma negativa por el 50% de las púerperas. Asimismo, valoraron el trato recibido por parte del personal de paritorio como «excelente» o «bueno» (97%). Las valoraciones negativas («regular», «malo» y «muy malo») constituyeron el 3% restante.

Discusión

En los últimos años se ha producido un cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal. Ello ha permitido avanzar desde un modelo conservador y paternalista hacia un modelo basado en el consenso con la usuaria y la toma de decisiones conjunta. Aunque los profesionales se han esforzado en materializar este cambio de paradigma, la literatura refleja que la actitud de las gestantes es poco activa, dejando que los profesionales decidan cuál es la mejor conducta a seguir^{10,11}. Con respecto a la actitud de las gestantes hacia un parto menos medicalizado, se observa un alto interés y al mismo tiempo una falta de información, lo que conlleva una postura conservadora respecto de la introducción de nuevos elementos en el parto¹². Así pues, en este trabajo se ha pretendido explorar el conocimiento y deseo de inclusión de los nuevos protocolos, en qué medida se introducen en los partos normales y por qué motivos no se aplican.

A la vista de los resultados puede afirmarse que los protocolos de atención al parto normal son conocidos y deseados por una amplia mayoría de las gestantes de la muestra. Destaca el contacto precoz piel con piel, quizás por ser el primer protocolo que se puso en marcha como resultado del trabajo de los grupos de mejora de calidad y por su difusión a través de trípticos informativos. Sin embargo, el conocimiento del resto de protocolos se limita a las actividades formativas/informativas preparto o fuentes de información alternativas. Este resultado refuerza la importancia de informar adecuadamente a las gestantes sobre el cambio de modelo asistencial para contrarrestar las posturas conservadoras asociadas a la falta de información¹².

Como se refleja en otro estudio en la misma población¹³, la asistencia a clases de preparación al parto supone un aumento del conocimiento sobre cuestiones relativas al parto. Sin embargo, no siempre se consigue que tales conocimientos se integren en las expectativas de parto de las gestantes. Dado que la información que se proporciona durante la gestación desempeña un papel relevante en la elaboración de expectativas¹⁴, que las mujeres utilizan sus expectativas como referencia para evaluar su satisfacción con el parto¹⁵ y que dicha satisfacción se ha incorporado como una medida más de la calidad de los cuidados¹⁶, resultaría interesante, como futura línea de investigación, explorar de dónde procede la información que manejan las embarazadas.

En cuanto al cumplimiento de los protocolos, es elevado en la mayor parte de los casos. Las excepciones son

aquellos protocolos que todavía no se han implantado en paritorio (ingesta de líquidos tras administración de analgesia epidural) o dependen de la petición expresa de la mujer (administración de óxido nítrico). Respecto del primero, aunque no se consultó a las gestantes si lo conocían, sí se preguntó acerca de la ingesta en el momento del parto ya que, en la práctica habitual, una gran cantidad de mujeres la demanda en algún momento. En otro estudio¹⁷, el porcentaje de parturientas a las que se les permite la ingesta de líquidos se sitúa en el 22%, muy superior al 4% del presente estudio, pero haciendo referencia al número total de partos y no solamente a aquellos en los que se administra analgesia epidural.

Por su parte, la escasa administración de óxido nítrico se puede relacionar con la falta de deseo manifestada por las gestantes, que optan de forma mayoritaria por la administración de la analgesia epidural como método de alivio del dolor. Además, fue el único protocolo no deseado, pero finalmente incluido en el parto, valorado de forma negativa (posiblemente debido a sus efectos secundarios: náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo⁷). El resto de los protocolos que inicialmente las gestantes no deseaban incluir en el parto, pero finalmente formaron parte del mismo, fueron valorados positivamente.

En cuanto a la asistencia a actividades formativas/informativas, otro estudio realizado en el área de salud recoge un porcentaje de asistencia a preparación al parto del 20% del total de gestantes¹³, muy alejado del 62% del presente estudio. Esta diferencia podría deberse a que ese estudio solo contabiliza a las gestantes que han asistido a todas las sesiones de preparación al parto programadas y en el presente estudio se tiene en cuenta la asistencia, independientemente del número de sesiones. Hubiera sido interesante haber explorado el número de sesiones recibidas por cada gestante, lo que se entiende como una limitación, aunque se valora de forma positiva para los objetivos del presente estudio la asistencia a cualquier número de sesiones. El porcentaje de asistencia a la actividad informativa hospitalaria (69%) se alinea bien con el de gestantes al que se administra analgesia epidural (70% de los partos anuales del HULR).

Por todo ello, resulta interesante como línea de trabajo para las matronas de Atención Primaria informar adecuadamente a las gestantes de la existencia de las clases de preparación al parto y de la charla informativa hospitalaria (incluso para aquellas que no desean analgesia epidural), ofertar la preparación al parto de forma ininterrumpida durante todo el año (incluyendo el periodo estival) y adaptar los contenidos de las clases a la nueva dinámica de trabajo en paritorio. Para ello, resulta imprescindible mejorar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Especializada, tal como recomienda la literatura¹⁸, estableciendo puentes entre ambos niveles de atención que permitan ofrecer a las gestantes una información veraz sobre la situación real del paritorio¹⁹.

Respecto a la valoración del trato recibido, el porcentaje de gestantes satisfechas es muy elevado (97%, superior al 85²⁰ y el 87,4%¹² de otros estudios). De hecho, el apoyo de los profesionales (y en concreto la figura de la matrona) se ha determinado como la mayor influencia en la satisfacción en el periodo perinatal²¹. Incluso cuando no se satisfacen

sus expectativas de parto, las mujeres que se sienten apoyadas, implicadas e informadas por la matrona son capaces de percibir su experiencia de parto como positiva¹⁵. Ello refuerza la necesidad del apoyo «one-to-one», actualmente no implantado entre los protocolos de paritorio. En general, se debe tener en cuenta que las valoraciones positivas pueden estar sobrevaloradas debido a un sesgo de cortesía, ya que las encuestas las realizan matronas de paritorio.

A modo de conclusión, el presente estudio permite constatar que las gestantes, en su gran mayoría, conocen los protocolos de atención al parto normal recientemente implantados y desean incluirlos en su parto. En el caso de que esto no sea posible, los motivos más habituales se deben a circunstancias específicas del parto, no relacionadas con la falta de petición de la mujer ni con la actuación de los profesionales. Incluso cuando las gestantes manifestaron su deseo de no incluir un determinado protocolo en su parto, la aplicación del mismo ha sido valorada, mayoritariamente, de forma positiva. Por último, la asistencia a preparación al parto es buena, aunque mejorable, siendo mayor entre las primíparas con nivel de estudios medio o alto. Entre los motivos de no asistencia destaca la falta de información.

Quedan aspectos pendientes para lograr el cambio de paradigma, como implantar los protocolos en proceso (ingesta de líquidos tras analgesia epidural y manejo activo del alumbramiento), así como continuar trabajando para conseguir el apoyo «one-to-one» y una bañera dentro de paritorio. Igualmente, se considera relevante explorar las fuentes de información que manejan las embarazadas, mejorar la información que reciben y potenciar la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. Por último, el cambio de paradigma no será completo mientras las gestantes no se conviertan en sujetos autónomos que participen activamente en la toma de decisiones, por lo que se considera fundamental que, más allá de informar a las gestantes sobre los protocolos implantados, consigamos interesar e implicar a las gestantes en el papel que pueden y deben desempeñar durante su parto.

Financiación

El presente trabajo no ha sido objeto de ninguna beca ni ha recibido financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Resultados preliminares de este trabajo fueron presentados como comunicación tipo póster en el «2nd European Congress on Intrapartum Care» celebrado en Oporto en mayo de 2015 con el título «Adaptation of scientific evidence to work in the delivery room of La Ribera hospital (Alzira, Valencia)».

Agradecimientos

A todas las gestantes que, de forma desinteresada, colaboraron en el estudio. A las personas que lo han hecho posible con su ayuda, asesoramiento y ánimo constante: Ermelinda Abarca Cañada (supervisora del paritorio del HULR) y Javier Esparcia Pérez (director de tesis de la Universidad de Valencia).

Bibliografía

1. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al Parto Normal, documento de consenso. Barcelona: FAME; 2007.
2. Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
3. Organización mundial de la salud. Declaración de Fortaleza. *Lancet*. 1985;2:436–7.
4. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Estrategia para la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. CG55 intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2007.
8. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108.
9. Matejić B, Milicević MS, Vasić V, Djikanović B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:14.
10. Basso J, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18:99–107.
11. Goberna J, Palacio A, Banús MR, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof*. 2008;9:5–10.
12. Vena M, Revolo M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Med Fam Andal*. 2011;3:273–85.
13. Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez MJ. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Prof*. 2015;16:28–36.
14. Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Rev Calid Asist*. 2013;28:291–9.
15. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australia women's perceptions of their birth experiences. *Midwifery*. 2007;23:235–47.
16. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000;114 Supl 3:26–33.
17. Berrocal A, Galán D, Parreño R, Mateo I, Carmona J. Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía. *Enfermería Integral*. 2015;107:35–40.
18. Higuero-Macias JC, Crespillo-García E, Mérida-Téllez JM, Martín-Martínez SR, Pérez-Trueba E, Mañón Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof*. 2013;14:84–91.
19. De Molina I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Prof*. 2010;11:53–7.
20. Stahl K. How satisfied are women with maternity care in hospital? *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2009;213:11–7.
21. Britton J. The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33:37–44.