

Coneixements de les dones amb una gestació multifetal

Projecte de recerca

Júlia Pons Orfila

4t Grau en Infermeria. Treball de Fi de Grau

Universitat de Girona – Facultat d'Infermeria

Curs Acadèmic 2015-2016

Tutora: Carolina Rascón Hernán

ÍNDEX

AGRAÏMENTS	3
ABREVIATURES	4
RESUM CIENTÍFIC.....	5
ABSTRACT	6
1. MARC TEÒRIC	7
1.1. Els embarasso múltiples	7
1.2. L'embaràs múltiple i la reproducció assistida	8
1.3. L'epidemiologia en els EM	13
1.4. Les complicacions neonatals en els EM.....	15
1.5. Les complicacions maternes en els EM	16
1.6. Aspectes psicosocials en la gestació	17
1.7. Atenció d'infermeria en l'EM.....	19
2. BIBLIOGRAFIA.....	24
3. METODOLOGIA	34
3.1. Hipòtesis	34
3.2. Objectius	34
3.3. Material i mètodes	35
3.3.1. Període i disseny de l'estudi	35
3.3.2. Àmbit de l'estudi	35
3.3.3. Població diana i mostra	35
3.3.4. Criteris d'inclusió i criteris d'exclusió.....	35
3.3.5. Obtenció de les dades	36
3.3.6. Descripció de les variables	36
3.3.7. Descripció de l'instrument.....	42
3.3.8. Aspectes ètics.....	44
3.3.9. Anàlisi de dades	45

4. CRONOGRAMA	46
5. PRESSUPOST	48
6. ANNEXOS	49
6.1. ANNEX 1: Qüestionari sobre els coneixements, sentiments i recolzament davant la situació d'un embaràs múltiple	49
6.2. ANNEX 2: Full informatiu de l'estudi.....	57
6.3. ANNEX 3: Sol·licitud d'avaluació al Comitè d'Investigació Clínica	58
6.4. ANNEX 4: Consentiment informat per les dones	59

AGRAÏMENTS

M'agradaria agrair a totes aquelles persones que m'han ajudat en la realització d'aquest treball de final de grau, donant consells, recolzant-me i ajudant a que no es faci tant dur.

Aquestes persones són sobretot la meva tutora del TFG, la professora Carolina Rascón Hernán, que m'ha ajudat en tots i cada un dels àmbits del treball, ha respost tots els meus dubtes i m'ha fet més fàcil la realització d'aquest projecte.

També les meves amistats de la universitat, les quals gràcies a l'empatia, m'han pogut ajudar i donar suport en tot moment.

I per últim, la meva família, els meus dos germans, Martí i Mateu, i sobretot els meus pares que han estat els responsables que estigui redactant el meu TFG, perquè han sigut els que m'han inspirat el tema del meu projecte i perquè gràcies a ells ara sóc qui sóc.

Moltes gràcies!

ABREVIATURES

EM	Embaràs Múltiple
TRA	Tècniques de Reproducció Assistida
FIV	Fecundació In Vitro
ICSI	International Consumer Support for Infertility
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetrícia
ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologist
SEF	Sociedad Española de Fertilidad
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
NVSS	National Vital Statistics System
INE	Instituto Nacional de Estadística
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
OMS	Organització Mundial de la Salut
IA	Inseminació Artificial
IAC, IAD	Inseminació Artificial conjugal, de donant
BOE	Boletín Oficial del Estado
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ABS	Àrea Bàsica de Salut
ICS	Institut Català de Salut
CEIC	Comitè Ètic d'Investigació Clínica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

RESUM CIENTÍFIC

La incidència d'embarassos múltiples (EM) ha viscut un increment exponencial. Segons l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), a Catalunya, s'ha triplicat el número d'EM durant els darrers 20 anys. Aquest increment, s'ha esdevingut sobretot per dues causes principals: la utilització de les tècniques de reproducció assistida (TRA) i la major edat materna. Els EM estan associats a diverses complicacions o patologies tant per la mare com pels nounats: preeclàmpsia, depressió post-part, part prematur, nadons amb baix pes gestacional, etc. A més a més, aquestes famílies són més vulnerables a patir problemàtica social i/o econòmica. Diferents autors coincideixen en que el recolzament tant familiar com professional és un factor essencial en tots els embarassos. El paper de la infermera/llevadora en aquests casos és imprescindible. Ella és la responsable de donar tota la informació a la dona, de resoldre els seus dubtes i recolzar-la en tot moment.

L'objectiu principal d'aquest estudi és identificar els coneixements que tenen les mares embarassades d'un EM sobre tots aquells temes relacionats amb el seu estat. Així com el recolzament i els sentiments que tenen.

Es tractarà d'un estudi de disseny descriptiu transversal. El tipus de mostreig serà no probabilístic consecutiu. La instrumentació es farà mitjançant un qüestionari d'auto administració, basat amb preguntes d'escala validades i amb preguntes d'elaboració pròpia. La població d'estudi seran totes aquelles dones embarassades d'un EM que pertanyin a una de les 8 ABS del Gironès (Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Sarrià de Ter, Celrà i Cassà de la Selva).

S'utilitzaran els estadístics adients per a l'anàlisi en funció de la categoria de les variables de les dades quantitatives o qualitatives obtingudes del qüestionari. Totes les dades seran analitzades amb l'ajuda del programa Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Paraules clau: embaràs múltiple, tècniques de reproducció assistida, complicacions, epidemiologia, psicologia, cures d'infermeria, educació per la salut.

ABSTRACT

The incidence of multiple pregnancies (MP) has undergone an exponential increase. According to the Statistical Institute of Catalonia (IDESCAT), in Catalonia has tripled the number of MP over the past 20 years. This increase has occurred mainly for two main reasons: the use of assisted reproduction techniques (ART) and the increased maternal age. The MP are associated with different diseases or complications for both the mother and new-borns by: preeclampsia, postpartum depression, premature birth, infants with low gestational weight... Moreover, these families are more vulnerable to social and/or economic problems. Different authors agree that both family and professional support is an essential factor in all pregnancies. The role of the nurse/midwife in these cases is essential. She is responsible for all information given to women to solve their doubts and support it at all times.

This study aims to identify the knowledge of the pregnant women with a MP about all matters related to their status. As well as the support and the feelings they have.

This will be a descriptive and transversal study. The sample will be probabilistic consecutive. The instrumentation will be based on a self-administration questionnaire, with questions of validated scales and questions of own elaboration. The study population will be all those pregnant women with a MP belonging to one of the eight ABS (Girona 1 Girona 2, 3 Girona, Girona 4, Salt Sarria de Ter, Celrà and Cassa de la Selva) .

The appropriate statistical analysis will be used according to the category of the data variables quantitative or qualitative which we will have obtained in the questionnaires. All data will be analysed with the help of the program Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Keywords: multiple pregnancy, assisted reproduction techniques, complications, epidemiology, psychology, nursing care, health education.

1. MARC TEÒRIC

1.1. Els embarassos múltiples

A l'ordre biològic hi ha una llei que diu "en els mamífers, la quantitat de fetus que pot albergar l'úter, és igual a la meitat del número de mames que té la femella de l'espècie". Per tant, en el cas dels éssers humans i seguint aquesta llei, les dones només podrien albergar un fetus a l'interior del seu úter, ja que només tenen dues mames. Ja se sap, però, que durant la gestació es pot donar més d'un fetus, el que es coneix com embaràs múltiple (EM) (1).

La gestació o embaràs múltiple llavors, és el desenvolupament simultani de dos o més fetus a la cavitat uterina. Si el nombre de fetus és de dos, es parla de gestació gemel·lar, i si és més alt, es parla de trigèmins, quadrigèmins, etc., genèricament de gestació múltiple d'alt ordre (2).

Aquesta multiplicitat d'embrions simultanis, es pot donar de manera natural, quan la dona produeix més d'un òvul que és fecundat i s'implanta a l'úter. Si existeixen dos òvuls fecundats pot resultar en un EM amb bessons no idèntics o dizigòtics. Ocasionalment, un sol òvul és fecundat i pot dividir-se i desenvolupar-se, procés que desencadenarà els bessons idèntics o monozigòtics (3,4).

Els EM es poden classificar de diverses maneres: segons el número de zigots, de placentes, de sacs amniòtics i segons el tipus de concepció. Segons la zigocitat es troben els embarassos monozigòtics, dizigòtics i trizigòtics, segons la corionicitat hi ha els embarassos monocorials, bicorials i tricorials. Si es classifiquen els embarassos segons el número de sacs amniòtics, es troben els monoamniòtics, els biamniòtics i els triamniòtics, i per últim segons el tipus de concepció, hi ha els embarassos espontanis i els embarassos fruits d'una tècnica de reproducció assistida (TRA) (5).

La majoria d'autors coincideixen en que els EM es poden tractar com a embarassos d'alt risc, sobretot els EM d'alt ordre (trigèmins, quadrigèmins...), ja que són embarassos que tenen moltes probabilitats de patir diverses complicacions (3,6). Per aquest motiu, aquests embarassos s'han d'abordar d'una manera diferent als embarassos d'un únic fetus. Ja que, des del

començament de la gestació fins el final, la mare i els fetus tenen riscos i complicacions potencials afegides. A més a més, la OMS considera que els EM són una complicació major dels tractaments de les TRA (6).

Al 1895, Hellin va crear una fórmula i una conseqüent llei per calcular la freqüència dels EM en qualsevol població, anomenada llei de Hellin o regla dels 80. Ell afirma que si els naixements de bessons ocorren amb una freqüència de 1:N, els naixements triples ocorren aproximadament amb una freqüència de 1:N², els quàdruples, 1:N³, i així successivament sent l'exponent de N un menys que el número de naixements. La constant N varia amb la població, però Hellin inicialment li dóna un valor de 89.(7) Per tant, la llei de Hellin dictamina que hi ha un part gemel·lar per a 89 parts amb fetus únic; un part de trigèmins per cada 89 elevat a 2 parts amb fetus únic; un part de quadrigèmins per cada 89 elevat a 3 parts amb fetus únic, etc.(7). Aquesta llei és acceptada i seguida fins fa poc més d'una dècada, és a dir, fins que aquests embarassos comencen a incrementar-se de manera exponencial (7).

Les variacions principals d'aquesta freqüència es deuen a una incidència més elevada de bessonada dizigòtica en dones grans i de paritat alta, a les tècniques modernes d'inducció o estimulació ovàrica, i a les TRA (2).

1.2. L'embaràs múltiple i la reproducció assistida

Encara que hi ha diversos factors tant intrínsecs com extrínsecs que fan que augmentin les probabilitats de tenir un EM (paritat, ètnia, herència genètica, etc), n'hi han alguns que cal destacar per la seva rellevància en aquest increment en les darreres dècades.

Tots els estudis realitzats coincideixen en que els factors més rellevants són: la tendència a la maternitat amb major edat materna i la utilització de tècniques de reproducció assistida (TRA). Actualment més de la meitat dels EM són resultat de les TRA (8,9).

La definició estandarditzada que va crear la OMS l'any 2010 sobre les tècniques de reproducció assistida (TRA) és: "Les TRA són tots aquells tractaments o procediments que inclouen la manipulació tant de ovòcits com d'espermatozous

o embrions humans per l'establiment d'un embaràs. Això inclou, però no està limitat només a, la fecundació in vitro (FIV) i la transferència d'embrions, la transferència intratubàrica de gàmetes, la transferència intratubàrica de zigots, la transferència intratubàrica d'embrions, la ciproreservació de ovòcits i embrions, la donació de ovòcits i embrions, i l'úter subrogat. Els TRA no inclouen la inseminació assistida (inseminació artificial) utilitzant espermatozous ni de la parella ni de un donant " (10).

La Societat Europea per la Reproducció Humana i Embriologia (ESHRE) afirma que les TRA, concretament la Fecundació in vitro (FIV), ha estat, des que va aparèixer, un procediment molt exitós per a aquelles parelles amb poques opcions de concebre un nadó. S'estima que més d'1 milió de nens de tot el món han estat concebuts a través de la FIV des de l'any 1978. En molts països desenvolupats, els embarassos triples han augmentat de 3-5 vegades des del 1970. En termes de nadons, de cada 100 recent nascuts, 49 procedien d'un EM (1 de quadrigèmins, 7 de trigèmins i 41 de bessons). Per tant, la ESHRE conclou que hi ha masses embarassos múltiples amb l'intrínsec alt risc per els nadons resultants (11,12).

La inseminació artificial (IA), en canvi, és un tractament de la infertilitat que consisteix en introduir una gran quantitat d'espermatozous saludables a l'interior de l'úter durant la data més pròxima a la ovulació. Sovint, s'utilitza juntament amb la inducció a la ovulació o superovulació. El donant dels espermatozous pot ser tant la parella de la dona fecundada, que s'anomenarà inseminació artificial conjugal (IAC), com un donant del banc d'esperma, que s'anomenarà inseminació artificial de donant (IAD) (13).

La inducció a la ovulació és una tècnica que moltes vegades es fa servir conjuntament i de manera complementaria amb la inseminació artificial. Consisteix en l'administració de medicaments per promoure l'alliberació d'un òvul. Aquest tractament s'utilitza quan la ovulació és irregular o simplement quan no succeeix i s'han descartat altres causes. El fàrmac més comú és el citrat de

clomifè. En casi un 40% de les dones és possible aconseguir un embaràs en un període de 6 cicles menstruals utilitzant aquest fàrmac (13,14)

En el cas d'aquest fàrmac no funcioni, es recorre a un altre grup de fàrmacs anomenats gonadotrofines. Les gonadotrofines també s'utilitzen quan es necessita recorre a molts òvuls per la tecnologia de reproducció assistida o per altres tractaments de la infertilitat. Aquesta tècnica s'anomena superovulació (13).

L'American Collage of obstetricians ans gynecologists (ACOG) reconeix els EM com a un risc dels tractaments d'inducció a la ovulació. Un 10% de les dones que són tractades amb citrat de clomifè tenen embarassos gemel·lars. En canvi, les dones que són tractades amb gonadotrofines tenen fins a un 30% de probabilitats de tenir un EM, dels quals un terç són d'alt ordre (13).

Segons les dades extretes de la societat espanyola de fertilitat (SEF), del total de les gestacions concebudes per IA a Espanya al 2011 (4633), un 11.7% (541) van ser EM, d'aquests EM un 9.9% (460) van ser gemel·lars, un 1.5% (68) van ser triples, i un 0.3% (13) van ser de més de 3 fetus. Llavors, la SEF conclou que hi ha un increment dels EM quan s'utilitza la tècnica d'IA (15).

La tècnica més utilitzada de totes les TRA és la fecundació *in vitro* (FIV) o fecundació extracorpòrea (10). La FIV consisteix en la unió de l'òvul i l'espermatozou en un laboratori i la consegüent transferència de l'embrió resultant dins l'úter de la dona. Per a la unió de les dos gàmetes, primer s'ha de fer l'extracció d'aquests: els espermatozous es poden extreure mitjançant aspiració o biòpsia testicular, i els òvuls s'extreuen dels ovaris quan estan madurs després del tractament amb gonadotrofines. Tant els òvuls com els espermatozous poden ser propis o de donants (13,16).

Amb la FIV també hi ha un alt risc de que hi hagi un EM, ja que sovint es transfereix més d'un embrió a l'úter de la dona per tal d'augmentar les possibilitats d'implantació (13,17). De fet, un 24% dels embarassos que s'aconsegueixen mitjançant la FIV són embarassos múltiples (18).

Cabello Vives coincideix amb Ricciarelli, entre d'altres, que un del motius de la alta incidència dels EM associada a les TRA és la falta de legislació que hi ha envers el número d'embrions a transferir (19,20).

Davant el problema del incontrolable creixement dels EM a nivell global, molts països han anat modificant i regulant la política envers la transferència d'embrions. Alguns d'aquests països són: Espanya, Anglaterra, Alemanya, França, Itàlia, Suècia, Dinamarca, etc. Però, per altra banda, hi ha països que sembla que ignoren el problema, com són Egipte, Jordània, Veneçuela i Perú que encara no tenen límits ni una legislatura establerts. Tot i així, encara hi ha un 70% dels països que transfereixen 3 o més embrions de forma sistemàtica (20).

Al llarg dels anys Espanya ha variat molt la política de transferència d'embrions, des que van començar les TRA.

Al 1998, les TRA estaven en el seu millor moment ja que feia poc que havien sorgit. En aquest any es transferien molts més embrions en una dona que actualment, ja que hi havia pocs estudis sobre el tema. Al 1998 la majoria de les transferències són de 3 embrions (41%), la segona opció més freqüent és la transferència de més de 3 embrions (33%), la tercera és la transferència de 2 embrions (17%) i la última opció és la transferència d'un únic embrió (10%). Al cap d'uns anys, al 2001 la majoria segueix essent la transferència de 3 embrions (50%), la segona opció passa a ser la transferència de 2 embrions (26%), la tercera opció passa a ser la transferència de més de tres embrions (12%) i la última és la d'un embrió (10%). Al 2003 canvia el panorama radicalment amb la modificació de la llei 35/1988 on prohibeixen la transferència de més de tres embrions. (21). Per tant al 2003 la majoria de les transferències són de 2 embrions (44%), la segona opció més freqüent és la de 3 embrions (37%) i la tercera opció és la de 1 embrió, a partir d'aquest any ja no es fan més transferències de més de 3 embrions en una dona. I per últim, al 2011, la opció més freqüent és la transferència de 2 embrions (71%), la segona opció és la d'un únic embrió (19%) i l'última opció és la de 3 embrions (11%) (15).

De manera que, gràcies a les dades extretes de la Societat Espanyola de Fertilitat (SEF), es pot concloure que les polítiques sobre les transferències

d'embrions han anat canviant molt durant els anys a causa de la sensibilització dels professionals gràcies a les noves evidències i estudis que han anat sorgint (15).

Encara que Simón i Pellicer consideren que Espanya té uns valors elevats en comparació amb altres països occidentals en quan a la transferència d'embrions. Malgrat des del 2003 el límit legal està en la transferència de 3 embrions (22) (21).

La llei 35/1988 del 22 de novembre sobre les TRA es va modificar creant la llei 45/2003 del 21 de novembre. Aquesta nova llei modifica l'Article 4. Aquest article diu tal que així (21):

Artículo 4.

- 1. Con carácter previo al inicio del tratamiento, el equipo médico analizará la situación de cada mujer o de cada pareja, con el objeto de que, teniendo en cuenta su proyecto reproductivo y de acuerdo con lo establecido en los apartados 2 y 3 de este artículo y en el apartado 3 del artículo 11, pueda ajustar aquellos aspectos del tratamiento relacionados con la intensidad de la estimulación ovárica, el número de ovocitos que se pretenden fecundar y el número de preembriones que se va a transferir. Para ello se tendrán en cuenta las circunstancias particulares de la mujer, tales como su edad, su historial clínico o las posibles causas de esterilidad. En todo caso, el tratamiento deberá evitar la gestación múltiple, la práctica de la reducción embrionaria y la generación de preembriones supernumerarios.*
- 2. Sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en una mujer en cada ciclo.*
- 3. Se fecundará un máximo de tres ovocitos que puedan ser transferidos a la mujer en el mismo ciclo, salvo en los casos en los que lo impida la patología de base de los progenitores.*
Las tipologías fisiopatológicas de estos casos en los que se permita fecundar un número mayor de ovocitos, siempre que sea asumible por la pareja dentro de su proyecto reproductivo, serán especificados en un protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el

asesoramiento e informe previo de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (21).

Cabello coincideix amb altres autors en la conclusió de que s'haurien de fer noves recomanacions sobre el número d'embrions a transferir dependent de la tècnica i les característiques de la dona o parella que acut a les TRA, sobretot l'edat, per seguir disminuint les taxes d'EM sense que es vegi afectada la taxa d'èxit (19,23).

1.3. L'epidemiologia en els EM

L'evidència i la literatura afirmen que hi ha un increment important dels EM en els darrers 20 anys aproximadament.

Per exemple a Mèxic, segons l'Institut nacional de perinatologia s'estima un augment del 20 al 30% en gestacions gemel·lars i de un 30 a un 40% en gestacions d'alt ordre fetal entre dones tractades per infertilitat. I en països amb una freqüència elevada d'EM, del 30 al 50% dels embarassos gemel·lars i del 75% dels embarassos triples succeeixen després d'un tractament de fertilitat (24,25).

L'associació de la major edat materna amb l'augment de la incidència d'EM és molt clara. La fertilitat natural té un pic màxim als 25 anys d'edat, i a mesura que avança l'edat disminueix notablement. Això significa que la decisió d'endarrerir l'edat de tenir fills fa que les parelles hagin de recórrer més sovint a les TRA, cosa que fa, que augmenti les probabilitats de tenir un EM (26).

A més, la major edat materna fa que augmenti la incidència d'EM a causa d'un augment dels nivells de la hormona fol·licle estimulant (FSH) a una major edat, i això provoca que es pugui desenvolupar més d'un fol·licle i per tant, alliberar i probablement fecundar més d'un òvul (24).

Segons el departament de salut y serveis humans dels Estats Units, la taxa de naixements de bessons ha augmentat en més d'un 75% des de l'any 1980 (27). Als EEUU els EM sobrepassen els cent mil cada any (7). A més a més, els

naixements triples, quàdruples... en definitiva, els EM d'alt ordre s'han incrementat a un ritme encara superior (27).

Per tant es podria afirmar que la incidència dels EM ha augmentat en tot el món, amb variacions entre diferents zones i països. Des de els 6,7 per cada 1000 naixements al Japó, fins els 40 de cada 1000 a Nigèria (11,28).

En la mateixa línia, la National Vital Statistics Reports dels EEUU afirma que la taxa de naixements gemel·lars ha aconseguit un nou rècord per la nació dels EEUU amb un 33,7 per cada 1000 naixements, ha augmentat un 2% del 2012 al 2013. La taxa de naixements d'alt ordre va augmentar un 400% entre els anys 1980 i 1998, però ha mostrat una tendència a disminuir des de llavors. Ha disminuït un 4% durant el 2013, ara hi ha 119,5 naixements d'alt ordre per cada 100000 naixements, ha disminuït més d'un terç des de 1998. Les recents disminucions en les taxes d'EM d'alt ordre fetal estan estretament relacionades amb els canvis en els procediments de les TRA, sobretot en el número d'embrions a transferir (29).

A Espanya, també s'ha observat un increment en els embarassos gemel·lars. A la maternitat la Paz, la incidència s'ha incrementat del 0,85% dels parts l'any 1984 a l'1,5% l'any 1995. En el departament d'Obstetrícia i ginecologia de l'hospital 12 de Octubre, durant aquesta última dècada, els EM han passat de l'1,17% l'any 1989 a l'1,33% en els quatre primers mesos de l'any 1999.(30). Al 1994 el percentatge d'EM va ser de 0,91% (35 de 3840 parts totals) i, al 2004, de un 1,38% (59 de 4266 parts totals), el que suposa un augment del 51,64% (8).

Des del 1996 al 2008, Espanya ha viscut un increment dels embarassos gemel·lars del 12.7% fins el 19.4% (31). Igual que a fora d'Espanya, aquest augment no es deu només a factors biològics, sinó que té origen en l'increment de l'ús de les TRA (30).

Per altra banda, a partir del 2008, a Espanya hi ha un canvi respecte la incidència dels EM. A partir d'aquest any, comencen a disminuir aquests embarassos. Al 2010, del total dels embarassos (478037) que hi va haver a Espanya, 9653 van ser gemel·lars, 193 triples i cap va ser quàdruple o superior. Aquesta disminució

està lligada, igual que a la resta del món, als canvis respecte la política de les TRA (30).

A Catalunya també hi ha hagut un augment dels EM els darrers anys. Les dades extretes de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) mostren que s'ha triplicat el número de parts múltiples en els últims 20 anys, i que en termes relatius, el percentatge ha passat del 0,9% al 2% (26).

L'any 1985 hi havia un 0.9% de parts múltiples a Catalunya, al 1990 el percentatge va augmentar fins a l'1%, al 1995 hi havia 1.3% d'EM, al 2005 un 1.9% i per últim al 2007 el percentatge va augmentar fins al 2% (26).

Respecte a la província de Girona, les últimes dades trobades són de l'any 2001 extretes de l'Institut Nacional d'Estadística (INE). Les dades mostren que per cada 100 naixements que hi ha a la província de Girona, 3.29 provenen d'un EM (30).

1.4. Les complicacions neonatals en els EM

L'úter humà està dissenyat per ser portador d'un sol fetus i funciona de manera menys eficient amb múltiples. Encara que la majoria d'EM produeixen nens saludables, això és menys factible amb un número més elevat de fetus (3).

La societat espanyola de ginecologia i obstetrícia (SEGO) afirma que les gestacions múltiples tenen major risc de tenir un resultat perinatal adversos que les úniques a la nostra població, fonamentalment conseqüència de la prematuritat i del baix pes (32). Asseguren que aquests riscos poden limitar-se prevenint o diagnosticant precoçment les complicacions que comunament s'associen a l'EM, pel que s'han de controlar amb protocols específics i en unitats amb una adequada formació (6,33).

Per els nounats, els riscos més freqüents i més importants en un EM són el part preterme o prematur, el creixement intrauterí restringit (CIR), el baix pes, el síndrome de transfusió fetus-fetus i la major mortalitat neonatal (24,8,30,33).

Segons un estudi realitzat per els autors Dodd JM, Dowswell T i Crowther CA, la morbiditat més comuna entre els nounats fruits d'un EM són: la mort fetal (la mort

d'un o més fetus abans del naixement), la mort neonatal (mort de un o més nascuts vius fins a 28 dies d'edat), part vaginal instrumentat, APGAR menor a 7 als 5 minuts del naixement, necessitat d'ingrés a una unitat de cures intensives neonatals, pes al néixer menor a 2500gr, síndrome de dificultat respiratòria, paràmetres d'asfíxia neonatal (irritabilitat, convulsions, hipotonia, baix nivell de consciència, apnea, sonda nasogàstrica per alimentació més de 48 hores), hemorràgia intraventricular o periventricular, icterícia neonatal, discapacitat en la infància (sordesa, ceguesa, discapacitat neurològica o paràlisi cerebral) (33,34).

La ESHRE afirma que els nens fruits d'una gestació múltiple poden patir durant molt de temps les conseqüències de les complicacions neonatals, incloent la paràlisi cerebral i les dificultats per aprendre (6).

Per altra banda, l'Institut Nacional de Perinatologia afirma que el major risc d'un EM és el part prematur. Es descriu un risc de part prematur de 5.4 vegades major per embarassos gemel·lars, i de 9.4 vegades major per embarassos triples (24,32).

El naixement abans de la setmana 37 de gestació representa quasi el 45% de tots els parts múltiples, en comparació amb el 5.6% en els embarassos únics (8,35).

Segons l'IDESCAT l'any 2007 més de la meitat dels parts de dos o més nadons han estat parts prematurs, abans de les 37 setmanes de gestació. Entre els parts senzills, en canvi, la proporció de parts prematurs ha estat del 6% (26).

1.5. Les complicacions maternes en els EM

L'embaràs múltiple comparat amb un embaràs únic, presenta un risc perinatal maternofetal augmentat, a major número de fetus major morbimortalitat tant pels nadons com per la mare (8).

Les mares amb un EM, per tant, tenen més risc de patir complicacions durant la gestació i el postpart com per exemple preeclàmpsia (RR: 3.7), eclàmpsia (RR:3.4), polihidramnios, diabetis gestacional, abruptio placentae (RR:2.0),

hemorràgia postpart (RR:3.4), anèmia (RR:1.7) i augment de la taxa de cesària (8).

Segons un estudi realitzat pels autors Dodd JM, Dowswell T i Crowther CA, la morbiditat més comuna entre les mares amb un EM són: desenvolupament de complicacions prenatales (preeclàmpsia, hemorràgia prepart, treball de part prematur, ruptura prematura de membranes, restricció del creixement intrauterí), admissió materna a una unitat de cures intensives, infecció amb necessitat de antibiòtics per via intravenosa, hemorràgia amb requeriment de transfusió, ruptura uterina, depressió postpart (34,36).

La ESHRE afirma que la complicació més important en les mares amb un EM és la hipertensió, amb o sense proteïnúria associada. La hipertensió induïda per l'embaràs amb un augment substancial del volum del plasma té un bon pronòstic. En canvi, la hipertensió associada a una hemoconcentració i proteïnúria (Preeclàmpsia) té pitjor pronòstic (6).

En quan a les complicacions psicològiques, les dades extretes de la ESHRE diuen que la incidència d'estrès i depressió en les famílies amb fills múltiples, i en les mares en particular, és molt freqüent, especialment en el cas de trigèmins (11).

Per altra banda, no s'han de minimitzar les complicacions econòmiques i socials que poden patir tant les mares com els pares davant d'una situació difícil, com és la de tenir un embaràs múltiple. Els efectes d'un EM poden incloure: menys possibilitats que les mares puguin treballar fora de casa, un elevat percentatge de divorcis, i una falta de recursos econòmics (11).

1.6. Aspectes psicosocials en la gestació

Segons Joana María Vázquez Lara i Luciano Rodríguez Díaz: “els aspectes psicològics fan referència a les reaccions emocionals associades, a la identitat personal i a l'autoestima, a la imatge corporal, al sentit d'autorealització i al creixement i maduresa personal que implica l'adaptació a la nova situació. Els aspectes socials fan referència als canvis de rol dels progenitors, a les

interrelacions de parella amb ella mateixa i amb el seu entorn social i afectiu” (37).

L'estat psicològic de la dona davant la maternitat estarà influenciada per diverses variables. En primer lloc, estarà marcada per al relació que hagi tingut amb la seva família a la hora d'afrontar les seves necessitats emocionals i de comunicació. Un altre factor fonamental és la seva estabilitat psicoafectiva, és a dir, l'estat de les relacions amb la seva parella i la seva capacitat per afrontar i resoldre possibles situacions adverses. Un tercer aspecte a tenir en compte són els recursos, tant econòmics com de recolzament social, dels quals la dona pot disposar en qualsevol moment (37,38).

Els llevadors Joana María Vázquez Lara i Luciano Rodríguez Díaz afirmen que a l'actualitat, degut al retràs de la maternitat i a la disminució del número de fills, l'embaràs suposa quelcom desconegut, creant pors, il·lusió i preocupació. Així doncs, ells afirmen que l'embaràs, suposa un estat caracteritzat per una situació d'ambivalència amor-temor, atracció-rebuig que afavoreix la situació d'instabilitat psicològica que suposa l'embaràs en sí. Els embarassos múltiples, al comportar més càrrega en tots els sentits, presenta aquests efectes més marcats (37,39).

Els factors econòmics, laborals i culturals solen influir al desenvolupament de l'embaràs i en la mortalitat perinatal. Els factors socials considerats de risc per l'embaràs es divideixen en: factors culturals i estils de vida i factors econòmics. A dins dels factors culturals i estils de vida s'hi troben els següents factors de risc: edat materna <16 anys o >35 anys, parella inestable, baix nivell educatiu, desinterès per la salut, estrès físic i psíquic, drogodependència, falta de recolzament familiar i interval curt entre dos embarassos. I per altre banda, a dins dels factors econòmics s'hi troben els següents factors de risc: desocupació, nutrició inadequada, escassos ingressos econòmics, accés difícil a l'assistència perinatal i augment de pes insuficient (37).

El recolzament familiar i social és fonamental en el benestar psicològic de la dona. Són molts els que s'involucren en aquesta nova situació, que comporta alegria i il·lusió i al mateix temps inseguretats i temor.

La parella, s'ha d'entendre que també s'ha d'adaptar a la nova gestació, tant si és un embaràs d'un únic fetus, com si és múltiple, s'haurà d'adaptar, tot i que l'impacte serà major si és múltiple. És possible que apareguin dubtes i inseguretats que el/la facin apartar-se de la dona. Ambdós membres de la parella hauran de compartir inquietuds i dubtes sobre qualsevol aspecte que els hi preocupi (37).

Al respecte de la relació entre els pares de la gestant, pot arribar a haver un apropament respecte altres moments de la seva vida. Però quan la relació ja era conflictiva, pot ocórrer, que si no recuperen la relació, es generi un distanciament major. La mare de la gestant i inclús de la parella, son les sabies conselleres i informadores de tot procés d'embaràs i part (37).

Entre les persones importants que també contribueixen en el recolzament de la gestant es troba el personal que l'atén (infermera/llevadora). En ella depositen tota la confiança i es crea una gran connexió. La llevadora té la missió de guiar a la dona i a la parella durant tot el procés de l'embaràs i el part. Ha de treballar amb professionalitat i donar un tracte humanitzat, respectant les decisions de la mare i recolzant-la en tot moment. Es pot dir que entre la llevadora i la gestant neix una solidaritat mútua on vencen tot tipus de inhibicions i obstacles (37,40).

1.7. Atenció d'infermeria en l'EM

L'**atenció d'infermeria**, segons el manual d'obstetrícia Williams, no consisteix en una sèrie rutinària de tasques que es realitzen diàriament. Sinó que, es tracta d'un sistema flexible de respostes basat en un enfocament estructurat per a la resolució de problemes que s'utilitza per valorar les necessitats d'atenció sanitària d'una persona (41).

Una part molt important de l'atenció d'infermeria és la promoció de la salut, la prevenció de malalties i l'educació per a la salut.

Segons la OMS, la **promoció de la salut** és "*el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per millorar-la*". La **prevenció de malalties** es defineix com "*les mesures destinades no solament a prevenir*

l'aparició de malaltia, tals com la reducció dels factors de risc, sinó també a detenir el seu avanç i atenuar les seves conseqüències una vegada establerta". I, per últim, l'**educació per a la salut** és *"la oportunitat d'aprenentatge creada conscientment que suposa una manera de comunicació destinada a millorar la alfabetització sanitària, inclosa la millora del coneixement de la població en relació a la salut i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixen a la salut individual i de la comunitat"* (42).

Firmino Bezerra et al. afirmen que les accions d'infermeria en promoció de la salut són fonamentals. Arribant a una millora de la autonomia i assimilació dels coneixements, s'aconsegueix un augment de la qualitat de vida de les persones. A més, desenvolupant plans de cures a través d'un procés de diàleg i valorant la individualitat de cada persona, s'aconsegueix una atenció més pròxima a les necessitats reals de les persones (43).

L'atenció d'infermeria en qualsevol situació obstètrica-ginecològica, la realitza la **infermera especialitzada obstètrico-ginecològica o llevadora**. L'Ordre SAS/1349/2009, del 6 de maig del 2009 del Boletín Oficial del Estado (BOE) defineix la professió d'infermera obstètrico-ginecològica (llevadora) com *"el professional sanitari que, amb una actitud científica responsable i utilitzant els mitjans clínics i tecnològics adequats al desenvolupament de la ciència en cada moment, proporciona una atenció integral a la salut sexual, reproductiva i maternal de la dona, en la seva faceta preventiva, de promoció i d'atenció i recuperació de la salut, incloent així mateix l'atenció a la mare, en el diagnòstic, control i assistència de l'embaràs, part i puerperi normal i l'atenció al fill recent nascut sa, fins els 28 dies de vida."* (44).

En el cas dels EM, llavors, és la llevadora el professional sanitari que s'encarrega de l'atenció d'infermeria.

Una actuació molt important que té la llevadora davant d'uns pares amb un EM és la promoció de la salut, i per tant, l'administració d'informació. Leanne Bricker afirma que certs factors relacionats amb els EM poden conduir a un cert nivell d'ansietat als pares o família. Aquests factors són; els riscos dels EM, els elements addicionals d'atenció prenatal, etc. (45).

A l'actualitat, tothom té accés a una àmplia gama d'informació de diverses fonts, algunes de les quals poden arribar a ser enganyoses. Aquí és on el paper de la llevadora és essencial. Ella és la que s'ha d'assegurar de que els pares amb un EM reben una informació real i de qualitat, a part de fer una educació per la salut de primera mà, proporcionant fonts fiables d'informació addicional i donar la oportunitat d'aclarir aquells dubtes que no tenen clars (45,46).

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) exposa els punts en què s'haurien de fer més èmfasi en quan a una educació sanitària en un EM. Aquests punts són: la salut mental i el benestar prenatal i post natal, la nutrició prenatal, els riscos, els símptomes i els signes de treball de part prematur i la possible necessitat de corticosteroides per a la maduració pulmonar fetal, la lactància materna i la criança dels fills. Així com s'ha d'oferir tota aquesta informació, és tant o més important el suport emocional específic en aquests casos i proporcionar oportunitats contínues per a major discussió i assessorament (46,40).

La majoria d'autors coincideixen en que hi ha una contradicció entre l'assessorament dietètic específic per a les dones amb un EM. Per una banda les llevadores recomanen que una dieta alta amb calories pot ajudar a mantenir el seu estat nutricional, ja que la taxa metabòlica de la mare és major que en un embaràs únic. L'ACOG recomana ingerir 300 calories més diàries per cada fetus. Si es tracta de bessons, es necessiten 600 calories més cada dia, però si es tracta d'un EM d'alt ordre, l'augment ponderal, s'haurà d'individualitzar en cada cas (47).

Però, per altra banda, hi ha l'argument en contra que diu que l'augment ponderal de la dona podria ser poc beneficiós (45,46,48).

La limitada literatura sobre assessorament dietètic en l'EM, llavors, fa que es conclouï en què no hi ha proves disponibles per donar un consell diferent en els consells dietètics donats en els embarassos únics.

No obstant això, destaquen que és important estar alerta en la incidència d'anèmia, i recomanen la comprovació dels recomptes de cèl·lules sanguínies completa en 20-24 setmanes per a identificar les dones que poden necessitar suplementes de Ferro i Àcid fòlic (45).

En quan a l'activitat física, l'ACOG afirma que les dones amb un EM s'han de mantenir actives durant l'embaràs, però s'ha d'evitar l'exercici intens. Recomana l'exercici de baix impacte, com la natació, el yoga prenatal o caminar. L'ideal és 30 minuts d'exercici al dia. En el cas de que l'embaràs portés problemes, es recomana evitar l'exercici (47,49).

En el cas d'altres estils de vida com poden ser; els patrons de treball o l'activitat sexual, no s'ha trobat evidència per informar assessorament específic.

Els pares amb un EM han d'estar al cas sobre qüestions socioeconòmiques relacionades amb la cura i el recolzament a més d'un nen. Aquestes qüestions poden ser causants d'ansietat i per tant, la llevadora ha d'ajudar en l'afrontament de la situació donant informació, buscant solucions i alternatives (46).

Un estudi realitzat a la ciutat de Quito conclou que les sessions informatives específiques d'assessorament i recolzament pels pares amb un EM són molt útils. Poden ajudar durant el procés d'adaptació des de l'embaràs fins al naixement dels nadons. Ells afirmen que al comptar amb aquestes sessions informatives disminuirien la ansietat ocasionada per la confirmació de l'EM i es sentirien recolzats per persones que comparteixen la mateixa situació (50).

I per últim, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) coincideix amb Henry et al. entre d'altres, en que tots els embarassos múltiples necessiten una atenció especialitzada i multidisciplinària. La NICE proposa que aquesta atenció multidisciplinària estigui composta per: un equip d'obstetres, llevadores, especialistes en ultrasons amb experiència i coneixements de la gestió dels embarassos múltiples. En aquest sentit es proposen en aquestes situacions un equip millorat per a les remissions que inclou: un professional de salut mental perinatal, un fisioterapeuta especialitzat en salut de la dona, un especialista en alimentació infantil i un dietista. Aquesta atenció especialitzada té com a finalitats reduir el mínim el número de visites a l'hospital, proporcionar una atenció el més proper de la casa de la dona com sigui possible i assegurar la continuïtat de l'atenció entre l'hospital i la comunitat (51,46).

Com a estudiant del Grau d'Infermeria és en aquest marc conceptual i en el context del TFG, segons la bibliografia cercada, els EM han augmentat exponencialment des de fa uns anys, com a conseqüència sobretot a les

tècniques de reproducció assistida. I amb això també han augmentat les malalties mentals com l'ansietat, la depressió entre d'altres. A més a més, els darrers anys s'està vivint una gran crisi econòmica a nivell mundial, esdeveniment que provoca que moltes famílies no tinguin tots els recursos necessaris per a mantenir les necessitats bàsiques dels nounats cobertes. Per tant, les dones amb EMs tenen associades més qüestions que s'han d'abordar abans no neixin els nadons.

Per això, proposo aquest estudi per saber quins coneixements així com les pors, els dubtes i el recolzament tenen les dones amb un embaràs múltiple, amb la finalitat de crear un programa de salut materna dirigida a totes aquestes futures mares.

Aquest estudi es realitzaria amb un col·lectiu de dones amb un embaràs múltiple en diferents ABS amb la finalitat d'abordar totes aquelles qüestions reflectides en aquest projecte: coneixements bàsics dels EM (causes que faciliten un EM, epidemiologia, complicacions neonatals, complicacions maternes, aspectes psicològics, aspectes socioeconòmics, etc.), preocupacions i pors, recerca d'informació fiable, recolzament familiar, recolzament professional, etc. En definitiva, es podria fer un abordatge psicològic més específic i podrien compartir els sentiments i experiències amb dones que viuen el mateix que elles juntament amb professionals d'infermeria/llevadores.

2. BIBLIOGRAFIA

1. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Embarazo gemelar en el Hospital Chiquinquirá de Maracaibo 1991-2000. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2004 [citad 17 Novembre 2015]; 64(1) [aprox. 12p.].
Disponible a:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Vanrell JA, Cabero i Roura L, Iglesias Guiu X. Manual d'obstetrícia i ginecologia per a pregraduats. Barcelona : Masson; 1996.
3. Martimer S. Embarazo múltiple y técnicas de reproducción asistida (TRA). International consumer support for infertility (ICSI). Australia; 2003 [aprox 2p.].
4. Newman RB, Unal ER. Multiple gestations: timing of indicated late preterm and early-term births in uncomplicated dichorionic, monochorionic, and monoamniotic twins. Semin Perinatol [Internet]. 2011 [citad 24 Abril 2016];35(5) [6 p.]. Disponible a:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000511000929>
5. Instituto Mexicano del seguro social. Diagnóstico y manejo del Embarazo múltiple: GPC. México; 2013.
6. Baird D, Barri P, Bryan E, Collins J, Diedrich K. Multiple gestation pregnancy. Human Reproduction [Internet]. 2000 [citad 17 Novembre 2015]; 15 (8) [8 p.]. Disponible a:
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/15/8/1856.long>

7. Cortés C, Cabrera M, Vega B, García R, Valle L. Embarazo múltiple vs embarazo único: estudio comparativo de resultados perinatales. XXI Congreso Nacional [Internet]. 2008 [citad 24 Novembre 2015]. Disponible a: http://portfolio.c-design.es/XXI_PERINATAL_2008/posters/265.html
8. Cid-González C, González-Boubeta R. Comparativa de partos múltiples en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en los años 1994 y 2004. Matronas profesión [Internet]. 2008 [citad 24 Novembre 2015]; 9 (2) [aprox 3p.] Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6681/173/comparativa-de-partos-multiples-en-el-complejo-hospitalario-universitario-de-vigo-en-los-anos-1994-y-2004>
9. Caserta D, Bordi G, Stegagno M, Filippini F, Podagrosi M, Roselli D, et al. Maternal and perinatal outcomes in spontaneous versus assisted conception twin pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2014 [citad 21 Abril 2016];174 [aprox 9 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211513006155>
10. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2010.
11. Shenfield S, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Sureau C TB. 6. Ethical issues related to multiple pregnancies in medically assisted procreation. Hum Reprod [Internet]. 2003 [citad 30 Novembre 2015]; 18 (9) [aprox. 10p.]. Disponible a: <http://humrep.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/humrep/deg357>
12. Paul-Simon A. Infertility and Multiples. Newborn Infant Nurs Rev [Internet]. 2011 [citad 21 Abril 2016];11(4) [5 p.]. Disponible a:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336911001413>

13. The american Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Patient Education: The treatment of infertility. Washington DC; 2011.
14. Chaabane S, Sheehy O, Monnier P, Bissonnette F, Trasler JM, Fraser W, et al. Association between ovarian stimulators with or without intrauterine insemination, and assisted reproductive technologies on multiple births. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2015 [citat 21 Abril 2016];213(4) [4 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937815006250>
15. Registresef.com: Sociedad Española de Fertilidad [Internet]. Madrid: SEF; 2011. Resgistro FIV/ICSI; 2011 [citat 30 Novembre 2015]; [1 pantalla]. Disponible a: <https://www.registresef.com/index.aspx?ReturnUrl=%2f>
16. Refuerzo JS. Impact of multiple births on late and moderate prematurity. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2012 [citat 21 Abril 2016];17(3) [5 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X12000133>
17. Umranikar A, Parmar D, Davies S, Fountain S. Multiple births following in vitro fertilization treatment: redefining success. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2013 [citat 21 Abril 2016];170(2) [5 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211513002911>
18. Murray SR, Norman JE. Multiple pregnancies following assisted reproductive technologies--a happy consequence or double trouble? Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2014 [citat 21 Abril 2016];19(4) [8 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X14000031>

19. Cabello Vives MY. Embarazo múltiple y técnicas de reproducción asistida [tesi doctoral]. Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2014.
20. Ricciarelli E. Marco de actitud ante las gestaciones múltiples: Legislaciones y recomendaciones. Rev Iberoam Fertil. 2007 [citada 2 Desembre 2015]; 24 (6) [aprox 8p.].
21. Ley 45/2003 del 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988 del 22 de noviembre sobre las Técnicas de Reproducción Asistida.
22. Simón C, Pellicer A. Encuentro de expertos sobre gestaciones múltiples. Rev Iberoam Fertil [Internet]. 2005 [citada 2 Desembre 2015]; 22 (5) [1 p.]. Disponible a: <http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Fert-Sept-Oct05-Trabajo1.pdf>.
23. Janvier A, Spelke B, Barrington KJ. The epidemic of multiple gestations and neonatal intensive care unit use: the cost of irresponsibility. J Pediatr [Internet]. 2011 [citad 21 Abril 2016];159(3) [5 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347611001806>
24. Delgado-Becerra A, Morales-Barquet DA. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Instituto Nacional de Perinatología [Internet]; 2013 [citad 26 Novembre 2015]; 27(3) [aprox. 7p.] Disponible a: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Black M, Bhattacharya S. Epidemiology of multiple pregnancy and the effect of assisted conception. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2010 [citad 21 Abril 2016];15(6) [6 p.]. Disponible a:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744165X1000048X>

26. Institut d'Estadística de Catalunya. Evolució recent de la natalitat a Catalunya. Dossiers Idescat Catalunya [Internet]; Generalitat de Catalunya; 2009 [citad el 2 Desembre 2015]; 1 [7 p.]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/dossier01.pdf>
27. American society for reproduction medicine. Embarazo y nacimientos múltiples: mellizos, trillizos o mayor número de bebés, Guía para pacientes. Alabama; 2013.
28. Ananth C, Chauhan S. Epidemiology of twinning in developed countries. Semin Perinatol [Internet]. 2012 [citad 21 Abril 2016];36(3) [6 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000512000146>
29. Martin J, Hamilton B, Osterman M, Curtin S, Mathews T. Births: Final Data for 2013. National Vital Statistics Reports [Internet]; 2013 [citad el 2 Desembre 2015] 64(1) [aprox. 65p.]. Disponible a: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_01.pdf
30. Ezcurdia M, Cerqueira J, Peñalosa L, de la Fuente P, Quero J, González N. Embarazo Múltiple. SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetría [Internet]; 2005 [citad el 6 Desembre 2015] [48 p.]. Disponible a: <http://www.sego.es/Content/pdf/embarazomultiple.pdf>
31. Tornero M, Sánchez J, Colodro L, Ordoñana J. Evolución de los partos múltiples en la región de Murcia desde 1996 hasta 2008: implicaciones. Enfermería Glob [Internet]. Universidad de Murcia; 2011 [citad 9 Desembre 2015] 10(21). Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

32. Fuchs F, Senat M-V. Multiple gestation and preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2016 [citad 15 Abril 2016];21(2) [7 p.]. Disponible a: https://vpngateway.udg.edu/S1744165X15001493/DanaInfo=ac.els-cdn.com+1-s2.0-S1744165X15001493-main.pdf?_tid=85533d52-02e4-11e6-9b17-00000aacb361&acdnat=1460709299_17dde2a4e32a54eed25e85f9271e19ea
33. Heino A, Gissler M, Hindori-Mohangoo A, Blondel B, Klungsøyr K, Verdenik I, et al. Variations in Multiple Birth Rates and Impact on Perinatal Outcomes in Europe. *PLoS One* [Internet]. 2016 [citad 20 Gener 2016];11(3) Disponible a: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4773186&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Dodd J, Crowther C. Specialised antenatal clinics for women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012; 8(8). Disponible a: http://www.cochrane.org/CD005300/PREG_specialised-antenatal-clinics-women-multiple-pregnancy-improving-maternal-and-infant-outcomes
35. Weissman A, Ulanovsky I, Burke Y, Makhoul IR, Blazer S, Drugan A. Triplet pregnancies--a three-decade perspective: do we fare better? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2013 [citad 21 Abril 2016];170(1) [8 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211513002248>
36. Bissonnette F, Cohen J, Collins J, Cowan L, Dale S, Dill S, et al. Incidence and complications of multiple gestation in Canada: proceedings of an expert meeting. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2007 [citad 15 Abril 2016]; 14(6) [18 p.]. Disponible a:

https://vpngateway.udg.edu/S1472648310606815/DanaInfo=ac.els-cdn.com+1-s2.0-S1472648310606815-main.pdf?_tid=f5577904-02e6-11e6-ae06-00000aacb35d&acdnt=1460710346_a6d07bb0c10ac61bc1b84cf3d552b7f8

37. Vázquez JM, Rodríguez L. Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (matrona). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet]. Madrid; 2014. Disponible a: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_vol_3.pdf
38. Gómez M, Calva E, Meléndez J, Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. Psicol Iberoam [Internet]. Universidad Iberoamericana; 2006 [citad 9 Gener 2016];14(2) [8 p.]. Disponible a: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>
39. Emery M. Which issues concerning multiple pregnancies should be addressed during psychosocial counselling? *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2007 [citad 21 Abril 2016];15 [4 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648310622468>
40. Seefat-van A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2011 [citad 12 Març 2016];27(1) [9 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809001235>
41. Leveno KJ, Williams JW. *Williams manual de obstetricia : complicaciones del embarazo*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.

42. OMS: Organización mundial de la Salud. Promoción de la Salud, Glosario [Internet]. 1998 [citad 25 Gener 2016]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
43. Firmino S, Mesquita A, Costa de Sousa S, de Lima C, Carvalho A, Santos M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enfermería Glob [Internet]. Universidad de Murcia; 2013 [citad 21 Gener 2016];12(32) Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1349/2009. Boletín del Estado [Internet]. 2009 [citad 15 Gener 2016];129:[44697–729]. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
45. Bricker L. Optimal antenatal care for twin and triplet pregnancy: The evidence base. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2014;28(2). Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693413001685>
46. NICE: National Institute for health and clinical Excellence. Clinical guideline 129,multiple pregnancy: The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period. NICE [Internet]; 2011 [citad 9 Febrer 2016]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg129/chapter/Key-priorities-for-implementation>
47. ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Multiple Pregnancy. FAQ [Internet]. 2015 [citad 15 Abril 2016]. Disponible a: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Multiple-Pregnancy>
48. Trivedi D. Cochrane review summary: specialised antenatal clinics for

- women with a multiple pregnancy for improving maternal and infant outcomes. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2014 [citat 15 Abril 2016];15(01) [1 p.]. Disponible a: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423613000583
49. Pons J-C, Charlemaine C, Dubreuil E, Papiernik E, Frydman R. Management and outcome of triplet pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 1998 [citat 21 Abril 2016];76(2) [9 p.]. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211597001723>
50. Cevallos A, Clavijo A. Evaluación del sistema de asesoría y apoyo a familias con bebés múltiples en la ciudad de Quito. Revista Eídos [Internet]. UTE Ecuador; 2014 [citat 16 Abril 2016]; [aprox. 3 p.]. Disponible a: <http://www.ute.edu.ec/revistas/8/articulos/22753bc3-37b1-436c-9a92-55dfacd3d20f.pdf>
51. Henry A, Lees N, Bein KJ, Hall B, Lim V, Chen KQ, et al. Pregnancy outcomes before and after institution of a specialised twins clinic: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. BioMed Central; 2015 [citat 9 Febrer 2016];15(217). Disponible a: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0654-5>
52. Asenjo RA, Lusar AC, Teresa M, Dié G, Chamarro A. Aspectos psicosociales en la gestación : el Cuestionario de Evaluación Prenatal. An Psicol [Internet]. 2007 [citat 25 Abril 2016];23(1997) [8 p.]. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723104>
53. Fajardo MI, Casanueva N, Bermejo ML. Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: un cuestionario de evaluación prenatal. INFAD [Internet]. 2013 [citat 25 Abril 2016];1(1) [14 p.]. Disponible a: http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen1/INFAD_010125_535-548.pdf

54. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Médica La Paz [Internet]. [citat 8 Març 2016];20(1) [2 p.] Disponible a: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3. METODOLOGIA

3.1. Hipòtesis

- Les dones embarassades d'un EM tenen un nivell deficient de coneixements sobre el seu estat.

3.2. Objectius

- Objectiu Principal
- Identificar els coneixements que tenen les dones embarassades d'un EM de la ciutat de Girona sobre l'estat en el que es troben
- Objectius específics
- Conèixer els sentiments que tenen les dones amb un EM
- Conèixer el recolzament de les persones de l'entorn més proper a la dona embarassada

3.3. Material i mètodes

3.3.1. Període i disseny de l'estudi

Es tractarà d'un estudi de disseny descriptiu transversal que es durà a terme durant l'any 2016 i 2017. La metodologia que s'utilitzarà per a la realització d'aquest estudi serà quantitativa.

3.3.2. Àmbit d'estudi

L'estudi es durà a terme a la ciutat de Girona. La recollida de dades es realitzarà en les 8 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que pertanyen al sector sanitari del Gironès (Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Celrà, Sarrià de Ter i Cassà de la Selva). El gironès és un dels 8 sectors sanitaris que pertanyen a la regió sanitària de Girona. Totes aquestes pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS).

3.3.3. Població d'estudi i mostra

El tipus de mostreig serà no probabilístic consecutiu. Aquest estudi es realitzarà a totes aquelles dones embarassades d'un EM que pertanyin a qualsevol de les 8 ABS del Gironès (Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Celrà, Sarrià de Ter i Cassà de la Selva).

3.3.4. Criteris d'inclusió i d'exclusió

Les dones susceptibles a participar en l'estudi són totes aquelles que estan embarassades d'un EM independentment de les setmanes de gestació i del tipus d'EM (bessons, trigèmics, quadrigèmics, etc.), a més, han de pertànyer a un de les 8 ABS que s'inclouen a l'estudi. No es tindrà en compte ni l'edat de la dona, ni la nacionalitat, ni el tipus de concepció (espontani o per TRA).

S'exclouran totes aquelles dones que tinguin problemàtiques amb l'idioma (català/castellà), i que siguin menors d'edat i no tinguin el consentiment informat dels pares o tutors legals.

3.3.5. Obtenció de dades

L'obtenció de dades es realitzarà mitjançant un autoinforme d'elaboració parcialment pròpia. Es tractarà d'un qüestionari anònim administrat per l'investigador/a principal que tindrà una durada de 15-20 minuts. Per tal de que el qüestionari sigui anònim i que l'investigador pugui explicar bé de que es tracta, s'acordarà un dia amb cada ABS del Gironès per passar el qüestionari a totes les dones embarassades d'un EM. Les dones que acceptin participar en l'estudi, hauran d'acudir al seu CAP de referència el dia i la hora acordada. Es farien dues sessions el mateix dia; una al matí i una altre a la tarda.

Abans de l'execució d'aquestes sessions, es realitzarà una prova pilot per tal de validar-la, garantir la seva claredat i corregir possibles errors de comprensió. Aquesta prova es realitzarà a 5 dones amb un EM de l'ABS Girona 1 seleccionades aleatòriament. En cas d'obtenir resultats de forma ambigua es faria una reformulació i una correcció del qüestionari.

3.3.6. Descripció de les variables

▪ **“Dades sociodemogràfiques”**

S'estudia l'edat, la nacionalitat, l'àrea bàsica de salut (ABS), l'estat civil/sentimental, la situació laboral, els estudis realitzats i les persones amb qui comparteix domicili.

En relació al desglossament de variables:

1. *L'edat*, variable quantitativa discreta, ens permetrà saber l'edat biològica de la dona. Es tracta d'una pregunta oberta.
2. *La nacionalitat*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a conèixer la procedència de la dona. Es tracta d'una pregunta oberta.
3. *L'ABS*, variable qualitativa nominal, s'avaluarà depenent de la zona geogràfica. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en 8 àrees: Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Celrà, Sarrià de Ter i Cassà de la Selva.

4. *L'estat civil/sentimental*, variable qualitativa nominal, ens permetrà conèixer la situació civil de la dona en el moment de realitzar l'enquesta. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: casada, soltera, divorciada, viuda, unió lliure.
5. *La situació laboral*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber la procedència dels recursos econòmics de la dona, així com la ocupació d'aquesta. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: activa, aturada, pensionista i estudiant.
6. *Els estudis realitzats*, variable qualitativa nominal, ens permetrà conèixer el nivell educacional que té la dona a través dels anys cursats i aprovats en quelcom establiment educatiu. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: sense estudis, educació primària, educació secundària, estudis post-obligatoris, estudis universitaris.
7. *Les persones amb qui comparteix domicili*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a conèixer l'entorn més pròxim a la dona. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: sola, amb la parella, amb la parella i el/s fill/s, amb els pares, amb companys de pis, altres.

- **“Dades obstètrico-ginecològiques”**

S'estudia *el número de fills, el número d'embarassos previs, el número d'avortaments, el tipus d'EM, les setmanes de gestació, el tipus de concepció, la TRA utilitzada, el temps intentant la gestació.*

En relació al desglossament de variables:

1. *El número de fills*, variable quantitativa discreta, ens ajudarà a conèixer el número total de fills biològics que té la dona en el moment de realitzar l'enquesta. Es tracta d'una pregunta oberta.
2. *El número d'embarassos previs*, variable quantitativa discreta, ens ajudarà a conèixer el número total de gestacions tant exitoses com adverses que ha tingut la dona, comptant amb l'actual embaràs. Es tracta d'una pregunta oberta.
3. *El número d'avortaments*, variable quantitativa discreta, ens permetrà conèixer el número total d'interrupcions de la gestació tant voluntàries

com involuntàries que ha tingut la dona fins el moment de la realització de la enquesta. Es tracta d'una pregunta oberta.

4. *El tipus d'EM*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a classificar l'actual embaràs segons el número de zigots/fetus. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: bessons, trigèmics, quadrigèmics, més de 4 zigots/fetus.
5. *Les setmanes de gestació*, variable qualitativa ordinal, ens ajudarà a conèixer el trimestre en el que es troba la gestació múltiple de la dona. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Entre la 1 i la 12 (1r Trimestre), entre la 13 i la 28 (2n Trimestre), entre la 29 i la 40 (3r Trimestre).
6. *El tipus de concepció*, variable qualitativa nominal, ens permetrà saber com van ser engendrats els futurs nadons. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: espontània, a través de la reproducció assistida.
7. *La TRA utilitzada*, variable qualitativa nominal, ens permetrà conèixer, en el cas de la concepció hagi estat a través d'una TRA, quina tècnica s'ha utilitzat. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: inducció a la ovulació (tractament hormonal), inseminació artificial, inducció a la ovulació conjuntament amb inseminació artificial, fecundació in vitro, cap.
8. *El temps intentant la gestació*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a conèixer el temps recorregut des de que la dona va decidir quedar-se embarassada fins que finalment es va detectar la gestació. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: algunes setmanes, de 1 a 6 mesos, de 6 a 12 mesos, més d'un any, no buscava quedar-me embarassada.

- **“Coneixements”**

Els coneixements que tenen les dones amb un EM sobre els tipus d'EM, la concepció, les TRA, les complicacions i els riscos dels EM.

S'estudia *el tipus de bessonada, l'epidemiologia dels EM, les TRA, les complicacions maternes, les complicacions neonatals.*

En relació al desglossament de variables, totes són preguntes de resposta tancada mitjançant el mètode Cert o Fals:

1. *El tipus de bessonada*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber els coneixements de la dona envers la classificació dels EM. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Cert o Fals.
2. *L'epidemiologia dels EM*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber els coneixements de la dona envers les dades epidemiològiques actuals. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Cert o Fals.
3. *Les TRA*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber els coneixements de la dona envers les tècniques de reproducció assistida. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Cert o Fals.
4. *Les complicacions maternes*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber els coneixements de la dona envers les possibles complicacions maternes en un EM. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Cert o Fals.
5. *Les complicacions neonatals*, variable qualitativa nominal, ens ajudarà a saber els coneixements de la dona envers les possibles complicacions neonatals en un EM. Es tracta d'una pregunta tancada, es divideix en: Cert o Fals.

- **“Aspectes psicosocials de l'embaràs”**

Els aspectes psicosocials de les mares amb un EM, és a dir, les pors, preocupacions, sentiments i emocions que els hi generen els diferents aspectes de l'embaràs.

S'estudia l'acceptació de l'embaràs, el rol matern, la preocupació, la informació i el recolzament.

En relació al desglossament de variables, cada característica definitòria correspon a una pregunta tancada amb resposta múltiple segons l'escala de Likert (amb els ítems: 1= Totalment en desacord, 2= En desacord, 3= No n'estic segur/a, 4= D'acord i 5= Totalment d'acord).

1. *Acceptació de l'embaràs*, variable qualitativa ordinal, ens permet conèixer el grau d'acceptació de l'embaràs múltiple.
Les característiques definitòries que s'han establert a partir d'aquesta variable són: *moment adequat per l'embaràs, bona acceptació de l'embaràs, desig negatiu de l'embaràs, impacte de la notícia*.
2. *Rol matern*, variable qualitativa ordinal, ens permet conèixer la percepció i identificació amb el futur nou rol com a mare.
Les característiques definitòries que s'han establert a partir d'aquesta variable sobre la identificació del rol matern són: *afectivitat pels futurs nadons, bona percepció del propi rol matern, gaudiment dels nadons, sensació de felicitat per l'embaràs*.
3. *Preocupació*, variable qualitativa ordinal, ens permet conèixer la preocupació que té la dona sobre el benestar propi i dels nadons.
Les característiques definitòries que s'han establert a partir d'aquesta variable sobre la preocupació són: *preocupació per possibles anomalies dels nadons, sentiment de por envers al propi dolor al part, sentiment de por per les complicacions del part, sentiment de por envers a la pèrdua dels nadons, afrontament d'una cesària*.
4. *Informació*, variable qualitativa ordinal, ens permet conèixer la percepció de coneixements i informació que posseeix la dona.
Les característiques definitòries que s'han establert a partir d'aquesta variable sobre la informació són: *informació i recolzament per part del personal d'infermeria, percepció de obtenció d'informació necessària, informació sobre el part, fonts fiables d'informació*.

- **“APGAR Familiar”**

El recolzament de la família més propera a la dona, juntament amb el dels amics més íntims. Es tracta de saber si hi ha un bon funcionament familiar o no.

S'estudia *l'ajuda de la família, la participació de la família, el recolzament davant nous desitjos, l'afectivitat, la compartició del temps, la compartició dels espais, la compartició dels diners, els amics i el recolzament dels amics*.

En relació al desglossament de variables, totes les preguntes es codifiquen mitjançant l'escala de Likert:

1. *Ajuda de la família*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a conèixer el suport que prové de la família. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
2. *Participació de la família*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber la implicació dels membres de la família amb la presa de decisions. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
3. *Recolzament davant nous desitjos*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a conèixer el suport que donen els integrants de la família a la dona quan té nous desitjos. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
4. *Afectivitat*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber si la dona rep mostres d'afecte i resposta de les seves emocions per part dels membres de la seva família. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
5. *Compartició del temps*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber si la dona comparteix amb la seva família el temps per estar tots junts. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
6. *Compartició dels espais*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber si la dona comparteix amb la seva família els espais de la casa. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
7. *Compartició dels diners*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber si la dona comparteix amb la seva família els diners. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)

8. *Amics*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a saber si la dona té amics a qui recórrer en cas de necessitar ajuda. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)
9. *Recolzament dels amics*, variable qualitativa ordinal, ens ajuda a conèixer la satisfacció de la dona del suport que li donen els seus amics. Es codifica mitjançant l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre)

3.3.7. Descripció de l'instrument

El qüestionari conté un total de 48 preguntes, de les quals es dividirà en 5 apartats diferents. Aquest conté preguntes d'altres qüestionaris i escales validades juntament amb altres preguntes desenvolupades a partir dels continguts de la revisió bibliogràfica.

En el primer apartat hi ha les dades sociodemogràfiques (7 ítems). En el segon apartat hi ha preguntes corresponents a les dades obstètrico-ginecològiques (8 preguntes). En el tercer apartat hi ha preguntes sobre els coneixements dels EM (7 preguntes). En el quart apartat es recullen les preguntes corresponents als aspectes psicosocials, dins d'aquest apartat hi ha 4 subapartats: acceptació de l'embaràs (4 preguntes), identificació amb el rol matern (4 preguntes), preocupació (5 preguntes) i informació (4 preguntes). I per últim, en el cinquè apartat hi ha preguntes sobre el recolzament familiar (9 preguntes).

De les 48 preguntes totals, 43 són preguntes tancades amb resposta múltiple i 5 són preguntes obertes.

En el tercer apartat del qüestionari (coneixements dels EM) les dones hauran de marcar si les afirmacions són Certes o Falses.

Les respostes correctes de les preguntes d'aquest apartat són les següents:

La resposta correcta de la pregunta 16 és: Falsa

La resposta correcta de la pregunta 17 és: Certa

La resposta correcta de la pregunta 18 és: Falsa

La resposta correcta de la pregunta 19 és: Certa

La resposta correcta de la pregunta 20 és: Certa

La resposta correcta de la pregunta 21 és: Certa

La resposta correcta de la pregunta 22 és: Falsa

La majoria de les preguntes del quart apartat (els aspectes psicosocials de l'embaràs) pertanyen al Qüestionari d'Avaluació Prenatal d'Armengol (2007), que és una versió traduïda al castellà i adaptada del qüestionari PSQ (*Prenatal Self-Evaluation Questionnaire*) creat per Lederman l'any 1996 (52,53). Aquest qüestionari pretén explorar aspectes psicosocials del procés de gestació. El qüestionari original està compost per 7 apartats diferents, dels quals només n'he extret 3. Les altres preguntes les he afegit per adaptar el qüestionari a l'estudi.

El cinquè apartat (recolzament familiar) pertany a l'escala APGAR Familiar que és una escala validada que serveix per evidenciar la percepció d'una persona en relació al funcionament familiar en un moment determinat. L'escala es va crear l'any 1978 per Gabriel Smilkstein (Universitat de Washington). Aquesta, avalua 5 funcions bàsiques de la família que l'autor troba fonamentals: (54)

- Adaptació: capacitat d'utilitzar recursos intra i extra familiars per resoldre problemes en situacions d'estrès o crisi.
- Participació: implicació dels membres de la família en la presa de decisions i en les responsabilitats relacionats amb el manteniment familiar.
- Gradient de recurs personal: desenvolupament de la maduració física, emocional i autorealització que aconseguixen els components d'una família gràcies al recolzament i assessorament mutu.
- Afectivitat: relació d'afecte i amor que hi ha entre els membres de la família.
- Recursos: compromís a dedicar temps a atendre les necessitats físiques i emocionals dels altres membres de la família, generalment implica compartir ingressos i espais. (54)

La darrera adaptació de l'escala, realitzada per Liliana Arias, afegeix als amics. (54)

Les respostes es codifiquen a través de l'escala de Likert (amb els ítems quantificadors de freqüència: Mai, Quasi mai, A vegades, Quasi sempre, Sempre).

Es puntua de 0-4 punts per cada ítem de la següent manera:

- Mai= 0 punts
- Quasi mai= 1 punt
- A vegades= 2 punts
- Quasi sempre= 3 punts
- Sempre= 4 punts

INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS

NORMAL	17 - 20 punts
DISFUNCIÓ LLEU	16 - 13 punts
DISFUNCIÓ MODERADA	12 - 10 punts
DISFUNCIÓ SEVERA	≤ 9 punts

3.3.8. Aspectes ètics

El projecte de l'estudi es presentarà al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) per tal de que sigui aprovat. Tanmateix es demanarà permís als Serveis Territorials de Girona de l'Institut Català de la Salut (ICS).

Es recolliran les dades personals de manera anònima, per aquest motiu, abans de la realització del qüestionari es sol·licitarà per escrit un full informatiu de l'estudi, juntament amb el document del consentiment informat. Es garantirà la confidencialitat de les dades de les ABS i les dones participants en l'estudi, durant i posteriorment de la seva extracció.

En quan al consentiment, per a la realització de l'estudi, es demanarà l'autorització verbal i col·laboració a les diferents direccions dels Centres

d'Atenció, els quals se'ls informarà a través de la via telemàtica i se'ls farà entrega d'un full informatiu tant a ells com al personal d'infermeria. Per tant, s'aplicarà la llei de protecció de dades i la Declaració de Hèlsinki.

3.3.9. Anàlisi de dades

En funció a la categoria de les variables, l'anàlisi es farà qualitatiu i/o quantitatiu.

Totes les variables independents se'ls realitzarà una anàlisi descriptiva univariant obtenint les dades descriptives de tendència central (mediana) i la dispersió (desviació estàndard o Rang interquartil), percentils 25 (P25) i 75 (P75) a les variables numèriques, amb l'interval de confiança per la mediana del 95%. Les variables categòriques s'expressaran en una taula de freqüències i percentatges.

A més, es realitzarà una anàlisi bivariant de les variables per relacionar-les i veure si existeix significació estadística. Per relacionar les variables qualitatives s'utilitzarà la taula de contingència i per les variables quantitatives la t-Student.

Totes les dades obtingudes seran analitzades a través del paquet estadístic IBM-Statistical Package for the Social Science (SPSS) versió 22.0 per el sistema Windows.

4. CRONOGRAMA DEL PROJECTE

Per tal de portar una execució ordenada del projecte, a continuació, es desglossa el cronograma amb tota la relació de dates i tasques a fer.

Aquest cronograma pot ser susceptible a canvis per possibles incidències o incongruències horàries que puguin sorgir sempre i quan siguin justificables.

Mes	Activitats a desenvolupar
Setembre	<ul style="list-style-type: none"> - Demanar permís als Serveis Territorials de Girona de l'Institut Català de la Salut per a la realització de l'estudi - Entregar una carta de presentació amb el projecte adjunt - Presentar el projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica per tal de que el validin i poder portar-lo a terme.
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> - Prova pilot a 5 dones de l'ABS Girona 1 (CAP Santa Clara) seleccionades aleatòriament amb la finalitat de validar-ne el contingut i corregir possibles errors de comprensió. - Reformulació del qüestionari en cas d'obtenir resultats ambigus.
Novembre	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a través de la via electrònica a les 8 ABS que participaran en l'estudi, sobre el projecte i convocar a les adjuntes de direcció una sessió informativa. - Sessió informativa amb les adjuntes de cada ABS del gironès (Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Celrà, Sarrià de Ter, Cassà de la Selva). Facilitació de les dades de les dones per part de les adjuntes, concertació de les dates per a l'administració dels qüestionaris a les dones en els diferents centres. - Contactar amb totes les dones susceptibles a participar en l'estudi a través de les dades facilitades per les adjuntes.

<p>Desembre Gener Febrer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Girona 1 (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Girona 2 (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Girona 3 (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Girona 4 (1ra 9h, 2na 21h)
<p>Març Abril Juny</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Salt (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Celrà (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Sarrià de Ter (1ra 9h, 2na 21h) - Sessions informatives + administració del qüestionari a l'ABS Cassà de la Selva (1ra 9h, 2na 21h)
<p>Juliol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analitzar les dades amb totes les variables i començar a introduir les dades obtingudes dels qüestionaris. - Finalitzar la introducció de les dades obtingudes als qüestionaris. - Iniciar l'anàlisi dels resultats.
<p>Agost</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Finalitzar la redacció de resultats, discussió i establir conclusions. - Revisar el marc teòric i la metodologia i actualitzar les fonts bibliogràfiques, si és necessari.
<p>Setembre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisió del text i traducció del projecte (castellà i anglès). Enviar i publicar l'article a les revistes que més s'adaptin a la temàtica.

5. PRESSUPOST ECONÒMIC

En la següent taula es mostren les despeses aproximades requerides per a poder portar a terme aquest projecte.

Concepte	Import	Quantitat	Observacions
Material fungible			
Fotocòpies i altres materials de copisteria	84€	300	300 còpies x 7 folis x 0.04€/fotocòpia
Desplaçament	45€	32 viatges	8 ABS x 4 viatges x 1,4€/bitllet bus
Equipament			
Portàtil ACER	645€	1	8 GB RAM Processador Intel i5
Memòria USB Toshiba 2.0	9,95€	1	32 GB
Altres despeses			
Articles, revistes i/o llibres pel suport bibliogràfic	200€		
IBM-SPSS Statistics	500€	1	Versió 2.0 per a Windows
Revisió i traducció del text	200€		
Publicació de resultats	500€		
TOTAL	2183.95€		

6. ANNEXOS

6.1. ANNEX 1: Qüestionari sobre els coneixements, sentiments i recolzament davant la situació d'un Embaràs Múltiple

Sóc la Júlia Pons, estudiant de 4t curs del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona. Aquest qüestionari forma part d'un estudi que estic realitzant pel Treball de Final de Grau, que té com a principal objectiu identificar el grau de coneixements que tenen les dones de Girona embarassades d'un embaràs múltiple. També es vol conèixer quins sentiments (pors, sensacions, dubtes, etc.) ocasiona aquesta nova i excepcional situació i quin tipus de recolzament tenen totes aquestes dones.

El qüestionari consta de 48 preguntes de resposta ràpida (la gran majoria de resposta múltiple amb una sola possible resposta) i és totalment confidencial, seguint la llei de protecció de dades i la Declaració de Hèlsinki.

Agrairia que responguéssiu el qüestionari amb la màxima sinceritat possible.

El qüestionari té una durada aproximada de 15-20 minuts.

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA PARTICIPACIÓ!

- **Dades sociodemogràfiques:**

Seleccioni amb una creu (x) la resposta que cregui convenient

1. Edat:anys

2. Nacionalitat:

3. Àrea bàsica de salut:

Girona 1

Salt

Girona 2

Sarrià de Ter

Girona 3

Celrà

Girona 4

Cassà de la Selva

4. Estat civil/sentimental:

Casada

Soltera

Divorciada

Viuda

Unió lliure

5. Situació laboral:

Activa

Aturada

Pensionista

Estudiant

6. Estudis realitzats:

Sense estudis

Educació primària

Educació Secundària

Estudis universitaris

Altres

7. Actualment viu:

Sola

Amb la parella i/o fill/s

Amb els pares

Amb companys de pis

- **Dades obstètrico-ginecològiques**

Seleccioni amb una creu (x) la resposta que cregui convenient

8. Número de fills

9. Número d'embarassos previs

10. Número d'avortaments

11. Tipus d'embaràs múltiple segons el número de zigots/fetus:

- Bessons
- Trigèmins
- Quadrigèmins
- Més de 4 zigots/fetus

12. Setmanes de Gestació actuals:

- Entre la 1 i la 12 (1r Trimestre)
- Entre la 13 i la 28 (2n Trimestre)
- Entre la 29 i la 40 (3r Trimestre)

13. Tipus de concepció de l'actual embaràs múltiple:

- Espontani
- A través de la reproducció assistida

14. Quina Tècnica de Reproducció Assistida va utilitzar?

- Inducció a la ovulació (tractament hormonal)
- Inseminació Artificial
- Inducció a la ovulació conjuntament amb Inseminació Artificial
- Fecundació In Vitro
- Cap

15. Quan de temps portava intentant quedar-se embarassada?

- Algunes setmanes
- De 1 a 6 mesos
- De 6 a 12 mesos
- Més d'un any
- No buscava quedar-me embarassada

- **Coneixements sobre els Embarassos Múltiples (EM)**

Digues si les següents afirmacions són Certes o Falses:

Seleccioni amb una creu (x) la resposta que cregui convenient

16. Els bessons dizigòtics o no idèntics són aquells que provenen de la divisió d'un sol òvul.

- Cert
- Fals

17. Les Tècniques de Reproducció Assistida estan estretament relacionades amb l'increment exponencial dels embarassos múltiples en els darrers anys.

- Cert
- Fals

18. La tendència a la maternitat amb major edat materna fa que disminueixin les probabilitats de tenir un embaràs múltiple.

- Cert
- Fals

19. La Tècnica de Reproducció Assistida més utilitzada és la Fecundació In Vitro.

- Cert
- Fals

20. Les complicacions més freqüents dels nadons fruits d'un embaràs múltiple són derivades de la prematuritat i el baix pes al néixer.

- Cert
- Fals

21. Quasi el 45% dels naixements de parts múltiples es donen abans de la setmana 37 de gestació, per tant són parts prematurs.

- Cert
- Fals

22. La preeclàmpsia és una complicació de les dones embarassades que afecta a la glucosa en sang.

- Cert
- Fals

- **Aspectes psicosocials de l'embaràs (PSQ)**

Contesta les següents respostes tenint en compte els paràmetres de l'escala:

1= Totalment en desacord 2= En desacord 3= No n'estic segur/a 4=D'acord 5=Totalment d'acord

I rodegi amb un cercle la resposta que cregui convenient

Acceptació de l'embaràs

23. Crec que aquest és un bon moment per quedar-me embarassada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Em costa acceptar aquest embaràs

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Ojalà no estigués embarassada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. La notícia de que estava embarassada de més d'un nadó em va suposar un impacte molt gran

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Identificació amb el rol matern

27. Ja sento afecte pels nadons

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Crec que puc ser una bona mare

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Tinc la sensació de que gaudiré dels nadons

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Estic feliç amb aquest embaràs

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Preocupació pel benestar propi i dels nadons

31. Em preocupa que el nadó pugui patir anomalies

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Tinc por de que em puguin fer mal en el part

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. Em fan sentir por les possibles complicacions del part

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. Tinc por a perdre els nadons durant el part

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35. Si es donés el cas, estic preparada per afrontar una cesària

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informació

36. Des del primer moment he rebut la informació i el recolzament necessari per part del personal d'infermeria

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37. Crec que tinc tots els coneixements necessaris per poder tirar endavant el meu embaràs

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38. Estic ben informada del que m'espera a la hora del part

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39. Sé a quines fonts d'informació he de recórrer en cas de tenir dubtes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- **APGAR Familiar**

Seleccioni amb una creu (x) la resposta que cregui convenient

40. Està satisfeta amb l'ajuda que rep de la seva família quan té un problema i/o necessitat?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

41. Es sent satisfeta de la participació que la seva família li dóna?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

42. Està satisfeta de com la seva família accepta i recolza els seus desitjos de emprendre noves activitats?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

43. Està satisfeta de com la seva família expressa afecte i respon a les seves emocions, com ràbia, tristesa, amor, etc?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

44. Està satisfeta de com comparteix amb la seva família: temps per estar junts?

- Mai

- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

45. Està satisfeta de com comparteix amb la seva família els espais de la casa?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

46. Està satisfeta de com comparteix amb la seva família els diners?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

47. Té un/a amic/a proper a qui recórrer quan necessita ajuda?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

48. Està satisfeta del recolzament que li donen els seus amics?

- Mai
- Quasi mai
- A vegades
- Quasi sempre
- Sempre

Júlia Pons Orfila

Facultat d'Infermeria de la UdG

6.2. **ANNEX 2:** Full informatiu de l'estudi per les dones

TREBALL DE FINAL DE GRAU:

EMBARASSOS MÚLTIPLES

Sóc estudiant de 4t d'Infermeria de la UdG, i estic realitzant el Treball de Final de Grau sobre els Embarassos Múltiples (EM).

JUSTIFICACIÓ

Durant els darrers anys han augmentat els embarassos múltiples, i la causa principal és la utilització de les Tècniques de Reproducció Assistida (Fecundació in Vitro, Inseminació Artificial, etc.). A conseqüència d'aquest increment, també han augmentat les complicacions associades. Si ja és complicat i una font de dubtes el fet de donar a llum a un nadó, donar a llum a més d'un nadó alhora comporta un impacte més gran i molts dubtes. Tots aquests dubtes i sentiments associats a aquesta nova i especial situació moltes vegades no es veuen resolts de la millor manera, ja sigui per buscar informació a fonts poc fiables, per no preguntar als professionals, o per la falta d'un abordatge psicològic als pares. Creiem que el fet de tenir un embaràs múltiple és una experiència única i que s'hauria de passar de la millor manera, aconseguint recolzament, informació fiable i resolent tots els dubtes dels pares.

OBJECTIU

L'objectiu principal de l'estudi és identificar tots aquells coneixements que tenen les dones amb un EM sobre l'estat en el que es troben mitjançant un qüestionari. A més, es pretenen conèixer els sentiments (pors, sensacions, dubtes, etc.) que ocasiona aquesta nova i excepcional situació, així com el recolzament familiar i de les persones més properes d'aquestes dones. La finalitat a llarg termini d'aquest estudi és la creació d'un programa de salut materna dirigida a totes aquestes futures mares amb l'objectiu d'abordar de manera conjunta totes aquelles qüestions reflectides en aquest projecte.

RESPONSABLE

Júlia Pons Orfila -- Estudiant d'Infermeria UdG



6.3. **ANNEX 3:** Sol·licitud d'avaluació al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC)

Benvolgut/da Sr/a,

Adjuntem documentació corresponent a:

Títol:.....

Codi de protocol:.....

CEIC de referència:.....

Llistat de documentació que es presenta:

- Carta Sol·licitud Avaluació Estudi/Esmena rellevant X v. X del XX/XX/XXXX
- Esmena rellevant V.X del de del 20.....
- Protocol v. X del de del 20.....
- PDF modificació rellevant

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, es posin en contacte amb:

Nom: Júlia Pons Orfila

Telf: 699.873.656

e-mail: embarassosmultiples@gmail.com

Demaneu que signin i datin una còpia d'aquesta carta, com a conformitat del rebut.

Nom	Signatura/ Segell	Data

Cordialment,

Girona, de del 20.....

6.4. ANNEX 4: Consentiment informat per les dones

CONSENTIMENT INFORMAT

Aquest document de Consentiment informat va dirigit a totes les dones embarassades d'un embaràs múltiple de la regió sanitària del Gironès que volen participar a l'estudi: ".....".

A totes les dones que accedeixin a participar en l'estudi se'ls hi demanarà que responguin a les preguntes del qüestionari adjunt. L'esmentat qüestionari és anònim i les dades extretes seran completament confidencials. La durada és de 15-20 minuts aproximadament amb un total de 48 preguntes.

Si li surgeix qualsevol dubte durant la realització del qüestionari podrà dirigir-se al membre de l'equip d'investigació present per tal de formular les preguntes necessàries. Si alguna de les preguntes del qüestionari li sembla impertinent o vol abandonar la seva realització podrà fer-ho sense cap compromís.

Moltes gràcies per la seva atenció i participació.

Júlia Pons Orfila

Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona

En/na

Amb DNI

M'han informat del contingut i la finalitat de l'estudi i m'han assegurat que les dades personals que utilitzin seran totalment confidencials i anònimes. Decideixo participar de manera voluntària, acceptant les condicions de l'estudi.

Girona, de del 20.....

Signatura de la participant