

Experiència en la utilització de la pilota de part durant la dilatació

La pilota de part com a mètode no farmacològic per la vivència positiva del part



Treball final de grau – Treball finalitzat

Eva Martínez Millán

4rt curs del Grau d'Infermeria

Curs acadèmic: 2018-2019

Tutora: Carolina Rascón Hernán

“ La maternidad tiene un efecto humanizador.

Todo se reduce a lo esencial”.

Meryl Streep

“ If you can dream it, you can do it.

Walt Disney

AGRAÏMENTS

A totes les persones que m'han estès la seva mà desinteressadament i m'han recolzat durant l'elaboració d'aquest projecte.

A la tutora del meu projecte Carolina Rascón per il·luminar-me el camí i brindar-me l'ajuda necessària per fer de les meves idees una realitat, gràcies.

Als meus pares, germana i parella per la paciència i els ànims durant l'estudi d'aquest grau.

A la meva amiga Laura per les tardes de cafè el suport i el recolzament en els moments de necessitat.

A la meva amiga Jenifer per acollir-me tan bé, per tots els moments compartits.

A totes les mares que han participat en el meu estudi per compartir les seves vivències amb mi.

Gràcies a tots perquè sense vosaltres res d'això hauria estat possible.

RESUM

Introducció: El part és una vivència única i personal que implica canvis en el cos de la dona per poder donar a llum, aquests canvis fisiològics provoquen dolor. Per tenir una experiència positiva del part afrontar aquest dolor de manera eficient és clau, per això com a infermeres hem de conèixer els mètodes per l'alleujament del dolor. En aquest aspecte la pilota de part és una eina que ha demostrat la seva eficàcia per disminuir el dolor i aconseguir el confort de la dona en quant que afavoreix la posició vertical.

Objectiu: Descriure l'experiència de l'ús de la pilota de part en el període de dilatació del part de les dones així com conèixer l'opinió de les dones en relació al maneig del dolor i els seus sentiments i percepcions.

Metodologia: Estudi qualitatiu fenomenològic. Durant el mes de març de 2019 s'ha procedit a la realització de 5 entrevistes en profunditat a mares que han utilitzat la pilota de part durant la dilatació del seu part i que estaven ingressades a la unitat de maternitat de l'hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Les entrevistes s'han registrat en àudio pel seu posterior anàlisi. La selecció de la mostra és de conveniència. Consideracions ètiques: Durant tot el procés de l'estudi s'ha garantit la confidencialitat de les mares així com l'anonimat de les seves dades.

Anàlisi de dades: s'ha realitzat un anàlisi del discurs amb la transcripció de l'àudio, la seva codificació, el seu agrupament en famílies i la categorització posterior.

Resultats: S'han entrevistat 5 mares. La pilota de part ajuda al benestar matern perquè produeix una adaptació fisiològica del cos als canvis que es donen, ajuda a relaxar la musculatura i a l'encaixament fetal, a més, distrau a la dona i l'ajuda a disminuir el dolor. És una eina que ajuda a viure el procés abans de conèixer al nadó i això genera una gran felicitat en les dones. El suport d'infermeria es valora molt positivament i la informació proporcionada les motiva a voler utilitzar la pilota.

Conclusions: La pilota és una eina econòmica i fàcil d'utilitzar que permet tenir una vivència positiva del part. Les participants de l'estudi verbalitzen que la pilota les ajuda a relaxar-se, a fer treball de part, a mobilitzar la pelvis, a sentir-se més participatives en el naixement del seu fill i a disminuir el dolor, el que es tradueix en benestar matern.

Paraules clau: Treball de part, part normal, dolor de part, percepció del dolor, teràpies complementàries, anàlisi qualitatiu, pilota de part.

ABSTRACT

Introduction: The birth is an unique and personal experience that implies changes in the body of women to give birth, this physiological changes cause pain. To have a positive part experience the control of pain is important for the women, so as a nurses we have to know the methods to reduce this pain. The birth ball is a tool that has proved its effectiveness to reduce pain and achieve women's comfort because implies vertical positions.

Objective: Describe the experience of the use of the birth ball during the period of women's dilation, as well as knowing the opinion of women in relation to pain management and their feelings and perceptions.

Methodology: Qualitative phenomenological study. During the month of March 2019, 5 in-depth interviews were carried out on mothers who have used the birth ball during the dilation of their part. These women were admitted to the maternity unit of the Doctor *Josep Trueta* University hospital. The interviews were recorded in audio for later analysis. The selection of the sample is of convenience.

Ethical considerations: During the entire study process, the confidentiality of mothers has been guaranteed as well as the anonymity of their data.

Data analysis: An analysis of the speech has been performed with the transcription of the audio, its coding, its grouping in families and the subsequent categorization.

Results: 5 mothers have been interviewed. The supporting ball helps maternal well-being because it produces a physiological adaptation of the body changes, helps to relax the muscles and foetal attachment. In addition, it distracts the woman and helps them to reduce pain. It is a tool that helps to live the experience of childbirth and generates happiness. Nursing support is valued very positively by women and the information provided encourage them to want to use the ball.

Conclusions: The ball is an economical and practical tool that allows a positive birth experience. The participants in the study argue that the ball helps them to relax, to work, to mobilize the pelvis, to feel more participatory in the birth of their child and to reduce pain. All previous achieves welfare maternal.

Keywords: Obstetric labor, natural childbirth, labor pain, pain perception, complementary therapies, qualitative analysis, birth ball.

ÍNDEX

AGRAÏMENTS	2
RESUM.....	3
ABSTRACT	4
1. MARC TEÒRIC	7
1.1 El part	7
1.2 Progressió del fetus pel canal del part	9
Tipus de pelvis.....	11
Objecte del part	12
Mecanisme del part	12
1.3 Història de l'atenció al part.....	14
1.4 El dolor de part i l'analgèsia	15
1.5 Pilota de part.....	17
1.6 Actuacions	22
1.7 Justificació	23
2. HIPÒTESI I OBJECTIU.....	25
2.1 Hipòtesi.....	25
2.2 Objectiu Principal:	25
2.3 Objectius Secundaris:	25
3. MATERIAL I MÈTODES.....	25
3.1 Tipus d'investigació.....	25
3.2 Temporalitat.....	26
3.3 Àmbit d'estudi	26
3.4 Criteris d'inclusió.....	26
3.5 Criteris d'exclusió.....	26
3.6 Metodologia qualitativa	27
3.7 Consideracions ètiques i legals.....	30
4. RESULTATS.....	31
4.1 Benestar matern	31
4.2 Valoració positiva de la pilota de part.....	38
4.3 Expectatives relacionades amb el nadó	40
4.4 Paper d'infermeria.....	43
5. DISCUSSIÓ	46
6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	48
7. CONCLUSIONS.....	49
8. BIBLIOGRAFIA	50

ANNEXOS	56
ANNEX 1. APROVACIÓ CEIC.....	56
ANNEX 2. FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT	57
HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	58
ANNEX 3.FULL DE RECOLLIDA DE DADES.....	59
ANNEX 4. GUIÓ DE L'ENTREVISTA	60
ANNEX 5. CONSENTIMENT INFORMAT.....	61

1. MARC TEÒRIC

1.1 El part

L'embaràs i el part representen situacions noves en la vida de les dones i els homes doncs després d'aquesta etapa un nou ésser viu haurà arribat a la vida formant una família. La gestació és el procés fisiològic que va des de la fecundació fins al naixement d'un nou-nat. La fecundació consisteix en la unió d'un òvul amb un espermatozoide a partir de la qual es va formant un nou ésser dins de l'úter matern (1,2).

La primera fase del desenvolupament intrauterí és el període embrionari i va des de la fecundació fins al final del tercer mes. La segona fase es denomina fetal i comprèn des de la setmana 12-13 fins al naixement. Durant aquest període el fetus es va desenvolupant, de la setmana 13 a la 27 es produeix un període de creixement ràpid en el qual es formen quasi tots els òrgans, a la setmana 16 els genitals es troben ben diferenciats i cap a la setmana 25 apareix el cabell. En total l'embaràs dura uns 280 dies, 40 setmanes o 9 mesos aproximadament (2).

La placenta és l'òrgan que intervé en la nutrició del fetus, li proporciona l'oxigen i ajuda a l'eliminació dels productes de desfet com el diòxid de carboni mitjançant el cordó umbilical. Dins seu hi ha el líquid amniòtic que protegeix el fetus del medi extern (3,4,5).

Es parla de part normal quan ens referim a l'expulsió per via vaginal d'un fetus viable i dels seus annexos (6). La Federació d'Associacions de Matrones d'Espanya (FAME) el defineix com *el procés fisiològic únic amb el qual dona finalitza la seva gestació a terme, en el que hi ha implicat factors psicològics i socioculturals. El seu inici és espontani, es desenvolupa i termina sense complicacions, finalitza amb el naixement i no implica més intervenció que el recolzament integral i respectuós del mateix* (7).

Per poder estudiar el part s'ha dividit en tres fases que són: la dilatació, l'expulsió i el deslliurament. El part és un procés dinàmic però clínicament es considera que el part s'inicia quan la dona presenta contraccions uterines regulars a un ritme de 2 o més en 10 minuts, el coll de l'úter es troba escurçat en un 50% com a mínim i, hi ha 2 cm de dilatació cervical (6-8).

El període de dilatació comprèn des de l'inici de les contraccions regulars fins a la dilatació completa del coll uterí. Es subdivideix en dues fases, la latent que s'estén des de l'inici del

part fins que hi ha 4 cm de dilatació; i l'activa que va des dels 4 cm fins als 10 cm. S'estima la duració d'aquesta fase entre 5 i 18 hores per a les nul·líparees i entre 8 i 12 hores per a multíparees. La dilatació sol anar més ràpidament dels 4 als 9 cm i després es produeix una desacceleració des dels 9 cm fins a la dilatació completa (6-8).

El període expulsiu comença quan el coll de l'úter es troba totalment dilatat i finalitza amb el naixement del fetus. Els espoderaments (*pujos* en castellà) apareixen com a reflex de la pressió que exerceix el cap del fetus sobre el múscul elevador de l'anus. També es divideix en dues fases, la passiva i l'activa. En la fase passiva hi ha una dilatació completa del coll uterí, abans o en absència de contraccions involuntàries d'expulsiu. En la fase activa el fetus és visible, existeixen contraccions d'expulsiu amb dilatació completa, existeixen espoderaments materns amb dilatació completa amb absència de contraccions d'expulsiu (9) que s'han d'evitar quan la dilatació no és completa o fora de les contraccions (6).

Antigament es considerava que com a màxim havia de durar 60 minuts en primíparees i 30 en multíparees però actualment pot durar entre 2 i 4 hores, estant indicada una actitud intervencionista quan hi ha patiment fetal, o la dinàmica uterina no és adequada o el cansament de la mare dificulta l'expulsió del fetus (6-8).

Finalment, en el període de deslliurament, es produeix la sortida de la placenta i les membranes ovulars. El deslliurament pot ser fisiològic o espontani, es produeix entre els 5 i 30 minuts posteriors del naixement del nadó i la pèrdua hemàtica no ha de ser superior als 500 ml (6,9).

És recomanable el maneig actiu del deslliurament, ja que disminueix la incidència d'hemorràgia post part (10,11). El maneig actiu del tercer període del treball de part o AMTSL per les seves sigles en anglès (*Active Management of the Third Stage of Labour*) es recomana per prevenir possibles hemorràgies post part i consisteix en l'administració de fàrmacs uterotònics immediatament després del naixement del nadó, en la tracció controlada del cordó umbilical i en fer un massatge sobre el fons uterí després del deslliurament de la placenta (12,13).

En el puerperi immediat, que són les dues hores posteriors al naixement del nadó, és molt important valorar que aparegui el globus de seguretat de Pinard, ja que ens indica que l'úter s'ha contret correctament i això ens garantirà una bona hemostàsia dels vasos on abans estava inserta la placenta (6,8). El contacte precoç pell amb pell del nadó amb la mare és

molt recomanable, ja que produeix l'alliberació d'oxitocina endògena que ajuda a les contraccions de l'úter (7).

1.2 Progressió del fetus pel canal del part

Durant el part la pelvis es deforma a causa de la laxitud articular inusual. Perquè el fetus pugui travessar el canal de part, la presentació haurà d'adaptar i ajustar els seus diàmetres majors als més amplis del canal pèlvic. (9)

El fetus ha de passar pel canal ossi, format per la pelvis, i el canal tou del part, format per l'istme, la vagina i el perineu (9,14).

La pelvis és l'estructura òssia que descansa sobre els membres inferiors, repartint entre ells el pes del cos. Dins seu es troba l'aparell reproductor femení. La pelvis està formada per davant i pels costats pels dos ossos coxals, al seu torn cada coxal està format per la unió de tres ossos: l'ílium, l'ísquium i el pubis; i per la seva part posterior pel sacre i pel còccix. (veure figura 1). La pelvis es divideix en dues parts separades per la línia innominada: la pelvis major i la pelvis menor. En l'interior de la pelvis major s'hi troben vísceres abdominals però és la pelvis menor la que té importància obstètrica, també anomenada pelvis vertadera. La pelvis menor està formada en la seva part superior per l'estret superior, en la part mitjana per l'excavació pelviana i en la part inferior per l'estret inferior (14).

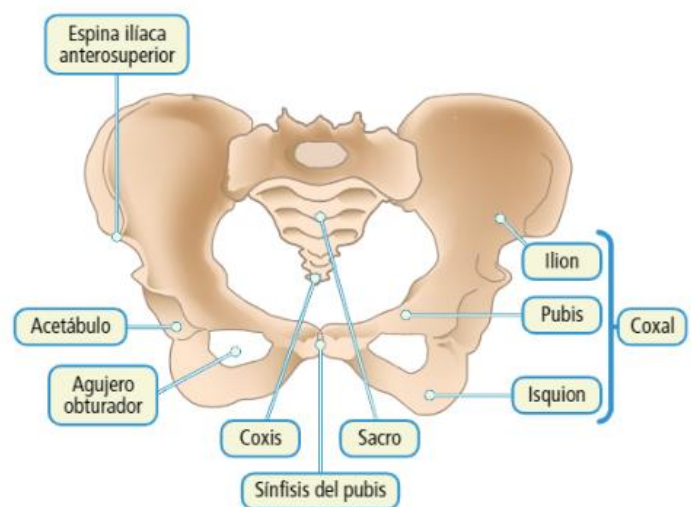


Figura 1. Pelvis òssia. *Extreta de manual de enfermería maternal. Fondo editorial Marbán*

- Estret superior: delimitat pel promontori, línies innominades i vora superior de la sínfisi del pubis. Trobem els diàmetres anteroposteriors que van des del promontori fins a la sínfisi del pubis i el diàmetre transvers que és el major de l'estret superior. (9,14).

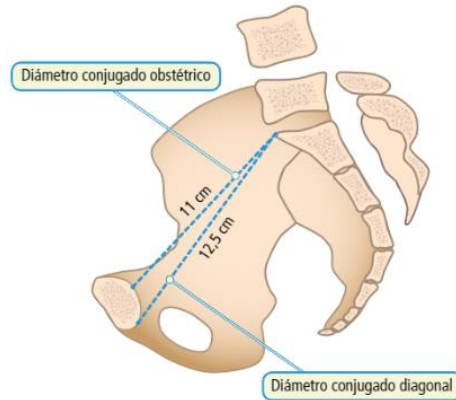


Figura 2. Diàmetres antero-posteriors de la pelvis. *Extreta de manual de enfermería maternal. Fondo editorial Marbán*

- Excavació: formada per sacre, espines ciàtiques i la part interna de la sínfisi del pubis. És com un cilindre que està limitat pels dos estrets. Es troba el diàmetre interespinós, entre les dues espines ciàtiques, és un dels diàmetres més reduïts i a vegades els fetus es detenen en aquest punt. (9,14).

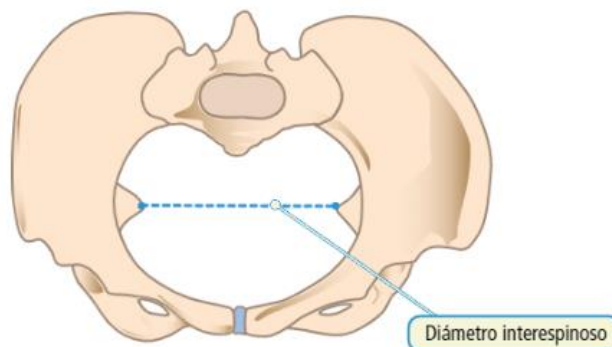


Figura 3. Excavació pelviana. *Extreta de manual de enfermería maternal. Fondo editorial Marbán*

- Estret inferior: limitat en els laterals per les tuberositats isquiàtiques i anteroposteriorment pel còccix i el pubis. Es diu que l'estret inferior és elàstic. Per localitzar la presentació fetal i identificar el descens pel canal del part es prenen de referent alguns punts anatòmics que serveixen per crear els plans imaginaris de Hodge (9,14).

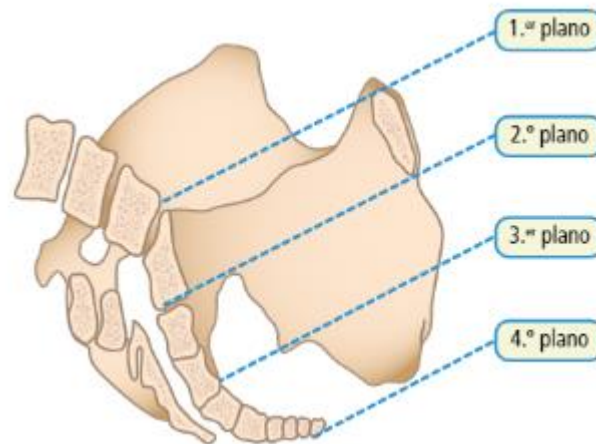


Figura 4. Plans de Hodge. *Extreta de manual de enfermeria maternal. Fondo editorial Marbán*

- 1r pla: des de la vora superior de la símfisi del pubis fins al promontori.
- 2n pla: des de la vora inferior de la símfisi del pubis a la segona vèrtebra del sacre.
- 3r pla: passa a nivell de les espines ciàtiques i per darrere de l'articulació entre les vèrtebres S₄ i S₅.
- 4t pla: passa per la punta del còccix. (9).

El canal tou del part és un tub musculomembranós que protegeix al fetus de les estructures òssies i que està format pel segment inferior de l'úter, la cèrvix, la vagina, la vulva i el perineu (14).

Tipus de pelvis

Segons les seves dimensions i diàmetres ens torbem amb quatre tipus diferents de pelvis.

- Ginecoide: en el 50% de les dones. Estret superior ovalat, excavació espaiosa, espines poc sobresortides i arcada pubiana de 90°. Posseeix els diàmetres adequats pel cap fetal.
- Androide: pelvis de tipus masculí, es troba en un 20% de les dones. L'estret superior té forma triangular, l'estret inferior està reduït amb espines ciàtiques prominents i arc superior púbic agut. És la menys favorable pel part.

- Antropoide: en un 15% de les dones. Estret superior de forma epilèptica, predominant ls diàmetres anteroposteriors sobre els transversos, promontori alt i estret inferior ampliat.
- Platipèlia: en un 5% de les dones. Estret superior molt ovalat disminuint els diàmetres anteroposteriors, predominant els transversos, arcada pubiana molt oberta (14).

Durant el part la pelvis es deforma a causa de la laxitud articular inusual. Perquè el fetus pugui travessar el canal de part, la presentació haurà d'adaptar i ajustar els seus diàmetres majors als més amplis del canal pèlvic (9).

Objecte del part

El fetus pot influir en com es desenvolupa el part en funció de les seves dimensions i la seva estàtica. Les dimensions són la part més voluminosa del cap, els seus ossos estan units per sutures i fontanel·les que no estan ossificades i s'adapten al canal del part afavorint la seva sortida a l'exterior. L'estàtica és la col·locació del fetus dins de l'úter, parlem d'actitud, situació, presentació i posició (14).

- Actitud: és la relació que hi ha entre les diferents parts del cos fetal. Normalment és una actitud de flexió i en presentacions cefàliques el major o menor grau de flexió del cap determina quin punt guia sigui vèrtex, front, bregma i cara.
- Situació: és la relació entre l'eix longitudinal de la mare i l'eix longitudinal del fetus. Si coincideixen la situació és longitudinal, si són perpendiculars entre si la situació és transversa i és obliqua quan la relació entre els dos eixos sigui un angle de 45°.
- Presentació: part del cilindre fetal que entra abans en la pelvis materna: cefàlica o pelviana.
- Posició: relació entre el dors del fetus i l'abdomen matern: anterior o púbrica, posterior o sacra, dreta o esquerra; en funció de si el dors del fetus es troba en la part anterior de l'abdomen, cap a l'esquena o en la part dreta o esquerra respectivament (14).

Mecanisme del part

Moviments passius que ha de realitzar el fetus quan descendeix pel canal del part per sortir a l'exterior.

1. Encaixament en l'estret superior.
2. Flexió i descens.
3. Rotació interna: el fetus realitza un moviment de rotació en el que acomoda el diàmetre major del cap, al major de la pelvis, així la sutura sagital és paral·lela al diàmetre anteroposterior de la pelvis.
4. Rotació completa e inici de l'extensió del cap.
5. Extensió completa i el pol cefàlic comença a sortir a l'exterior.
6. Rotació externa: un cop el cap està en l'exterior realitza una rotació d'uns 90° per adaptar les espatlles al diàmetre anteroposterior. (14).

Les posicions verticals i la deambulació s'associen amb una reducció de la durada del període de dilatació (9). Una revisió sistemàtica de Cochrane que ha inclòs 21 assajos clínics aleatoritzats amb un total de 3706 dones ha trobat que deambular i adoptar posicions verticals durant la dilatació fan que el part duri menys i no semblen estar associades a un augment de la intervenció o tenir efectes negatius per la mare i el fetus, tot i això els nivells d'evidència són baixos (15). La GPC recomana que s'ha d'animar i ajudar a les dones, portin o no analgèsia epidural, a adoptar qualsevol posició que trobin còmoda durant la dilatació i mobilitzar-se prèvia comprovació del bloqueig motor i propioceptiu (11).

En una altra revisió sistemàtica de la Cochrane de 22 estudis amb un total de 7280 dones sense epidural s'ha comparat el resultat dels parts segons la posició adoptada durant l'expulsiu trobant que entre la posició vertical i la supina no hi ha diferències pel que fa a la durada però sí una disminució dels parts instrumentats pel grup de dones en posició vertical, i també menor risc d'episiotomies i menys alteracions del batec cardíac, però, per contra una pèrdua hemàtica major de 500 ml. La mateixa revisió sistemàtica compara l'ús de la pilota de part amb la posició de litotomia i descriu menor durada de l'etapa del part per la pilota però els estudis són de mala qualitat i molt heterogenis. (16). Segons la GPC la posició asseguda és un factor protector del trauma perineal i també proporciona major confort i autonomia de la mare en el naixement (11).

1.3 Història de l'atenció al part

Els éssers humans des dels principis dels temps han sentit la necessitat d'ajudar als seus iguals enfront situacions de vulnerabilitat (17).

Segons Towler i Bramall, en el seu estudi sobre la història de les matrones de l'any 1997, la figura de la llevadora va néixer durant el neolític quan els antics pobles nòmades van passar a assentar-se i establir-se en llocs fixes les dones van passar a atendre els parts, aquesta tasca es va estendre en la història durant els 10 mil anys posteriors (18).

El terme matrona té origen escandinau i ve de la paraula “*matris*” que vol dir “petita fada del bosc” doncs el part era una activitat que es considerava màgica. Les llevadores eren les encarregades d'acompanyar a les dones durant la gestació. Aconsellaven a les dones que havien de ser mares en temes com la nutrició durant l'embaràs o les relacions sexuals, recolzaven a la dona dies abans del seu part, i romanien al seu costat en el moment del part.

A l'època d'Hipòcrates i Sòcrates (500 aC) les llevadores eren reconegudes socialment. A l'Antiga Roma les dones que s'encarregaven d'acompanyar a altres dones quan aquestes estaven de part rebien el nom de *obstetrix* que ve del llatí *obstare* que significa “estar al costat de” (17,18). Les llevadores van cuidar, acompanyar i donar suport a les gestants durant molts segles fins a l'arribada de l'Edat Mitjana (S. V-XV) quan gradualment es va començar a desprestigiar la seva tasca. La pèrdua de l'autonomia que tenien les llevadores va ser un procés llarg i complex i tot i això, encara avui en dia hi ha llevadores tradicionals que són dones que posseeixen el coneixement empíric d'atendre parts però que no han rebut formació sanitària per atendre'ls. Aquest fet s'explica principalment perquè abans no hi havia suficients cirurgians per arribar a tota la població, especialment en el món rural i actualment passa el mateix en els països més subdesenvolupats.

Fins al segle XVIII el part no es considerava un succés patològic i per tant la seva atenció tenia un tarannà natural i de dones. Segons Martínez i Pardo, al segle XVIII el coneixement i les capacitats per atendre parts de les parteres es va qüestionar des de les esferes polítiques, intel·lectuals i religioses de la societat i van passar a ser substituïdes pels “*cirujanos comadrones*”. Se les va acusar entre altres coses de ser unes tafaneres i de voler alleugerir un dolor que es considerava diví. El 1750 es va establir per llei que per atendre parts s'havia de ser cirurgià amb la qual cosa les llevadores van quedar excloses pel fet de

ser dones i perquè no podien accedir a l'estudi de la medicina. A partir de l'entrada dels "cirujanos comadrones" es comença a parlar de la medicalització del part (17,18).

Entre els segles XVIII i XIX es van produir grans avenços en el camp de l'obstetrícia, cal destacar el llibre sobre la pelvis materna que va publicar Litzmann al 1861 "*Die formen des beckens*". L'any 1938 Caldwell i Moloy van publicar en una revista de radiologia l'article "*Use of the roentgen ray in obstetric*" on es plantegen els quatre tipus bàsics de pelvis i les seves mesures.

Durant els segles XIX les matrones van ser tolerades però mai es van acabar d'acceptar. Amb l'arribada del segle XX la sort de les matrones va millorar considerablement i es van crear escoles que actualment són universitats (17).

En els darrers 60 anys al món occidental s'han produït canvis importants en l'abordatge de l'atenció al part. Les gestants han guanyat la llibertat per poder elegir com volen que sigui el seu part, l'acompanyament i les tècniques per alleugerir el dolor (19).

1.4 El dolor de part i l'analgèsia

El part és una vivència única i personal. Els canvis que es produeixen en el cos de la dona per preparar el cos pel part són dolorosos. No hi ha dos dolors de part iguals, ja que, el dolor es veu condicionat per múltiples factors com les situacions personals, socioculturals, els aspectes emocionals i les estratègies d'afrontament de cada dona entre d'altres. Aquest dolor és diferent en cada dona inclús en els diferents parts que pot tenir una mateixa dona al llarg de la seva vida (20,21,22).

Algunes dones consideren aquest dolor com un gran inconvenient a l'hora de tenir el seu nadó i prefereixen una cesària en comptes d'un part vaginal pel temor que els hi genera sofrir durant el part (21).

En el període de dilatació o primer període del part el dolor s'associa a la distensió de les estructures pelvianes juntament amb l'aparició de les contraccions uterines. En la segona etapa del part o període expulsiu el dolor es genera en el tracte genital inferior, tot i que, les contraccions continuen. Aquest dolor generalment va acompanyat d'un dolor lumbar continu

que es localitza a nivell de les vèrtebres toràciques T11-T12, que pot expandir-se a nivell de T10 fins a la lumbar L1 (20).

El part és un procés natural que implica dolor i de vegades aquest dolor es fa sever o intolerable, la seva presència és una indicació per aplicar tècniques analgèsiques (22). James Young Simpson va passar a la història per ser pioner i defensor de l'alleujament dels dolors de part i de l'anestèsia obstètrica. L'any 1846 va començar a utilitzar l'èter com a mètode farmacològic però se'n va adonar que no era un bon anestèsic, ja que, la seva inducció era lenta i la recuperació era retardada. El novembre de 1847 va experimentar amb el cloroform que tenia avantatges sobre l'èter doncs, tenia una olor dolça i la inducció i la recuperació eren molt més ràpides. Tot i que, l'any 1848 es va començar a informar sobre morts de pacients aparentment sans durant la inducció amb cloroform no va ser fins a l'any 1911 quan Levy i Lewis van demostrar que l'ús de cloroform podia produir fibril·lació ventricular (19).

A Espanya l'ús de l'èter i el cloroform es va aplicar des del 1870 cap endavant, no obstant això hi ha descripcions d'intervencions obstètriques com cesàries sense la utilització de l'anestèsia en que la dona experimentava grans dolors.

A partir de la segona meitat del segle XX es crea la "*Asociación Española de Anestesiología*" (1952) i apareix l'especialitat medico anestesiòleg que s'encarregarà de l'administració de l'analgèsia/anestèsia obstètrica. Les gestants comencen a desplaçar-se als hospitals per a parir i es produeix un abandonament dels parts domiciliaris. També augmenta la medicina privada amb l'oferta de parts sense dolor respecte a la sanitat pública. L'any 1998 el ministre Romay Beccaria va aprovar a l'estat espanyol la universalització de l'analgèsia epidural gratuïta per al part dins del Sistema Nacional de Salut (18,19).

Actualment l'analgèsia epidural està molt acceptada al nostre medi i és la més efectiva. El bloqueig peridural o epidural és el d'elecció i consisteix en un bloqueig sensitiu de les arrels nervioses per tal que la dona no senti dolor però pugui moure's. Els dos tipus d'anestèsia regional més recomanats són l'epidural i la combinada espinal-epidural. En l'epidural el catèter es col·loca en l'espai peridural i en la combinada l'agulla s'introdueix en l'espai subaracnoidal i es diposita una dosi d'opioide generalment i posteriorment, el catèter es col·loca en l'espai peridural per les dosis posteriors d'anestèsic local i/o opioide. És una tècnica cruenta que requereix un consentiment informat (17).

La inhalació d'una combinació d'òxid nítrós al 50% amb oxigen redueix lleument el dolor del part però resulta satisfactori per a les dones i és una tècnica segura, ja que no representa un procediment invasiu per la pacient, a més segons una revisió de la Cochrane aquesta tècnica s'ha d'implementar en els hospitals, ja que té pocs riscos i avantatges acceptables (23).

Una revisió de la Cochrane que es va dur a terme l'abril de 2017 amb un total de 40 estudis i una mostra de més d'onze mil dones afirma amb una baixa evidència que l'epidural és la manera més eficaç de reduir el dolor durant el treball de part i augmentar la satisfacció materna amb la disminució del dolor en comparació amb altres mètodes no epidurals. En el passat sembla que hi havia un augment dels parts vaginals instrumentats a causa de l'ús d'epidural, des del 2005 això ha canviat. Els resultats suggereixen que la millora de les tècniques epidurals respecte a fàrmacs i dosis fan que les epidurals no tinguin major probabilitat de terminar en parts vaginals instrumentats o cesàries i no semblen tenir un efecte immediat sobre l'estat neonatal mesurat per les puntuacions del test d'Apgar o els ingressos en unitats de cures intensives neonatals (24).

1.5 Pilota de part

La pilota de part, a partir d'ara PP, és una pilota esfèrica de goma inflable que pot mesurar des de 65 a 75 cm de diàmetre. És elàstica però resistent i s'adapta i pot suportar el pes d'un adult, ha de ser rugosa per donar major estabilitat i subjecció. La pilota és una eina que està guanyant popularitat entre les dones embarassades a l'hora de tenir parts naturals sense l'ús de fàrmacs (22,25,26,27).

La pilota es va crear a Itàlia el 1963 com una joguina infantil que inicialment es va utilitzar com a eina de rehabilitació per a nens amb deficiències neurològiques a Suïssa, d'aquí que també es conegui amb el nom de pilota suïssa. Als anys 70 es va utilitzar en la rehabilitació de problemes ortopèdics i neurològics. No és fins als anys 80 quan s'utilitza per primer cop en el camp de l'obstetrícia a Alemanya, on s'emprava per ajudar a la progressió del treball de part. Les matrones afirmaven que era una eina útil i que ajudava en el descens i la rotació fetal. A més, en l'actualitat s'utilitza en gimnasos, en serveis de rehabilitació, per la preparació al part dins de l'educació maternal i a les sales de part (22,25,27,28).

En la literatura les pilotes de part també són nomenades com boles de naixement, pilota suïssa o pel seu nom en anglès *swiss ball*, *birth balls*, *fittball*, esferes kinèssiques, baló d'estabilitat o de fisioteràpia entre d'altres (28).

La gestió del dolor del part és un aspecte essencial en l'atenció obstètrica. Avui en dia hi ha nombroses tècniques per alleugerir el dolor del part tant farmacològiques com no farmacològiques. L'analgèsia epidural és la tècnica d'elecció per disminuir aquest dolor però no està lliure de riscos.

El model medicalitzat de l'atenció al part sovint implica un ús excessiu d'intervencions durant el part per controlar els riscos associats al part com són l'augment de l'oxitocina sintètica, l'analgèsia epidural i l'episiotomia. Això infravalora la capacitat de la dona per donar a llum i pot distorsionar la seva experiència de naixement així com el benestar emocional i afavorir la por al moment del part (29).

El naixement d'un fill pot ser recordat quelcom positiu o pel contrari negatiu si hi ha hagut episodis traumàtics amb un sofriment excessiu que fan que la recuperació postpart sigui més lenta. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'atenció rebuda durant el part hauria d'assegurar una experiència positiva per a totes les dones del món amb una atenció centrada en la dona que garantís el respecte, la seguretat, l'atenció individualitzada, una associació i una continuïtat assistencial per llevadores que garantís l'empoderament de les dones sobre el seu embaràs i part així com l'assoliment de les futures mares de la confiança en elles mateixes per participar activament en el seu part. (29).

L'American College of Obstetricians and Gynecologists recomana que les dones embarassades sense complicacions realitzin un mínim de 30 minuts d'activitat física moderada al dia durant 4 dies a la setmana. Mantenir-se activa durant l'embaràs comporta una sèrie de beneficis com són la reducció de la diabetis gestacional, la reducció del mal d'esquena, la reducció de la hipertensió i de la preeclàmpsia així com la reducció de la fatiga i del restrenyiment (30).

Tot i que sembla que el fet de mantenir-se actives pot fer que es produeixin naixements abans de la data prevista s'ha demostrat que no és així, de fet s'ha informat d'una disminució del 40% en el risc de parts prematurs en dones que s'han mantingut actives en el seu embaràs en comparació amb dones que no ho han fet (30).

L'estudi realitzat per Gau ML, et al. el 2011 demostra que realitzar exercici amb la PP unes 6-8 hores a la setmana, 3 vegades per setmana durant 6-8 setmanes, durant l'embaràs comporta una reducció de la duració del primer període de part, una reducció de l'ús de l'epidural i una disminució de la taxa de cesàries en comparació amb un grup control sense la utilització de la PP (31).

Taavoni, et al. també demostra un menor grau de dolor en el grup que utilitza la pilota durant la fase activa del part tot i que no disminueix la durada de la fase activa del part (22).

En un altre estudi realitzat per Fournier, Feeney i Mathieu que es va realitzar a Canadà entre febrer de 2013 i abril de 2014 es van portar a terme uns tallers d'exercici amb les gestants on es realitzaven exercicis sobre les PP amb una durada de 90 minuts i on es feien diferents exercicis per mobilitzar la pelvis. L'estudi demostra una correlació negativa: a major temps de realització d'exercicis sobre la pilota de part durant l'embaràs, s'aconseguien duracions més curtes de l'etapa de dilatació així com de l'expulsiu durant el part (26).

Els mecanismes que poden explicar aquests resultats són que l'entrenament amb les PP fa que els moviments de la pelvis siguin més eficients, i per tant, poden accelerar el treball de part especialment en dones nul·líparas. S'ha demostrat que aquests exercicis són de gran ajuda pels moviments d'inclinació i per als moviments anterior i posterior de la ilíaca i el sacre, per als estiraments dels lligaments espinals i pèlvics, per la mobilitat i l'obertura pèlvica i per a l'enfortiment abdominal (28). Els moviments que es realitzen sobre la pilota també ajuden al descens del fetus durant el part (25) i proporcionen confort i afavoreixen la relaxació de la dona el que disminueix la sensació de dolor. També fa que la dona estigui més participativa i activa en tot el procés i disminueix la necessitat d'utilitzar analgèsia farmacològica. L'ús de la pilota no impedeix que es puguin aplicar altres tècniques no farmacològiques com els massatges o l'aplicació de calor local (22).

La dona asseguda sobre la pilota amb l'esquena recta i lleugerament inclinada cap endavant afavoreix l'alineació feto-pèlvica i té avantatges sobre la posició supina perquè millora la circulació materna-fetal a l'haver una menor compressió de l'artèria aorta i la vena cava, amb el que milloren els indicadors d'equilibri àcid-base del nou-nat (32).

Gómez et al. a la revisió bibliogràfica sobre l'efectivitat de l'esferodinàmica durant el treball de part determinen que la pilota de part és una eina efectiva en la disminució del dolor que fa que les dones es trobin més còmodes i relaxades. Ajuda al posicionament, encaixament i

descens fetal, a més de facilitar l'adopció de posicions fisiològiques que ajuden al procés del part (28).

En l'estudi portat a terme per M^a Inmaculada Cots, et al. a Sabadell es va oferir la pilota a 102 gestants a la sala de part i s'ha trobat que comparant la pilota amb el llit, el 96,7% de les dones ha trobat la pilota molt confortable enfront un 3,3%. La sensació del dolor ha millorat en el 79,6% dels casos. El 94,9% de les dones han referit que la PP les ajuda a controlar millor el dolor de les contraccions. S'ha trobat també que la vivència del part amb l'ajuda de la PP ha resultat molt positiva respecte a la llibertat de moviments, la comoditat que han sentit, doncs la seva parella les ha pogut abraçar i també s'han sentit més acompanyades en el naixement del seu fill (27).

L'ús de la PP es podria veure restringit per ordre facultativa en cas que la gestant precisés d'un monitoratge continu en poder interferir amb la correcta posició dels cables i monitors però, l'ús de la pilota no representa cap risc per la dona ni pel fetus per tant l'ús de l'analgèsia epidural no exclou del seu ús. (21,26).

Pel que fa a la posició de la dona durant el part, la matrona Bueno en un assaig clínic que es va dur a terme a Barcelona ha estudiat si la posició modificada de Sims cap al costat de la columna vertebral fetal augmenta la rotació del cap fetal cap a una posició anterior de l'occipital quan el nadó està col·locat en posició occipital posterior persistent o *persistent occiput posterior (POP)*, per les seves sigles en anglès. La posició modificada de Sims consisteix en que la dona estigui en decúbit lateral al mateix costat que la columna vertebral fetal, l'extremitat inferior superior es recolza sobre la "pernera" i el genoll es flexiona en un angle de 90° amb una rotació interna, mentre que l'extremitat inferior que queda a sota s'estira, així s'aconsegueix una posició pèlvica asimètrica que augmenta el diàmetre de la pelvis mitja i inferior (figura 5) (33).

Les posicions fetals posteriors es donen en un 40% dels parts, però la majoria roten espontàniament cap a una posició occipital anterior, la posició posterior occipital només es manté durant les fases de dilatació i expulsió en un 1,8-6% dels naixements. És quan persisteix aquesta posició que es denomina *POP* i se sospita quan els parts es perllonguen o s'estanquen en qualsevol de les seves fases (33).

En l'estudi els nadons van rotar en un 50,8% dels casos quan la mare va adoptar la postura modificada de Sims i sols ho van fer un 21,7% dels nadons quan les dones van adoptar una posició lliure durant la dilatació. En el grup de posició de Sims el 84,7% van ser parts vaginals i un 15,3% van ser cesàries, per contra al grup de posició lliure el 68,3% van ser parts vaginals i el 31,7% cesàries (33).



Figura 5 Posició de Sims. *Extreta de l'estudi de V.Bueno*

Bueno conclou que la posició modificada de Sims augmenta la rotació espontània cap a la posició anterior occipital en dones amb analgèsia i un fetus en posició de POP així com el nombre de parts vaginals. Tot i això les gestants han referit no sentir-se especialment còmodes amb la cama recolzada sobre la "pernera" i Bueno ha pensat en com millorar aquest fet. Així ha sorgit la idea del coixí *Easysims* que facilita l'adopció d'aquesta postura i que ha dissenyat la matrona. Actualment es disposen de 6 coixins a l'àrea maternal de la Vall d'Hebron a l'abast de totes les dones que els vulguin utilitzar i ja l'han utilitzat unes 120 dones en dos mesos de proves. *Easysims* aconseguix l'obertura de la pelvis i el nadó té més espai per rotar i passar pel canal del part. A més a més, ajuda a descansar a la dona i evita dolors lumbar. La idea de Bueno és que el coixí pugui ser comercialitzat més cap endavant per a què el puguin utilitzar tant les futures mares, com els professionals i les institucions (33,34).

Les pilotes de part són una eina efectiva que ajuda a les dones a controlar el seu part en oferir-les la possibilitat d'adoptar una posició còmoda, que beneficia tant a la mare com al nadó; que permet a les parelles o acompanyants participar més activament en el part, que relaxa i distreu a la dona durant la primera i segona fase del part i que redueix el dolor així com els parts distòcics (21,33).

1.6 Actuacions

Les llevadores tradicionals han proporcionat des de sempre diferents eines i recursos per l'acompanyament dels parts com els massatges, l'adopció de les postures que li resultessin més còmodes a la gestant en les fases de dilatació i expulsiu, els banys amb vapor i l'olor de diferents espècies que les relaxaven entre d'altres. Des de temps antics es coneixen els beneficis del moviment lliure de la pelvis, ja que milloren la tolerància de les gestants enfront del dolor. (17,18,20).

L'OMS recomana la llibertat de moviment i l'adopció de la postura que li resultin més còmodes a la dona per donar a llum inclús posicions capalt durant el període expulsiu, ja tingui anestèsia epidural o no, sempre que siguin parts de baix risc (35).

Els professionals de la salut han de saber brindar unes cures de qualitat i conèixer les diferents eines o mètodes que tenen a l'abast per oferir unes cures de màxima qualitat basades en la millor evidència científica disponible. Per afrontar el dolor l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) recomana utilitzar els diferents mètodes no farmacològics i farmacològics segons les preferències de les dones de manera que es satisfacin les expectatives de la dona pel que fa a l'alleugeriment del dolor. Els mètodes no farmacològics que s'utilitzen actualment són: la immersió en aigua calenta que facilita la relaxació i redueix l'ús de l'analgèsia epidural, el massatge i el contacte físic tranquil·litzador, l'ús de les pilotes de part que faciliten l'adopció de postures confortables, les tècniques de relaxació i respiració i les injeccions d'aigua estèril però aquestes últimes produeixen coïssor i dolor intens momentani (36).

Per a què els exercicis amb la PP siguin efectius la pelvis ha de quedar col·locada a major altura que els genolls, hi ha d'haver un angle superior a 45° en els genolls, els peus han d'estar recolzats sobre el terra i la dona s'ha de sentir còmoda i segura a sobre de la pilota, podent utilitzar les mans per agafar-se a les seves parelles o a acompanyants per tenir un altre punt de recolzament. L'important de l'exercici és que es treballi un bon balanceig de la pelvis, per això es poden realitzar moviments en totes les direccions ja siguin circulars, cap endavant, cap enrere, cap als costats o en horitzontal. La pilota es pot utilitzar de peu i donar un massatge amb la pilota a les lumbar, asseguda s'ha de mantenir l'esquena recta i lleugerament inclinada cap endavant, ja que afavoreix el descens i la presentació fetal. Semi

assegada en dones que porten un catèter epidural, en decúbit lateral on es pot utilitzar per iniciar l'expulsió. També es pot utilitzar en posició de quatre potes (25).

Els cuidats bàsics d'infermeria són explicar i proporcionar informació real del maneig i els beneficis de la mobilització de la pelvis així com oferir-li suport emocional. Per motius d'higiene s'ha de col·locar un travesser entre la pilota i la dona. Després del seu ús la pilota ha de rentar-se i desinfectar-se correctament (25).

1.7 Justificació

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) afirma que en cap regió del món està justificada una taxa de cesàries superior al 10-15% del total de naixements (37), sense anar més lluny la taxa de cesàries d'Espanya l'any 2016 va ser de 24,82% molt per sobre dels valors recomanats, això vol dir que dels 404.542 parts que hi va haver a Espanya l'any 2016, 100.400 van ser cesàries (38).

A Catalunya l'any 2016 es van produir 67.926 parts, dels quals vaginals van ser 49.556 (72,95%) i cesàries hi va haver 18.370 (27,04%). El que representa una taxa de cesàries del 27,04% (39).

Aquestes dades situen a Catalunya molt per damunt del que està justificat el que representa un motiu de preocupació entre els professionals de la salut. En els països desenvolupats la taxa de cesàries està entre el 6,2% i el 36% amb un pro mig de 21,1% dels naixements totals; mentre que en els països menys desenvolupats la variació es troba entre el 3,5% i el 29,2%, amb un pro mig de 14,3% (21).

El programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) del Gironès i el Pla de l'Estany va atendre l'any 2017 a 11.853 persones i un 91% ha sigut el percentatge de gestants que han parit ateses durant el puerperi. Els nadons nascuts vius a la província de Girona l'any 2017 són 7.022 (40).

És probable que, com ja ha passat amb els països en relació a l'administració de l'analgèsia epidural, succeeixin canvis en la tendència cap a proporcionar parts menys medicalitzats, més humanitzats, en el que s'utilitzin tècniques menys cruentes que l'analgèsia epidural i més participatius per la gestant. Tant el Ministeri de Sanitat com les diferents CCAA han

impulsat la creació de programes de part normal que tenen l'objectiu d'arribar a un consens dels diferents professionals implicats en una situació social amb l'objectiu d'aconseguir la satisfacció materna. En aquests programes preval la informació i la lliure presa de decisions per part de la dona embarassada així com l'eliminació de maniobres innecessàries que abans es feien sistemàticament com per exemple l'ènema evacuador i el rasurat dels genitals. Així com per aconseguir un major grau de satisfacció durant el procés de part es contempen altres tècniques en el maneig del dolor com són la pilota de part, la banyera amb aigua calenta, els massatges, també el fet de permetre altres posicions durant la dilatació i poder deambular, el fet de poder elegir l'acompanyament de la persona que la gestant desitgi, el foment del contacte pell amb pell, etc. (19,20,41). Tot i això la guia de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal es va publicar l'any 2011 i està pendent d'una actualització (41).

En el context del Treball Final de Grau proposo amb aquest estudi conèixer la vivència actual de les dones que utilitzen la pilota de part durant el seu part. Per, d'aquesta manera poder entendre millor la situació per així poder en el futur dissenyar estratègies per incrementar l'ús de la pilota de part, com a eina que mostra amplis beneficis com disminuir el dolor durant el part.

2. HIPÒTESI I OBJECTIU

2.1 Hipòtesi

Les gestants que utilitzen la pilota de part en el període de dilatació del seu part tenen una vivència positiva del part en quant que els ajuda a disminuir el dolor, a relaxar-se, a trobar-se còmodes i a participar de manera més activa en el seu part.

2.2 Objectiu Principal:

- Descriure l'experiència de l'ús de la pilota de part en el període de dilatació del part.

2.3 Objectius Secundaris:

- Conèixer l'opinió de les dones en l'ús de la PP en relació al maneig del dolor.
- Analitzar les percepcions i sentiments en relació a l'ús de la PP durant la dilatació en el procés de part.

3. MATERIAL I MÈTODES

3.1 Tipus d'investigació

Es tracta d'un estudi qualitatiu mitjançant metodologia fenomenològica, ja que es pretén descriure l'experiència tal com és viscuda per un grup de participants.

El disseny qualitatiu del contingut es farà mitjançant l'entrevista en profunditat per conèixer l'experiència viscuda amb un posterior anàlisi temàtic per aconseguir l'objectiu principal.

3.2 Temporalitat

L'estudi es realitza durant el curs acadèmic 2018-2019. En primer lloc es realitza una recerca bibliogràfica per saber l'actualitat i l'evidència científica que existeix sobre l'ús de la PP en el món de l'obstetrícia durant els mesos de novembre, desembre i gener. En segon lloc, es planteja poder fer les entrevistes i per això es presenta un projecte al CEIC de l'Hospital Doctor Josep Trueta al mes de febrer. Després de l'aprovació del CEIC es realitzen les 5 entrevistes durant el mes de març. Més tard, es realitza l'anàlisi de les entrevistes per conèixer l'experiència de les dones que utilitzen la PP durant la dilatació.

3.3 Àmbit d'estudi

Les dones puèrperes que han donat a llum a nadons sans a l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona, que és l'hospital de referència del territori de les dones de Girona, Sarrià de Ter, Celrà i Banyoles.

3.4 Criteris d'inclusió

Gestants majors de 18 anys que han tingut un part a terme (37-42 SG), que es consideren embarassos de risc baix i moderat (6), que han tingut un sol nadó, que han utilitzat la pilota de part durant el seu treball de part i que estan ingressades a la unitat matern-infantil de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta.

3.5 Criteris d'exclusió

Que l'embaràs es classifiqui com un embaràs de risc alt o molt alt, existència de barrera idiomàtica, no signar el consentiment informat o que no s'hagi utilitzat la pilota de part durant el seu treball de part.

Per embaràs de risc alt s'entén que la gestant presenti alguns o un dels factors de risc següents que poden fer augmentar la probabilitat que apareguin complicacions durant la gestació o durant el part.

- Factors de risc alt: obesitat mòrbida, antecedents d'avortaments, antecedents d'incompetència uterina, anomalia cromosòmica prèvia, embaràs ectòpic previ, malaltia trofoblàstica gestacional prèvia, part prematur previ, endocrinopaties, risc cardiovascular OMS III, HTA prèvia a l'embaràs, bessons, diabetis gestacional corregida amb dieta i insulina, preeclàmpsia lleu, infecció materna diagnosticada durant l'embaràs, isoimmunització, patologia mental actual greu, anèmia greu, sospita de malformació fetal (6).

3.6 Metodologia qualitativa

Amb la finalitat d'aconseguir els objectius de l'estudi s'ha realitzat una investigació qualitativa des d'un enfocament fenomenològic, ja que es pretén conèixer que passa en una situació concreta, és a dir, estudiem un fenomen per comprendre la realitat des del punt de vista dels participants. En aquest cas conèixer l'experiència de tenir un part utilitzant la pilota de part durant el període de dilatació del part. S'ha utilitzat el llenguatge com a font per aconseguir, mitjançant la inducció, teories generals que ens han permès comprendre l'experiència de tenir un part amb la PP.

La majoria dels autors que han escrit sobre l'anàlisi de les dades qualitatives (Coffey i Atkinson 1996; Mason 2002; Flick 2006) reconeixen que aquest anàlisi implica dos aspectes: el maneig de les dades i la interpretació (42).

3.6.1 Selecció de la mostra

La mostra és de conveniència, es van realitzar un total de cinc entrevistes en profunditat.

3.6.2 Procediment

Primerament es va elaborar la documentació necessària per presentar el projecte de recerca al comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Doctor Josep Trueta, seguint les pautes de la seva pàgina web (43) amb els requisits per a estudis observacionals, EPA i altres estudis. Per això es va realitzar un document del projecte de recerca que incloïa una justificació del projecte, el full de recollida de dades, el guió de l'entrevista, el consentiment informat i la fulla d'informació al pacient.

Un cop fet el document explicatiu, es va contactar via e-mail amb la Cap de Servei de Maternitat Elena Álvarez Castaño i a la supervisora d'infermeria Carme Compte Corominas per explicar-li el projecte que es volia dur a terme, un cop obtingut el vistiplau es va anar presencialment per obtenir les seves firmes i conformitat.

Després es va signar el compromís per part de la investigadora enfront de les seves responsabilitats cap al CEIC així com la conformitat de la tutora responsable del projecte, la Dra. Carolina Rascón Hernán.

Un cop obtinguts tots els requisits es va fer la carta de sol·licitud pel CEIC i tots els documents es van presentar via electrònica mitjançant e-mail i via presencial en format paper el dia 15 de febrer de 2019. L'aprovació per part del CEIC es va rebre el dia 12 de març de 2019 (annex 1).

Tot seguit es va anar a l'Hospital Doctor Josep Trueta en dues ocasions, els dies 15 i 25 de març amb la fulla d'informació al pacient i l'altra documentació, es va procedir a parlar amb les infermeres de planta per tal d'explicar-les que estava realitzant el meu treball de fi de grau i després d'obtenir l'aprovació del CEIC necessitava fer entrevistes a les mares que haguessin utilitzat la pilota de part durant el seu part, amb la seva informació es van comprovar les mares que complien els criteris d'inclusió i tot seguit es va passar habitació per habitació fent una petita presentació de l'estudi i preguntant si havien utilitzat la pilota de part per dilatar. En cas afirmatiu es va demanar de manera voluntària la seva participació en l'estudi amb l'explicació per escrit i verbalment de la finalitat acadèmica de l'estudi, (annex 2). Per recollir les dades maternes es va utilitzar un full de recollida de dades (annex 3). També es va informar què es procediria a la gravació de l'àudio de l'entrevista (annex 4). Cinc mares van acceptar participar en l'estudi i van signar el consentiment informat (annex 5).

La confidencialitat de les dades recollides s'ha respectat en tot moment i només s'han utilitzat per obtenir els resultats de l'estudi; respectant en tot moment les directrius de la llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i la LOPD 2018 adaptada al Reglament Europeu de Protecció de dades i les directrius de la declaració de Helsinki.

3.6.3 Les participants

Mare 1: és una dona de 37 anys, que va tenir el seu nadó el 13/3 i que resideix a la ciutat de Girona. Té un grau superior, actualment està treballant i de baixa, casada i va ser el seu marit qui la va acompanyar durant el part. Va tenir un part vaginal eutòcic amb un esquinçament que ha precisat 2 punts, prèviament havia tingut una cesària.

Mare 2: és una dona de 41 anys que va donar a llum el dia 24/3 i que resideix a Banyoles amb una formació professional de grau superior, actualment treballa i està de baixa, té parella i la seva parella va ser qui la va acompanyar durant el part. El part va ser vaginal distòcic amb l'ús de fòrceps i amb episiotomia. No té embarassos previs.

Mare 3: es tracta d'una dona de 40 anys que va tenir un bebè el dia 21/3 i que viu a la comarca de Girona. Té estudis universitaris i actualment està activa però de baixa per maternitat. Viu amb la parella i també la parella va ser qui la va acompanyar durant el part que va ser vaginal i eutòcic amb un esquinçament de grau I. No ha tingut embarassos previs.

Mare 4: és una dona de 37 anys que va tenir un nadó el dia 23/3 viu a la ciutat de Girona i que té una formació professional de grau mitjà, treballa però actualment està de baixa, amb parella que va ser qui la va acompanyar durant el seu part. El tipus de part ha sigut vaginal i eutòcic, té un esquinçament que ha precisat 2 punts. No té embarassos previs.

Mare 5: és una dona de 26 anys que va donar a llum el 24/3 i que viu a la ciutat de Girona. Té una formació professional de grau mitjà, activa però ara de baixa. Està casada i va ser el seu marit qui la va acompanyar durant el part. El part va ser vaginal i eutòcic amb un esquinçament que va requerir 2 punts. Anteriorment havia tingut un part vaginal.

3.6.4 Anàlisi de dades

L'anàlisi del discurs s'ha realitzat a través de la transcripció de les entrevistes. Per fer l'anàlisi de les dades s'ha utilitzat el programa ATLAS-Ti en la seva versió 7.5.4.

Es codifiquen les dades mitjançant la codificació oberta on s'identifiquen diversos passatges que volen dir el mateix o tenen la mateixa idea i d'aquesta manera es defineixen els codis. Així el text que tracta sobre el mateix el tenim codificat sota una idea o paraula. Amb la informació categoritzada s'han agrupat els codis sota una jerarquia de codificació que ens

ha permès mantenir un ordre i obtenir les categories secundàries que finalment han acabat formant categories principals (42).

3.7 Consideracions ètiques i legals

Totes les participants han signat el consentiment informat on accepten la gravació de l'àudio de l'entrevista, es va remarcar que si en qualsevol moment ho consideraven oportú podien retirar el seu consentiment i abandonar l'estudi sense que això afectés els seus cuidats mèdics i/o infermeres. En tot moment es manté l'anonimat de les participants identificant a cada participant amb un número.

La investigadora s'ha encarregat de l'explicació detallada de la finalitat de l'estudi a cada participant assegurant-se que abans de signar el consentiment informat havia entès la informació proporcionada i què podia preguntar qualsevol qüestió que no li hagués quedat clara.

4. RESULTATS

CATEGORIA PRINCIPAL	CATEGORIA SECUNDÀRIA
Benestar matern	Relaxar-se Llibertat de moviments Espai còmode Disminució del dolor
Valoració positiva de la pilota	Utilització en un futur Recomanació a altres mares
Expectatives relacionades amb el nadó	Preocupació pel benestar del nadó Curiositat per conèixer el nadó Recompensa el patiment
Paper infermeria	Proporcionar informació Acompanyar a la dona durant el part

4.1 Benestar matern

4.1.1 Relaxar-se

Les mares manifesten que la pilota les ajuda a relaxar-se. Això es veu reflectit perquè els hi proporciona comoditat, ajuda a l'encaixament fetal, la posició asseguda permet que les seves parelles els hi facin massatges, les abracin o estiguin més propers a elles, els permet tenir un període entre contracció i contracció per tranquil·litzar-se i agafar forces per enfrontar una nova contracció. La pilota les ajuda a trobar moments de calma durant la dilatació i també actua com un element de distracció que les ajuda a oblidar-se del moment en què estan, que

les ajuda a sortir una mica de la situació, la pilota en si és un espai que utilitzen per desconnectar, per reposar amb la qual cosa a més que es relaxen es distreuen.

Mare1:

- "...però em van insistir tant (les llevadores) que llavors vaig pensar doncs em relaxaré, a lo millor si que per la pelvis ajuda i vaig estar una bona estona sobre la pilota. Parlava amb ell (el seu marit), em relaxava i fent pilota.
- "Bueno, estàs en aquell moment així una miqueta també àlgid d'emocions i dius, bueno pos, em és un element més que t'ajuda a bueno, a normalitzar-ho, diguéssim, t'asseus allà i bueno pos vinga tranquil·litzem-nos, nem fent una mica de moviment pèlvic, i bueno, t'ajuda a oblidar una mica el moment en el que estàs i treballar i bueno el que s'ha de treballar."

Mare 3:

- "...en comptes d'estar asseguda a la pilota, el que estava era amb una màrfega a quatre potes i la pilota si que la tenia per quan passava sobretot la contracció, com per relaxar i bufar."
- "...li tocava fer massatges..."
- "...El quedar-me com descansant a sobre esperant la següent contracció et quedes més relaxat perquè estava dreta al principi i quan has acabat de fer força entre les cames i tot no descansas tant per esperar la propera."

Mare 4:

- "El que és el dolor no, però sí que és veritat que relaxa."
- "...costava a vegades i no podia acabar de menjar i em posava a la pilota, em relaxava molt, al bebè també li agradava."
- "No és ni una cadira ni un llit, llavors és com un esbarjo diguéssim per sortir doncs d'una cadira i un llit."
- T'ajuda a tu a fer una tercera cosa ...que està molt bé que estigui a l'habitació... jo ho recomano i ho agraeixo."

Mare 5:

- *“Yo le pedía a mi marido de que me refrescara la cara, que eso es como que te libera un poco de la tensión, como que te relaja un poco, entonces bueno pues si buscando, incluso con la pelota también te da tranquilidad, porque puedes ir haciendo movimientos entonces el cuerpo también se relaja, entonces en todo momento tratas de buscar comodidad, tranquilidad, entonces, y aguantando todo el proceso.”*

4.1.2 Llibertat de moviments

La pilota permet una lliure mobilitat de la pelvis segons les mares entrevistades perquè ajuda a fer treball de pelvis, la majoria l'utilitza asseguda a sobre mentre van fent moviments circulars amb la pelvis, ajuda a fer exercicis de la zona que fan que el bebè de mica en mica s'encaixi. Una dona també l'ha utilitzat a 4 grapes sobre una estora i estirada a sobre per a descansar entre contracció i contracció. Tenir mobilitat de la pelvis proporciona comoditat i assegudes a sobre es senten segures i confortables mentre esperen el moment d'expulsiu, inclús se senten millor a sobre de la pilota que en el llit o de peu perquè la consistència de la pilota es fa sentir millor; malgrat això, quan comença el procés d'expulsiu se'n van al llit a empènyer. En l'últim trimestre de l'embaràs, que és quan les dones més pesades es noten, es troben més a gust sobre la pilota que al sofà i per això 3 d'elles ja tenen la pilota com un element de descans a casa seva, ja que a les classes preparat se l'havien recomanat amb la qual cosa els hi agrada i es senten còmodes utilitzant-la.

Mare 1:

- *“Sí que és veritat que jo en el primer embaràs la vaig utilitzar a casa, i m'anava molt bé, en lloc de seure al sofà o a la cadira, m'assentava sempre a la pilota i per na fent treball de pelvis.”*

Mare 2:

- *“...cuando llegué a la habitación me tenía que sentar y en la cama estirada no podía, porque era venirme unas contracciones fuertes y es que no podía casi ni aguantar; a parte soy asmática y me tenía casi que levantar. Pues me incorporé, me dieron la pelota, me senté en la pelota casi toda la noche y dando vueltas*

- *“... allí sí que me senté en la pelota. Bueno, me cogí a la cama, en los barrotes e iba moviendo la pelota y se iba calmando bastante...”*

- *“tenía más movimiento para hacer y a parte que era más blandito, no es como la cama.”*

Mare 3:

- *“...no vaig estirar-me al llit, vaig estar drete i la pilota al principi però després em feia molta pressió ja la pròpia pilota i en comptes d'estar asseguda a la pilota, el que estava era amb una màrfega a quatre potes i la pilota sí que la tenia per quan passava sobretot la contracció, com per relaxar i bufar.”*

- *“En les classes prepart ens van ensenyar la pilota i jo la coneixia de pilates. Que n'he fet de pilates i a casa en tinc. O sigui que quan tenia, perquè al part he patit més de ciàtica que és el que més he patit i el tema de la pilota per seure i rodar i moure tot m'anava bé.”*

- *“Sí, per davant de la tele o quan veia que m'havia de quedar clava o així doncs, feia una mica d'exercicis sobre la pilota.”*

Mare 4:

- *“...de preparació també perquè exercites diguem tota la zona de baix i fas també doncs mica en mica el bebè s'encaixi.”*

- *“No és ni una cadira ni un llit, llavors és com un esbarjo diguéssim per sortir doncs d'una cadira i un llit.”*

- *“La vam fer servir inclús abans del part, vull dir que la tinc a casa i ens ha anat super bé.”*

- *“Sí, la pilota de part ens la van recomanar també en les classes prepart i la, doncs a casa la meva germana també en tenia una per un problema d'esquena i així de la seva parella... i ens la van deixar i la feia servir sobretot als vespres, perquè en el moment de menjar, doncs em quedava el menjar molt amunt i tal i me costava a vegades i no podia acabar de menjar i em posava a la pilota, em relaxava molt, al bebè també li agradava.”*

- *“...com ja l'havíem fet servir prèviament, va haver-hi un moment que, que també, una mica de molèsties i dolors i així, doncs com ja la tens com de rutina de cada dia a casa i això doncs t'acompanya i t'agrada.”*

- *... a casa sense contraccions tu pots agafar una cadira o una paret o un tros de membre de la cuina o el que sigui i t'acompanyes però allà doncs amb la corda doncs és molt més fàcil de, de fer servir.”*

Mare 5:

- *“...te ayuda mucho con el tema de las caderas, la columna la zona de lumbares, ayuda mucho, sobre todo cuando ellos ya van cogiendo un poco más de peso, se quieren ir acomodando. Quieras que no pues no se te hace tan pesado ni el embarazo ni durante el parto.”*
- *“Sentada, trato de tener la columna recta digamos para que todo lo que es la tensión que se va acumulando pues se vaya disminuyendo porque se va hacia las caderas y después como que se elimina y sino también en círculos.”*

4.1.3 Espai còmode

Totes les mares entrevistades consideren que han tingut un espai còmode per poder dilatar i parir i també per utilitzar la pilota i s'han sentit còmodes. Una però troba a faltar una mica més de llum natural per saber si era de dia o de nit. Pensen que la sala està adaptada a poder utilitzar la pilota, ja que té elements de subjecció i que és un espai on se senten refugiades, en part per estar amb algú de la seva confiança i també per la vigilància de les matrones.

Mare 1:

- *“Em trobava còmoda perquè a més hi havia també les barres aquestes laterals, ara no sé com es diuen, les cortines aquestes que et donen subjecció, i bé, amb seguretat vull dir.”*

Mare 2:

- *“...la verdad es que estuve cómoda y sobre todo por las enfermeras.”*
- *“...sí, porque intenté andar, intenté estirarme en la cama y no era como en la pelota.”*

Mare 3:

- *“...tenia l'habitació per mi sola, i a més, ahir casualment és que no hi havia ningú més al paritori.”*
- *“O sigui, estava sola la primera llevadora per mi, molt maca; hi va haver canvi de torn i després en tenia tres. O sigui que, no puc queixar-me...”*

Mare 4:

- “Vam tenir una sala per nosaltres des del minut u, poder li faltaria una mica més de llum natural...però són tantes hores, que potser una mica de llum natural, saber si és de dia o si és de nit doncs també, és una cosa a millorar...

Mare 5:

- *“lo que era la luz casi no había luz, eh, también la compañía pues ayuda mucho de decir, a parte de estar también tanto de dejar que mi marido estuviera, pero también siempre estuve atendida en todo momento”.*

1.4.4 Disminució del dolor

Tres de les cinc mares consideren que sí que ajuda a disminuir el dolor, una considera que no disminueix el dolor però si relaxa i l'altra va arribar força dilatada i amb contraccions poc doloroses per la qual cosa va utilitzar la pilota poc temps i no pot dir si ajuda a calmar o no el dolor. La pilota ajuda a alliberar tensions, amb el moviment la pressió que senten canvia, a més, com es relaxen i es troben confortables tot suma i es tradueix en un alleujament de la sensació dolorosa.

Mare 1:

- ...”bé perquè no tenia contraccions fortes, podem dir, eren tolerables.”
- “...va anar molt ràpid perquè en 10 minuts pràcticament ja va sortir el nen.”
- “La vaig utilitzar poc, una miqueta a l'inici per estimular...

Mare 2:

- *“Bueno, me cogí a la cama, en los barrotes e iba moviendo la pelota y se iba calmando bastante, aunque las contracciones eran muy fuertes, pero la pelota sí que me ayudó.”*
- *“...no me dio tiempo a las clases de pre-parto porque estuve más en el hospital que en casa. Y al coger la pelota vi que se calmaba bastante el dolor.”*

Mare 3:

- “Jo crec que sí, perquè al principi quan estàs assegut perquè et pots moure més, la pelvis i tota la zona, quan ha passat una contracció que no se't carrega, no t'ho notes tan carregat i després quan estava de genolls també. El quedar-me com descansant a sobre

esperant la següent contracció et quedes més relaxat perquè estava dreta al principi i quan has acabat de fer força entre les cames i tot no descances tant per esperar la propera.”

Mare 4:

- “El que és el dolor no, però sí que és veritat que relaxa.”
- “I sí, perquè ajuda, però clar, treure dolor? No sabria dir-te.”

Mare 5:

- *“a la izquierda y a la derecha entonces para ir, quieras que no vas notando la sensación de alivio porque las caderas se van moviendo, entonces es como que vas ayudando al bebe y a ti misma, al cuerpo, pues a que se vaya abriendo más, entonces ayuda mucho también.”*
- “Sí, sí que ayuda mucho, tanto incluso no solo durante no solo lo que es durante el trabajo de parto sino también tenerla durante el embarazo...”

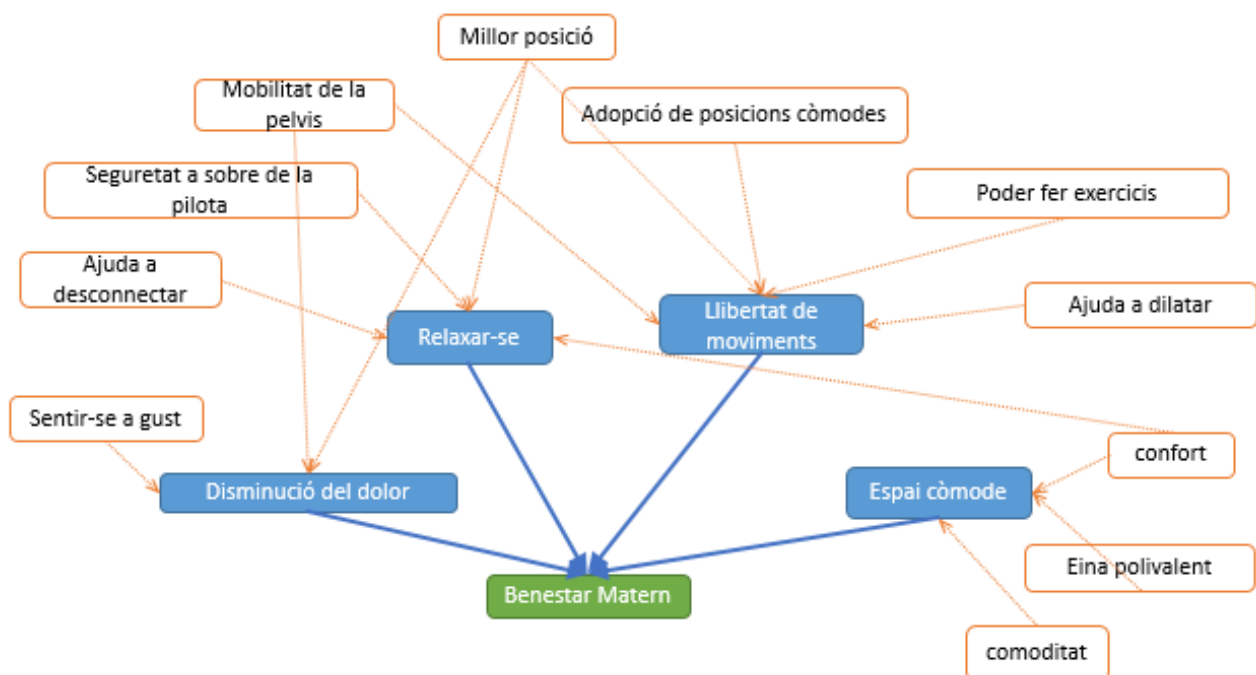


Figura 6. Benestar Matern

4.2 Valoració positiva de la pilota de part

4.2.1 Utilització en un futur

Les mares han manifestat la seva voluntat de tornar a utilitzar la pilota en un futur embaràs o part inclús seguir-la utilitzant després del part com un element rehabilitador per recuperar el to muscular de la zona i del sol pèlvic així com de tornar-la a utilitzar en un futur embaràs o part. La mare que no coneixia el seu ús en les sales de part també ha manifestat que en un futur embaràs l'utilitzaria a casa per seure.

Mare 1:

- "Tornaria a utilitzar la pilota en un futur."

Mare 2:

- *"Por supuesto, la volvería a utilizar en vez de estar sentada en el sofá pues estar sentada en la pelota"*
- *"...coger una pelota y sí porque tienes movimiento."*
- *"Incluso después si no te han cosido, ni nada, incluso después del parto utilizar la pelota, para relajar los músculos, a parte que se te ponga todo bien, y todo al sitio."*

Mare 3:

- "Jo per mi jo crec que és de les millors, la banyera, se que hi ha la banyera d'aigua calenta no sé que, però per mi crec que és la millor."

Mare 4:

- "Sí, segur. Segur inclús per fer estiraments quan ja passi la quarantena o així, per, per tornar el sol pèlvic també m'ho han recomanat, vull dir la tinc a casa i no la penso desinflar, i la tinc allà i sé que quan pugui que bonament doncs el bebè em deixi i que jo estigui més recuperada, la tornaré a fer servir. Ho tinc claríssim."

4.2.2 Recomanació a altres mares

Totes les mares se la recomanen a futures dones que hagin de ser mares perquè a elles les ha ajudat a relaxar-se, a trobar calma, a disminuir el dolor, a fer moviments per encaixar al seu bebè i s'han sentit a gust i còmodes amb la pilota.

Mare 1:

- “Sí, home la recomanaria com un element més sí, de relaxació i de bueno de na fent treball mentre estàs allà en aquell moment ja tan decisiu, sí.”

Mare 2:

- “Sí, sí, por supuesto.”

Mare 3:

- Sí, sí, suposo que també es veritat que si ho has utilitzat abans i saps de què va. Si de cop et diuen seu aquí i mou-te, ja tens prou entre contraccions per no caure de la . pilota i demés, però si ho has provat, sí que la recomanaria.”

Mare 4:

- “Sí, segur que sí, perquè a nosaltres ens ha anat molt bé, vull dir tant per mi com per la meva parella també perquè clar arribes al final del dia estàs molt pesada al final ja de l'últim trimestre de l'embaràs i tens molèsties, tens cremors, el menjar no se't posa bé... i és una vàlvula d'escap la pilota.”

Mare 5:

- “Sí, incluso en el primer embarazo y sobre todo en el parto con el primero la utilicé durante todo el rato y con las respiraciones pues no use nada más.”

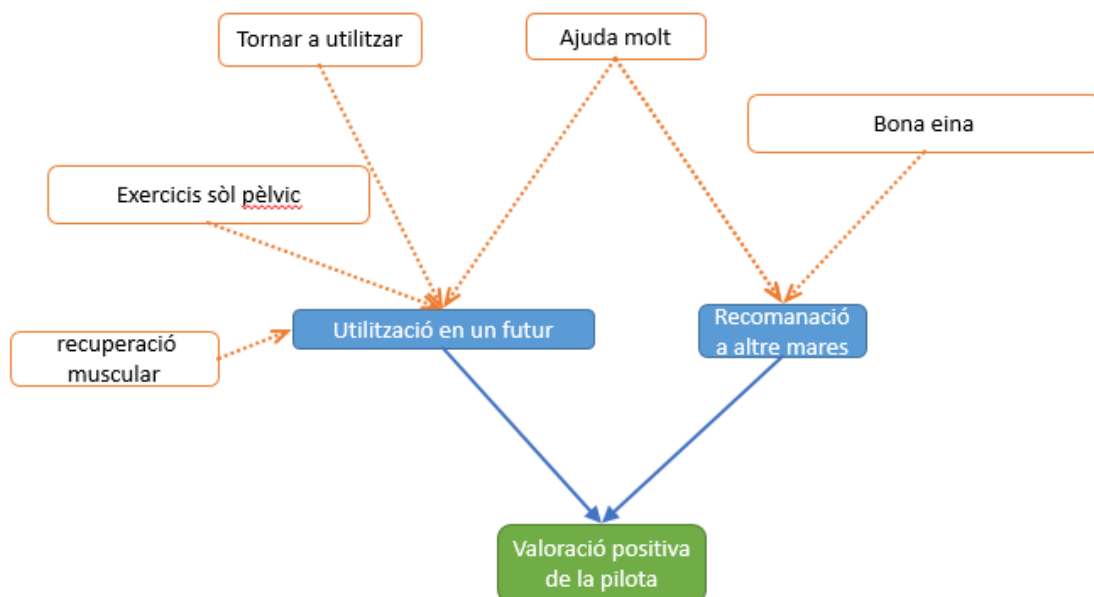


Figura 7. Valoració positiva de la pilota

4.3 Expectatives relacionades amb el nadó

4.3.1 Preocupació pel benestar del nadó

Les entrevistades senten preocupació per l'estat de salut del seu bebè. Volen que tot evolucioni bé i el nadó estigui bé de salut. Un nadó va requerir suport respiratori per l'adaptació extrauterina i la mare descriu aquell moment on no sentia el plor del nadó com el pitjor de la seva vida.

Mare 2:

- *"...nació con el cordón en el cuello, pff (suspiro), que susto y sin llorar. Le tuvieron que poner el oxígeno, se lo llevaron a la incubadora, porque nació frio. A parte yo no lo escuchaba, yo lo veía de lejos, que le ponían la mascarita y todo..."*
- *"...fue lo peor de mi vida, fue lo peor, el momento peor, yo decía: ¿qué le pasa? Nadie me dice nada..."*
- *"Estuvieron conmigo súper atentas porque había dos matronas, que me estaban mirando, enfermeras, pediatra. Pero claro en aquel momento da igual la gente que haya."*

Mare 4:

- *"...al ser primerenca doncs també tens molt de dubtes però vam fer les classes prepart i ens van explicar dons això que, que un part induït doncs era llarg i que podia comportar doncs segons quines coses i ens sentíem com una mica més preparats i més acompanyats, que potser sense tenir tanta informació, no? Però tot i així doncs no queda que bueno tens ganes de que tot vagui evolucionant bé. "*

Mare 5:

- *"lo que sí que la placenta se me quedo dentro, fue expulsada luego y...luego a raíz de ahí bueno pues tuve una pequeña hemorragia de alguna vena que sí que se había como perforado digamos y, pues, me pusieron unos puntos, pero después todo estaba correcto, tanto yo y la niña, entonces y después ya te llevan a planta y muy bien todo. Nació con un buen peso y todo, muy bien."*

4.3.2 Curiositat per conèixer el nadó

Les mares manifesten voler que el moment passi de pressa i tenen la certesa que el moment de conèixer al seu fill finalment ha arribat, saben que quan marxin a casa serà amb un nou membre de la família. Tenen ganes de veure'l, de posar-li cara, de saber com és.

Mare 1:

- "...també tu entres allà amb ganes ja de què s'activi tot..."
- "Esperar el moment."

Mare 2:

- *"...le he hablado siempre. Le dije que se tranquilizarla, que por favor saliera lo antes posible, que no me hiciera sufrir tanto, pero me sentía como te iba a decir, muy dolorida pero ilusionada y que sabía de qué ese día iba a salir. Que ese día ya no iba a venir al hospital y me iban a dar el alta, ir a casa, sino que, que lo iba a ver, que lo iba a ver."*

Mare 3:

- "...és el primer i no saps fins a quin punt pots arribar de preguntar o no..."

Mare 4:

- "...emocionada, doncs amb ganes de veure el nen, que tot estigués bé..."

Mare 5:

- *"...en algún momento sí, es como que te agobias un poco porque es como que ya quieres salir de esa situación. Pero a lo primero entre tranquila, en ningún momento dices bueno desde el primer momento me voy a poner nerviosa ni nada porque tampoco es que sirva mucho, la verdad(risas). Y, tratando de esperar a que bueno, a que te vayan diciendo bueno pues ya se va haciendo todo el proceso y tratando de buscar la calma de alguna manera."*

4.3.3 Recompensa el patiment

Les mares han expressat que el sofriment que senten o el dolor que tenen val la pena perquè recompensa tenir el seu fill en braços i tornarien a passar el moment.

Mare 2:

- *“La experiència ha sido, inexplicable. Es un amor infinito.”*

Mare 3:

- *“feia mal, però dins del què més o menys m’esperava; el que passa que amb l’epidural, va millorar molt la cosa.”*
- *“Molt bé el part, molt ràpid, tot genial.”*

Mare 4:

- *“Ha sigut una mica llarg perquè doncs clar, començar de zero perquè el bebè és una mica petit, i de la setmana 38. I vam estar doncs unes quantes hores fins que tot el cos doncs actuava i començaven a fer efecte les contraccions i les dilatacions i s’esborrava el coll de l’úter i així, i això ha sigut llarg, però la recompensa val la pena.”*
- *“...el dolor regular, perquè em van punxar tres epidurals perquè no van acabar de fer feina i es van desenganxar, l’agulla era curta i tenia dolor. I doncs això, però l’experiència la tornaria a repetir? Pues segurament quan passi més temps i tingui més d’això perquè la recompensa val la pena. Val la pena sí.”*

Mare 5:

- *“pero si lo tuviera que volver a pasar tanto ella como el primero lo volvería a hacer y por parto vaginal, sí.”*

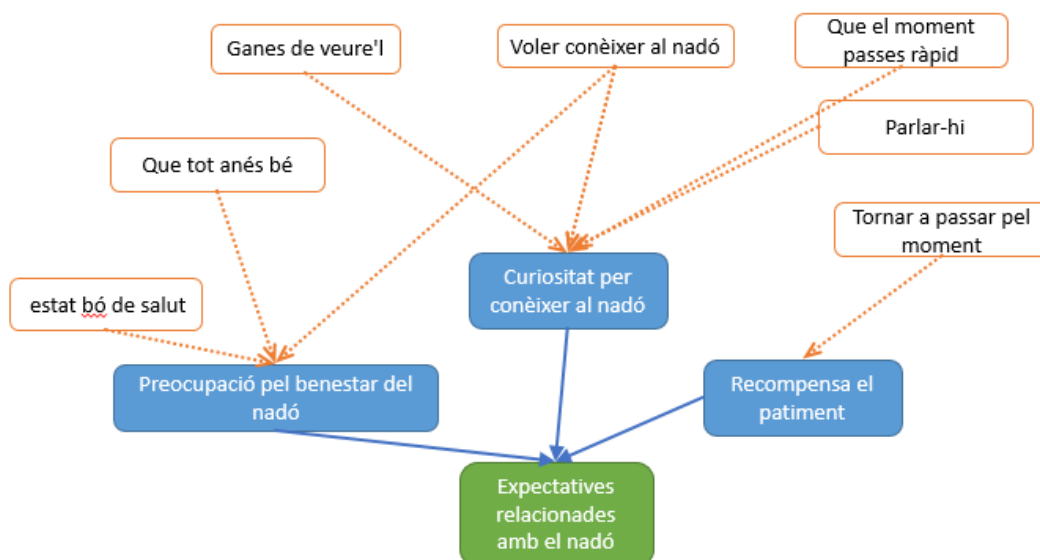


Figura 8. Expectatives relacionades amb el nadó

4.4 Paper d'infermeria

4.4.1 Proporcionar informació

Les infermeres i/o matrones han sigut les encarregades d'oferir la pilota com a eina per utilitzar durant la dilatació. Han proporcionat informació de com utilitzar la pilota, ja que es podia utilitzar tant a l'habitació o a la sala de parts. Alguna mare ja coneixia la pilota i la demanava ella.

Mare 1:

- “Elles em van insistir molt en utilitzar-la, vull dir que hi va haver una informació, a veure potser no tant de totes les possibilitats que té la pilota en aquell moment, perquè també tu entres allà amb ganes ja de que s'activi tot, vull dir que tu no estàs allà per rebre una gran classe de postures i tal; sinó que t'ho plantejes, jo almenys m'ho vaig plantejar més com.. però em van insistir tant que llavors *bueno* doncs em relaxaré...”

Mare 2:

- “...*me la ofrecieron al subir y en la habitación me la dieron y también la utilicé*”.

Mare 3:

- “...em van dir que és el que volia i vaig demanar-ho jo, i com ja ho coneixia, no els hi vaig demanar ajuda.”

Mare 4:

- “Casi les dues coses, perquè la sala on estàvem, estava molt bé i hi havien aquelles cordes, llavors vaig preguntar si es podia fer servir i em van dir que sí, i em vaig acompanyar de la pilota i clar fantàstic...”

- “...ens van indicar dos o tres maneres de fer-la i la que nosaltres ens sentíssim més còmodes, i al final doncs anàvem provant, tampoc no era allò, si ens deien sobre la marxa, tu mateixa. Posat, aixecat, fes no se que, que la teva parella t'acompanyi, que es posi per radere. Sí, mm.. no hi ha només una sola manera, vull dir que a cada moment tens o tens la contracció o estàs més bé o te bé de gust. O sigui que no és només d'un sol ús. és molt, és molt variat.”

Mare 5:

- *“Sí, ya la conocía, pero igualmente, aunque la conozcas ellos te la ofrecen digamos, te explican pues mira, entonces en todo momento te van ofreciendo, te van preguntando qué cuanto dolor tienes...”*

4.4.2 Acompanyar la dona durant el part

Les mares també expressen que s'han sentit molt recolzades durant el part perquè que han tingut una molt bona atenció per part de l'equip assistencial, han tingut un bon tracte, es senten cuidades i perquè han tingut informació sobre tot el procés.

Mare 2:

- *Entrevistadora: ¿estabas relajada abajo con la pelota?*
- *Mare 2: Sí, la verdad es que sí. Y sobre todo por las enfermeras.*
- *Entrevistadora: ¿Te dieron apoyo?*
- *Mare 2: Mucho.*

Mare 3:

- *“Super bé el tracte, la rapidesa, tot, l'atenció super bé.”*
- *“I quan vam pujar aquí a dalt, també tot, tot super bé. S'han portat molt bé a més el nen també, volent dir, no podem dir res.”*
- *“Ens van deixar participar en tot moment, ens preguntaven si el pare volia tocar el cap, si el volia mirar...”*

Mare 4:

- *“ens acompanyaven molt bé tant les llevadores com les infermeres i ens anaven dient en cada moment com estàvem, que venia després i com doncs més o menys doncs ens guiaven pel camí de...”*
- *“Bé, correcte, sí. Cadascú té el seu caràcter, la seva manera de ser però bé, bé. Penso que sí bé.”*

Mare 5:

- *Entrevistadora: Te sentiste acompañada digamos.*
- *Mare 5: Sí, en todo momento.*
- *“Me estuvieron controlando que siguiera con las contracciones y el corazón del bebé*

- “Y en todo momento pues te sientes acompañada y de decir bueno pues ya que ellas están todo el día en eso pues quieras que no pues preguntas cosas que no se te vienen a la cabeza pues dices a pues sí, tengo esto o ahí esto, entonces quieras que no estas más refugiada.”

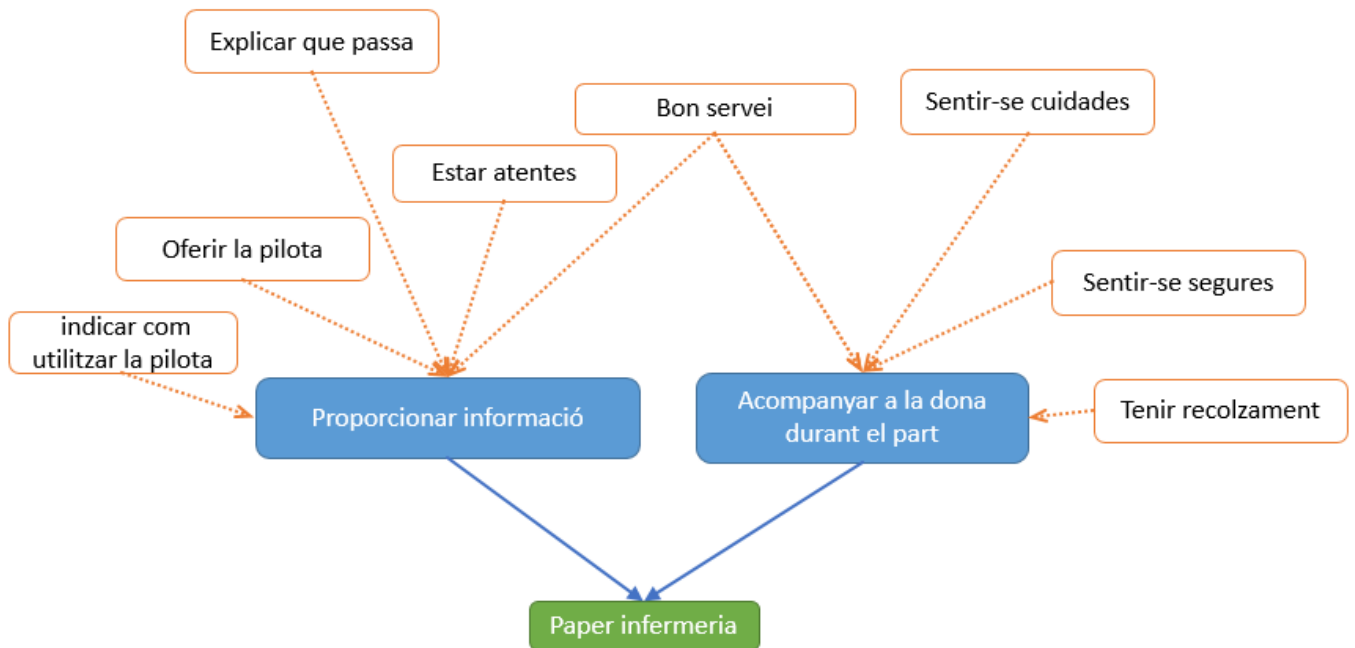


Figura 9. Paper infermeria

5. DISCUSSIÓ

Un cop finalitzada la investigació sobre l'experiència en la utilització de la pilota de part durant la dilatació es fa present la importància de tractar el dolor durant el procés del part i com els mètodes no farmacològics ajuden a disminuir aquest dolor. La pilota actualment s'utilitza en les sales de part del territori espanyol, ja que hi ha evidència científica de què ajuden a disminuir el dolor del part (11).

Segons Bogusława Pilewska-Kozak, et al.,(44) l'autocontrol durant el part sembla fonamental pel benestar de la dona, el 86.6% de les participants pensa que els mètodes no farmacològics per disminuir el dolor de part redueixen l'ansietat abans del naixement. Miquelutti, et al., (45) troben en el seu estudi que les dones associen tenir control de part amb la seva capacitat per manejar el dolor i l'ansietat. En ambdós estudis es conclou que assistir a classes prepart ajuda a tenir seguretat perquè aprenen a lidiar amb el dolor i tenen recursos per l'autocontrol a més, gràcies a la informació, tenen expectatives més reals sobre com anirà el part i això també provoca una major satisfacció materna.

En l'estudi de Levett, et al., (46) quan les dones tenen la informació necessària per decidir com volen el seu part així com la informació corresponent i saben el que passarà aconsegueixen sentir-se actives durant el procés del part i senten que participen, no es veuen subordinades a l'ordre dels facultatius el que aporta una major satisfacció amb el part. La distracció inclou proporcionar a les dones amb treball de part activitats específiques perquè es redueixin els pensaments i les ansietats. En el nostre estudi la satisfacció materna es relaciona amb un benestar que bé donat per la capacitat de relaxar-se, per tenir llibertat de moviments, per disposar d'un espai còmode on es senten segures i protegides tant per la parella com pel personal assistencial que tot plegat aconsegueixen que el dolor disminueixi.

Miquelutti, et al (45) refereixen que les tècniques no farmacològiques més utilitzades pel control del dolor són els banys i els massatges, en el nostre estudi dues dones han utilitzat les dutxes d'aigua calenta, tot i això una considera que la pilota és l'eina que més l'ajuda a controlar el dolor. Així mateix també notifiquen que sobre la pilota les seves parelles els hi poden proporcionar massatges. En el nostre estudi les participants troben la pilota de part una eina útil perquè els permet relaxar-se i estar còmodes.

En referència al dolor, Delgado García, et al., (47)) han mesurat la intensitat del dolor a partir d'una escala EVA als 4 cm de dilatació i el dolor global i han conclòs que el dolor és menor amb el grup que ha utilitzat la pilota en contra del que no l'ha utilitzat, així mateix Gau et al (31) van comparar el dolor als 4 i 8 cm de dilatació i també troben menor intensitat de dolor pel grup de dones que utilitza la pilota igualment, Taavoni, et al (22) afirmen que hi ha una reducció del dolor per gestants que utilitzen la pilota de part en el seu part. En el nostre estudi no es mesura quantitativament el dolor però sí què s'extreu que la pilota ajuda a què es relaxin, proporcionar comoditat, seguretat, actua com a eina de distracció i proporciona llibertat de moviments que fan que les dones puguin adoptar diferents posicions en què es troben més còmodes i s'adaptin millor a les contraccions i a la sensació dolorosa que produeixen obtenint així un major confort i major consciència del seu cos.

Pel que fa a la comoditat, les dones de l'estudi de Miquelutti (45) han referit trobar-se més còmodes quan adoptaven posicions verticals en comparació a posicions horitzontals que dificultaven la seva mobilitat i augmentaven la sensació de dolor durant les contraccions. En el nostre estudi la majoria l'utilitza asseguda a sobre coincidint amb l'estudi de James i Hudek (21) on la posició preferida per les participants també va ser assegudes sobre la pilota. En aquest mateix estudi es parla de l'apoderament de la dona perquè es centren en la pilota de naixement i es distrauen de la sensació dolorosa de les contraccions que és el mateix resultat que s'extreu del nostre estudi perquè consideren que els ha disminuït el dolor a l'alliberar la pressió que sentien en fer els moviments, i tot i això la que no considera que l'hagi ajudat a disminuir el dolor si considera que l'ha ajudat a relaxar-se i és una bona eina de distracció per anar fent treball de part.

El lloc i l'ambient per poder utilitzar la pilota és un factor important que propicia la seva utilització per exemple els materials naturals, la il·luminació tènue i l'ús de materials sensorials creen un ambient relaxant que fa que la interacció entre l'entorn i la resposta de la dona sigui profitosa en quant que les dones es relaxen i així ajudin a produir naturalment endorfines i oxitocina que alleugereixen el dolor. Townsend, et al. (48) al seu estudi identifiquen característiques que dificulten el part normal com són la manca de calor a l'esquena, la impossibilitat de controlar la il·luminació i/o la temperatura, les portes que es deixen obertes, els llocs i l'espai limitat per les famílies, el no tenir cap objecte familiar i la incapacitat d'accedir als banys d'aigua calenta. A més el llit segueix sent la característica dominant en la majoria de les sales de naixement on es centra tota l'atenció sobre el llit i que

el treball es faci a sobre del llit. Coincidint amb Townsend, les dones quan tenen que expulsar el nadó se'n van al llit ha fer-ho, i només es centren en empènyer a sobre el llit però, per contra, les participants del nostre estudi consideren que l'espai ha estat molt adequat, que han tingut intimitat, que estava condicionat per la utilització de la pilota, que les infermeres/llevadores els han ofert la possibilitat de donar-se banyeres d'aigua calenta i que la seva parella les ha pogut acompanyar durant tot el procés. En el nostre estudi les mares mentre dilataven han utilitzat la pilota i disposaven d'elements de subjecció per aguantar-se o fer força sí així ho desitjaven a més la recomanació per part de l'equip assistencial i les instruccions proporcionades han fet que la pilota s'hagi utilitzat, en menor o major mesura però ja sigui per relaxar-se, per disminuir el dolor o per estimular la dilatació les mares consideren que els ha fet servei. En aquesta línia de l'entorn actualment s'està realitzant un estudi (49) per comparar els resultats materns segons el part es produeixi en una habitació estàndard o en una habitació ambiental, com descriuen els autors de l'estudi, que recordi a ambients de la naturalesa que pretenen reduir l'estrès i generar major quantitat d'oxitocina endògena per produir contraccions, ja que aquesta hormona també augmenta el llindar del dolor.

6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

En ser una mostra reduïda i de conveniència, a causa dels terminis per realitzar el treball de fi de grau no ha permès arribar a la saturació teòrica de la informació. Tot i així ha permès dibuixar una situació real de la utilització de la pilota de part en el procés del part.

7. CONCLUSIONS

La pilota de part és una eina econòmica que no requereix d'una formació complexa i de fàcil disponibilitat que ajuda a disminuir el dolor del part. Es pot utilitzar amb o sense epidural i serveix per descansar el pes del cos i com a lloc on reposar i relaxar-se a més utilitzar-la asseguda a sobre comporta una posició vertical que ajuda al descens i encaixament del fetus pel canal del part que fan que el part es desenvolupi de manera adequada.

La pilota aconsegueix tranquil·litzar la dona mentre dilata, proporciona comoditat i confort a més de permetre una llibertat de moviments que fa que les dones puguin adaptar el seu cos a les contraccions i modular la pressió que senten en la zona disminuint així la percepció dolorosa.

La pilota també fa que les dones puguin rebre massatges o abraçades de la seva parella i es senten més protegides i segures.

La vivència del part ha estat positiva per a totes les participants i les pilotes els hi han agradat i consideren que els hi ha fet servei, per alleugerir el dolor, per relaxar-se o per estimular. Les llevadores i infermeres que recolzen i acompanyen a les dones durant el treball de part juguen un paper fonamental per a què aquetes tinguin vivències positives del seu part i oferir la pilota o altre mètodes no farmacològics per alleugerir el dolor o com a complement de mètodes farmacològics fa que les dones la utilitzin i així decideixen més aspectes del seu part.

L'evidència científica indica que la posició vertical i la llibertat de moviments durant el treball de part poden millorar l'efectivitat de les contraccions com a conseqüència la durada del treball es redueix i la quantitat de naixements vaginals s'incrementa amb una menor probabilitat de cesària. La pilota de part compleix aquests dos requisits i és una bona eina per utilitzar durant el part.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. Educación maternal: preparación para el nacimiento. [Internet] Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Barcelona; 2009. p. 92-108
2. Martínez C, Torrens R.M. Enfermería de la mujer I [Internet] DAEeditorial-Grupo Paradigma. 3a ed. 2017 p. 18-22
3. Purizaca-Benites, Manuel, La placenta y la barrera placentaria. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2008, 54 [citad el 29 de novembre de 2018]. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428190008> ISSN 2304-5124
4. Medlineplus.com. Anatomia de la placenta normal [Internet]. Revisat el 19 d'abril de 2018. [citad el 28 de novembre de 2018]. Disponible a: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17010.htm
5. Álvarez-Díaz, Jorge Alberto, Mecanismo de la fecundación humana. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2007, 53 (Gener-Març) [citad el 27 de novembre de 2018] Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183009> ISSN 2304-5124
6. Direcció General de Salut Pública. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. [Internet]. Barcelona; 2003. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_assistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf?sequence=1
7. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. [Internet] Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011. Disponible a: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
8. Martínez C, Torrens R.M. Enfermería de la mujer I [Internet] DAEeditorial-Grupo Paradigma. 3a ed. 2017 p. 166, 172
9. Editor: Castán S, Tobajas J.J. Obstetricia para matrones: Guía práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
10. Bobi B, Pelegay M.J. Procediment d'actuació de la llevadora en l'assistència natural al part normal (Internet). HUAV. Lleida. Versió 03, any 2016.

11. Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
12. Stephenson P. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto: una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto. [Internet]. 2006 [citad el 20 de novembre de 2018]. Disponible a: <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A34.PDF>
13. WHO. Active Management of the third stage of labour. [Internet]. [citad el 29 de novembre de 2018]. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119831/WHO_RHR_14.18_eng.pdf;jsessionid=47A9331C18514C758793BE23AF173F71?sequence=1
14. Cecilia A.M, Hernanz L, Ballesteros C, Arreo V, Domingo L. Manual AMIR enfermería. Enfermería maternal. 8a ed. Marbán Printing; 2019
15. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. In: Lawrence A, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [citad el 7 d'abril de 2019]. p. CD003934. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>
16. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. In: Gupta JK, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citad el 9 d'abril de 2019]. p. CD002006. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2259268>
17. Espinosa L. Parto: mecanismo, clínica y atención. En: Morales J.L, editor. Antecedentes históricos de la atención al parto. México: El Manual Moderno; 2009. P. 1-7
18. Argüello-Avendaño H.E, Mateo-González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado?: Evolución del discurso de los organismos Internacionales en los últimos veinte años. LiminaR [Internet]. 2014 juliol-diciembre [citad el 10 de desembre de 2018]; 12(2), 13-29. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5572381>
19. González de Zárate J, Fernández B, Gómez J.I. Historia del alivio del dolor del parto en España. An Real Acad Med Cir Vall [Internet]. 2015 març [citad el 10 de desembre de

2018]; 52: 71-84. Disponible a: <file:///C:/Users/emm30/Downloads/DialnetHistoriaDelAlivioDelDolorDelPartoEnEspana-5530819.pdf>

20. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermería Glob [Internet]. 2014 Jan 1 [citad el 10 de desembre de 2018];13(1):400–6. Disponible a: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/162>

21. Sindiwe J, Hudek M. Experiences of South African multiparous labouring women using the birthing ball to encourage vaginal births. Health SA Gesondheid [Internet]. 2017 [citad el 3 de gener de 2019] ; 22: 36-42. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S102598481630031X>

22. Taavoni, Simin & Abdollahian, Somayeh & Haghani, Hamid & Neysani, Leyla. (2011). Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized Controlled Trial. [Internet] J Midwifery Women's Health. 56. 137-40. 10.1111/j.1542-2011.2010.00013.x

23. Pérez E, Serrano N, Usabiaga P, Lombardo S, Uriol P, Lobera I. Manejo del dolor durante el parto. Educare [Internet]. 2013 [citad el 24 d'abril de 2019]. Disponible a: <https://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/621148/>

24. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 May 21 [citad el 24 d'abril de 2019]; Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000331>

25. Luces Lago A, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. Rev Rol Enfermería [Internet]. 2014 [citad el 8 d'abril de 2019]; 37(3):188–94. Disponible a: <https://medes.com/publication/89048>

26. Fournier, D., Feeney, G., & Mathieu, M.-E. Outcomes of Exercise Training Following the Use of a Birthing Ball during Pregnancy and Delivery. J Strength Cond Res [Internet]. 2017 (31):7 [citad el 21 de gener de 2019]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28079671>

27. Cots Paltor MI et al. Beneficios de la pelota de partos (birth ball) en la sala de partos. Metas de Enferm [Internet]. nov 2010; 13(9): 62-65 [citad el 21 de gener de 2019]. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3317824>

28. Gómez S, Villamor E.M, Fernández F. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016; 25. [citad el 9 de desembre de 2018]. Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n25/242.php>
29. Deliktas Demirci A, Kabukcuglu K, Haugan G, Aune I. "I want a birth without interventions": Women's childbirth experiences from Turkey. Women and Birth [Internet]. 2018 [citad el 29 de gener de 2019]; Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30600167>
30. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No.650. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol [Internet]. 2015; 126: 135-42 [citad el 20 de gener de 2019]. Disponible a: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Physical-Activity-and-Exercise-During-Pregnancy-and-the-Postpartum-Period>
31. Gau M.L., Chang C.Y, Tian S.H, Lin K.C. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan. Midwifery [Internet]. 2011 [citad el 4 de febrer de 2019]; 27:293-300. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613811000192>
32. Barasinski C, Debost-Legrand A, Lémery D, Vendittelli F. Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. Midwifery [Internet]. 2018 [citad el 6 de febrer de 2019]; 56:79–85. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29096283>
33. Bueno-Lopez V, Fuentelsaz- Gallego C, Casellas-Caro M, et al. Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. Birth [Internet]. 2018;00:1-8. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>
34. Burgosconecta.es Marin E. El cojín anti-cesárea: un invento pionero que corrige la posición del feto en el parto. [citad el 22 de gener de 2019]. Disponible a: <https://www.burgosconecta.es/sociedad/salud/cojin-anticesarea-invento-matrona-barcelona-20181204160119-ntrc.html>

35. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: Transforming care of women and babies for improved Health and well-being [Internet]. 2018 [citat el 8 de desembre de 2018].
36. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Atenció al part normal. Guia adreçada a dones embarassades, futurs pares i als seus acompanyants i familiars [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [citat el 8 de desembre de 2018]. Disponible a:
http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/guia_part_normal_embarassades_aquas2015.pdf
37. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO [Internet]. 2015 [citat 15 de desembre de 2018] ; Disponible a:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
38. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Portal Estadístico: Área de Inteligencia de Gestión [Internet] Madrid: Gobierno de España; [actualitzat el 15 d'octubre de 2018; citat el 4 de febrer de 2019]. Disponible a:
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.msrebs.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
39. EESRI, Estadística dels centres hospitalaris de Catalunya, 2016. Resum de resultats Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica (SGAIBE) Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, maig del 2018. [citat el 4 de febrer de 2019]. Disponible a:
<http://salutweb.gencat.cat/web/.content/departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/establiment-sanitaris-amb-regiment-de-internament/estadis16.pdf>
40. Gerència territorial Girona. Institut Català de la Salut. Memòria 2017. [Internet] [citat el 10 de febrer de 2019]. Disponible a:
http://www.icsgirona.cat/adjunts/files/mem%C3%B2ria_GT_Girona_2017_impressi%C3%B3_ok.pdf
41. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01

42. Graham Gibbs. El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
43. Ceictrueta.cat [Internet]. Girona: Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica Hospital Doctor Josep Tureta [citad el 29 d'abril de 2019]. Disponible a: <http://www.ceictrueta.cat/metodes.php?idm=1>
44. Pilewska-Kozak AB, Klaudia P, Celina Ł-K, Beata D, Grażyna S, Magdalena B. Non-Pharmacological Methods of Pain Relief in Labor in the Opinion of Puerperae – A Preliminary Report. Ann Womens Health. [Internet]. 2017; 1(1): 1005 [citad el 11 de maig de 2019]. Disponible a: http://www.remedypublications.com/annals-of-womens-health/articles/pdfs_folder/awh-v1-id1005.pdf
45. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 5 de desembre de 2013 [citad el 11 de maig de 2019] ;13(1):171. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007540>
46. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth – Experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery [Internet]. 2016 Sep [citad el 29 d'abril de 2019]; 40:124–31. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428108>
47. Delgado-Garcia BE, Orts-Cortes MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Perez P. Randomised controlled clinical trial to determine the effects of the use of birth balls during labour. Enferm Clin [Internet] 2012 [citad l'11 de maig de 2019]; 22(1):35-40. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885314>
48. Townsend B, Fenwick J, Thomson V, Foureur M. The birth bed: A qualitative study on the views of midwives regarding the use of the bed in the birth space. Women Birth [Internet]. 2016 Feb 1 [citad el 29 d'abril de 2019]; 29(1):80–4. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26386523>
49. Lorentzen I, Andersen CS, Jensen HS, Fogsgaard A, Foureur M, Lauszus FF, et al. Study protocol for a randomised trial evaluating the effect of a “birth environment room” versus a standard labour room on birth outcomes and the birth experience. Contemp Clin Trials Commun [Internet]. 2019 Jun [citad el 29 d'abril de 2019]; 14:100336. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S245186541830125X>

ANNEXOS

ANNEX 1. APROVACIÓ CEIC



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telefon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 26/02/2019 ha avaluat el projecte: "Experiència en la utilització de la pilota de part durant la dilatació". Cod PP1. amb la Sra. EVA MARINEZ MILLAN com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedixo aquest certificat.

Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta
Comitè Ètic
d'investigació Clínica
Institut Català de la Salut

Girona, a 12/03/2019

ANNEX 2. FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT

ESTUDI QUALITATIU

Soc l'Eva Martínez Millán, estudiant del 4rt curs del grau d'Infermeria de la Universitat de Girona i amb motiu del treball final de grau estic realitzant un estudi qualitatiu per conèixer l'experiència sobre la utilització de la pilota de part durant el part.

Un part és un procés únic i personal que finalitza amb el naixement d'un nou ésser viu. Aquest procés és dolorós pels canvis que es produeixen en el cos de la dona per poder donar a llum. En els darrers temps les pilotes de part estan guanyant popularitat com a mètode no farmacològic per a disminuir el dolor durant el part.

Aquest estudi qualitatiu té com a objectiu descriure l'experiència de l'ús de la pilota de part en el període de dilatació i conèixer l'opinió pel que fa al maneig del dolor així com les percepcions i els sentiments d'aquesta eina no farmacològica.

Per aquest motiu demano la seva participació en l'estudi i poder-li fer una entrevista, d'uns 30 minuts de durada, de la qual es gravarà l'àudio per després poder analitzar i obtenir resultats.

En tot moment es respectarà la confidencialitat tant de la informació obtinguda a través de la gravació així com de l'anonimat de les seves dades personals i es tractaran seguint el compliment de la llei 15/1999, del 13 de desembre de Protecció de dades personals del Govern d'Espanya, la LOPD 2018 adaptada al Reglament Europeu de Protecció de dades, i les directrius de la declaració de Hèlsinki.

Moltes gràcies.



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

ESTUDIO CUALITATIVO

Soy Eva Martínez Millán, estudiante del 4to curso del grado de enfermería de la Universidad de Girona y con motivo del trabajo final de grado estoy realizando un estudio cualitativo para conocer la experiencia sobre la utilización de la pelota de parto durante el parto.

Un parto es un proceso único y personal que finaliza con el nacimiento de un nuevo ser vivo. Este proceso es doloroso por los cambios que se producen en el cuerpo de la mujer para poder dar a luz. En los últimos tiempos las pelotas de parto están ganando popularidad como método no farmacológico para disminuir el dolor durante el parto.

Este estudio cualitativo tiene como objetivo describir la experiencia del uso de la pelota de parto en el periodo de dilatación y conocer la opinión en cuanto al manejo del dolor, así como las percepciones y los sentimientos de este método no farmacológico.

Por este motivo pido su participación en el estudio y poderle hacer una entrevista, de unos 30 minutos de duración, de la que se grabará el audio para después poder analizar y obtener resultados.

En todo momento se respetará la confidencialidad tanto de la información obtenida a través de la grabación, así como del anonimato de sus datos personales y se tratarán siguiendo el cumplimiento de la ley 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de datos personales del Gobierno de España, la LOPD 2018 adaptada al Reglamento Europeo de Protección de datos, y a las directrices de la declaración de Helsinki.

Muchas gracias.



ANNEX 3.FULL DE RECOLLIDA DE DADES

Inicials mare: _____

- Data del part: _____
- Edat materna: _____
- Nacionalitat/ comarca de residència: _____

- Nivell d'estudis materns:
 - Sense estudis
 - Estudis primaris
 - Estudis secundaris
 - Formació professional de grau mitjà
 - Formació professional de grau superior
 - Estudis universitaris
 - Doctorats / màster

- Situació laboral materna
 - Activa
 - Estudiant
 - Pensió per discapacitat/minusvàlua
 - Treball domèstic no remunerat

- Estat civil:
 - Soltera
 - Casada
 - Amb parella
 - Separada
 - Divorciada
 - Vídua
- Qui va acompanyar a la mare durant el part?
 - Marit/parella
 - Mare
 - Sogra
 - Altre familiar
 - Amic/ga

- Tipus de part:
 - Vaginal eutòcic ____ distòcic: ____
 - Cesària

- Embarassos previs, cesàries: sí/no

- Episiotomies o esquinçaments: sí/no grau de l'esquinçament (grau I, grau II, grau III, grau IV)

ANNEX 4. GUIÓ DE L'ENTREVISTA

- Com s'ha sentit durant la dilatació?

- Ha utilitzat la pilota de part durant el seu part?
On? Amb quina freqüència?

- Si no l'ha utilitzat anteriorment, ha rebut instruccions/ indicacions per a la utilització de la pilota de part?

- Ha tingut un espai còmode per a poder realitzar els exercicis sobre la pilota de part?
- S'ha sentit còmoda i segura en realitzar els exercicis? Quina posició ha sigut la que més confort li ha aportat?

- Ha sentit recolzament durant la dilatació?
per la parella i/o infermera/llevadora durant la utilització de la pilota de part?

- Considera que l'ha ajudat a disminuir el dolor en la fase de dilatació?
I en l'expulsiu ? (si l'ha utilitzat)

- Tornaria a utilitzar la pilota en un futur part?

- Recomanaria l'ús de la pilota a altres dones?

ANNEX 5. CONSENTIMENT INFORMAT

Títol de l'estudi: Experiència en la utilització de la pilota de part durant la dilatació.

Centre: Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

L'objectiu d'aquest estudi es conèixer l'experiència viscuda per la dona durant el seu part en relació amb l'ús de la pilota de part, valorar la satisfacció en l'ús de la pilota i si consideren que els ha sigut efectiva per a disminuir el seu dolor.

Es realitzarà una entrevista narrativa per part de la investigadora per recollir les vivències relacionades amb el seu procés de part. La duració aproximada d'aquesta entrevista serà d'uns 30-45minuts. La informació obtinguda mitjançant d'aquesta entrevista serà tractada sota la màxima confidencialitat i garantint l'estricta compliment de la llei 15/1999, del 13 de desembre de Protecció de dades personals del Govern d'Espanya, la LOPD 2018 adaptada al Reglament Europeu de Protecció de dades.

Aquest estudi forma part del Treball Final de Grau de l'alumna Eva Martínez Millán (4art curs del grau d'Infermeria) de la Universitat de Girona.

Jo _____ (nom _____ i _____ cognoms):

Declaro conèixer l'objectiu d'aquest estudi i he pogut fer preguntes sobre el mateix, de manera que afirmo que he rebut suficient informació al respecte.

Comprenc que puc retirar el meu consentiment per la participació en qualsevol moment, sense tenir que donar explicacions i sense que això repercuteixi en els meus cuidats mèdics.

Voluntàriament dono la meva conformitat per participar en aquesta estudi i per a què se'm gravi l'àudio durant la entrevista.

Firma de la investigadora:

Firma de la participant:

Data: