

LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON EL MANEJO DE SU PARTO EN ROTURAS PREMATURAS DE MEMBRANAS

Felipe Santiago Fernández Méndez* ⁽¹⁾⁽²⁾ María Mercedes Novo Muñoz ⁽²⁾,
José Ángel Rodríguez Gómez ⁽²⁾, José Manuel Díaz González ⁽²⁾, Armando
Aguirre Jaime ⁽³⁾

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

(2) Universidad de La Laguna

(3) Instituto de Investigación en Cuidados del Iltre. Colegio Oficial de Enfermeros de Tenerife.

ene
revista de enfermería

Fernández Méndez, F., Novo Muñoz, M., Rodríguez Gómez, J., Díaz González, J., & Aguirre Jaime, A. (2019). **La satisfacción de las mujeres con el manejo de su parto en roturas prematuras de membranas.** *Ene* 13(3). Consultado de www.ene-enfermeria.org

FICHA DE TESIS

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN EL MÉTODO DE INDUCCIÓN AL PARTO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

DEPARTAMENTO: ENFERMERÍA

FECHA DE LECTURA: 14/07/2017

PROGRAMA DE DOCTORADO: PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

Resumen

La rotura prematura de membranas es una situación frecuente entre los motivos de ingreso y de manejo activo del parto. El conocimiento de nivel de satisfacción de las puérperas tras los cuidados recibidos en la atención de su proceso al parto y nacimiento permite entender su vivencia y mejorar la evidencia en el manejo de la finalización de las gestaciones. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de satisfacción de las mujeres según el manejo del parto en roturas prematuras de membranas. El diseño fue descriptivo, de corte transversal y desarrollado en dos hospitales de tercer nivel de Tenerife. Las 598 puérperas incluidas en el estudio autocumplimentaron voluntariamente el cuestionario "Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale" validado al castellano y se recogieron las variables a estudio mediante la ulterior entrevista y revisión de la historia clínica antes del alta hospitalaria. Las puntuaciones de la satisfacción se confrontaron a través de pruebas no paramétricas a un nivel de significación estadística $p < 0,05$ con un paquete estadístico. No se hallaron diferencias en la satisfacción en las mujeres sometidas a un manejo activo por medio de los distintos métodos de inducción en las mujeres que presentaron rotura prematura de membrana, así como tampoco entre el

manejo espontáneo y el activo del parto.

La monitorización y mejora de la calidad de los cuidados de las intervenciones obstétricas pasa por incorporar la perspectiva de la mujer a través de su satisfacción y adaptar el modelo de atención al parto a las necesidades de las madres, recién nacidos y sus familias.

Palabras clave: Gestión Clínica, Calidad, Escala de Satisfacción, Rotura prematura de membranas, Manejo del Parto.

Abstract

Women's satisfaction with the management of their birth in premature ruptures of membranes. Premature rupture of membranes is a common situation among reasons for admission and active management of labor. Knowing satisfaction of the women after the care received in the care of their birth and birth process allows them to understand their experience and improve the evidence in the management of the end of pregnancies. The objective of the study was to determine the level of satisfaction of women according to the management of labor in premature rupture of membranes. The design was descriptive of cross section in two hospitals of the third level of Tenerife. The 598 women included in the study voluntarily self-completed the "Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale" validated in Spanish. Variables were collected by means of the subsequent interview and review of the clinical history before hospital discharge. Satisfaction scores were compared using nonparametric tests with a significance level $p < 0.05$ by statistical package. No differences were found in the satisfaction of women with premature rupture of membranes subjected to an active management through the different methods of induction, as well as between spontaneous and active management of labor. Monitoring and impro-

ving the quality of care for obstetric interventions involves incorporating the perspective of women through their satisfaction. Adapting the childbirth model to the needs of mothers, newborns and their families.

Keywords: Clinical Management, Quality, Satisfaction Scale, Premature rupture of membranes, Labor Management.

INTRODUCCIÓN

El parto y nacimiento constituyen una de las vivencias de mayor impacto psicológico¹ para las mujeres, donde la tecnificación de la atención al parto, en un sistema médico intervencionista, ha supuesto la pérdida de protagonismo y autonomía de las parturientas y se las ha sometido a una situación de vulnerabilidad al limitar sus necesidades y expectativas. Es por ello por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS)² ha instado, tanto a profesionales sanitarios como a instituciones, a revisar este paradigma de asistencia impulsando la desmedicalización del parto y con ello la reducción de prácticas innecesarias³.

La exigua tasa de morbi-mortalidad relacionada con el parto y nacimiento, ha llevado a las futuras madres a incrementar sus expectativas sobre la vivencia⁴ y esperar a tener una experiencia positiva y de crecimiento personal tras este⁵. Ello pone de relieve la necesidad de valorar de manera integral a la mujer, tanto en sus connotaciones físicas como psicológicas que influyen en la experiencia del parto⁶, y donde el bienestar emocional del postparto puede estar relacionada con dicha situación^{7,8}.

Calidad y Satisfacción

La prestación de una atención integral de salud en la que se procure unos niveles altos de calidad y su mejora ha de ser evaluada y controlada⁹ como elemento de información en la toma de decisiones para las instituciones y los profesionales sanitarios.

La idea de calidad fundamentada en la satisfacción de las necesidades de las usuarias y su percepción viene determinada por sus expectativas. Es decir, la satisfacción de una madre vendrá dada por la diferencia entre sus expectativas y su percepción del servicio prestado¹⁰. Esta calidad individualizada¹¹ tiene como meta perfeccionar la experiencia de bienestar del cliente analizando los procedimientos a través de la información aportada sobre las competencias profesionales y las características de las actividades asistenciales llevadas a cabo.

La evaluación de satisfacción en el parto es imprescindible, no sólo como indicador de calidad y de coste-efectividad sino, además, por las consecuencias que esta tiene para la salud y el bienestar de la madre y su hijo o hija¹². La satisfacción es el resultado más frecuentemente obtenido como medida de la calidad de la atención a los procesos asistenciales¹³ y la optimización de esta

es un objetivo en los cuidados de la salud¹⁴. Si la mujer percibe los cuidados favorablemente o equiparable a sus expectativas estará más satisfecha, pero, en caso contrario, experimentará una menor satisfacción¹⁵. Además, ayuda a valorar la comprensibilidad de la información dada para la participación en la toma de decisiones y permite a los profesionales sanitarios proponer entre varias alternativas organizativas o de tratamiento¹⁶.

El Parto Humanizado

No existen característica definitiva que diferencie el parto natural del parto normal “ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado”¹⁷. Sin embargo, la mediación por parte de los profesionales sanitarios a través de ciertas intervenciones tiene como fin garantizar un proceso que sea lo más natural posible. A pesar de ello, en ocasiones existen motivos por los que se requiere tomar un manejo activo para la inducción del parto o la estimulación de este frente a una manejo expectante y espontáneo.

La Declaración de Ceará en Fortaleza (Brasil) que manifiesta que “el parto y nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización

del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”¹⁸. Durante la última década, asociaciones de mujeres, sociedades profesionales y las administraciones públicas han reivindicado esta “humanización del parto”³ y nacimiento en el sistema de salud español, surgiendo con ello la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad.

El propósito de garantizar los cuidados durante el proceso del parto y nacimiento han de permitir que la parturienta se “empodere” en su parto, fomentando la capacidad natural de las mujeres de llevar a cabo un parto con la menor intervención posible, así como de la monitorización del bienestar físico y psicológico por medio de una atención integral¹⁹. Ello evoca al concepto de “Parto Respetado”, entendiéndose como aquel en el que se realizan las intervenciones estrictamente necesarias bajo la última evidencia científica y previo consentimiento informado, verbal o escrito, de tal manera que la mujer se sienta parte activa de su proceso de parto y nacimiento del recién nacido.

La Rotura Prematura de Membranas

La rotura prematura de membrana a término es un inconveniente frecuente en las gestaciones cuya incidencia se sitúa entre un 3% y un 18% de los embarazos. Esta circunstancia conlleva la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del momento del inicio del parto y, por consiguiente, la salida de líquido amniótico de la cavidad amniótica a través del cérvix y la vagina²⁰. Se relaciona con cerca de un 8% de todos los embarazos²¹ y suele sobrellevar el inicio del trabajo de parto tras un tiempo de latencia sin contracciones uterinas o irregulares de unas 6 horas²². El 79% de las embarazadas inician espontáneamente el trabajo de parto a las 12 horas y el 95% en las primeras 28 horas, dando a luz en las 72 horas posteriores²³.

Algunos estudios sobre rotura prematura de membranas a término han concluido que la inducción al parto tiene beneficios frente a una conducta expectante^{21,23,24}. Las sociedades científicas americanas y europeas de obstetricia recomiendan la posibilidad del manejo expectante si no existe contraindicación^{21,25,26}.

La inducción del parto es uno de los procedimientos más frecuentes en

obstetricia, aumentando su uso en todo el mundo de un 9,5% a un 23,2% entre los años 1990 y 2009²⁷. Esta no sólo tiene implicaciones médicas que afectan a las madres y/o fetos, sino que también tiene repercusiones en la carga asistencial de los paritorios en relación con los partos espontáneos. Los costes del procedimiento se ven incrementados por el mayor requerimiento de intervencionismo que afecta a la vivencia del parto por parte de la mujer con una mayor experiencia de dolor y una menor eficiencia de este proceso inducido que los de inicio espontáneo²⁸.

La inducción consiste en la elaboración de contracciones uterinas capaces de desencadenar el parto vaginal, con el objetivo de concluir la gestación²⁹. Constituye uno de los procedimientos obstétricos más frecuentes realizado para estimular las contracciones uterinas para alcanzar las modificaciones cervicales antes del inicio del trabajo de parto espontáneo que está regulado por las distintas sociedades científicas^{26,28,30}.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de satisfacción de las mujeres según el manejo del parto en roturas prematuras de membranas.

Los objetivos específicos son:

- Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de la muestra.
- Averiguar el grado de satisfacción de las mujeres en el proceso de atención al parto y nacimiento.
- Examinar si existen diferencias en la satisfacción en las gestantes inducidas al parto según el método de inducción llevado a cabo en los ingresos con rotura prematura de membranas.
- Analizar la intensidad del efecto de los factores considerados en el estudio sobre la satisfacción.

MÉTODO

El ámbito donde se desarrolló la investigación, tras el dictamen favorable del Comité Ético, fueron los servicios de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), categorizados ambos como hospitales de tercer nivel con una población de referencia que abarca todas las islas de la provincia de Tenerife.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional de corte transversal, utilizando el cuestionario validado Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale (MSCRS)^{13,31,33} que fue cumplimentado por las mujeres de los servicios de obstetricia previo al alta hospitalaria. La recopilación previa de información del proyecto requirió una revisión bibliográfica a partir de distintas bases de datos y buscadores científicos mediante las palabras clave: parto, satisfacción del paciente, calidad percibida, rotura prematura de membranas, inducción del parto.

La población del estudio fueron las 5.503 puérperas atendidas en los servicios de obstetricia (planta obstétrica) del CHUC y del HUNSC durante el año 2016. Tras un muestreo no probabilístico intencional entre mayo y noviembre sobre 842 puérperas aceptaron participar 754. Una vez aplicados los crite-

rios de exclusión, la muestra resultante fue de 598 mujeres, a partir de la cual se estratificó una muestra de 229 mujeres que ingresaron por rotura prematura de membrana. Este aspecto otorgó al estudio un poder del 95%, una seguridad del 95% y una precisión de 1,5 puntos.

Para la realización del estudio se han utilizado dos cuestionarios como instrumentos de registro de datos: uno de variables sociodemográficas y obstétrica, a partir de los factores relacionados, y el cuestionario de satisfacción. Las mujeres autocumplimentaron la escala que consta de 36 ítems tipo Likert del 1 al 5, cuya suma tiene como resultado la variable dependiente Satisfacción Global. El rango de la escala es de 36 a 180 puntos y esta, a su vez, se puede dividir en 6 subescalas o factores: (I) Obstetra, (II) Matrona, (III) Dilatación, (IV) Expulsivo, (V) Recién Nacido y (VI) Acompañante y Confort.

El análisis estadístico descriptivo se expresó mediante distribución y frecuencia de las variables. Ante las diferencias de rangos de las subescalas de satisfacción, debido al número de ítems que las componen, se calcularon los promedios. Para el análisis inferencial se emplearon métodos no paramétricos (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis) por la naturaleza ordinal o de no norma-

lidad en su distribución. Las diferencias y las asociaciones estadísticas entre las variables fueron consideradas significativas con un p inferior a 0,05 y la dimensión del efecto se estimó mediante la d de Cohen.

RESULTADOS

El estudio ha contado con una participación de 71% una vez aplicados los criterios de exclusión. Las puérperas de la muestra fueron mujeres con una media de edad de 32 años, siendo el grupo más numeroso el de las madres mayores de 30 hasta los 48 años (67%). La mayoría eran mujeres solteras (53%) que convivían con sus parejas (95%). Asimismo, presentaban un nivel de instrucción mayoritario equiparado a los estudios secundarios completados (55%), estaban en disposición de un trabajo remunerado (66%), con nacionalidad española (88%) y que experimentaron el nacimiento su primer hijo (58%).

En el momento del parto, las mujeres de la muestra se encontraban en la semana 39 [29-41] de gestación. La mayor parte de los partos eran a término (93%) y el motivo de ingreso más frecuente fue la rotura prematura de membranas (41%) y el de inducción del parto (49%). Además, un 63% de todos los partos presentaron algún motivo para el manejo activo del mismo. En general, las mujeres de la muestra obtuvieron un parto eutócico (82%) atendido por una matrona (66%).

La escala presentó una alta confiabilidad con un Alpha de Cronbach de 0,943 para los 36 ítems. El promedio de

la puntuación de la satisfacción global fue de 163 (124,9-180,0) puntos (mediana [percentil 5-percentil 95]). Al comparar el promedio de la satisfacción global con los distintos factores que la componen, se puede observar que el factor III, relacionado con la vivencia de la dilatación durante el parto, es la subescala que menos puntúa y el factor V asociado a la experiencia con el Recién Nacido la que más se valora (ver [tabla 1](#)).

En la muestra de mujeres ingresadas por rotura prematura de membranas con edad gestacional superior a 34 semanas, no se apreciaron diferencias con significación estadística en los valores de la satisfacción global entre el grupo que tenía manejo espontáneo con respecto al grupo que experimentó un manejo intervenido (inducidos o estimulados). De la misma manera, las puntuaciones en los factores que constituyen la satisfacción global no mostraron significación estadística. Las distintas estimaciones registradas según el tipo de dilatación (espontáneo, inducido o estimulado) no mostraron consistencia para la satisfacción global.

No obstante, las dilataciones estimuladas obtuvieron mayor puntuación que las espontáneas y las inducciones al parto la menor. Asimismo, las puntuaciones en las subescalas de la satisfacción

global no resultaron estadísticamente significativas (ver [tabla 2](#)).

Atendiendo al tipo de procedimiento de intervención durante el manejo activo del parto en las roturas prematuras de membranas, las apreciaciones de las gestantes a las que se les empleó prostaglandinas vaginales frente a las que se les practicó una rotura artificial de la membrana amniótica residual o a las que se les administró oxitocina, no registraron discrepancias en la satisfacción (ver [tabla 3](#)).

El manejo intervenido frente al espontáneo no presenta una magnitud de efecto en la satisfacción. No obstante, sólo al comparar los partos estimulados frente a los inducidos muestra un efecto pequeño sobre la satisfacción global. De la misma manera, los procedimientos de intervención mediante prostaglandinas, amniorrexis u oxitocina tampoco mostraron intensidad de efecto en las observaciones seleccionadas sobre la satisfacción global.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante el embarazo las mujeres tienden a desarrollar unas expectativas relacionadas con las de tener una experiencia de parto y nacimiento lo menos “intervenido” posible, siendo este el anhelo principal en las gestantes en lo vinculado a la forma de cómo preferirían finalizar su embarazo. Las mujeres que desean tener una vivencia del proceso del parto que siga un curso espontáneo y fisiológico, suelen tener una valoración menos satisfactoria de la experiencia cuando este no sigue la trayectoria prevista³⁴.

Por lo general, la inducción con prostaglandinas presenta un efecto reductor de la satisfacción, probablemente debido al incumplimiento de las expectativas³⁵. En los casos de intervencionismo excesivo³⁶ e injustificado^{37,38} durante el proceso del parto y nacimiento puede llevar a una disminución de la satisfacción de la puerpera. Ciertos estudios reportan que las mujeres valoraban la inducción al parto de forma más positiva que la conducta expectante en los casos de rotura prematura de membranas²³. Igualmente, se detecta un incremento de la satisfacción materna en los casos de inducción con prostaglandinas³⁹ frente a una conducta expectante no intervencionista. Sin embargo, en las mujeres de la

muestra no se hallaron diferencias consistentes en la satisfacción.

La valoración del manejo activo mediante el empleo de amniotomía artificial y oxitocina, al igual que en otro estudio, no tiene efecto sobre la satisfacción de la mujer⁴⁰ y las comparaciones no manifiestan discrepancias en la satisfacción. Sin embargo, el uso de oxitocina para inducir el parto en lugar del manejo expectante en rotura prematuras de membranas a término o cerca del término resultó reportar una mayor satisfacción materna en un metaanálisis⁴¹.

Las mujeres que participaron en este estudio y que ingresaron con rotura prematura de membranas no presentaron diferencias en la satisfacción al comparar el manejo del parto, tanto intervenido como espontáneo, ni al confrontar el tipo de dilatación (inducido, estimulado o espontáneo) que han tenido o los procedimientos empleados (prostaglandina, amniotomía u oxitocina). De igual modo, únicamente en los partos estimulados se presentó un efecto ínfimo en la mejora de la satisfacción al compararlo con los inducidos, probablemente por la mayor duración del proceso de inducción.

Es primordial tener en cuenta las preferencias y satisfacer las expectativas individuales de las mujeres y familiares respecto al parto y nacimiento en base a

las mejores prácticas existentes y la evidencia disponible. La calidad de los cuidados en las intervenciones obstétricas se han de adaptar al paradigma de la atención al parto y nacimiento al incorporar la perspectiva de la mujer a través de su satisfacción, reconociendo las necesidades y decisiones de las embarazadas en un contexto social cambiante para que efectivamente sea un parto respetado y humanizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelechano V, Matud M. Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: la hospitalización postparto. Análisis y modificación de conducta [Internet]. 1991 [accesado 10 abr 2019]; 17(52): [p.163-80]. Disponible en: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1950>
2. Organización Mundial de la Salud. Appropriate Technology for birth. The Lancet [Internet]. 24 ago 1985 [accesado 13 abr 2019]; 326(8452): [p.434-6]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92749-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92749-7)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [accesado 20 abr 2019]. Disponible en: www.msssi.gob.es
4. Gibb D. Operative delivery in safe practice. En Clements R. Obstetrics and gynaecology; a medico legal handbook. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
5. Brucker M, MacMullen N. Delivery scripts: fantasy versus reality. Points of View. 1987; 24: p. 20-1.
6. Lavender T, Walkinshaw S, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery [Internet]. mar 1999 [accesado 25 abr 2019]; 15(1): [p.40-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0266613899900360>
7. Stainton M. The perinatal family. En Gillis C, Highly B, Martinsen I. Toward a science of family nursing. Palo Alto: Addison-Wesley; 1988.
8. Knapp M. Childbirth satisfaction: the effects of internality and perceived control. Journal of Perinatal Education. 31 dic 1996; 5: p. 7-16.
9. España. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE [Internet]. 29 may 2003 [accesado 23 mar 2019]; (128): [p.20567-88]. Disponible en: <http://www.boe.es>
10. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin [Internet]. 2000 [accesado 20 mar 2019]; 114(supl 3): [p.26-33]. Disponible en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Quart [Internet]. 1966 [accesado 21 abr 2019]; (44): [p.166-206]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
12. Hodnett E, Lowe N, Hannah M, Willan A, Stevens B, Weston J, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. Jama [Internet]. 2002 [accesado 21 abr 2019]; 288(11): [p.1373-81]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.11.1373>
13. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs [Internet]. abr 2004 [accesado 21 abr 2019]; 46(2): [p.212-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x/pdf>
14. National Health Service. Equity and Excellence: Liberating the NHS [Internet]. Londres; Secretary of State for Health. Crown: © jul 2010 [accesado 30 abr 2019]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf
15. Bohigas L. La Satisfacción del Paciente. Gac Sanit [Internet]. 1995 [accesado 12 mar 2019]; 9(50): [p.283-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S021391119571250X>
16. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. BMJ [Internet]. 11 may 1991 [accesado 20 abr 2019]; 302(6785): [p.1129-32]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669839/pdf/bmj00125-0039.pdf>
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Vitoria-Gesteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [accesado 27 mar 2019]. Disponible en: www.msssi.gob.es
18. Domínguez Cano P, Gonzalo del Moral T, Lainez Villabona B, Eligio Torres M. Guía de Asistencia del Parto en Casa [Internet]. Barcelona: Col-Legi Oficial de Enfermería de Barcelona; 2010 [accesado 2 abr 2019]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsbo/noticia/documentos/guia%20part%20cast.pdf>
19. International Confederation of Midwives. Philosophy and Model of Midwifery Care [Internet]. The Hague: International Confederation of Midwives; ©2017 [actualizado 2014; accesado 5 may 2019]. Disponible en: <http://internationalmidwives.org/knowledge-area/icm-publications/icm-core-documents.html>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura Prematura de Membrana. Protocolo

- los Asistenciales. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [accesado 2 abr 2019]; 47(5): [p.250-4]. Disponible en: <http://www.sego.es>
- 21.ACOG. Committee on Practice, Bulletins-Obstetrics No. 139: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol [Internet]. oct 2013 [accesado 2 abr 2019]; 22(4): [p.918-30]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000435415.21944.8f>
- 22.Duff P. Premature rupture of membranes at term. N Engl J Med [Internet]. 18 abr 1996 [accesado 2 abr 2019]; 334(16): [p.1053-4]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223976200/fulltextPDF/3B23C74018044787PQ/1?accountid=159038>
- 23.Hannah M, Ohlsson A, Farine D, Hewson S, Hodnett, Ellen D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. N Engl J Med [Internet]. 18 abr 1996 [accesado 2 abr 2019]; 334(16): [p.1005-10]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/223991236?accountid=159038>
- 24.Dare M, Middleton P, Crowther C, Flenady V, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of the membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 25 ene 2006 [accesado 21 mar 2019]; (1): [163 pp.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005302.pub2/epdf>
- 25.Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales. Rotura Prematura de Membranas. [Internet]. Madrid: ProSEGO; jun 2012 [accesado 15 abr 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
- 26.National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour [Internet]. Londres: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; jul 2008 [accesado 12 abr 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-241871149>
- 27.Murthy K, Grobman W, Lee T, Holl J. Trends in induction of labor at early-term gestation. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2011 [accesado 3 abr 2019]; 204(5): [p.435.e1-6]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0002937810024695>
- 28.Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción del parto (actualizado julio del 2013). Prog Obstet Ginecol [Internet]. ene 2015 [accesado 20 abr 2019]; 58(1): [p.54-64]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-induccion-del-parto-actualizado-julio-90373072>
- 29.García-Díaz L, Zapardiel I, Castro-Gavilán D. Estimulación del parto. Indicaciones, técnicas y resultados de la inducción del parto. Maduración Cervical. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) [Internet]. Madrid: Gráficas Mate S.L.; 2007 [accesado 2 may 2019]; [p.823-33]. Disponible en: <http://www.sego.es/content/pdf/obstreticia.pdf>
- 30.ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Induction of labor. Obstet Gynecology [Internet]. ago 2009 [accesado 20 abr 2019]; 114(2 part 1): [p.386-97]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00006250-200908000-00030&PDF=y>
- 31.Mackey M. Women's evaluation of their childbirth performance. Matern Child Nurs J [Internet]. 1 abr 1995 [accesado 3 abr 2019]; 23(2): [p.57-72]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/15548131_Women%27s_evaluation_of_childbirth_performance
- 32.Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carregui-Vilar S, Ibanez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escriba-Aguir V. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Gac Sanit [Internet]. 1 jun 2012 [accesado 3 abr 2019]; 26(3): [p.236-42]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv26n3/original7.pdf>
- 33.Mackey MC. Women's evaluation of the labor and delivery experience. Nursingconnections [Internet]. Feb 1998 [accesado 20 mar 2019]; 11(3): [p.19-32]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/13406194_Women's_evaluation_of_the_labor_and_delivery_experience
- 34.Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant finnish women. J Midwifery Womens Health [Internet]. 10 sep 2006 [accesado 5 abr 2019]; 51(5): [p. 331-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1016/j.jmwh.2006.02.009/epdf>
- 35.Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. Qual Health Care [Internet]. 2001 [accesado 14 abr 2019]; 10: [p. 17-22]. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/10/1/17.full.pdf+html>
- 36.Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. BMC

- Pregnancy Childbirth [Internet]. 26 oct 2007 [accesado 17 abr 2019]; 7(26): [12 pp]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200649/pdf/1471-2393-7-26.pdf>
37. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth [Internet]. 19 mar 2004 [accesado 13 abr 2019]; 31(1): [p.17-26]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x/pdf>
38. Green J, Coupland V, Kitzinger J. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. Birth [Internet]. Mar 1990 [accesado 5 abr 2019]; 17(1): [p.15-24]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1111/j.1523-536X.1990.tb00004.x/epdf>
39. Crane JM, Young DC. Induction of labour with a favourable cervix and/or pre-labour rupture of membranes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. Oct 2003 [accesado 5 abr 2019]; 17(5): [p. 795-809]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S1521693403000671>
40. Sadler LC, Davison T, McCowan LM. Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial. Birth [Internet]. Dic 2001 [accesado 13 abr 2019]; 28(4): [p.225-35]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1046/j.1523-536X.2001.00225.x/epdf>
41. Tan BP, Hannah ME. Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2000 [accesado 5 abr 2019]; (2). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/accedys2.bbt.ull.es/doi/10.1002/14651858.CD000157/pdf>

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1: Puntuaciones de la Satisfacción Global y los Factores que la constituyen. Fuente: Elaboración propia.

	M_e (P₅-P₉₅)
Satisfacción Global	163 (124,9-180,0)
Promedio Global	4,5 (3,5-5,0)
Factor I (Obstetra)	4,6 (2,9-5,0)
Factor II (Matrona)	4,8 (3,6-5,0)
Factor III (Dilatación)	4,0 (2,3-5,0)
Factor IV (Expulsivo)	4,5 (2,8-5,0)
Factor V (Recién Nacido)	5,0 (3,3-5,0)
Factor VI (Acompañante y Confort)	4,8 (3,8-5,0)

Tabla 2: Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación con el manejo de dilatación en Rotura Prematura de Membranas. Fuente: Elaboración propia.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Tipo de Manejo							
Intervenido (n=154)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
Espontáneo (n= 75)	164,0 (116,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,0 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,6-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
p-valor	0,820	0,909	0,579	0,178	0,910	0,610	0,398
Tipo de Dilatación							
Espontáneo (n= 75)	164,0 (116,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,3 (2,5-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,6-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
Inducido (n= 98)	160,0 (126,0-180,0)	4,4 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	4,9 (3,7-5,0)
Estimulado (n= 56)	166,0 (132,5-180,0)	4,7 (2,9-5,0)	4,8 (3,4-5,0)	4,3 (2,2-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (4,0-5,0)
p-valor	0,206	0,114	0,580	0,132	0,889	0,612	0,602

Tabla 3: Comparación de la Puntuación de la Satisfacción Global y sus Factores en relación con el procedimiento de intervención en la dilatación en Rotura Prematura de Membranas. Fuente: Elaboración propia.

	Global	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Prostaglandinas							
No (n=195)	164,0 (124,8-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,6-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,7-5,0)
Si (n= 34)	159,5 (135,5-177,0)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,2-5,0)	4,5 (2,9-5,0)	5,0 (3,2-5,0)	4,8 (3,9-5,0)
p-valor	0,209	0,205	0,127	0,567	0,710	0,298	0,776
Amniotomía							
No (n=198)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)
Si (n= 31)	164,0 (107,2-180,0)	4,6 (3,0-5,0)	4,8 (3,1-5,0)	4,0 (1,8-5,0)	4,5 (2,4-5,0)	5,0 (3,1-5,0)	5,0 (2,9-5,0)
p-valor	0,624	0,381	0,636	0,570	0,888	0,896	0,983
Oxitocina							
No (n= 89)	164,0 (122,0-180,0)	4,4 (3,0-5,0)	4,8 (3,5-5,0)	4,3 (2,4-5,0)	4,5 (2,8-5,0)	5,0 (3,7-5,0)	4,8 (3,5-5,0)
Si (n=140)	164,0 (126,0-180,0)	4,6 (2,9-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	4,5 (2,5-5,0)	5,0 (3,3-5,0)	5,0 (3,8-5,0)
p-valor	0,885	0,721	0,976	0,085	0,738	0,875	0,188