



Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada
con la atención hospitalaria”**

Rosa Isabel Fernández Raigada

29 de Mayo de 2013

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada
con la atención hospitalaria”**

Trabajo Fin de Grado

Nombre del Autor/a

Rosa Isabel Fernández Raigada

Nombre Tutor/a

Ana Fernández Feito

Ana Fernández Feito, Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Oviedo y profesora colaboradora en el Área de Enfermería, Departamento de Medicina en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por D/Dña. Rosa Isabel Fernández Raigada, titulado “Satisfacción materna durante el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria”, realizado bajo la dirección de Dña. Ana Fernández Feito, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería.

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 29 de Mayo de 2013.

Vº Bº

Fdo. Ana Fernández Feito

Director/Tutor del Proyecto

ÍNDICE

1. Introducción.	5
2. Estado actual del tema.	8
2.1. La mujer ante el embarazo, parto y puerperio.	9
2.2. Evolución del proceso de atención a la maternidad.	10
2.3. La satisfacción materna y factores relacionados.	12
2.4. Instrumentos de evaluación de la satisfacción materna.	14
3. Justificación y Objetivos.	15
4. Material y Método.	17
4.1. Tipo de estudio.	18
4.2. Muestra.	18
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.	18
4.4. Tamaño muestral.	18
4.5. Lugar y tiempo de estudio.	19
4.6. Variables estudiadas.	19
4.7. Cuestionarios y escalas.	21
4.8. Procedimiento.	21
4.9. Análisis estadístico.	22
5. Resultados.	23
6. Discusión.	34
7. Conclusiones.	39
8. Bibliografía.	41
9. Anexos	46

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El parto es un acontecimiento vital muy importante en la vida de una mujer, ya que es una experiencia única y profunda con un gran contenido emocional.

En España se ha producido un aumento en el número de partos entre el año 2005 y 2011, siendo de 463.560 en el 2011 y en el Principado de Asturias se ha observado la misma tendencia, con 7.654 partos en el mismo año.⁽¹⁾ Por otro lado, el parto representa el 9,1% de las altas hospitalarias totales registradas en los hospitales españoles.⁽²⁾

La asistencia al parto es un hecho tan antiguo como la humanidad, la cual ha sido realizada por diferentes profesionales a lo largo de la historia: parteras o comadronas, médicos, etc. Sin embargo, en las últimas décadas, esta atención al parto normal se ha visto afectada por una creciente instrumentalización e intervencionismo que ha dificultado que se preste la suficiente atención a la mujer durante este proceso, lo cual puede influir en su bienestar físico y emocional y en su adaptación a la maternidad y al vínculo con su hijo/a.⁽³⁾

Los cambios sociales y económicos durante el siglo XX, junto con el avance de la ciencia y las tecnologías sanitarias, impulsaron el desarrollo de un enfoque más tecnológico del proceso de nacimiento.⁽⁴⁾ Durante este siglo, se construyeron modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que se fueron implantando en la atención sanitaria, y la asistencia al parto ha permanecido bajo esta influencia, iniciándose así una etapa de creciente medicalización.

Sin embargo, a finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar este modelo porque no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Siguiendo estas recomendaciones, se produjo un cambio en la asistencia a la mujer gestante, donde se intenta atender a los factores individuales, así como los familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, valorando aspectos como el estado emocional, y el sentido de la dignidad y

autonomía durante el parto.⁽⁵⁾ En esta línea, han surgido iniciativas para otorgar mayor libertad a la mujer sobre cómo vivir esta experiencia de manera más satisfactoria para ella, propiciando su participación en decisiones relativas a su atención durante el proceso de parto.

Ante esta realidad, es fundamental conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de parto y puerperio inmediato en el entorno hospitalario,⁽³⁾ pues la satisfacción percibida con la atención durante el parto y el puerperio permite identificar áreas de mejora en nuestra atención clínica diaria así como incrementar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y sus familias.

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. La mujer ante el embarazo, parto y puerperio.

Embarazo, parto y puerperio son procesos trascendentales, naturales y fisiológicos en la vida de las mujeres. El escenario humano del parto sitúa a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder sobre su cuerpo, así como del proceso de nacimiento.⁽⁶⁾

La mujer se presenta ante el embarazo y el parto con unas perspectivas que vienen determinadas por cada sociedad y por cada momento histórico. La mujer vive esta experiencia como un proceso ambivalente de cambio y adaptación, debido a las modificaciones físicas que se están produciendo en su propio cuerpo por la presencia del bebé y a los sentimientos contradictorios que esta situación le provoca.⁽⁷⁾

Durante los últimos meses del embarazo cada vez más mujeres elaboran el plan de parto, donde adquiere especial importancia el significado del dolor y su afrontamiento.⁽⁸⁾ La creación de este documento puede potenciar la comunicación de las preferencias de la gestante y constituye un componente clave de casi todos los programas de educación maternal. La noción del plan de parto obedece al deseo de instruir a la embarazada y comprender sus valores personales, sus necesidades y sus inquietudes con relación al proceso. Este escrito es la herramienta que utilizará la mujer para transmitir su filosofía y sus preferencias en su experiencia de parto a todos los profesionales que la asesorarán y atenderán a lo largo de esta vivencia.⁽⁹⁾

Cuando la mujer se encuentra en el periodo activo de parto, las decisiones previamente tomadas pueden verse modificadas y el no poder cumplir con aquello decidido antes del parto puede causar decepción en la mujer y falta de comprensión en los profesionales sanitarios. Esta situación puede influir en la vivencia negativa del parto ⁽⁸⁾ y los profesionales sanitarios deben

comprender y conocer las necesidades de la mujer durante este proceso. La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales que pueden tener efectos adversos sobre el proceso de parto y el apoyo continuo durante este puede mejorar el proceso normal y reducir la necesidad de intervenciones obstétricas.^(10,11)

En el momento del parto, la OMS explica claramente que muchas de las prácticas que se utilizan no son necesarias, incluso algunas pueden resultar perjudiciales. Las madres reclaman una atención en la sala de partos más humanizada, siendo un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin necesitar ningún tipo de intervención.⁽¹²⁾

Por otro lado, el apoyo continuo, tanto emocional como físico, produce beneficios tanto para la mujer como para el recién nacido: partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, reducción de la necesidad de estimulación oxiócica, mejores puntuaciones en el test de Apgar y disminución en el número de partos instrumentales.⁽¹³⁾

2.2. Evolución del proceso de atención a la maternidad.

Durante la primera mitad del siglo XX, la elevada tasa de mortalidad tanto materna como fetal, fueron la causa del inicio de la medicalización del proceso de parto. Todo esto llevó a convertir el parto en un evento médico, centrando la atención en los aspectos tecnológicos e instrumentales y por consiguiente, aislando a la mujer de su entorno familiar y evitando que tomara decisiones en relación a este momento.⁽¹⁴⁾

A finales del siglo XX, en algunos países europeos, fue ganando terreno un modelo no institucionalizado, predominando el parto domiciliario atendido por matronas o enfermeros especialistas. En el caso del Reino Unido, se optó por un modelo intermedio que combinaba la atención institucionalizada a la maternidad con un menor nivel de medicalización. En España, aunque la reacción ante esta excesiva institucionalización y medicalización tardó más tiempo en

llegar, existe en la actualidad un interés en consolidar un cuidado materno humanizado, sin dejar de lado el importante papel de los avances de la ciencia.⁽⁴⁾

Desde que se publicó en España la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”⁽¹⁵⁾, muchas instituciones públicas iniciaron la potenciación de una asistencia sanitaria orientada hacia la práctica clínica basada en la evidencia científica. Esta asistencia de calidad se centra en un modelo de atención personalizado, tomando como referencia aquellos modelos asistenciales que incorporan una mayor calidez a la atención al parto.

Actualmente en nuestro país, la atención al parto se realiza mayoritariamente en los hospitales, en concreto en el bloque obstétrico formado por salas de dilatación, paritorios, quirófanos y habitaciones de hospitalización obstétrica. Las instituciones sanitarias están intentando mejorar su práctica asistencial mediante la implantación de protocolos y guías de práctica clínica. Algunas de estas iniciativas se recogen en el “Protocolo de Asistencia al Parto Normal con mínima intervención (parto natural)”, elaborado por el Hospital Universitario de Valdecilla (Santander) o el proyecto “Atención perinatal centrada en la familia”, elaborado por el Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid).⁽¹⁶⁾ En nuestro medio, el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) elaboró y puso en marcha en el año 2009 el “Protocolo de Atención al Parto Normal”⁽¹⁷⁾, con el objetivo de atender el proceso de parto desde una perspectiva holística intentando minimizar los impactos propios de un hospital asistencial y con actividad docente.

En el año 2010, se publicó en el Principado de Asturias la “I Encuesta de Opinión de Atención Maternal y Neonatal”⁽¹⁸⁾. En general, se obtuvo una valoración positiva de los aspectos relacionados con el respeto a la intimidad, el trato y la amabilidad del personal en los hospitales de las distintas áreas sanitarias. Sin embargo, un 12% de las mujeres consideraban que se debía mejorar y hacer más comprensible la información que recibían y un 16% afirmaba que no participó nunca o casi nunca en las decisiones sobre su cuidado o el de su criatura. Por otro lado, el 88,3% de las encuestadas consideraban como “buena” o “excelente” la atención en el parto y el 73,1%

valoraba como positiva la atención tras el parto.

Según los datos recogidos en el Área Sanitaria IV en el estudio mencionado, la valoración global de la atención recibida durante el parto fue calificada como buena o excelente por el 85,4% de las mujeres y por el 65,8% en el periodo después del parto. Por el contrario, se ha detectado que aproximadamente una de cada cuatro mujeres que tuvieron su parto en este área consideraban deficiente la información recibida, de manera muy superior a los datos encontrados en otras áreas asturianas.

2.3. La satisfacción materna y factores relacionados.

La satisfacción de los pacientes es un indicador de resultado, si bien su medición no es una tarea sencilla.^(19,20) Se define la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido. La satisfacción percibida está relacionada con muchas variables, como el estado de salud, variables sociodemográficas o características del proveedor de salud (calidad afectiva, cantidad de información, habilidad técnica, etc).⁽²⁰⁾

En una etapa tan especial en la vida de la mujer como es el parto y el puerperio, conocer la satisfacción con la atención recibida es un aspecto muy importante y a la vez, nos puede servir como uno de los indicadores de calidad asistencial.

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto y el nacimiento de su hijo. Dentro de los elementos más influyentes están las expectativas de las gestantes, el apoyo del profesional sanitario así como la calidad y calidez de la atención y la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su cuidado. El cumplimiento de las expectativas previas y la percepción de control durante el parto son esenciales y a esto se une el apoyo de los profesionales, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de la mujer.⁽²¹⁾

Durante el proceso de parto, el sentimiento de control de las mujeres es muy importante y va a estar relacionado con un aumento en la satisfacción, aunque puede ser percibido de manera diferente teniendo en cuenta aspectos como el propio cuerpo, el dolor o el lugar donde ocurre el nacimiento. Los profesionales sanitarios deben prestar atención a las expectativas de la madre, en cuanto a la sensación de dominio de su parto y la satisfacción con esta experiencia.⁽²²⁾

En esta línea, Fair et al.⁽²³⁾ observaron que el control experimentado durante el proceso de parto es un predictor importante de satisfacción materna y además, los profesionales sanitarios deben colaborar con las mujeres utilizando técnicas que incrementen la experiencia de poder sobre el trabajo de parto y sobre el nacimiento.

Otro aspecto muy importante es el contacto precoz madre-hijo tras el parto, pues favorece el vínculo afectivo, aumenta la satisfacción materna, disminuye la ansiedad y mejora los sentimientos de aceptación del nuevo rol.⁽²⁴⁾

En relación al puerperio, la comunicación puede influir en el grado de satisfacción ya que las pacientes se sienten más satisfechas al ser escuchadas y percibir un ambiente de confianza y sinceridad. Las madres necesitan ayuda en el puerperio y la comunicación se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades.⁽²⁵⁾ En esta etapa, los conocimientos adquiridos en el entorno hospitalario, tanto para el autocuidado como en relación al cuidado del niño, adquieren una especial relevancia pues se inicia una etapa vital para la mujer, a la que se debe adaptar de manera saludable y progresiva.

Por lo tanto, la educación sanitaria y la comunicación son imprescindibles para lograr esta adaptación ya que en este periodo acontecen cambios muy importantes a nivel psicológico en la mujer y que van a influir en su adaptación al papel de madre.⁽²⁶⁾

Según otros trabajos^(27,28) se concluyó que brindar atención personalizada, basada en las necesidades expresadas por las pacientes, daba lugar a una alta satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos.

2.4. Instrumentos de evaluación de la satisfacción materna.

La satisfacción materna es un indicador de calidad asistencial y por eso se hace necesario contar con instrumentos de medida fiables y válidos, los cuales midan esta dimensión durante el parto y el puerperio, todo ello relacionado con la atención sanitaria recibida.

En la literatura existen diversas escalas que intentan indagar en la experiencia de parto. Una de las primeras escalas se creó en Inglaterra en el año 1990 y se denominó la *Lista de los elementos de Salmon* (SIL). Otra escala que destaca por sus características psicométricas y por su difusión es la *Escala de satisfacción de parto de Mackey* (MCSRS).⁽¹⁶⁾

Más recientemente, se diseñó un instrumento válido y fiable para evaluar la satisfacción de las mujeres con el proceso de parto, el cuestionario WOMBLSQ.^(16,19)

En el año 2006, Janssen et al.⁽²⁹⁾ diseñaron la escala de medida de satisfacción con los cuidados durante el parto y puerperio, la *Care in Obstetrics: measure for testing satisfaction* (COMFORTS). Esta escala fue validada en el BC Women's Hospital en Vancouver (Canadá) y tras diversas revisiones, constó de 40 ítems valorados desde "muy insatisfecha" a "muy satisfecha", con una puntuación de 1 a 5 mediante una escala de Likert. La puntuación global oscilaba entre 40 y 200 puntos, con altas puntuaciones indicando niveles elevados de satisfacción.

En el año 2009, Vivanco et al.⁽³⁾ realizaron la adaptación cultural y validación para la población española de la escala COMFORTS. El cuestionario, al igual que el original, consta de 40 ítems valorados con una escala Likert desde 1 a 5 (desde "muy insatisfecha" a "muy satisfecha"), con una puntuación global que oscila entre 40 y 200 puntos. Las autoras concluyeron que la escala COMFORTS podía ser una herramienta útil y fiable, la cual aportaba información valiosa sobre la satisfacción de las mujeres en los periodos de parto y puerperio hospitalario.

3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, existe un proceso de transformación en cuanto al modelo de atención al parto y postparto, centrado en ofrecer una atención integral a las mujeres, basado en la evidencia científica y enfocado a mejorar la participación materna y su protagonismo.⁽²¹⁾ Por otro lado, las mujeres desean estar informadas y ser escuchadas para así poder participar en la toma de decisiones respecto al nacimiento de su bebé.⁽³⁰⁾

Ante esta realidad, es importante conocer el grado de satisfacción materna con la atención hospitalaria recibida durante el proceso de parto y puerperio, ya que se pueden detectar áreas de mejora y por lo tanto, recomendar actuaciones que incrementen el bienestar físico, emocional y el vínculo madre-hijo, además de fomentar la participación de las gestantes en su proceso de parto.

Por todo ello, el uso de herramientas útiles y fiables para medir la satisfacción materna se hace imprescindible, ya que nos aportan una valiosa información sobre la satisfacción de las mujeres en los distintos aspectos del proceso de parto y puerperio, permitiéndonos identificar los aspectos en los que se debe mejorar y reforzar aquellos en los que la actuación sanitaria es exitosa.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo fue:

Conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y puerperio relacionado con la atención sanitaria recibida en el Hospital Universitario Central de Asturias.

4. MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

4.2. Muestra

Se seleccionó una muestra de mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el HUCA.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres que tengan su parto y puerperio en el HUCA.
- Mujeres con parto vaginal y con un único feto.
- Mujeres sin alteraciones del habla o la comprensión.
- Mujeres que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres con una gestación de riesgo o problemas de salud importantes.
- Mujeres que durante el postparto presenten complicaciones graves con ingreso en unidades de cuidados críticos.
- Mujeres cuyos hijos presenten complicaciones neonatales graves, con ingreso en la unidad de Neonatología o bien fallecidos en las primeras 48 horas de vida.
- Mujeres que presenten una patología que les impida completar o comprender los cuestionarios.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio y que no firmen el consentimiento informado.

4.4. Tamaño muestral

El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula de estimación de una proporción en poblaciones finitas, teniendo en cuenta el nivel de satisfacción esperado según la bibliografía revisada (90%) y la población de referencia (número de partos en el HUCA en el año 2012) que

fue de 2374 partos. Considerando un nivel de confianza del 0,95 y una precisión del 0,05, el tamaño muestral final sería de 131 mujeres. Este trabajo corresponde a un estudio piloto realizado en las primeras 70 mujeres.

4.5. Lugar y tiempo de estudio

El centro seleccionado para realizar el estudio fue el Centro Materno-Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias, en concreto la 1ª y 2ª planta de hospitalización obstétrica. El HUCA se localiza en Oviedo, es un centro de tercer nivel general y de referencia y pertenece al Área IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Es un hospital público con función asistencial, docente e investigadora.

La recogida de los datos se efectuó desde el 31 de enero al 16 de marzo de 2013 por la investigadora principal del presente estudio.

4.6. Variables estudiadas

Dentro de las variables independientes tenemos:

a) Datos sociodemográficos:

- **Unidad de hospitalización** (1º Derecha , 2º Derecha).
- **Edad materna** (Años).
- **País de nacimiento** (España, Rumanía, Ecuador, Colombia, Brasil, China, Inglaterra, Venezuela e Italia).
- **Años de estancia en España.**
- **Estudios maternos** (Sin estudios, Primarios, Secundarios, Formación Profesional Grado Medio, Formación Profesional Grado Superior y Universitarios).
- **Situación laboral materna** (Activo, Estudiante, Jubilada/Pensionista, Trabajo doméstico no remunerado y Trabajo no doméstico no remunerado).
- **Estado civil** (Soltera, Casada/ Pareja, Separada, Divorciada y Viuda).
- **Estudios del marido o pareja y situación laboral** (se codifican de igual manera que en el caso

de las madres).

b) Antecedentes obstétricos y datos del parto actual:

- **Quién acompañó a la madre durante el periodo de parto** (Marido/Pareja, Madre, Suegra, Otro familiar, Amiga/o, Nadie).
- **Acompañamiento durante la noche en la planta** (No, Si).
- **Tipo de parto vaginal** (Normal, Instrumental).
- **Duración de la gestación** (A término, Pre-término y Pos-término).
- **Peso del bebé** (gramos). Se consideró el peso del bebé al nacimiento.
- **Apgar del recién nacido** (1 a 10). Se consideró el Apgar al minuto 1 del nacimiento.
- **Embarazos, partos vaginales, cesáreas y abortos previos** (No, Si).
- **Número de embarazos, partos vaginales, cesáreas y abortos previos.**
- **Lugar de atención de los partos previos** (HUCA, Cabueñes, Avilés, Cangas, Jarrío, Arriendas, Mieres, Valle del Nalón, Otra comunidad y Otro país). Se consideró en mujeres que habían tenido un hijo anterior al actual.
- **Hijos vivos** (No, Si).
- **Número de hijos vivos** (Se consideró el número de hijos vivos anteriores al actual).
- **Alimentación del recién nacido** (Lactancia materna exclusiva, Alimentación mixta y Alimentación artificial). Se consideró la alimentación del recién nacido en el momento de la realización de la encuesta.
- **Episiotomía y desgarros** (No, Si).
- **Extensión o grado del desgarro** (I Grado, II Grado, III Grado y IV Grado). Se consideró la Clasificación del Desgarro Perineal de Sultan ⁽³¹⁾, en la que el Grado I corresponde al desgarro de la piel, Grado II al desgarro de piel y músculo perineal, Grado III desgarro que incluye el esfínter externo del ano y el Grado IV que incluye la pared del recto.

4.7. Cuestionarios y escalas

Para medir la satisfacción materna se utilizó el cuestionario COMFORTS validado para la población española en el año 2009 por Vivanco et al.⁽³⁾ Este cuestionario consta de 40 ítems valorados con una escala de Likert de 1 a 5, desde muy insatisfecha a muy satisfecha. (Anexo 1) Según los autores ⁽³²⁾, la escala de valoración para calcular la satisfacción global según el cuestionario es la siguiente:

- 40-71: Muy insatisfecha
- 72-103: Insatisfecha
- 104-135: Indiferente
- 136-167: Satisfecha
- 168-200: Muy satisfecha

Para la recogida de las variables independientes se utilizó una hoja de registro de datos (Anexo 2) y las historias clínicas de las mujeres.

4.8. Procedimiento

El presente trabajo de investigación se inició con la solicitud y posterior carta de aceptación del Comité de Ética Regional del Principado de Asturias (Anexo 3). A continuación se solicitó la colaboración de Dirección de Enfermería del HUCA (Anexo 4).

Nuestra muestra (mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el centro hospitalario) fue captada directamente en las plantas de hospitalización obstétrica, a través del registro de las unidades. Tras comprobar que las mujeres estaban en periodo de postparto inmediato (primeras 48 horas tras el parto) y que cumplían los requisitos de inclusión, se les explicaba en qué consistía el estudio, pidiéndoles su consentimiento para participar. Una vez firmado el consentimiento informado (Anexo 5), la investigadora, mediante una breve entrevista, cumplimentaba la hoja de registro de variables siendo completada mediante las historias clínicas.

Finalmente, el cuestionario COMFORTS se aplicaba de forma autocumplimentada, proporcionando a la mujer el tiempo necesario para su realización. Este trabajo corresponde a un estudio piloto realizado en las primeras 70 mujeres.

4.9. Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 19. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media junto a la desviación estándar (σ) y el rango. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes.

5. RESULTADOS

RESULTADOS

5.1. Estudio descriptivo de las variables independientes

Las mujeres de la muestra fueron reclutadas en las dos unidades de hospitalización obstétrica del Centro Materno-Infantil del HUCA. En el análisis de la variable obtuvimos los datos reflejados en la Tabla 1.

TABLA 1. Unidad de Hospitalización

Unidad de Hospitalización	Nº de casos (%)
1º Derecha	59 (84,3%)
2º Derecha	11 (15,7%)
Total	70 (100%)

La edad media fue de 33,23 años, con una desviación estándar 5,20 y un rango entre 19 y 44 años.

Los resultados en relación al país de nacimiento se muestran en la Tabla 2. La mayoría de las mujeres eran españolas (84,3%), seguidas por las mujeres nacidas en Rumanía (5,7%).

TABLA 2. País de nacimiento.

País de nacimiento	Nº de casos (%)
España	59(84,3%)
Rumanía	4(5,7%)
Ecuador	1(1,4%)
Colombia	1(1,4%)
Brasil	1(1,4%)
China	1(1,4%)
Inglaterra	1(1,4%)
Venezuela	1(1,4%)
Italia	1(1,4%)
Total	70 (100%)

En cuanto a los años de estancia en España, la media de permanencia en nuestro país fue de 9,64 años, con una desviación estándar de 4,01 (rango de 4 a 16 años).

Respecto al nivel de estudios, los resultados obtenidos se describen en la Tabla 3, destacando que más de la mitad de las mujeres habían cursado estudios universitarios.

TABLA 3. Nivel de estudios maternos.

Nivel de estudios maternos	Nº de casos (%)
Primarios	9(12,9%)
Secundarios	5(7,1%)
FP Medio	9(12,9%)
FP Superior	8(11,4%)
Universidad	39(55,7%)
Total	70(100%)

La situación laboral de las mujeres nos muestra que un 64,3% de las mujeres estaban en activo, seguidas de un 30 % de las mujeres dedicadas al trabajo doméstico no remunerado. Los resultados se presentan en la Tabla 4.

TABLA 4. Situación laboral actual materna.

Situación laboral materna	Nº de casos (%)
Activo	45(64,3%)
Estudiante	3(4,3%)
Jubilada/pensionista	1(1,4%)
Domestico no remunerado	21(30%)
Total	70(100%)

En cuanto al estado civil materno, los resultados aparecen en la Tabla 5. Prácticamente todas las mujeres de nuestra muestra estaban casadas o vivían en pareja.

TABLA 5. Estado civil materno.

Estado civil materno	Nº de casos (%)
Soltera	1(1,4%)
Casada	43(61,4%)
Vive en pareja	26(37,1%)
Total	70(100%)

Los resultados relativos al nivel de estudios de las parejas de las mujeres se reflejan en la Tabla 6, destacando un 40,58% de parejas con estudios universitarios seguidos de un 17,39% con estudios de Formación Profesional de Grado Medio.

TABLA 6. Nivel de estudios de la pareja.

Nivel de estudios pareja	Nº de casos (%)
Primarios	10(14,49%)
Secundarios	10(14,49%)
FP Medio	12(17,39%)
FP Superior	9(13,04%)
Universidad	28(40,58%)
Total	69(100%)

En relación a la situación laboral de la pareja, el 84,05% de las parejas estaban en activo, el 8,69% se dedicaba a trabajo doméstico no remunerado y el 7,24% se dedicaba a trabajo no domestico no remunerado.

Del total de mujeres de nuestra muestra, un 85,7% de los casos estuvieron acompañadas durante el periodo de parto por su marido o pareja, seguido de un 7,1% de mujeres acompañadas por su madre. Los resultados se describen en la Tabla 7.

TABLA 7. Acompañamiento durante el periodo de parto.

Acompañamiento durante el parto	Nº de casos (%)
Marido/Pareja	60(85,7%)
Madre	5(7,1%)
Suegra	1(1,4%)
Nadie	4(5,7%)
Total	70(100%)

El acompañamiento de las mujeres durante la noche en la planta nos muestra que prácticamente la totalidad de la muestra (68 mujeres) estuvo acompañada.

En relación al tipo de parto vaginal, los resultados mostraron que más de la mitad de partos

vaginales fueron normales, según se describe en la Tabla 8.

TABLA 8. Tipo de parto vaginal.

Tipo de parto vaginal	Nº de casos (%)
Normal	45(64,3%)
Instrumental	25(35,7%)
Total	70(100%)

El análisis de los datos mostró que 68 mujeres tuvieron una gestación a término (97,1%) y 2 mujeres con gestación pre-término (2,9%).

Los recién nacidos tuvieron un peso medio de 3.282,40 gramos, con una desviación estándar de 379,48 y un rango de 2.480-4.250 gramos. En cuanto al Apgar valorado en el primer minuto de vida, la media fue 8,87 y la desviación estándar 0,7 (rango 6-10).

Del total de nuestra muestra, el 61,4 % de las mujeres tuvieron al menos un embarazo anterior.

Los resultados se muestran en la Tabla 9.

TABLA 9. Embarazos anteriores.

Embarazos anteriores	Nº de casos (%)
No	27(38,6%)
Si	43(61,4%)
Total	70(100%)

La media de embarazos anteriores al actual fue de 1,49, la desviación estándar 0,86 y el rango 1-5 embarazos.

En relación a los partos vaginales anteriores, los resultados se presentan en la Tabla 10.

TABLA 10.Partos vaginales anteriores.

Partos vaginales anteriores	Nº de casos (%)
No	43(61,4%)
Si	27(38,6%)
Total	70(100%)

Un 5,7% de las mujeres de nuestra muestra tuvieron una cesárea anterior. Los resultados se reflejan en la Tabla 11.

TABLA 11. Cesáreas anteriores.

Cesáreas anteriores	Nº de casos (%)
No	66(94,3%)
Si	4(5,7%)
Total	70(100%)

En cuanto a los abortos anteriores, los resultados aparecen en la Tabla 12, destacando que más de la mitad de la mujeres no habían sufrido un aborto anterior.

TABLA 12. Abortos anteriores.

Abortos anteriores	Nº de casos (%)
No	50(71,4%)
Si	20(28,6%)
Total	70(100%)

Del total de la muestra, el 57,1% de las mujeres eran primíparas.

En relación al lugar de atención de los partos previos, destacar que de 30 mujeres, 26 mujeres (86,7%) fueron atendidas en el HUCA. Los resultados se describen en la Tabla 13.

TABLA 13. Lugar de atención de los partos previos.

Lugar atención partos previos	Nº de casos (%)
HUCA	26 (86,7%)
Arriondas	1(3,3%)
Mieres	1(3,3%)
Otra comunidad	1(3,3%)
Otro país	1(3,3%)
Total	30(100%)

La Tabla 14 nos describe los resultados del análisis de la variable alimentación del recién nacido, destacando que más de la mitad de las encuestadas optaron por la lactancia materna exclusiva.

TABLA 14. Alimentación del recién nacido.

Alimentación del recién nacido	Nº de casos(%)
Lactancia materna exclusiva	39(55,7%)
Alimentación mixta	17(24,3%)
Alimentación artificial	14(20,0%)
Total	70(100%)

Finalmente, en relación a la práctica de episiotomía y lesiones en el periné en el actual proceso de parto, se puede destacar que se practicó una episiotomía al 60% de las mujeres y un 38,6% de la muestra presentó un desgarro (Tabla 15). En el grupo de puérperas con desgarros, más de la mitad (66,7%) sufrieron un desgarro de segundo grado.

TABLA 15. Episiotomía y Desgarros

Nº de casos (%)	No	Si	Total
Episiotomía	28(40,0%)	42(60,0%)	70(100%)
Desgarros	43(61,4%)	27(38,6%)	70(100%)

5.2. Estudio descriptivo de las variables dependientes: cuestionario COMFORTS

El cuestionario COMFORTS consta de 40 ítems agrupados en “*Cuidados durante el periodo de parto*”, “*Cuidados en el puerperio*”, “*Cuidados del recién nacido*” y “*Logística y entorno*”.

En el primer apartado, la valoración sobre la atención en el parto ha sido buena, sobre todo en los cuidados prestados por la matrona, de hecho, el aspecto mejor valorado fue la “*Respuesta de la matrona a las necesidades de la mujer durante el parto*” seguido del tiempo empleado por esta profesional en cuanto a los cuidados físicos. Otros ítems con una elevada satisfacción fueron el número de profesionales durante el parto, la vivencia del nacimiento o la cantidad de información proporcionada por la matrona. Por el contrario, el aspecto peor valorado fue la “*Comodidad de la pareja/persona de apoyo*”.

Del total de la muestra, 10 mujeres (14,3%), estuvieron insatisfechas o muy insatisfechas con el “Control del dolor durante el parto” y 3 mujeres (4,3%) estuvieron muy insatisfechas con la “Analgesia y confort tras el parto”. En este apartado, estos ítems se incluyen entre las puntuaciones más bajas en satisfacción. Los resultados se presentan en la Tabla 18.

TABLA 18. Cuidados durante el periodo de parto.

Variable	Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha	Media (σ)
Información sala dilatación-paritorio	0	3(4,3%)	4(5,7%)	22(31,4%)	41(58,6%)	4,44(0,79)
Cantidad información dada por la matrona	0	1(1,4%)	4(5,7%)	21(30,0%)	44(62,9%)	4,54(0,67)
Escucha y apoyo la en toma decisiones	0	2(2,9%)	3(4,3%)	21(30,0%)	44(62,9%)	4,53(0,72)
Atención a pareja/persona apoyo	0	4(5,7%)	2(2,9%)	19(27,1%)	45(64,3%)	4,5(0,81)
Vivencia del nacimiento	1(1,4%)	3(4,3%)	4(5,7%)	10(14,3%)	52(74,3%)	4,56(0,89)
Control del dolor en el parto	3(4,3%)	7(10,0%)	4(5,7%)	22(31,4%)	34(48,6%)	4,10(1,16)
Analgesia y confort tras el parto	3(4,3%)	0	6(8,6%)	22(31,4%)	39(55,7%)	4,34(0,96)
Comodidad de la pareja/persona de apoyo	2(2,9%)	4(5,7%)	10(14,3%)	25(35,7%)	29(41,4%)	4,07(1,03)
Nº de profesionales durante el parto	1(1,4%)	1(1,4%)	2(2,9%)	16(22,9%)	50(71,4%)	4,61(0,75)
Respeto a la intimidad	1(1,4%)	2(2,9%)	0	24(34,3%)	43(61,4%)	4,51(0,78)
Tiempo con matrona para necesidades emocionales	0	1(1,4%)	6(8,6%)	15(21,4%)	48(68,6%)	4,57(0,71)
Tiempo con la matrona para necesidades físicas	0	1(1,4%)	5(7,1%)	13(18,6%)	51(72,9%)	4,63(0,68)
Respuesta de matrona a necesidades durante el parto	0	1(1,4%)	3(4,3%)	10(14,3%)	56(80%)	4,75(0,61)

En relación a los “Cuidados en el puerperio”, los resultados se muestran en la Tabla 19.

Aproximadamente la mitad de las mujeres estaban satisfechas con el número de profesionales que las atendieron durante el puerperio, de hecho, el ítem mejor valorado fue el “Número de médicos que atendieron a la madre”.

En cuanto a los profesionales de enfermería, 58 mujeres (82,8%) estaban satisfechas o muy satisfechas con el número de enfermeras que cuidaron de ellas. Sin embargo, en relación a

los cuidados, el tiempo dedicado a enseñar a la pareja los cuidados de la madre y bebé, así como el tiempo invertido en enseñar a la madre los cuidados del niño, han sido las cuestiones peor valoradas. En relación con la alimentación, 15 mujeres (21,4%), estuvieron insatisfechas o muy insatisfechas con el ítem “*Tiempo que dedicó la enfermera a enseñar a la madre a alimentar al bebé*”. Por último, destacar que las puntuaciones medias de satisfacción fueron inferiores en este apartado que en el anterior.

TABLA 19. Cuidados en el puerperio.

Variable	Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha	Media(σ)
Tiempo de enfermera cubriendo necesidades físicas	1(1,4%)	4(5,7%)	9(12,9%)	34(48,6%)	22(31,4%)	4,03(0,90)
Tiempo de enfermera enseñando cuidados postparto	5(7,1%)	7(10,0%)	14(20,0%)	32(45,7%)	12(17,1%)	3,56(1,11)
Tiempo de enfermera enseñando cuidados del bebé	6(8,6%)	11(15,7%)	15(21,4%)	25(35,7%)	13(18,6%)	3,40(1,21)
Tiempo de enfermera cubriendo necesidades emocionales	4(5,7%)	7(10,0%)	18(25,7%)	27(38,6%)	14(20,0%)	3,57(1,01)
Tiempo de enfermera enseñando a pareja cuidados de madre y bebé	7(10,0%)	13(18,6%)	20(28,6%)	18(25,7%)	12(17,1%)	3,21(1,23)
Respuesta a sus necesidades	2(2,9%)	5(7,1%)	11(15,7%)	31(44,3%)	21(30,0%)	3,91(1,01)
Tiempo de enfermera enseñando a alimentar al bebé	4(5,7%)	11(15,7%)	12(17,1%)	25(35,7%)	18(25,7%)	3,60(1,11)
Información recibida de las enfermeras	4(5,7%)	10(14,3%)	7(10,0%)	27(38,6%)	22(31,4%)	3,76(1,21)
Número de enfermeras que cuidaron de usted	1(1,4%)	1(1,4%)	10(14,3%)	33(47,1%)	25(35,7%)	4,14(0,82)
Número de profesionales que entraron en la habitación	0	1(1,4%)	8(11,4%)	34(48,6%)	27(38,6%)	4,24(0,71)
Número de médicos que la atendieron	0	2(2,9%)	6(8,6%)	33(47,1%)	29(41,4%)	4,27(0,74)

En el tercer apartado del cuestionario se aborda la opinión sobre los cuidados del recién nacido (Tabla 20). Las mujeres se encontraban más satisfechas con los conocimientos sobre la postura del niño para dormir, durante la alimentación y la demanda de ayuda. El ítem peor valorado fue “*Porque sabe cuándo el bebé está enfermo*”, seguido con la percepción de saber si el niño toma suficiente leche.

El 74,3% de las mujeres del estudio estuvieron satisfechas o muy satisfechas con su percepción de saber actuar en los cuidados del cordón umbilical del bebe.

TABLA 20. Cuidados del recién nacido.

Variable	Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha	Media(σ)
Porque sabe cuando el bebe esta enfermo	3(4,3%)	7(10,0%)	13(18,6%)	30(42,9%)	17(24,3%)	3,73(1,1)
Porque sabe cuando el bebe esta satisfecho o tiene hambre	2(2,9%)	3(4,3%)	10(14,3%)	37(52,9%)	18(25,7%)	3,94(0,91)
Porque sabe cuando el bebe toma leche suficiente	1(1,4%)	8(11,4%)	13(18,6%)	31(44,3%)	17(24,3%)	3,79(0,99)
Porque sabe colocar al bebe durante la alimentación	1(1,4%)	3(4,3%)	5(7,1%)	36(51,4%)	25(35,7%)	4,16(0,84)
Porque sabe que hacer cuando el bebe llora	2(2,9%)	6(8,6%)	9(12,9%)	33(47,1%)	20(28,6%)	3,90(1,01)
Porque sabe que hacer cuando el bebe se atraganta	2(2,9%)	5(7,1%)	14(20,0%)	32(45,7%)	17(24,3%)	3,81(0,98)
Porque sabe colocar al bebe para dormir	1(1,4%)	0	5(7,1%)	38(54,3%)	26(37,1%)	4,26(0,72)
Porque sabe como bañar al bebe	2(2,9%)	3(4,3%)	7(10,0%)	25(50,0%)	23(32,9%)	4,06(0,93)
Porque sabe como encontrar ayuda si la necesita	2(2,9%)	1(1,4%)	4(5,7%)	40(57,1%)	23(32,9%)	4,16(0,83)
Porque sabe cuidar el cordón umbilical del bebé	3(4,3%)	6(8,6%)	9(12,9%)	28(40,0%)	24(34,3%)	3,91(1,10)

En el último bloque, se presentan los resultados sobre la logística y entorno (Tabla 21).

En general, la mayoría de las mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con las características del paritorio (espacio e iluminación). Sobre la comida, las participantes en el

estudio valoraron de forma positiva la cantidad de la comida proporcionada durante la estancia, si bien, el ítem peor valorado fue la calidad de la misma.

El 90 % de las mujeres estuvieron satisfechas o muy satisfechas con la “*Accesibilidad a todo aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales,...)*”.

TABLA 21. Logística y Entorno.

Variable	Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha	Media(σ)
Con la cantidad de comida proporcionada en el hospital	0	1(1,4%)	6(8,6%)	25(35,7%)	38(54,3%)	4,43(0,714)
Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital	1(1,4%)	2(2,9%)	10(14,3%)	28(40,0%)	29(41,4%)	4,17(0,88)
Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales,...)	1(1,4%)	3(4,3%)	3(4,3%)	22(31,4%)	41(58,6%)	4,41(0,88)
Con el respeto a su intimidad por personal de limpieza	2(2,9%)	1(1,4%)	7(10,0%)	28(40,0%)	32(45,7%)	4,24(0,91)
Con la habitación donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada	0	3(4,3%)	6(8,6%)	23(32,9%)	38(54,3%)	4,37(0,82)
Con la iluminación de la habitación donde la atendieron durante el parto	0	3(4,3%)	2(2,9%)	21(30,0%)	44(62,9%)	4,51(0,76)

5.3. Satisfacción global

Respecto a la satisfacción global con la atención recibida durante el parto y puerperio hospitalario hemos obtenido una puntuación media de 165,20, es decir, de manera general las madres estaban “Satisfechas”. Por otro lado, únicamente 4 mujeres realizaron una valoración indiferente o en términos de insatisfacción. Los resultados se presentan en la Tabla 22.

TABLA 22.Satisfacción global.

Variable	Muy Insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha	Media(σ) Rango
Satisfacción global	0	2(2,9%)	2(2,9%)	30(42,9%)	36(51,4%)	165,20 (23,33) 83-200

6. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La satisfacción materna con el parto y puerperio hospitalario puede ser uno de los indicadores de calidad asistencial, ya que permite reforzar aquellas áreas de actuación exitosas e introducir mejoras en aquellas en las cuales la satisfacción materna es menor.^(7,21)

La sensación de control de la gestante, las expectativas ante el proceso de parto, el apoyo continuo de los profesionales y la participación de la mujer en la toma de decisiones, pueden influir en la satisfacción con la atención recibida. En relación al puerperio, la comunicación con los profesionales sanitarios y los conocimientos adquiridos durante el ingreso, son aspectos muy importantes en cuanto a su influencia en la satisfacción.^(8,21,26)

En relación a las limitaciones de nuestra investigación, debemos tener presente que es un estudio piloto y los datos sólo pueden interpretarse como tal.

Por otro lado, debemos tener en cuenta el posible sesgo de complacencia, ya que las mujeres, en el momento de la recogida de los datos, estaban ingresadas en las plantas de hospitalización obstétrica y esto pudo condicionar sus respuestas.

De manera general, nuestros resultados mostraron una satisfacción global con el parto y puerperio hospitalario bastante elevada, ya que el 94,3% de las mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas, en concordancia con otra literatura revisada ^(33,34). Estos indicadores son mejores que los detectados en otros trabajos ^(35,36), destacando el estudio de Aguilar Cordero et al.⁽³⁶⁾ donde un 48,3% de mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con la atención global, si bien, han utilizado otros cuestionarios de valoración.

Esto indica que en nuestro medio, las mujeres atendidas tras el parto y puerperio estaban satisfechas con la atención recibida, mostrando que la actuación de cada área asistencial dentro del proceso de parto y puerperio es exitosa.

En relación a los “*Cuidados durante el parto*”, nuestros resultados se asemejan a los de Vivanco et al.⁽³⁷⁾ , a excepción de dos ítems, el “*Control del dolor durante el parto*”, que en nuestro caso presentó una mejor valoración , ya que las mujeres están más satisfechas con el control del dolor y por el contrario, en relación a la “*Comodidad de la pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió*”, nuestros resultados mostraron una peor satisfacción.

En el mismo apartado del cuestionario, en relación a la “*Cantidad de información proporcionada por la matrona en el paritorio en relación a los cuidados que va a recibir*”, nuestros datos difieren del estudio realizado por Ferreiro Losada ⁽¹⁶⁾, donde la satisfacción con esta variable fue menor, si bien debemos considerar que no se utilizó el mismo cuestionario de valoración. En cuanto al “*Respeto a la intimidad por los profesionales durante el parto*” fue superior en nuestro estudio, con un 4,51 frente a un 3,62 de la investigación mencionada.⁽¹⁶⁾

Si comparamos nuestros resultados con un trabajo realizado en el Principado de Asturias sobre la opinión ante la atención materna y neonatal ⁽¹⁸⁾, donde se recabó la información vía telefónica, hemos observado que el 80% de las mujeres de nuestra muestra estaban satisfechas o muy satisfechas con el control del dolor durante el parto, frente a un 68,2% de mujeres del Área IV del estudio de ámbito autonómico, que admitieron tener controlado en todo momento el dolor, lo que indica una mejora considerable en cuanto a las medidas de analgesia y confort durante el parto. Por otro lado, en nuestro estudio, un 95,7% de las mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con el “*Respeto a la intimidad por parte de los profesionales durante el parto*”, lo que se asemeja al resultado de la encuesta del Principado de Asturias, con un 93% de mujeres que afirman que siempre o casi siempre se respetó su intimidad.

En el apartado “*Cuidados en el puerperio*” en cuanto al tiempo que dedicó la enfermera a enseñar a la madre los cuidados posteriores al parto, se detectó un 20% de mujeres insatisfechas, de manera similar a otros estudios ^(16,18) si bien, no utilizaban el mismo cuestionario. Estos resultados son peores en términos en satisfacción frente al trabajo realizado por Vivanco et al.⁽³⁷⁾

indicando que en nuestro medio, la satisfacción con este ítem es baja y que se deben implementar áreas de mejora para aumentar la satisfacción materna.

En relación al *“Tiempo que pasó la enfermera enseñándole a la madre los cuidados del bebé”*, nuestros resultados difieren de algunos autores ^(16,18,37), mostrando una satisfacción menor.

Por otro lado, de manera general, la atención de enfermería sobre información y cuidados (madre y pareja), respuesta a las necesidades y apoyo emocional, han sido peor valorados que en otro trabajo ⁽³⁷⁾ aunque en el caso concreto de la información proporcionada por las enfermeras, los resultados son más satisfactorios en nuestra serie frente a otras publicaciones. ^(26, 38)

Finalmente, destacar que en cuanto al tiempo dedicado por parte de la enfermera ayudando a la madre en cuestiones de alimentación del bebé, hemos obtenido resultados similares a otros autores. ^(16,18,25)

En general, la satisfacción media relacionada con el puerperio es menor que frente al parto, indicando que las madres están menos satisfechas con los cuidados y la información recibida durante el puerperio, siendo necesario valorar las causas tanto maternas como asistenciales que hacen que la satisfacción disminuya de forma tan clara, sobre todo en relación a la información dada a las mujeres sobre sus cuidados y los del bebé, así como en relación a la alimentación de éste.

En cuanto a los cuidados del recién nacido, nuestros resultados mostraron medias de satisfacción similares a los hallazgos de Vivanco et al.⁽³⁷⁾. Sin embargo, se debe prestar atención a los aspectos relacionados con los conocimientos maternos en torno a la alimentación, baño, cuidados del cordón y problemas del niño, ya que en otros trabajos ^(26,37) estos apartados han sido valorados de forma más satisfactoria que en nuestra investigación.

En general, en estos dos apartados relativos a los cuidados en el puerperio y del recién

nacido, sería interesante analizar más detalladamente las necesidades percibidas por las madres. Algunos de los aspectos susceptibles de mejora pueden ser: la información proporcionada (sobre todo relativa a los cuidados del bebé y la alimentación) y la empatía por parte de los profesionales de enfermería en las unidades de hospitalización, ya que este cambio en las rutinas hospitalarias podría lograr una vivencia más positiva de este momento. Estas iniciativas de mejora de la calidad en los cuidados pueden incrementar el éxito de la lactancia materna durante la hospitalización y una vez recibida el alta, así como proporcionar mayor seguridad a las madres en relación a los cuidados del recién nacido.

En este periodo vulnerable en la experiencia de la maternidad, es aconsejable proporcionar una información clara y no contradictoria, ya que esto puede incrementar la seguridad materna, sobre todo en las mujeres primíparas.

Finalmente, en el apartado “Logística y entorno”, obtuvimos una elevada satisfacción en aspectos sobre la cantidad de la comida, el respeto a la intimidad por el personal de limpieza y la iluminación del paritorio/habitación, superior a otro trabajo.⁽³⁷⁾ Por otro lado, las mujeres de nuestro trabajo han mostrado más satisfacción con el espacio y adecuación del paritorio frente al estudio de Ferreiro Losada.⁽¹⁶⁾

7. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente trabajo de investigación son:

1. Las mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el HUCA estaban satisfechas con la atención sanitaria recibida.
2. En la atención proporcionada en el parto, la respuesta de la matrona a las necesidades maternas y el tiempo que pasó la matrona con la madre para cubrir sus necesidades físicas fueron los aspectos valorados de forma más positiva.
3. Respecto al puerperio, los aspectos mejor valorados fueron el número de médicos que atendieron a la mujer seguido del número de profesionales que entraron en la habitación.
4. En cuanto a los cuidados del recién nacido, las madres valoraron de manera más satisfactoria los conocimientos relacionados con la colocación del bebé durante el sueño.
5. La iluminación de la habitación de la sala de partos fue el aspecto mejor valorado en relación a la logística y el entorno.

8. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

(1) Instituto Nacional de Estadística. Partos. Años 2005 y 2011. [En línea] [Última actualización enero 2013; fecha de acceso 17 de enero de 2013]. Disponible en:

http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mnp.htm

(2) Ministerio de Sanidad y Consumo. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [en línea] [fecha de acceso 13 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

(3) Vivanco Montes ML, Solís Muñoz M, Magdalena del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, García Plaza C, Millán Santos I et al. Adaptación transcultural y validación al español de la escala COMFORTS. *Metas de Enferm.* 2012; 15(2): 18-26

(4) Goberna Tricas J, Banús Jimenez MA, Palacio Tauste A. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery.* 2011; 27: 231-7

(5) Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia. *AIBR-Rev Antropol IB.* 2012; 7(2): 225-47

(6) Freyermuth G, Sesie P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social; 2009

(7) Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 23-7

(8) Goberna Tricas J. Autonomía, heterotomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE. Revista de Enfermería [revista en internet]* 2012 abril [fecha de acceso 6 de febrero de 2013]; 6(1): 71-8. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12/11>

(9) Motino Bailey J, Crane P, Nugent CE. Preparación al parto y planes de nacimiento. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008; 35: 497-509

(10) Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal.

- Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [en línea] [fecha de acceso 17 de enero de 2013]. Disponible en:
- <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/guíaPracClinPartoCompleta.pdf>
- (11) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- (12) Vera M, Revolo Sánchez M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. Med fam Andal. 2011; 3: 273-85.
- (13) Arco Arenas C, Molina Medina AI. Preferencias de parto y satisfacción de las mujeres que acuden al Hospital de Antequera. GARNATA 91. 2012; 22: 76-93
- (14) Santacruz Martín B. Parto a la carta. Rev Pediatr Aten Primaria.2012; 14: 193-4
- (15) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007 [en línea] [fecha de acceso 8 de abril de 2013]. Disponible en:
- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- (16) Ferreiro Losada MT. Modelización y medida de la calidad percibida de la Atención al Parto en la Comunidad Gallega. [tesis doctoral]. Santiago: Universidad de Santiago de Compostela; 2011
- (17) Servicio de Ginecología:Obstetricia-Área de Partos. Protocolo de atención al parto normal. Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2009
- (18) Bruno Bárcena J, Uria Urraza MA, García González MC, Donate Suárez I, Mustera Canclini E, Álvarez Iglesias G. Atención maternal y neonatal. I Encuesta de opinión. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010
- (19) Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. Qual Health Care. 2001; 10: 17-22
- (20) Márquez Peiró JF, Pérez Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. Farm Hosp.

2008; 32(2): 71-6

- (21) Mas Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Contestad L, Escribá Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit.* 2012; 26(3): 236-42
- (22) Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs.* 2013; 69(1): 218-28
- (23) Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery.* 2012; 28(1): 39-44
- (24) Martín Casado AM, Viudes Coloma M. Importancia del contacto precoz piel con piel en el recién nacido sano durante el trabajo de parto. *Metas de Enferm.* 2010; 13(6): 20-3
- (25) Díaz Sáenz J, Catalán Matamoros D, Fernández Martínez MM, Granados Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011; 25(6): 483-9
- (26) Ponce Capitán MA. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Prof.* 2005; 6(3): 14-9
- (27) Wagner DL, Bear M, Davidson NS. Measuring patient satisfaction with postpartum teaching methods used by nurses within the interaction model of client health behavior. *Res Theory Nurs Pract.* 2011; 25(3): 176-90
- (28) Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Barclay L, Buist A, Ryding EL. Women's perceptions of emotional support following childbirth: a qualitative investigation. *Midwifery.* 2013; 29(3): 217-24
- (29) Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and Psychometric Testing of the Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) Scale. *Research in Nursing & Health.* 2006; 29: 51-60
- (30) Garriga Comas N, Goberna Tricas J. Los componentes de la calidad asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica. *Rev Enferm UFPI.* 2012; 1(3): 205-10
- (31) Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clinical Risk.* 1999; 5:193-6
- (32) Vivanco Montes ML. Análisis de satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y

adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *Reduca*. 2009; 1(2): 275-99

(33) Branger B, Le Coz F, Gillard P, Merot E, Winer N. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et a l'accouchement dans le Réseau de sante en perinatalite <<Securite Naissance>> des Pays-de-la-Loire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013 Apr 23 [Epub ahead of print]

(34) Cicuto AG, Belisario CRL, Tavares BB. Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2): 208-14

(35) García Puga JA, Medina Ortiz SG. Factores asociados a la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de su hijo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2009; 26(1): 23-7

(36) Aguilar Cordero MJ, Sáez Martín I, Menor Rodríguez MJ, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hervás Pérez A et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp*. 2013;28(3): 920-6

(37) Vivanco Montes ML, Solis Muñoz M, Hernández López AB, Martínez Díaz MT, de la Flor Picado S, Martínez Serrano P. Estudio de satisfacción de la puerperas atendidas de parto sin complicaciones mediante el cuestionario COMFORTS. En: I Congreso Asociación Castellano-Leonesa de Matronas. Burgos; 2011

(38) Ferreiro Losada MT, Díaz Sanisidro E, Martínez Romero MD, Rial Boubeta A, Varela Mallou J, Claveria Fontan A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Rev Calidad Asistencial*. 2013 May 15 [Epub ahead of print]






9. ANEXOS

ANEXOS






Anexo 1: CUESTIONARIO COMFORTS

CUESTIONARIO COMFORTS

Marque con una X la opción que desee

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
					
Cuidados durante el periodo de parto					
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio					
2. Con la cantidad de información proporcionada por la matrona en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir					
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la matrona					
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo					
5. Con la vivencia del nacimiento					
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto					
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebe					
8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió					
9. Con el número de profesionales que la atendieron durante el parto					
10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto					
11. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales					
12. Con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas					
13. Con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades durante el parto					
Cuidados en el puerperio					
14. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas					
15. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados después del parto					
16. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados del bebé					
17. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales					
18. Con el tiempo que pasó la enfermera enseñando a su pareja los cuidados de usted y su bebé					
19. Con la respuesta a sus necesidades					
20. Con el tiempo que pasó la enfermera ayudándole a alimentar a su bebé					
21. Con la información que recibió de las enfermeras					

SIGUE →

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Muy insatisfecha 	Insatisfecha 	Indiferente 	Satisfecha 	Muy satisfecha 
22. Con el número de enfermeras que cuidaron de usted					
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación					
24. Con el número de médicos que la atendieron					
Cuidados del recién nacido					
25. Porque sabe cuando el bebe está enfermo					
26. Porque sabe cuando el bebe está satisfecho o tiene hambre					
27. Porque sabe cuando el bebe está tomando leche suficiente					
28. Porque sabe colocar al bebe durante la alimentación					
29. Porque sabe que hace cuando el bebe llora					
30. Porque sabe que hace cuando el bebe se atraganta					
31. Porque sabe colocar al bebe para dormir					
32. Porque sabe como bañar al bebe					
33. Porque sabe como encontrar ayuda cuando la necesita					
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido					
Logística y entorno					
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital					
36. Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital					
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales,...)					
38. Con el respeto a su intimidad por parte del personal de limpieza					
39. Con la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades					
40. Con la iluminación de la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto					

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 2:HOJA DE REGISTRO DE VARIABLES

HOJA DE REGISTRO DE VARIABLES

-FECHA DEL PARTO: _____

-HORA DEL PARTO: _____

-HOSPITAL: Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

-UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN/PLANTA: _____

-INICIALES DE LA MUJER: _____

-EDAD (años): _____

-PAÍS DE NACIMIENTO: _____

-AÑOS DE ESTANCIA EN EL PAIS (si usted no nació en España): _____

-NIVEL DE ESTUDIOS (últimos estudios cursados):

Sin estudios

Formación Profesional Grado Medio

Estudios Primarios

Formación Profesional Grado Superior

Estudios Secundarios

Estudios Universitarios

-SITUACIÓN LABORAL (actual):

Activo

Trabajo domestico no remunerado

Estudiante

Trabajo no domestico no remunerado

Jubilada o Pensionista

-ESTADO CIVIL (actual):

Soltera

Viuda

Casada

Separada

Vive en pareja

Divorciada

-NIVEL DE ESTUDIOS DE SU PAREJA (sólo contestar si en la pregunta anterior se han marcado las opciones "Casada" o "Vive en pareja") (últimos estudios cursados):

Sin estudios

Formación Profesional Grado Medio

Estudios Primarios

Formación Profesional Grado Superior

Estudios Secundarios

Estudios Universitarios

-SITUACIÓN LABORAL DE SU PAREJA (sólo contestar si en la pregunta anterior se han marcado las opciones "Casada" o "Vive en pareja") (actual):

Activo

Trabajo domestico no remunerado

Estudiante

Trabajo no domestico no remunerado

Jubilado o Pensionista

-¿QUIÉN LA ACOMPAÑÓ DURANTE EL PERIODO DE PARTO?: _____

-POSIBILIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LA NOCHE EN EL PUERPERIO:

NO SI

-TIPO DE PARTO VAGINAL:

Normal

Instrumental

A término (37-42 semana)

Pre-término (antes de la 37 semana)

Pos-término (después de la 42 semana)

-RECIÉN NACIDO:

Peso al nacer (en gramos): _____

Apgar al nacimiento: _____

-NÚMERO DE:

Embarazos anteriores: _____

Partos vaginales anteriores: _____

Cesáreas anteriores: _____

Abortos anteriores: _____

- LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS PARTOS PREVIOS (sólo en mujeres que ya han tenido un hijo): _____

-HIJOS VIVOS:

NO SI ¿Cuántos?: _____

-ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

Lactancia materna exclusiva

Alimentación mixta (lactancia materna + artificial)

Alimentación artificial

-EPISIOTOMÍA: NO SI

- DESGARROS: NO SI Extensión o Grado: _____

Anexo 3: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA REGIONAL



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 21 de Enero de 2013

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 09/2013, titulado: "LA SATISFACCIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO RELACIONADA CON LA ATENCIÓN HOSPITALARIA". Trabajo Fin de Grado en Enfermería en la Universidad de Oviedo de la alumna D^a Rosa Isabel Fernández Raigada.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



Anexo 4: AUTORIZACIÓN DE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HUCA



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Área Sanitaria IV

Oviedo, 29 de enero de 2013

Asunto: Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Enfermería del HUCA, autoriza a **D^a Rosa Isabel Fernández Raigada** alumna de Grado en Enfermería, a la recogida de los datos necesarios para la realización de un estudio observacional, descriptivo y transversal del trabajo de investigación titulado “**SATISFACCIÓN MATERNA CON EL PARTO Y PUERPERIO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**”, recordando a las solicitantes que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos

Un saludo.



Fdo.: Ramón Corral Santoveña
Director de Enfermería del HUCA

Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: SATISFACCIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO RELACIONADA CON LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Iniciales de la mujer:

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto y puerperio inmediato en relación a la atención sanitaria recibida durante su estancia hospitalaria.

Se realizará una encuesta por parte de la investigadora para recoger las variables relacionadas con la vivencia de parto y puerperio y se medirá la satisfacción materna mediante un cuestionario validado para este fin. La duración aproximada será de unos 10 minutos. La información obtenida a través de esta entrevista será mantenida bajo estricta confidencialidad.

Este estudio forma parte del Trabajo Fin de Grado de la alumna Rosa Isabel Fernández Raigada (4º curso de Graduado/a en Enfermería) de la Universidad de Oviedo.

Yo (Nombre y Apellidos):.....

Declaro conocer el objetivo del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo, de manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento para la participación en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma de la investigadora:

Firma de la participante:

Fecha:.....