

VIVENCIA DEL PARTO EN EL HOSPITAL. ¿CUÁLES SON LOS PUNTOS CLAVE PARA UNA ATENCIÓN COMPLETA Y DE CALIDAD?

Paula Francos Pascual

TRABAJO FIN DE GRADO 2021-22

Tutor: Antonio Martínez Oviedo

RESUMEN

INTRODUCCION: El momento del parto es un evento importante en la vida de la mujer. Los avances de los últimos tiempos han producido la priorización de la tecnificación a la humanización del proceso, lo que puede producir insatisfacción por parte de las pacientes. Actualmente se está produciendo un cambio en la forma de abordar el embarazo y el parto, prestando mayor atención a las necesidades de los futuros padres. Identificar la satisfacción de las mujeres durante este proceso sirve como instrumento para incrementar la calidad asistencial, mejorar aquellos aspectos débiles y reforzar los puntos fuertes.

OBJETIVOS: Describir el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto en el Hospital Obispo Polanco de Teruel y analizar los factores que influyen en la misma.

METODOLOGÍA: Estudio transversal descriptivo analítico. La recogida de datos se hizo mediante una encuesta anónima en la planta de maternidad del Hospital Obispo Polanco entre los meses de Noviembre de 2021 y Enero de 2022.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 49 participantes en la cual la mediana de edad fue de 31 años. La nacionalidad predominante fue la Española (76,9%).

La satisfacción global fue elevada para el 86,5% de las mujeres. El 80,8% tuvo un parto a término. Las pacientes con un parto pretérmino se mostraron menos satisfechas ($p=0,006$). El 51,9% se encuentra totalmente satisfecha con la analgesia recibida. Un 76,9% de pudo estar acompañada durante el proceso. Solamente un 1,9% no se encuentra satisfecha con el respeto a su intimidad.

CONCLUSION: Las mujeres en general valoran muy satisfactoriamente la experiencia del parto vivida en este hospital. Proporcionar una adecuada analgesia, estar acompañada, tener un parto breve, a término y recibir información clara y comprensible durante el proceso del nacimiento son los aspectos más valorados.

PALABRAS CLAVE

humanización, parto, puerperio, satisfacción del paciente

ABSTRACT

INTRODUCTION: The moment of delivery is an important event in a woman's life. Recent advances have led to the prioritization of technology over the humanization of the process, which can lead to dissatisfaction on the part of patients. There is currently a change in the approach to pregnancy and childbirth, with greater attention being paid to the needs of the parents-to-be.

Identifying women's satisfaction during this process serves as an instrument for increasing the quality of care, improving weak aspects and reinforcing strong points.

OBJECTIVES: To describe the degree of satisfaction of women during the delivery process at the Obispo Polanco Hospital in Teruel and to analyze the factors that influence it.

METHODOLOGY: Analytical descriptive cross-sectional study. Data collection was done by means of an anonymous survey in the maternity ward of the Obispo Polanco Hospital between November 2021 and January 2022.

RESULTS: It is expected that the participating students will improve their knowledge and skills in the field of recycling, as well as understand the importance of recycling for the health of society.

RESULTS: A sample of 49 participants was obtained with a median age of 31 years. The predominant nationality was Spanish (76.9%). Overall satisfaction was high for 86.5% of the women. The 80.8% had a term delivery. Patients with a preterm delivery were less satisfied ($p=0.006$). 51.9% were totally satisfied with the analgesia received. 76.9% were able to be accompanied during the process. Only 1.9% were not satisfied with the respect for their privacy.

CONCLUSION. In general, women rated the birth experience at this hospital very satisfactorily. Providing adequate analgesia, being accompanied, having a short, full-term delivery, and receiving clear and understandable information during the birth process are the most highly valued aspects.

KEY WORDS

childbirth, humanization, patient satisfaction, postpartum period.

Trabajo Fin de Grado

INTRODUCCIÓN

El momento del parto es uno de los eventos más importantes en la vida de la mujer, no solo porque supone el fin del embarazo sino porque da paso al inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal¹. Constituye una de las experiencias más profundas y poderosas, pudiendo afectar al resto de sus vidas, tanto física como emocionalmente.

A pesar de que el proceso de asistencia al parto se trata de un proceso fisiológico, siempre ha precisado cuidados y atenciones². Hasta hace unas décadas, estas atenciones eran asignadas de forma exclusiva a la esfera femenina, y la mayoría de veces se mantenía una actitud expectante y no intervencionista²; sin embargo, las mejoras económicas y sociales que se produjeron en el siglo XX, junto con los progresos en conocimientos y tecnología sanitaria, propiciaron la aparición y el desarrollo de cuidados tecnológicos aplicados a la asistencia del nacimiento³.

Fue a partir del siglo XVII cuando la asistencia al parto inicia un proceso de medicalización: la saga de médicos de la familia Chamberlain, inventores de los fórceps obstétricos, posiblemente sea quien mejor encarna los inicios de esta historia de tecnificación de la asistencia obstétrica⁴. Pero ha sido sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando esta tecnificación de la asistencia al embarazo y el parto se ha hecho especialmente intensa. Es en ese momento cuando empiezan a incluirse ciertas prácticas rutinarias y protocolizadas (rasurado, enemas, episiotomías...) sin estar avalado el uso rutinario de las mismas por la evidencia científica.

En España, el uso de analgesia loco-regional (epidural o raquídea) constituye una práctica habitual en la asistencia al nacimiento: se empleó en el 62,9 % de los partos en 2018⁵; este mismo año el porcentaje de partos que finalizaron en cesárea fue del 26%⁶ y los que lo hicieron con la ayuda de instrumentación fueron el 17,5%⁵.

Los importantes avances y descubrimientos que se han producido en los últimos tiempos en el terreno de la ginecología y la obstetri-

cia con el fin de solucionar problemas de salud e intentar disminuir al máximo la morbimortalidad materna, han producido, en demasiadas ocasiones, la priorización de la tecnificación y los conocimientos sobre la humanización del proceso², lo que puede producir insatisfacción por parte de las pacientes.

Es por esto por lo que recientemente ha surgido la necesidad de individualizar y profundizar en la humanización de los cuidados durante el parto.

El término “humanización de la atención al parto” tiene su origen en el año 2000. Nace como respuesta al fuerte intervencionismo médico que, sobre un proceso fisiológico, se estaba realizando en todo el mundo^{2,7}.

El parto humanizado se basa en procedimientos obstétricos que procuran evitar las rutinas asistenciales sistematizadas^{1,3}. Se busca respetar las opiniones, creencias y necesidades emocionales de la mujer y su familia como protagonistas del parto, además de adoptar medidas que sean beneficiosas, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana².

Se ha observado que un aspecto importante que influye en la humanización de la atención sanitaria es la información y la comunicación que se establece entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud². Sin embargo, este no es el único punto necesario para poder llegar a humanizar la atención.

Para que la información sea considerada herramienta de ayuda en la toma de decisiones, esta debe estar basada en evidencias documentadas acerca de la efectividad, beneficios y riesgos de las opciones que se les están ofreciendo a la persona informada².

Se han realizado algunos estudios sobre la implantación de un modelo humanizado en la asistencia hospitalaria². En 2020 se publicó un artículo sobre un estudio realizado en España⁸, sobre una muestra de 406 mujeres comparando los resultados obstétricos y la satisfacción del parto en dos modelos distintos de cuidado materno: modelo biomédico y modelo “humanizado”. Los resultados mostraron que el modelo humanizado ofreció mejores resultados obsté-

Trabajo Fin de Grado

tricos y mejores puntuaciones de satisfacción durante el trabajo de parto, parto y postparto.

En los últimos años han surgido algunas corrientes huyendo de la tecnificación del parto: el parto en casa, con matronas en el propio domicilio.

En España, en los últimos 10 años, los partos atendidos en casa representan el 0,37% de la totalidad⁹. Los discursos de quienes lo defienden afirman que se debe a la necesidad de escapar de la “violencia obstétrica”¹⁰, término que ha surgido recientemente y que hace referencia a las técnicas médicas rutinarias como episiotomías sin consentimiento¹¹, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una determinada posición o proveer una medicalización excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves. Esta “violencia” también puede ser psicológica, como por ejemplo dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo o humillante¹¹.

Es necesario la búsqueda de un equilibrio entre las garantías de calidad y seguridad que ofrecen los conocimientos y técnicas científicas, y el deseo de las mujeres en participar más en su proceso de embarazo.

Identificar la satisfacción de la mujer durante el parto puede servir como instrumento para incrementar la calidad asistencial, posibilita proyectar la mejora continua de aquellos aspectos débiles y reforzaría los puntos fuertes encontrados¹². En el momento actual de cambio de modelo asistencial resulta todavía más necesario conocer las expectativas de parto de las gestantes, ya que el modelo humanizado de atención al parto implica que la mujer tome decisiones sobre su cuidado e insiste en el concepto de comunicación entre padres y profesionales sanitarios¹³.

Con este trabajo hemos querido conocer la opinión de las mujeres de nuestro contexto sanitario en relación al parto. Por ello, hemos considerado oportuno recoger información de las mujeres que han sido madres recientemente, para tratar de conocer sus sentimientos y vivencias respecto a la calidad humana del trato asistencial, si esta se adecuó a sus expectativas y detectar posibles campos de mejora.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto y puerperio precoz en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

OBJETIVO SECUNDARIO

- Detectar los puntos de mejora en la atención al parto para poder abordarlos en una intervención posterior.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal descriptivo – analítico. La población diana fueron las mujeres que dieron a luz entre los meses de Noviembre de 2021 y Enero de 2022 en la planta de maternidad del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres mayores de 18 años que acudieron a dar a luz al Hospital.
- Mujeres con embarazo vigilado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres diagnosticadas de COVID-19 por ser el proceso de parto diferente.
- Aquellas mujeres que no hablaban o escribían castellano.
- Aparición de incongruencias claras en las encuestas.
- Partos precipitados que ocurren fuera del hospital.

La recopilación de datos se obtuvo a través de una encuesta de carácter voluntario y anónimo (Anexo 1), la cual es una adaptación de la escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*. Se recogieron variables sociodemográficas y otras en relación con el grado de satisfacción de los diferentes momentos o técnicas del parto.

Previamente se contactó con la Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia y con la Supervisora de Enfermería de la planta de maternidad para presentar el proyecto e informarles de la finalidad del estudio. Posteriormente,

Trabajo Fin de Grado

se entregaron las encuestas que fueron distribuidas por las enfermeras en la planta de puerperio el día correspondiente al alta hospitalaria. Las encuestas se entregaron en un sobre que debían devolver cerrado para así garantizar la confidencialidad y la veracidad de su información.

Se solicitó su consentimiento oral para ser incluidas en el estudio, no siendo necesario el consentimiento escrito.

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de Internet en bases de datos y buscadores como Medline, PubMed, Scielo, Biblioteca Cochrane, Biblioteca virtual del IACS, Google académico y en las páginas webs del Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y en la Organización Mundial de la Salud.

Las palabras clave utilizadas fueron: humanización, parto, puerperio y satisfacción del paciente. Estas palabras fueron introducidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y se combinaron en las bases de datos mediante los operadores booleanos AND, OR y NOT.

En la búsqueda se descartaron artículos cuya fecha de publicación era anterior al año 2012, artículos que no hacían referencia a la información requerida y artículos que no estaban en texto completo. Los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos en español o inglés y artículos que hacían referencia del tema a tratar. Las variables estudiadas se recogen en la siguiente tabla (Fig. 1.)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
EDAD	CUANTITATIVA DISCRETA
NACIONALIDAD	CUALITATIVA POLITÓMICA
Nº DE EMBARAZO	CUANTITATIVA DISCRETA
SEMANAS DE GESTACIÓN	CUANTITATIVA DISCRETA
HIJOS PREVIOS	CUANTITATIVA DISCRETA
TIPO DE PARTO	CUALITATIVA POLITÓMICA
INDUCCIÓN	CUALITATIVA DICOTÓMICA
EPISIOTOMÍA	CUALITATIVA DICOTÓMICA
DURACIÓN DEL PARTO	CUANTITATIVA CONTINUA
INFORMACIÓN RECIBIDA EN PARITORIO – SALA DE DILATACIÓN	CUALITATIVA POLITÓMICA
ANALGESIA RECIBIDA DURANTE EL PARTO	CUALITATIVA POLITÓMICA
INFORMACIÓN SOBRE OTROS MÉTODOS DE ANALGESIA	CUALITATIVA DICOTÓMICA
Nº DE PERSONAS EN PARITORIO	CUALITATIVA POLITÓMICA
RESPETO A SU INTIMIDAD	CUALITATIVA POLITÓMICA
VIVENCIA DEL NACIMIENTO	CUALITATIVA POLITÓMICA
PROFESIONALES, ¿SE PRESENTABAN Y LE EXPLICABAN LO QUE LE IBAN A HACER?	CUALITATIVA DICOTÓMICA
COMPLICACIONES Y MÉTODOS PARA RESOLVERLAS	CUALITATIVA DICOTÓMICA
¿PUDO ACOMPAÑARLA SU ESPOSO O FAMILIAR?	CUALITATIVA DICOTÓMICA
ESCOGER LA POSICIÓN PARA DAR A LUZ	CUALITATIVA DICOTÓMICA
ANALGESIA Y CONFORT POST PARTO	CUALITATIVA POLITÓMICA
TIEMPO QUE LE DEDICA LA ENFERMERA/MATRONA EN EL PUERPERIO	CUALITATIVA POLITÓMICA
INFORMACIÓN SOBRE COMO ALIMENTAR AL RECIÉN NACIDO	CUALITATIVA POLITÓMICA
ACCESIBILIDAD A TODO AQUELLO QUE NECESITA	CUALITATIVA POLITÓMICA
EXPECTATIVAS	CUALITATIVA DICOTÓMICA

Trabajo Fin de Grado

TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES		
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	TRANSFORMACIÓN
SEMANAS DE GESTACIÓN	CUANTITATIVA	CUALITATIVA DICOTÓMICA
DURACIÓN DEL PARTO	CUANTITATIVA	CUANTITATIVA POLITÓMICA
Nº DE EMBARAZO	CUANTITATIVA	CUALITATIVA DICOTÓMICA

Fig.1. Tabla de variables.

Se obtuvo la media y la desviación estándar (DE), de las variables cuantitativas que cumplieron criterios de normalidad; y la mediana e intervalo intercuartil (IQ) de las variables cuantitativas que no los cumplieron. Las variables cualitativas estudiadas se presentaron mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría. Para el análisis comparativo se utilizaron las siguientes pruebas:

- Chi Cuadrado (X²) para relacionar dos variables cualitativas. Se analizó la asociación por medio del test exacto de Fisher o asociación lineal en aquellos casos en los que el porcentaje de valores esperados excedía el criterio de validez de chi cuadrado.

- T-Student para relacionar variable cuantitativa con cualitativa de dos categorías. Se utilizó el Test de Welch en caso de que no existiese homogeneidad de varianzas. Se utilizó la prueba U de Man Whitney cuando se cumplían los criterios de normalidad.

- Anova para relacionar variable cuantitativa con variable cualitativa con más de dos categorías. Se utilizó la prueba Kruskal Wallis cuando no se cumplían los criterios de normalidad.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics V.25, asumiendo, en todos los análisis, significación estadística si $p < 0,05$.

El desarrollo del presente estudio no requirió fuentes de financiación. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Fig .1. Satisfacción de las mujeres con la vivencia del nacimiento en función de las semanas de gestación.

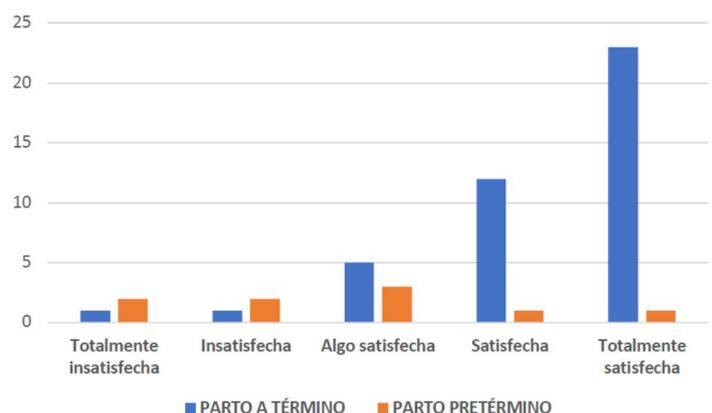
RESULTADOS

Se recogieron 52 encuestas que cumplieron los criterios de inclusión en el periodo estudiado. Se excluyeron 3 casos por no haber rellenado el cuestionario correctamente, por lo que la muestra final fue de $n=49$. La edad estuvo comprendida entre los 25 y los 42 años, con una mediana de 31 (IQ=7). La nacionalidad predominante fue la Española (76,9%), seguida de un 13,5% que eran de origen Marroquí. Otras menos comunes fueron Colombianas (3,8%) Rumanas (1,9%), Inglesas (1,9%) y Dominicanas (1,9%).

En cuanto al número de gestaciones, 27 de ellas eran múltiparas (51,9%), mientras que para el resto fue su primer embarazo.

De manera general, nuestros resultados mostraron una satisfacción global bastante elevada ya que para el 86,5% de las mujeres de este estudio las expectativas quedaron cubiertas de forma adecuada.

El 80,8% de las mujeres tuvo un parto a término. Las pacientes con un parto pretérmino se mostraron menos satisfechas con la vivencia del nacimiento de forma estadísticamente significativa (Fig. 1) (Asociación lineal $p=0,006$)



Trabajo Fin de Grado

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de las mujeres con su parto en función de la forma de inicio del mismo (espontáneo o inducido). Sin embargo, sí se observa una mayor satisfacción (no estadísticamente significativa) en las mujeres que iniciaron su proceso de parto de manera espontánea.

En relación con el tipo de parto (Fig. 2), 29 mujeres tuvieron un parto eutócico (55,8%), 12 dieron a luz mediante cesárea (23,1%) y el resto (21,2%) tuvo un parto instrumentado con ventosa, fórceps o espátulas.

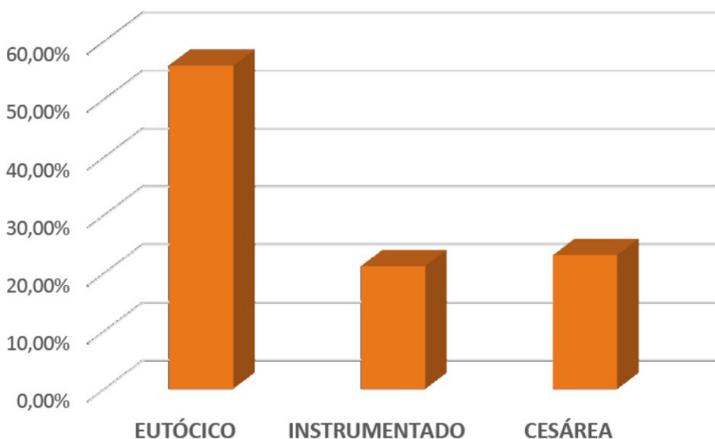


Fig. 2. Tipo de parto.

El 42,3% de las mujeres tuvo un parto breve (duración menor de 8 horas), el 34,6% tuvo una duración normal entre 8 y 24 horas y el resto (17,3%) fueron partos prolongados (duración mayor de 24 horas).

Las mujeres con un parto breve mostraron más satisfacción con la vivencia del nacimiento que aquellas que tuvieron un parto prolongado (Fig. 2.). (Asociación lineal, $p=0,0001$).

El grado de cumplimiento de las expectativas fue menor en aquellas mujeres con parto prolongado (Asociación lineal, $p=0,009$).

Además, las mujeres con un parto breve muestran una mayor satisfacción con la analgesia recibida durante el parto (Asociación lineal, $p=0,032$).



Fig. 2. Satisfacción de las mujeres en función de la duración del parto.

27 mujeres (51,9%) se encuentran totalmente satisfechas con la analgesia recibida durante el proceso del nacimiento. No obstante, a un 61,5% no se les ofreció ningún método de analgesia alternativo del que hacer uso.

Aquellas que afirmaron que no se cumplieron sus expectativas durante el parto, se mostraron más insatisfechas con las medidas de analgesia y confort postparto. (Fig. 3.) (Asociación lineal, $p=0,001$)

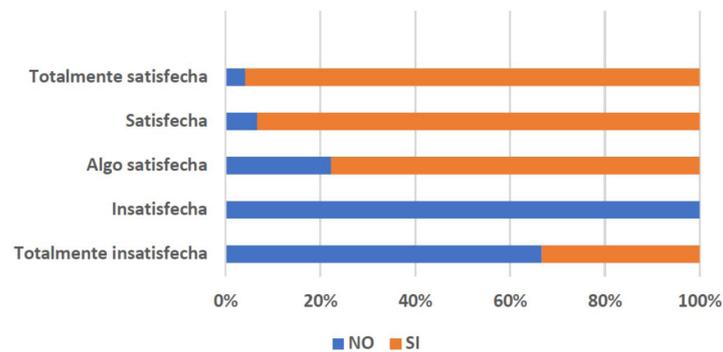


Fig. 3. Cumplimiento de las expectativas en función de la satisfacción con la analgesia postparto.

El 36,5 % de las pacientes afirma sentirse satisfecha y el 48,1% totalmente satisfecha con la información que recibieron en la sala de dilatación y paritorio. Solamente un 5,7% se mostró insatisfecha. El hecho de haber recibido suficiente información se relacionó de forma estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento de las expectativas (Asociación lineal, $p=0,00001$).

A un 28,8% se les realizó episiotomía. Solamente el 51,9% de las mujeres afirma haber recibido información antes del parto acerca de

Trabajo Fin de Grado

posibles complicaciones que podrían surgir así como de técnicas que se emplearían para resolverlas. Las mujeres que recibieron dicha información se mostraron más satisfechas de manera estadísticamente significativa. (Test de Fisher, $p=0,046$).

A 46 de ellas (88,5%) no se les permitió escoger la posición para dar a luz, sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en relación con el grado de cumplimiento de las expectativas.

El 76,9% de la muestra pudo estar acompañada la mayor parte del proceso por la persona que ellas habían elegido. Estas mujeres se mostraron más satisfechas que aquellas a las que no se les permitió estar acompañadas de forma estadísticamente significativa (Test de Fisher, $p=0,041$). No obstante, al 75% de las mujeres que dieron a luz mediante cesárea no se les permitió estar acompañadas en el momento del expulsivo (Asociación lineal, $p=0,00001$).

El 51,9% de las mujeres se encuentra totalmente satisfecha con el número de personas que estuvo en paritorio durante el expulsivo. Además, el 90,4% afirma que los profesionales que le acompañaban se presentaban y le explicaban lo que le iban a hacer. Esto se relacionó de forma estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento de las expectativas (Test de Fisher, $p=0,014$).

Solamente un 1,9% no se encuentra satisfecha con el respeto a su intimidad por parte de las personas que las atendieron.

El grado de satisfacción de las mujeres con la información que recibieron sobre cómo alimentar a su recién nacido se muestra en la Fig. 4.

Las pacientes en las que expectativas no se cumplieron de forma adecuada, se mostraron menos satisfechas con la información que recibieron sobre cómo alimentar a su recién nacido de manera estadísticamente significativa. (Asociación lineal, $p=0,004$)

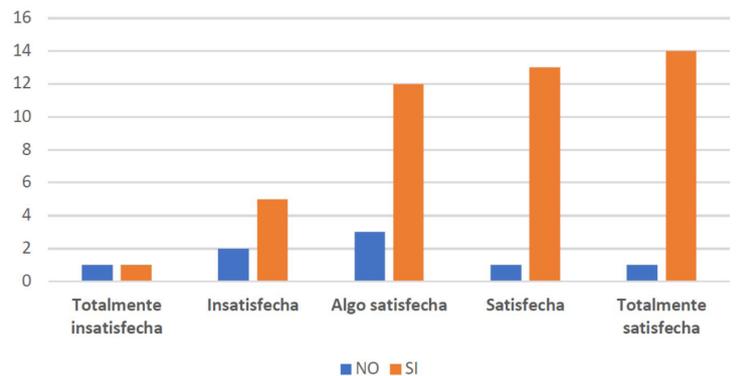


Fig. 4. Cumplimiento de las expectativas en función de la información que recibieron sobre cómo alimentar a su recién nacido.

Casi la totalidad de la muestra (88,4%) se mostró satisfecha con la accesibilidad a todo aquello que necesitaba durante su estancia en el hospital (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales etc.).

Por último, el 32,7% de la muestra dice sentirse satisfecha y el 44,2% totalmente satisfecha con el tiempo que las enfermeras y las matronas le dedican en el puerperio para cubrir sus necesidades.

DISCUSIÓN

La experiencia del parto es un concepto amplio, complejo y multidimensional que depende de diversos factores.

La edad media de las mujeres de este estudio es similar a la descrita en otros artículos^{4,12,14}.

En nuestro trabajo, se observó que la satisfacción materna guarda una relación muy importante con la variable dolor, lo que coincide con lo encontrado por García-Puga, Medina – Ortiz¹⁵ y Mas-Pons et al.¹⁶.

Aunque en general las mujeres valoran satisfactoriamente la experiencia con la analgesia recibida, existen algunas terapias alternativas descritas en otros trabajos^{17,18} que se utilizan

Trabajo Fin de Grado

para el alivio del dolor con las que se puede lograr aumento en la satisfacción materna en el área de partos, como por ejemplo la inyección de agua estéril en la zona lumbar, la inmersión en bañera, la realización de masajes o el contacto físico. Por otro lado, el uso de la pelota de Bobath ayuda a encontrar posturas más confortables. En futuras investigaciones debería evaluarse si la implantación de métodos alternativos del dolor mejora el grado de satisfacción de las mujeres, así como la disminución del uso de analgesia epidural¹⁸.

En un estudio de similares condiciones¹⁹, llevado a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, se observaron valores superiores de satisfacción global en las mujeres multíparas, sin embargo, en nuestro trabajo no se comprobó este aspecto.

Al igual que en otras investigaciones^{20,21,22,23,24}, se demuestra que un acompañamiento continuo por parte de una persona de confianza o de la pareja produce beneficios en la mujer tales como mejora del bienestar físico y emocional, disminución de las complicaciones y del uso de analgesia, además de transmitir seguridad y tranquilidad²⁵. En línea con estos resultados, Cunha²⁶ encontró que las mujeres de su estudio se mostraron muy satisfechas con respecto a este ítem, agradeciendo la presencia de un acompañante ajeno al hospital, lo cual supuso un aumento del bienestar de la mujer.

En nuestro trabajo, llama la atención el bajo porcentaje de acompañamiento en las cesáreas. Esto se podría explicar por el hecho de que la cesárea es una intervención quirúrgica, y por tanto, un procedimiento que presenta riesgos potenciales. No obstante, permitir la entrada de un acompañante en la cesárea mejoraría las expectativas de la mujer con respecto a la vivencia del nacimiento, serviría como soporte emocional y facilitaría la realización del contacto piel con piel con su hijo. Teniendo en cuenta los numerosos beneficios que produce, debería permitirse que una persona del entorno de la mujer esté presente ofreciendo su apoyo, independientemente del tipo de parto que tenga, siendo este un punto a mejorar en nuestro centro.

Los partos largos producen mayor ansiedad y frustración a las mujeres. Estos hallazgos

están en consonancia con los de otras investigaciones¹³ que muestran resultados similares. Aparte del cansancio que esto supone, las mujeres con partos largos son atendidas por numerosos profesionales distintos que se van sucediendo a lo largo de los turnos del hospital. Que la atención durante toda la hospitalización sea liderada por un mismo profesional es importante, ya que supone unos cuidados de calidad, aumenta la confianza de las pacientes y por tanto, supone una mayor satisfacción por parte de estas²⁵.

El parto pretérmino es una situación compleja. Los niños prematuros en ocasiones presentan problemas en el momento del nacimiento teniendo que ser trasladados a otras unidades separados de sus madres. Es fundamental en estos casos un abordaje específico, asegurando un cuidado individualizado por un equipo especializado en el tema.

Que las mujeres reciban información antes del parto acerca de posibles complicaciones es algo imprescindible, ya que la relación entre lo que la mujer espera y lo que realmente sucede está relacionado con la experiencia más o menos satisfactoria del proceso de nacimiento^{27,28,29}. Las mujeres deberían disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones, con el objetivo de hacerlas partícipes del proceso. Algo que mejoraría la satisfacción de las mujeres en nuestro centro sería que los profesionales dedicasen un tiempo en una consulta específica previa al parto para proporcionar dicha información, establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas. Esto disminuiría también la búsqueda de información de las mujeres en la red y otras fuentes menos fiables, así como los partos en domicilio que tienen menos garantías de seguridad.

Es importante señalar que uno de los ítems que ofrece mayor satisfacción a las mujeres es el tiempo que la enfermera y la matrona pasa con ellas en el puerperio para cubrir sus necesidades, lo que coincide con otros trabajos^{14,23,25} en los que la figura de la matrona es uno de los aspectos mejor valorados.

Los resultados de este trabajo deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes

Trabajo Fin de Grado

limitaciones: no se han tenido en cuenta factores socioculturales y sanitarios que, en el caso de las mujeres extranjeras, pueden influir en la percepción y la vivencia de la experiencia del parto. Por otra parte, debemos destacar la dificultad de elegir el momento óptimo para entregar dicho cuestionario. Los resultados podrían variar en función del momento elegido para la recogida, ya que durante el postparto inmediato un recién nacido sano borra o enmascara la parte negativa del proceso²⁸.

CONCLUSIÓN

Las mujeres en general valoran muy satisfactoriamente la experiencia del parto vivida en este hospital. Proporcionar una adecuada analgesia, estar acompañada, tener un parto breve, a término y recibir información clara y comprensible durante el proceso del nacimiento son aspectos valorados de forma muy positiva por las mujeres.

Es necesario seguir investigando y desarrollar nuevos estudios que recopilen en profundidad las demandas y necesidades de las mujeres embarazadas durante el parto y adaptar la asistencia sanitaria a las mismas, para mejorar la humanización y calidad de la última etapa del embarazo.

Trabajo Fin de Grado

BIBLIOGRAFÍA

1. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Sixto A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet] 2019 [acceso 20 noviembre de 2021]; 44 (3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226>
2. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. 2017.
3. Macías-Intriago M, Haro-Alvarado J, Piloso-Gómez F, Galarza-Soledispa G, Quishpe-Molina MC, Triviño-Vera B. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom. Cien.* 2018; 4 (3): 392 – 415.
4. Goberna J, Palacio A, Banús MR, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof* [Internet] 2008 [acceso 12 diciembre de 2021]; 9 (1): 5-10. Disponible en: <https://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol-9n1pag5-10.pdf>
5. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad; 2021 [acceso 12 diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
6. ConSalud R. España duplica las recomendaciones de nacimientos por cesárea de la OMS [Internet]. ConSalud.es. 2019 [acceso el 15 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/26-nacimientos-espana-2018-produjeron-cesarea_72094_102.html.
7. Arnau J, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Revista de antropología iberoamericana* [Internet] 2012 [acceso 3 de marzo de 2022]; 7(2) 225 – 247. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595>
8. Conesa MB, Canteras M, Ballesteros C, Carrillo C, Martínez ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open* [Internet] 2016 [acceso 17 de diciembre de 2021]; 6 (8). DOI:10.1136/bmjopen-2016-011362.
9. Rodríguez AB. El “peixet”. La experiencia de parir en casa. *Index Enferm* [Internet] 2009 [acceso 3 de mayo de 2022]; 18 (1): 57-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100012&lng=es.
10. Ruiz JC. Partos en casa contra la violencia obstétrica [Internet]. *Pikara magazine.* 2022 [acceso el 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2022/03/partos-en-casa-contra-la-violencia-obstetrica/>.
11. Rodríguez J, Martínez A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit.* [Internet] 2021 [acceso 3 de mayo de 2022]; 35 (3): 211-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
12. Aguilar M.J, Sáez I, Menor M.J, Mur N, Expósito M, Hervás 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. *Nutrición hospitalaria* [Internet] 2013 [acceso 7 de febrero de 2022]; 28(3): 920-926. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300050
13. Camacho F, Romero MJ. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enferm glob* [Internet] 2018 [acceso 20 de abril de 2022]; 17 (49):324-347. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>
14. Marín D, Toro S, Carmona FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE inv* [Internet] 2013 [acceso 28 de abril de 2022]; 10(63). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/618/607>
15. 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* [Internet] 2009;26(1):23-27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25920>
16. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez – Gil N, Margaix – Fontestad L, Escribá-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria* [Internet] 2012

Trabajo Fin de Grado

- [acceso 1 de abril de 2022]; 26 (3) 236 – 242. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.019>.
17. Fernández M, María I. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*. [Internet] 2014 [acceso 3 febrero 2022]; 13 (33): 400-406. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100020&lng=es.
 18. López-Mirones M, Alonso-Salcines A, Terán-Muñoz O, García-González C, Laurrieta-Saiz I, González-Maestro M. Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey. *Nuberos Científica* [Internet] 2017 [acceso 15 de abril de 2022]; 3(21): 36 – 43. Disponible en: <http://www.indexf.com/nuberos/2017pdf/2136.pdf>.
 19. Ramón E, Juárez R, Martínez B, Martín S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas Enferm* [Internet] 2015 [acceso 20 de abril de 2022]; 18(1): 62-65. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80697/>
 20. Navas R, Peteiro L, Blanco S, López N, Seoane T, Pertega S. Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2021 acceso 1 abril de 2022] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dfnMzVQpwNDvCj54thCjh6L/?format=pdf&lang=es>
 21. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish versión of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2016 [acceso 20 de enero de 2022]; 16: 372. Disponible en: <https://bmc-pregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-016-1100-z.pdf>.
 22. Torres JA. ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto?. *Matronas Hoy* [Internet] 2017 [acceso 15 de febrero de 2022]; 5(2). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/115/>.
 23. Sánchez A, Sánchez C, Pozo MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Revista matronas* [Internet] 2018 [acceso 2 de febrero de 2022]; 6(1). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/134/satisfaccion-de-lasmujeres-con-la-atencion-al-parto/>.
 24. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2015 [acceso 15 de noviembre de 2022]; 15-251. Disponible en: <https://bmc-pregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0683-0.pdf>
 25. Arias IA. Humanización de los cuidados en la atención al parto normal. 2017. 26. Bezerra KJ, Vieira LS, Assunção RM. O vivido de mulheres no parto humanizado. *Rev Inter NOVAFAP* 2012; 5(2): 32-38.
 27. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Promot Salud*. 2015; 4: 6.
 28. Navas R, Peteiro L, Blanco S, López N, Seoane T, Pertega S. Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet] 2021 [acceso 1 de abril de 2022] 55. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020006603720>
 29. García A, Rodrigues C, Barco B. Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Invest educ enferm* [Internet] 2012 [acceso 15 de noviembre de 2022]; 30(2): 208-214. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200005.

Trabajo Fin de Grado

ANEXO 1. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Buenos días, soy Paula, estudiante de 4º de Enfermería y estoy realizando el trabajo de fin de carrera para conocer el grado de satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante el parto. Por este motivo solicito su colaboración y se lo agradezco anticipadamente. Se le garantiza el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre el secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales serán destruidos.

1. DATOS GENERALES

Edad: ____ Nacionalidad: _____ Número de embarazo actual: ____

Semanas de gestación: _____

Hijos previos: Ninguno. Uno. Dos o más.

Tipo de parto: Normal. Instrumentado (ventosa, fórceps...). Cesárea.

Inducción: SI. NO.

Episiotomía: SI. NO.

Duración aproximada del parto (desde el ingreso hasta que nace el recién nacido): _____

2. CUIDADOS DURANTE EL PERIODO DEL PARTO

Por favor, señale su grado de satisfacción con cada uno de los aspectos que se nombran a continuación.

1. Grado de satisfacción con la información que ha recibido en la sala de dilatación – paritorio.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

Trabajo Fin de Grado

2. Grado de satisfacción con la analgesia recibida durante el parto.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

¿Se le proporcionó información acerca de posibles métodos de analgesia a los que podía acceder durante el parto (ducha, pelota, masaje, control de respiración...)?

- Sí.
- No.

3. Grado de satisfacción con el número de personas que estuvo en el paritorio durante su parto.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

4. Grado de satisfacción con el respeto a su intimidad por parte de las personas que intervinieron en el parto.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

5. Grado de satisfacción con la vivencia del nacimiento.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

Trabajo Fin de Grado

6. Los profesionales que le acompañaban, ¿se presentaban y le explicaban lo que le iban a hacer?

- Sí.
- No.

7. ¿Recibió información antes del parto acerca de posibles complicaciones que podrían surgir y en tal caso, técnicas que se utilizarían para resolverlas? (episiotomía, maniobras etc...)

- Sí.
- No.

8. ¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?

- Sí.
- No.

9. ¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?

- Sí.
- No.

3. CUIDADOS DEL PUERPERIO EN PLANTA

1. Grado de satisfacción con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento del recién nacido.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

Trabajo Fin de Grado

2. Grado de satisfacción con el tiempo que la enfermera / matrona pasa con usted en los cuidados del puerperio para cubrir sus necesidades físicas.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

3. Grado de satisfacción con la información que recibe sobre cómo alimentar a su recién nacido.

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

4. Grado de satisfacción relacionado con la accesibilidad a todo aquello que necesita durante su estancia en el hospital (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales...)

- Totalmente insatisfecha.
- Insatisfecha.
- Algo satisfecha.
- Satisfecha.
- Totalmente satisfecha.

5. En general, ¿las expectativas quedaron cubiertas de forma adecuada?

- Sí.
- No.

Después de realizar el cuestionario, indique algún aspecto en el que cree que se podría mejorar.

Trabajo Fin de Grado

CRONOGRAMA

	2021				2022				
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Elección de bloque y tutor									
Reunión con el tutor									
Elección del tema									
Búsqueda bibliográfica									
Trabajo de campo									
Análisis de resultado									
Realización del trabajo									
Entrega al tutor y aprobación									
Exposición del trabajo									