

Análisis de la ansiedad y satisfacción con los cuidados durante el parto y el puerperio en gestantes del Hospital Lucus Augusti

Autora: Rocío Navas Arrebola

Tesis doctoral UDC / 2023

Directoras: Sonia Pértega Díaz

María Teresa Seoane Pillado

Tutora: Sonia Pértega Díaz

Programa de doctorado en Ciencias de la Salud



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

DEDICATORIA

A mis padres, papá sé que allí donde estés disfrutarás este logro tanto como yo. Gracias a los dos por haber inculcado en mí el ejemplo de esfuerzo y tenacidad que me hace cumplir un sueño como este. Sin vosotros nada de esto hubiera sido posible. Gracias, por tanto.

A Juan, mi incondicional marido y el mejor compañero de vida, siempre juntos y siempre creciendo. Te elegiría otra vez todos los días de mi vida. Simplemente gracias.

A Iria, a Bruno y a Vera sois el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer todo el trabajo realizado a mis directoras de Tesis Sonia Pértega Díaz y M Teresa Seoane Pillado, ha sido un largo camino que por fin llega a su final. Gracias por vuestra dedicación y apoyo en estos años, en el que he crecido profesionalmente y aprendido tanto en la investigación.

En segundo lugar, me gustaría agradecer su trabajo y esfuerzo a mis compañeras de tesis, Noelia, Susana y en especial a Laura, el apoyo que me has brindado me ha mantenido a flote cuando iba naufragando en esta larga y difícil tarea del doctorado. Gracias por creer tanto en este proyecto.

En tercer lugar, al Hospital Universitario Lucus Augusti, en especial al servicio de obstetricia y ginecología, por aprobar la realización de este trabajo y permitirme acceder a todo lo necesario para llevar a cabo este proyecto.

Por último, agradecer a todas las mujeres que formaron parte de mi investigación, sin su colaboración, jamás hubiera podido realizar esta investigación.

RESUMO

Introdución y obxectivos: O proceso de parto e posparto é un período de especial vulnerabilidade para as mulleres, polo que analizar a súa satisfacción e ansiedade resulta de interese para a práctica científica e clínica. O obxectivo deste estudo foi determinar o nivel de ansiedade ao final do embarazo e posparto, satisfacción coa atención recibida e factores asociados, en mulleres embarazadas atendidas no Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) en 2016.

Material e métodos: Realizouse un estudo observacional de seguimento prospectivo en mulleres embarazadas ≥ 18 anos que acudiron á consulta de seguimento fetal do HULA durante o ano 2016. Recolléronse datos demográficos e clínicos, cubrindo cuestionarios validados para avaliar o nivel de ansiedade (STAI A/ E) e satisfacción coa atención recibida (COMFORTS).

Resultados: Incluíronse 448 mulleres, cunha idade de $33,6 \pm 4,7$ anos. O 46,4% eran primíparas e o 39,5% embarazos de alto risco. O 52,8% realizou o parto eutóticamente, cun 27,0% cesáreas.

No tocante á ansiedade como estado, na consulta de seguimento fetal, o 12,6% das mulleres presentaron un grao de ansiedade severa, o 63,1% ansiedade moderada/leve e o 24,3% ansiedade mínima. Estes datos posparto foron do 10,9%, 51,3% e 37,8%, respectivamente. A ansiedade por trazos foi mínima no 43,7%, moderada/leve no 48,0% e grave no 8,3%. A única variable que estivo significativamente asociada co estado de ansiedade-anteparto na análise multivariante foi a historia de trastornos mentais (OR=2,571; IC 95%: (1,341-4,928)). Un resultado similar obtívose en termos de trazo-ansiedade (OR=2,190; IC 95%:(1,269-3,777)) e estado posparto-ansiedade (OR=2,652; IC 95%:(1,126-6,244)).

O 94,5% das embarazadas mostrouse satisfeita coa atención recibida. Os aspectos con maior grao de insatisfacción ou indiferenza asociada foron o coidado do neonato (12,3%) e o posparto (7,9%). Obsérvase que presentar ansiedade moderada-grave durante o parto e o posparto aumenta significativamente a insatisfacción ou a indiferenza (OR=3,5 IC95%=(1,1-11,1); OR=4,0 IC95%=(1,4-11,8), respectivamente). Pola súa banda, un parto instrumental (OR=4,3 IC95%=(1,3-14,2)) ou unha cesárea (OR=2,8 IC 95%=(0,8-9,9)) aumenta a probabilidade de insatisfacción con respecto a un parto normal.

Conclusións: A porcentaxe de mulleres satisfeitas cos coidados recibidos durante o parto e o posparto é elevada, sobre todo nos partos normais. A ansiedade é un problema frecuente que inflúe na satisfacción co proceso do parto e que require unha atención adecuada.

RESUMEN

Introducción y objetivos: El proceso de parto y puerperio es un periodo de especial vulnerabilidad para la mujer, por lo que analizar su satisfacción y ansiedad es de interés para la práctica científica y clínica. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad al final del embarazo y postparto, la satisfacción con los cuidados recibidos y los factores asociados, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) en 2016.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de seguimiento prospectivo en gestantes ≥ 18 años que acudieron a consulta de monitorización fetal en el HULA durante 2016. Se recogieron datos demográficos y clínicos, cumplimentando cuestionarios validados para evaluar el nivel de ansiedad (STAI A/E) y la satisfacción con los cuidados recibidos (COMFORTS).

Resultados: Se incluyeron 448 mujeres, con una edad de $33,6 \pm 4,7$ años. El 46,4% eran primíparas y un 39,5% embarazos de alto riesgo. Finalizaron el parto de manera eutócica el 52,8%, con un 27,0% de cesáreas.

Respecto a la ansiedad como estado, en la consulta de monitorización fetal, un 12,6% de las mujeres presentó un grado de ansiedad severo, un 63,1% ansiedad moderada/leve y un 24,3% ansiedad mínima. Estos datos postparto fueron 10,9%, 51,3% y 37,8%, respectivamente. La ansiedad como rasgo fue mínima en un 43,7%, moderada/leve en el 48,0%, y severa en el 8,3%. La única variable que se asoció de forma significativa con la ansiedad-estado preparto en el análisis multivariante fueron los antecedentes de trastornos mentales (OR=2,571; IC95%:(1,341-4,928)). Se obtuvo un resultado similar en cuanto a la ansiedad-rasgo (OR=2,190; IC95%:(1,269-3,777)) y la ansiedad-estado en el postparto (OR=2.652; IC95%:(1,126-6,244)).

El 94,5% de las gestantes se mostraron satisfechas con los cuidados recibidos. Los aspectos con mayor grado de insatisfacción o indiferencia asociada fueron los cuidados del recién nacido (12,3%) y los cuidados en el puerperio (7,9%). Se observa que presentar ansiedad moderada-severa preparto y postparto incrementa significativamente la insatisfacción o indiferencia (OR=3,5; IC95%= (1,1-11,1); OR=4,0; IC95%= (1,4-11,8), respectivamente). A su vez, un parto instrumental (OR=4,3; IC95%= (1,3-14,2)) o una cesárea (OR=2,8; IC 95%= (0,8-9,9)) incrementa la probabilidad de insatisfacción respecto a un parto eutócico.

Conclusiones: El porcentaje de mujeres satisfechas con los cuidados recibidos en el parto y postparto es alto, especialmente en partos eutócicos. La ansiedad es un problema frecuente que influye en la satisfacción con el proceso de parto y requiere de una atención adecuada.

ABSTRACT

Introduction and objectives: The process of childbirth and puerperium is a period of special vulnerability for women, so analyzing their satisfaction and anxiety is of interest for scientific and clinical practice. The objective of this study was to determine the level of anxiety at the end of pregnancy and postpartum, satisfaction with the care received and associated factors, in pregnant women treated at the Lucas Augusti University Hospital (HULA) in 2016.

Material and methods: An observational prospective follow-up study was carried out in pregnant women ≥ 18 years of age who attended the fetal monitoring consultation at HULA during 2016. Demographic and clinical data were collected, completing validated questionnaires to assess the level of anxiety (STAI A/E) and satisfaction with the care received (COMFORTS).

Results: 448 women were included, with an age of 33.6 ± 4.7 years. 46,4% were primiparous and 39,5% high-risk pregnancies. 52,8% completed a eutocic delivery, with 27,0% cesarean sections.

Regarding anxiety as a state, in the fetal monitoring consultation, 12,6% of the women presented a degree of severe anxiety, 63,1% moderate/mild anxiety and 24,3% minimal anxiety. These postpartum data were 10,9%, 51,3% and 37,8%, respectively. Trait anxiety was minimal in 43,7%, moderate/mild in 48,0%, and severe in 8,3%. The only variable that was significantly associated with anxiety-antepartum state in the multivariate analysis was a history of mental disorders (OR=2,571; 95%CI:(1,341-4,928)). A similar result was obtained in terms of trait-anxiety (OR=2,190; 95%CI:(1,269-3,777)) and postpartum state-anxiety (OR=2,652; 95%CI:(1,126-6,244)).

94,5% of the pregnant women were satisfied with the care received. The aspects with the highest degree of dissatisfaction or associated indifference were newborn care (12,3%) and postpartum care (7,9%). It is observed that presenting moderate-severe prepartum and postpartum anxiety significantly increases dissatisfaction or indifference (OR=3,5 IC95%= (1,1-11,1); OR=4,0 IC95%= (1,4-11,8), respectively). In turn, an instrumental delivery (OR=4,3 IC95%= (1,3-14,2)) or a cesarean section (OR=2,8 IC 95%= (0,8-9,9)) increases the probability of dissatisfaction with respect to a normal delivery.

Conclusions: The percentage of women satisfied with the care received during childbirth and postpartum is high, especially in normal deliveries. Anxiety is a frequent problem that influences satisfaction with the birth process and requires adequate attention.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	23
1.1	El embarazo, el parto y el puerperio como experiencia en la vida de una mujer ...	25
1.2	Fisiología del parto	27
1.2.1	Parto normal.....	27
1.2.2	Parto instrumental.....	29
1.2.3	La cesárea	29
1.3	Cuidados de salud en el embarazo, parto y puerperio	31
1.3.1	Asistencia al parto en el Sistema Nacional de Salud	31
1.3.2	La matrona en el embarazo, parto y puerperio.....	35
1.3.3	Cuidados durante el embarazo.....	36
1.3.4	Clasificación de riesgo obstétrico en el embarazo	37
1.3.5	Educación en la maternidad y paternidad.....	39
1.3.6	Plan de nacimiento	39
1.4	Cuidados durante el parto	42
1.4.1	Alivio del dolor durante el parto	42
1.4.2	Movilización y posturas durante el trabajo de parto y expulsivo.....	44
1.4.3	Intervenciones rutinarias durante el proceso de parto.....	45
1.4.4	Atención en el proceso de dilatación por una matrona.	45
1.5	Cuidados durante el postparto	47
1.5.1	Los cuidados del recién nacido sano.	48
1.6	Definición de satisfacción del paciente y su evaluación	51
1.6.1	Satisfacción del paciente como indicador de calidad	51
1.7	Satisfacción con los cuidados en el embarazo, parto y puerperio	52
1.8	Evaluación de la satisfacción	53
1.9	Salud mental perinatal y su evaluación	57
1.9.1	Trastornos psicológicos: la ansiedad en las gestantes	57
1.10	Herramientas para detectar la ansiedad	60
2	JUSTIFICACIÓN	63
3	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	69
3.1	Objetivos principales	71
3.2	Objetivos específicos	71
3.3	Hipótesis	73
4	MATERIAL Y MÉTODOS	75
4.1	Tipo de estudio	77
4.2	Ámbito de estudio	77
4.3	Periodo de estudio	78

4.4	Criterios de inclusión	78
4.5	Criterios de exclusión.....	78
4.6	Justificación del tamaño muestral	79
4.7	Selección de la muestra	79
4.8	Fuentes de información	80
4.9	Estrategia de búsqueda bibliográfica	80
4.10	Mediciones.....	82
4.10.1	Mediciones de las gestantes.....	83
4.10.2	Mediciones del embarazo actual.....	85
4.10.3	Mediciones durante el parto y puerperio.....	91
4.10.4	Características del recién nacido	96
4.10.5	Mediciones sobre los cuidados percibidos intraparto y puerperio inmediato.....	98
4.11	Análisis estadístico.	102
4.12	Aspectos ético-legales	103
5	RESULTADOS	105
5.1	Características de las gestantes.....	107
5.1.1	Características sociodemográficas	107
5.1.2	Comorbilidad.	108
5.1.3	Antecedentes gineco-obstétricos.....	109
5.2	Evolución y control del embarazo.....	111
5.2.1	Educación en la maternidad y paternidad.....	111
5.2.2	Riesgo obstétrico e incidencia de patologías obstétricas	112
5.2.3	Pruebas complementarias en el embarazo.	113
5.3	Medicación durante el embarazo	116
5.4	Valores antropométricos de las gestantes.	117
5.5	Parto y puerperio	118
5.5.1	Motivo de ingreso hospitalario y condiciones obstétricas al ingreso.....	118
5.5.2	Forma de inicio y resolución del parto.	119
5.5.3	Periodo intraparto.	122
5.6	Características del recién nacido.	125
5.7	Ansiedad estado y ansiedad rango (STAI) en las gestantes	127
5.7.1	Escala de ansiedad estado y rasgo preparto.	127
5.7.2	Escala de ansiedad estado postparto	130
5.7.3	Análisis de la encuesta STAI (AE/AR) preparto y postparto.....	132
5.8	Percepción y satisfacción de las mujeres en el parto y puerperio.....	137
5.8.1	Cuidados percibidos intraparto y en el puerperio inmediato.....	137
5.8.2	Satisfacción con los cuidados del parto y posparto,.....	139
6	DISCUSIÓN	149

6.1	Medición de la satisfacción: diversos cuestionarios de satisfacción	151
6.2	La Satisfacción y características maternas: edad, nivel educativo, educación maternal, paridad, expectativas del plan de nacimiento.....	156
6.3	Satisfacción y Resultados obstétricos y perinatales.....	159
6.4	Satisfacción y salud mental.	166
6.5	Medición de la ansiedad: valores globales.....	167
6.6	Ansiedad perinatal y características maternas asociadas	169
6.7	Ansiedad postparto y resultados obstétricos y perinatales,.....	171
7	<i>CONCLUSIONES</i>	177
8	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	181
9	<i>ANEXOS</i>	197

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Indicadores de calidad en la atención perinatal en España	34
Tabla 2	Factores de riesgo obstétrico	37
Tabla 3	Búsqueda bibliográfica relacionada con la satisfacción con los cuidados del parto	80
Tabla 4	Búsqueda bibliográfica relacionada con la ansiedad en gestantes	81
Tabla 5	Incremento ponderal recomendado IOM durante la gestación según IMC basal	90
Tabla 6	Test de Bishop	91
Tabla 7	Test de Apgar	97
Tabla 8	Puntuaciones de la escala COMFORTS	100
Tabla 9	Puntuación encuesta STAI	101
Tabla 10	Características sociodemográficas de las gestantes incluidas en el estudio	108
Tabla 11	Antecedentes médicos de las gestantes incluidas en el estudio	109
Tabla 12	Antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes incluidas en el estudio,	110
Tabla 13	Datos de las encuestadas con relación a las sesiones de educación maternal y la entrega del plan de nacimiento	111
Tabla 14	Riesgo obstétrico y enfermedades concomitantes de las mujeres incluidas en el estudio	112
Tabla 15	Pruebas complementarias durante el embarazo realizadas a las gestantes incluidas en el estudio	114
Tabla 16	Valores de hemoglobina y hematocrito por trimestre de gestación de las gestantes incluidas en el estudio	115
Tabla 17	Medicación prescrita durante el embarazo a las gestantes incluidas en el estudio	116
Tabla 18	Valores antropométricos de las gestantes incluidas en el estudio	117
Tabla 19	Causa y detalle de las condiciones obstétricas al ingreso	119
Tabla 20	Forma de inicio y resolución del parto	120
Tabla 21	Descripción de las variables relacionadas con el trabajo de parto y el postparto inmediato	122
Tabla 22	Duración del parto, dilatación y expulsivo según paridad	123
Tabla 23	Estado del periné después del parto	124
Tabla 24	Características de los recién nacidos	126
Tabla 25	Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad estado (STAI A-E) preparto	128
Tabla 26	Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad rasgo (STAI A-R) preparto	129

Tabla 27	Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad estado (STAI A-E) postparto	131
Tabla 28	Resultados de la encuesta STAI (AE preparto y postparto; AR) de las mujeres incluidas en el estudio	132
Tabla 29	Comparación de resultados STAI AE preparto y postparto	133
Tabla 30	Análisis de las gestantes con alto grado de ansiedad estado y rasgo preparto	135
Tabla 31	Análisis de las mujeres con niveles de ansiedad estado alto postparto	136
Tabla 32	Cuidados percibidos intraparto y postparto	138
Tabla 33	Resultados de la Escala COMFORTS referente a la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados durante el periodo de parto	140
Tabla 34	Resultados de la escala COMFORTS sobre la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados en el puerperio	141
Tabla 35	Resultados de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados del recién nacido	142
Tabla 36	Resultados de la escala COMFORTS sobre la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con la logística y entorno	143
Tabla 37	Puntuación de satisfacción de las gestantes incluidas en el estudio con los cuidados recibidos en el parto y el puerperio, según la escala COMFORTS	144
Tabla 38	Diferencias en la satisfacción con los cuidados recibidos, según características del inicio y evolución del parto y los resultados perinatales de las gestantes incluidas en el estudio	145
Tabla 39	Diferencias en la satisfacción con los cuidados recibidos, según la preparación a la maternidad, percepciones de la mujer y niveles de ansiedad de las gestantes incluidas en el estudio	147
Tabla 40	Modelo de regresión logística multivariado de variables asociadas a insatisfacción o indiferencia con los cuidados en el parto y puerperio de las gestantes incluidas en el estudio	148
Tabla 41	Resultados globales de satisfacción en el parto con diferentes herramientas	155
Tabla 42	Resultados de diferentes estudios sobre satisfacción con el parto y características asociad	163
Tabla 43	Resultados de diferentes estudios sobre ansiedad perinatal y factores asociados	173

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Borramiento y dilatación del cuello uterino	28
Figura 2	Parto vaginal normal	28
Figura 3	Tercera fase del parto: Alumbramiento	29
Figura 4	Parto por cesárea	30
Figura 5	Número total de partos en España. Año 2010-2019	33
Figura 6	Tasa de cesáreas en España. Año 2010-2019	34
Figura 7	Plan de parto y nacimiento	39
Figura 8	Pelota de parto en dilatación	43
Figura 9	Posiciones durante el expulsivo y dilatación	44
Figura 10	Piel con piel madre-bebe	48
Figura 11	Mapa de gestión del SERGAS	77
Figura 12	Distribución de la edad de las gestantes incluidas en el estudio	107
Figura 13	Finalización del parto según el inicio de este	121
Figura 14	Distribución de la estancia hospitalaria de las gestantes incluidas en el estudio	123
Figura 15	Resultados niveles de ansiedad estado preparto y postparto de las mujeres incluidas en el estudio	133
Figura 16	Puntuación global escala COMFORTS	144

LISTA DE ABREVIATURAS

CEQ	Childbirth experience questionnaire
COMFORST	Care in obstetrics: a measure for testing satisfaction
FAME	Federación de asociaciones de matronas de España
GAD	General Anxiety disorder
HULA	Hospital Universitario Lucus Augusti
IMC	Índice de Masa corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
MCSRS	Escala de satisfacción de parto de Mackey
MES	Maternity experience survey
NICE	National Institute for Health and Care Institute
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PRAQ-R	Pregnant anxiety questionnaire review
QPPI	Intrapartal Specific quality from the patient's perspective questionnaire
SEGO	Sociedad española de ginecología y obstetricia
SNS	Sistema Nacional de salud
STAI	Cuestionario de ansiedad Estado-rasgo
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UE	Unión Europea
WOMBLSQ	Women's view of birth labour satisfaction questionnaire

1 INTRODUCCIÓN

1.1 EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO COMO EXPERIENCIA EN LA VIDA DE UNA MUJER

A nivel estatal en el año 2016, se dieron en España aproximadamente 410.000 nacimientos, de los cuales alrededor de 19.000 correspondieron a la comunidad autónoma de Galicia. (1) La mayoría de los nacimientos se dan en mujeres que no tienen a priori factores de riesgo asociados y que finalizan en un parto vaginal. Sin embargo, el momento del parto es un periodo decisivo para la salud materno infantil y es considerado un acontecimiento de vital importancia para la vida de una mujer.

La gestación, el parto y la crianza de un recién nacido constituyen una experiencia única e inolvidable. El embarazo conlleva cambios físicos y emocionales, implica fluctuaciones hormonales importantes y adaptaciones biológicas de todo el cuerpo, incluso modificaciones a nivel cerebral que conferirán transformaciones duraderas en el cerebro de la mujer.(2)

Las últimas recomendaciones de salud abogan por ir más allá de la supervivencia de las mujeres y sus bebés, y conseguir alcanzar su pleno potencial de salud y bienestar (*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)* y el movimiento *Todas las Mujeres, Todos los Niños*). A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un incremento de diversas prácticas que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico del parto con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto.(3)

El concepto de la experiencia en la atención en el proceso de parto es un aspecto relevante para asegurar una atención de calidad. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define una “experiencia de parto positiva” como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y

psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto fisiológico y alcanzar un sentido de logro y control personal mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (4)

Durante el postparto los cambios que la mujer percibe son numerosos, es el comienzo de una nueva etapa en la vida. Cuando un recién nacido llega al mundo, tanto la madre como otros miembros de la familia también descubren un nuevo mundo, por lo que son necesarios cambios en sus roles para mantener el equilibrio. Brindar empatía, apoyo social y psicológico y una evaluación regular del estado psicológico de las mujeres puede ayudarlas a adaptarse a los cambios postparto y mejorar su calidad de vida.(5)

Dado que el embarazo y el puerperio representan un período de especial vulnerabilidad tanto para la madre como para el recién nacido, que es muy susceptible a la angustia o el bienestar de su madre, el período prenatal puede considerarse una oportunidad única para identificar a las mujeres en riesgo. Así como nos ocupamos de la salud física de la mujer durante la gestación y el período periparto, con visitas obstétricas programadas y asistencia cualificada del parto, cuidar la salud mental de la mujer durante este tiempo parece un enfoque prometedor para la inversión científica y clínica.(6)

1.2 FISIOLÓGÍA DEL PARTO

1.2.1 PARTO NORMAL

Se define como parto normal aquel que se inicia de forma espontánea. El recién nacido nace espontáneamente en posición de vértice entre las semanas completas 37 y 42 de gestación y con peso correcto. Después del parto, tanto la madre como el recién nacido están en buenas condiciones. Hay gestaciones de alto riesgo que finalizan con un parto espontáneo de vértice donde no se produce ninguna complicación. (7)

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. (8)

El trabajo de parto consta de las siguientes fases:

- Periodo de dilatación:
 - Fase latente de parto o fase prodrómica: se caracteriza por contracciones de intensidad leve o moderada, con frecuencia y duración irregular. Durante este periodo se produce un borramiento (acortamiento del cuello uterino) y dilatación del cuello uterino hasta los 4 cm. La duración de este periodo varía dependiendo de si es el primer parto de la mujer (hasta 20 horas) o si ya ha tenido un parto previo (14 horas). (Figura 1)
 - Fase activa de parto: caracterizada por contracciones cada vez más frecuentes, de mayor duración e intensidad. Se produce la dilatación de los 4 a los 10 cm. La velocidad de dilatación es 1,2 cm en mujeres sin parto previo y 1,5 cm en mujeres con partos anteriores. En muchas ocasiones no se ajusta a este patrón, ya que el proceso de dilatación es individual y único en cada mujer. Es en el inicio de esta fase de parto, cuando podemos decir que la mujer se encuentra de parto.



Figura 1 Borramiento y dilatación del cuello uterino. (9)

- **Periodo de expulsivo:** Se considera desde la dilatación completa del cuello uterino hasta que se produce la expulsión fetal. Se divide también en dos periodos:
 - Periodo latente o pasivo: dilatación completa en presencia o no de contracciones involuntarias.
 - Periodo activo: cuando el polo cefálico fetal se encuentra en un IV plano, existen contracciones de expulsivo o cuando hay una voluntad materna de realizar pujos. (Figura 2)

La duración de este periodo varía de una mujer a otra. En primigestas, normalmente el expulsivo se completa en 3 horas, (4 horas en caso de analgesia epidural) mientras que, en multíparas, suele completarse en 2 horas (3 horas en caso de analgesia epidural). En aquellos casos que se supere este margen de tiempo, se procederá a una finalización del parto ya sea mediante parto instrumentado o mediante cesárea si las condiciones obstétricas no son adecuadas para optar a un parto vaginal. (10)

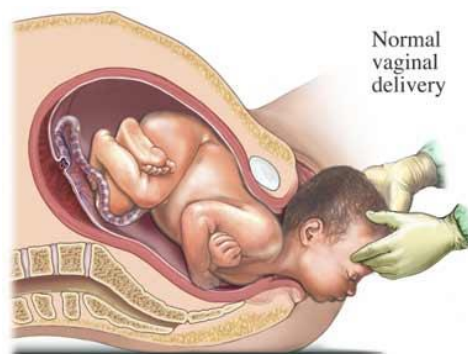


Figura 2 Parto vaginal normal. (11)

- Periodo de alumbramiento: El alumbramiento corresponde al tercer periodo del parto, y se define como el tiempo transcurrido entre la expulsión completa del feto y la expulsión completa de la placenta con sus membranas. (Figura 3)



Figura 3 Tercera fase del parto: Alumbramiento(12)

1.2.2 PARTO INSTRUMENTAL

Se entiende por parto instrumental el empleo de fórceps, ventosa o espátula que, aplicados generalmente sobre la cabeza fetal, y utilizando la fuerza de tracción, suplementan el trabajo de parto, asistiendo a la madre en la transición del feto a la vida extrauterina. Como norma general, está indicado en cualquier condición de amenaza materno-fetal que sea probable que se alivie por el parto, siempre y cuando se pueda realizar de forma segura. La analgesia epidural incrementa la frecuencia de mala posición de la cabeza fetal, así como lentifica el segundo estadio del trabajo de parto y disminuye el esfuerzo del expulsivo materno, lo que puede aumentar la frecuencia de partos instrumentales. (13)

1.2.3 LA CESÁREA

Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto por vía abdominal (Figura 4). Las indicaciones de cesárea en el hospital que se realiza este estudio son:

- Cesárea de urgencia de realización inmediata:
 - Grave estado materno de cualquier índole.
 - Sospecha de rotura uterina
 - Desprendimiento prematuro de placenta.
 - Prolapso de cordón.
 - Pérdida de bienestar fetal.
- Cesárea urgente no inmediata:
 - Distocia:
 - Parto estacionado: 4 horas con la misma dilatación.
 - Anomalías de la posición y actitud fetal.
 - Desproporción pélvico-cefálica.
 - Trastornos del descenso fetal
- Cesárea programada, no hay motivo de urgencia:
 - Presentación anómala (podálica/transversa)
 - Placenta previa oclusiva o tumor previo.
 - Macrosomía (≥ 4500 gr.)
 - Embarazo múltiple con presentación anómala en el primer gemelo
 - Infecciones maternas
 - Cesárea iterativa (≥ 2 cesáreas previas)

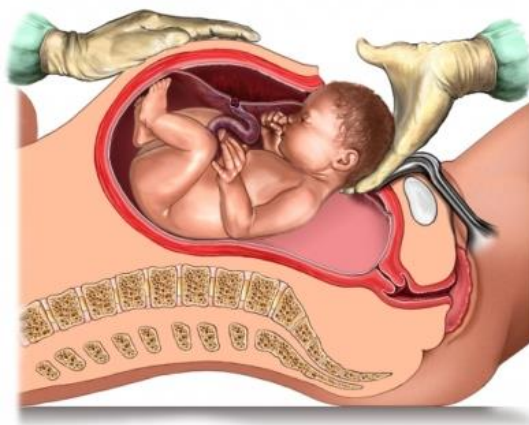


Figura 4 Parto por cesárea. (14)

1.3.1 ASISTENCIA AL PARTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el año 2021 en España la tasa bruta natalidad se sitúa en 7,12 nacimientos por cada 1000 habitantes continuando su tendencia a la baja. El número medio de hijos por mujer es de 1,18 una de las cifras de fecundidad más bajas dentro de la UE. La edad media de la maternidad se mantiene en 32,6 años. (15)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se financia con los presupuestos generales del Estado e incluye en su cartera de servicios la atención al embarazo, al parto y al puerperio. Cada gobierno regional es el responsable de la planificación territorial y la provisión de los servicios de salud que se estructuran en 2 niveles de actuación, atención primaria (ambulatorios y centros de salud) y atención hospitalaria (hospitales primarios, secundarios y terciarios). La cobertura es universal. Los seguros privados voluntarios son independientes del sistema público y presentan una cobertura poblacional variable entre las diferentes comunidades autónomas. (16)

El parto es la causa más frecuente de ingreso hospitalario. (17) Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en su documento Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en España se produjeron en el año 2020 un total de 4.253.183 altas hospitalarias, de las cuales 380.619 han guardado relación con “episodios de embarazo, parto y puerperio”, frente a 475.507 altas para el mismo episodio en el año 2016. Fueron el sexto grupo de diagnóstico por número de altas frente al cuarto grupo en 2016, y el décimo en estancias totales hospitalarias versus el quinto grupo en el año 2016. Los “episodios de embarazo, parto y puerperio” supusieron una media de 3,0 días de estancia en el año 2020 frente a 3,28 días para el año 2016. Atendiendo al grupo diagnóstico las mayores tasas de morbilidad en mujeres se dieron en los episodios de embarazo, parto y puerperio (1.576 por 100.000 mujeres), al igual que en el año 2016 (2011 por 100.000 mujeres) (18, 19)

El modelo asistencial obstétrico en España es un modelo intervencionista institucionalizado, similar a otros países de la UE (Unión Europea) como Irlanda, Rusia,

República Checa, Francia y Bélgica, en el que los cuidados son proporcionados por profesionales de medicina y de enfermería especializados.

En Europa, el informe “European Perinatal Health Report 2015” muestra gran variabilidad en la atención al parto en los diferentes países de Europa (20). Las tasas de cesáreas varían desde el 16,1-17,4% en los países nórdicos hasta el 56,9% de Chipre donde más de la mitad de las mujeres da a luz a través de esta operación de cirugía mayor. Los partos instrumentales son menos del 5% en Letonia o Lituania mientras que alcanzan el 15% en España e Irlanda.

Este intervencionismo no parece justificarse con unos mejores resultados en otros aspectos, como puede ser la mortalidad perinatal o neonatal. En realidad, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto (los países nórdicos). Este intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible, la cual ha dado lugar a las recomendaciones de los organismos sanitarios.(21)

Algunos de estos documentos son: Iniciativa parto normal de la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) (2006), La estrategia de atención al parto normal del ministerio (2010), Recomendaciones para la asistencia al parto normal de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2018), Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (2018) o la guía NICE (National Institute for Health and Care Institute) (2019).

La asistencia durante el proceso de embarazo se lleva a cabo conjuntamente entre atención primaria (matrona y médico de familia) y atención especializada. La actividad asistencial de la atención al proceso de parto y puerperio se centra en la atención especializada, distribuida en sala de partos, quirófano y planta de maternidad. La presencia del parto domiciliario en España es muy escasa 0,32% (año 2017). (22)

La asistencia al parto en el servicio público de salud no permite la elección del método de parto. Es decir, la realización de una cesárea electiva sin una causa médica justificada.

Los datos del Ministerio de Sanidad referidos al año 2016, reflejan que en España el 24,82% de las mujeres, es decir casi una de cada cuatro mujeres es sometida a una intervención de cirugía mayor, la cesárea. Por ámbitos, los hospitales de la red pública fueron responsables de atender el 80% del total de partos con una tasa de cesáreas de 21,61% mientras en los hospitales privados atendieron el 20% de partos y su tasa de cesáreas fue de un 37,34%. (23)

En las Figuras 5 y 6 se muestran la actividad asistencial obstétrica en España del periodo comprendido entre 2010-2019. El número total de partos descendió en dicho periodo en 120.057 partos, lo que supone un descenso del número de partos de un 25,12% respecto al año 2010.

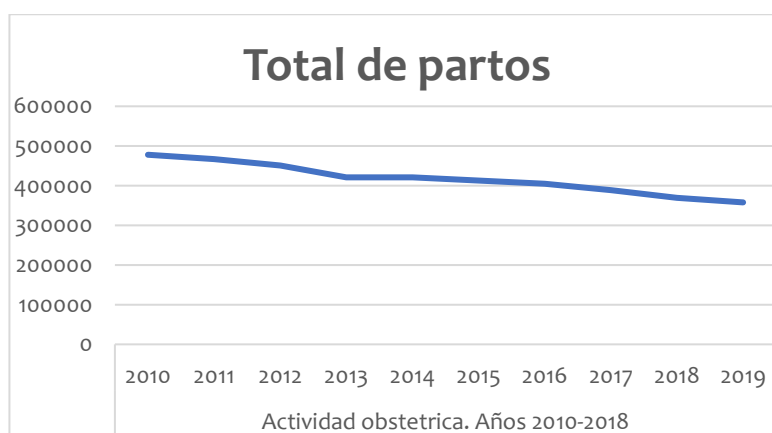


Figura 5 Número total de partos en España. Años 2010-2019

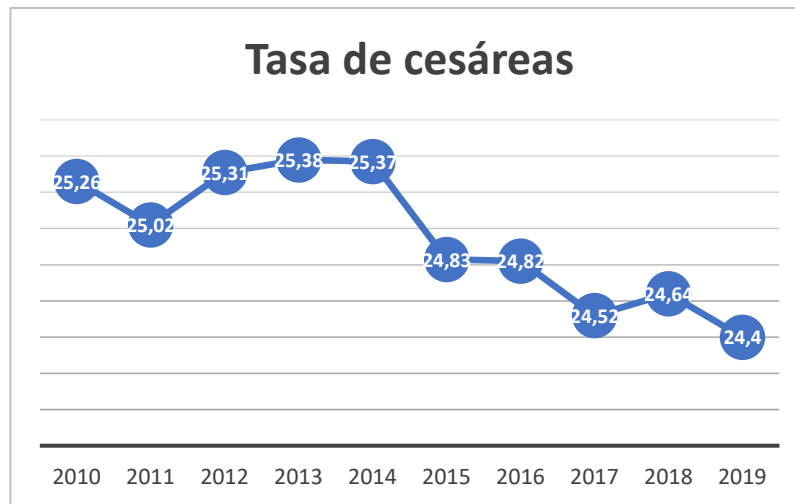


Figura 6 Tasa de cesáreas (%) en España. Años 2010-2019

En la Tabla 1 se recogen algunos de los indicadores relacionados con la calidad de la atención perinatal, referidos al año 2016 en la red de hospitales públicos del SNS. (24)

Indicador	Resultado (%)	Estándar (%)	Tendencia (2010-2018)
Realización de amniotomía (amniorexis)*	13,0	No realizar de forma rutinaria, en tal caso <20%	Descendente
Partos inducidos	23,3	<10	Ascendente
Uso de analgesia loco-regional (epidural/raquídea) *	51,5	30-80	Ascendente
Episiotomías en partos vaginales	32,2	<10	Descendente
Partos vaginales instrumentales*	17,0	<15	Ascendente
Partos vaginales con fórceps*	3,4	<15	Descendente
Partos vaginales con vacuum extractor	11,5	≤7	Ascendente
Cesáreas	21,6	<15	Estable

Tabla 1 Indicadores de calidad en la atención perinatal en España

*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

En el proceso del parto normal es recomendable no interferir en la ruptura de membranas, ya que puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o alteraciones del patrón de la frecuencia cardiaca fetal. La

inducción del parto es un procedimiento encaminado a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica mediante distintos medicamentos, es un procedimiento que no está exento de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado.

A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Como apostilla la OMS “Se debe hacer todo lo posible para proporcionar cesáreas a las mujeres necesitadas, en lugar de esforzarse por lograr una tasa específica”. (25)

Todos estos datos reflejan que España es un país especialmente intervencionista respecto a la atención al parto y nacimiento, sobre todo por el número de partos inducidos, episiotomías, partos vaginales instrumentales y cesáreas. Estos datos son a nivel global, con variaciones según la comunidad autónoma y según cada hospital.

1.3.2 LA MATRONA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La matrona en España es una enfermera especializada (Enfermería Obstétrico-Ginecológica). Un profesional autónomo/a con competencias propias definidas legalmente y reconocidas en los dos ámbitos asistenciales: atención primaria y atención especializada. Su labor incide en un ámbito social tan importante como es el de la maternidad y la atención integral al ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad.(26)

La formación y competencias de las matronas están definidas con claridad, tanto en la normativa española como en la normativa europea, legislación de obligado cumplimiento para los países miembros.

Las competencias se extienden a la labor asistencial, gestora, docente e investigadora.

El papel y experiencia de la matrona es central en la asistencia de la mujer en el parto normal y en la identificación de complicaciones o desviaciones de la normalidad que precisen la atención del obstetra. En cualquiera de los casos, parto normal o complicado,

las matronas son el referente en nuestro modelo asistencial para el seguimiento del proceso y, de hecho, el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo la atención de una matrona. El SNS cuenta con 8.531 matronas, lo que supone una ratio de 0,18 profesionales por 1.000 habitantes o un profesional por 10.000. Por comunidades autónomas, Cantabria es la que cuenta con más enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología en la Sanidad pública, con 0,29 profesionales por 1.000 habitantes, seguida de Navarra y Euskadi, que cuentan con 0,24 cada una. En los últimos puestos se encuentran Castilla-La Mancha y Galicia, con 0,12 especialistas por cada 1.000 habitantes. La falta de un número suficiente de matronas conlleva que estos profesionales no puedan desarrollar todas sus competencias y funciones, tanto en Atención Primaria como en Especializada. Prácticamente prestan atención en la Unidad de Parto, Unidad de Prodrómicas y en la Unidad de Urgencias de Obstetricia y ginecología, en algunos hospitales. La planta de puérperas y de gestantes de alto riesgo, no están generalmente ocupadas por matronas, sino por enfermería sin especializar, salvo en algunos hospitales.(27, 28)

1.3.3 CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

La atención durante el proceso de embarazo tiene una desigual asistencia en función de la comunidad autónoma y cada área de salud en particular. En algunas de ellas la figura de la matrona ha tardado más tiempo en instaurarse o la matrona solamente está al cargo de determinados procesos asistenciales como la detección precoz del cáncer de cérvix o algún programa de salud con embarazadas.

El programa de embarazo, parto y puerperio consta de un equipo multidisciplinar compuesto por matrona, médico de familia y obstetra, donde la matrona en el embarazo normal desarrolla la mayor parte de las visitas prenatales, derivando al médico de familia si es preciso. El obstetra realiza las labores propias del médico especialista tales como controles ecográficos. Se realizan entre 6 y 9 visitas para el seguimiento de embarazo normal.

1.3.4 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN EL EMBARAZO

El concepto de embarazo de riesgo hace referencia a aquel en el que se detectan algunos factores que pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar a los resultados materno-fetales. (29) Los embarazos clasificados de alto riesgo conllevan habitualmente mayor número de visitas prenatales, y la intervención del equipo de obstetricia del área hospitalaria de forma habitual.

La Tabla 2 muestra los principales factores de riesgo obstétrico. La mayoría de las guías clasifican el embarazo en bajo riesgo y alto riesgo, en función de la existencia o no de algún factor de riesgo.

Conocer que el embarazo puede tener mayor posibilidad de complicaciones puede tener un impacto emocional.(30) El sufrimiento fetal y en cierta medida el embarazo de alto riesgo puede intervenir en el apego inicial entre padres e hijos.(31)

Bajo riesgo	Riesgo I o Riesgo medio
Gestantes en las que no se identifica ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes.	<ul style="list-style-type: none">• Anemia leve o moderada• Cirugía genital previa (incluida cesárea).• Condiciones socioeconómicas desfavorables.• Control gestacional insuficiente.• Diabetes gestacional con buen control metabólico.• Dispositivo intrauterino y gestación.• Edad Extrema: <16 o > de 35 años.• Edad gestacional incierta.• Embarazo gemelar.• Embarazo no deseado.• Esterilidad previa: 2 años• Fumadora habitual.• Hemorragia del primer trimestre (no activa).• Incompatibilidad D (Rh).

- Incremento de peso excesivo.
- Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.
- Infección urinaria: BA y cistitis.
- Intervalo reproductor anómalo:
- Periodo intergenésico < de 12 meses.
- Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG.
- Obesidad: IMC > de 29.
- Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica > 32 SG.
- Riesgo de crecimiento intrauterino retardado.
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
- Riesgo Laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
- Sospecha de malformación fetal
- Sospecha de macrosomía.
- Talla baja: menor de 150 cm.
- Incompetencia cervical o malformación uterina

Riesgo II y III o Riesgo alto o muy alto

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Enfermedad cardiaca o renal • Diabetes melitus • Endocrinopatías • Enfermedad respiratoria crónica • Enfermedad hematológica • Epilepsia y otras enfermedades neurologicas • Enfermedad psiquiátrica • Enfermedad hepática • Enfermedad autoinmune con afectación sistémica. • Tromboembolismo • Hemorragias en el segundo y tercer trimestre de gestación. | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo • Anemia grave • Diabetes gestacional con mal control metabólico. • Infección urinaria de repetición • Infección de transmisión perinatal • Isoimmunización Rh • Embarazo múltiple • Polihidramnios/oligoamnios • Placenta previa > 32 semanas • Crecimiento intrauterino restringido • Defecto congénito fetal • Amenaza de parto pretérmino • Rotura prematura de membranas • Tumoración uterina • Patología médico-quirúrgica grave. • Antecedentes obstetricos desfavorables. |
|--|---|

Tabla 2 Factores de riesgo obstétrico.

1.3.5 EDUCACIÓN EN LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

La educación maternal o preparación para el nacimiento proporciona herramientas teóricas y prácticas para vivir de forma saludable el embarazo, el parto y el postparto. Esta preparación consta de varias sesiones que informan y preparan sobre diversos temas de interés a los futuros padres, entre ellos: el parto, el postparto, la lactancia materna, los cuidados del recién nacido, así como dota de una consciencia corporal a la madre de cara al nacimiento del recién nacido.

Una adecuada preparación prenatal sobre lo que ocurrirá durante el parto puede influir favorablemente en la satisfacción de las mujeres al evitar expectativas no realistas sobre su desarrollo, así como disponer de información veraz y recursos sobre los diferentes métodos de alivio del dolor y poder acceder al abanico más amplio posible de ellos. La preparación preparto tendría que asegurar una adecuada aproximación a lo que ocurrirá durante el parto, para limitar el desajuste entre las expectativas y experiencias y para potenciar una mayor satisfacción global.(32)

1.3.6 PLAN DE NACIMIENTO

El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus deseos, preferencias, necesidades y expectativas. En 2011 el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales publica *el Plan de Nacimiento y Parto* dentro de la estrategia de Atención al Parto Normal, con lo que se le da la oficialidad y el reconocimiento necesario para su uso más generalizado.(33) (Figura 7)



Figura 7 Plan de Parto y Nacimiento. (34)

En el hospital que se ha realizado el estudio se ofrece una charla informativa sobre el plan de nacimiento, y se entrega el documento a todas las embarazadas que lo deseen, pudiendo entregarlo de manera voluntaria al momento del ingreso.

El plan de parto se puede elaborar en cualquier momento, pero suele ser aconsejable entre las semanas 28-32. En el momento del parto la gestante puede modificar cualquiera de las preferencias escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.

Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, y la realizará tras informar adecuadamente y pedir el consentimiento. El resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando, según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto.

El documento aborda las distintas situaciones por las que la gestante pasará desde su llegada al hospital hasta que sea dada de alta, en algunos casos puede marcar sus preferencias, en otros es meramente informativo con la recomendación basada en la evidencia.

- Llegada al hospital: Acompañamiento, Necesidades especiales por diferencia de capacidad, Necesidades especiales por motivo de cultura o idioma, espacio físico (uso de ropa), intimidad.
- Periodo de dilatación: personal asistencial, enema y rasurado antes del parto, líquidos durante la dilatación, posición durante el parto, movilidad durante el parto, tratamiento y manejo del dolor, uso de material de apoyo, uso de bañera/ducha, otras preferencias.
- Intervenciones: Monitorización fetal, tactos vaginales, administración de medicamentos para acelerar el parto, canalización de vía venosa, sondaje vesical, rotura de la bolsa.

- Periodo expulsivo: pujos, episiotomía, contacto piel con piel, aspiración de secreciones y sondajes al recién nacido, corte del cordón umbilical, inicio precoz de la lactancia materna,
- Alumbramiento de la placenta.
- Cuidado y atención al recién nacido: separación de la madre y realización de procedimientos, administración de medicamentos, higiene del recién nacido.
- Periodo de puerperio: traslado a planta y estancia en la maternidad, duración de la estancia y cohabitación madre-recién nacido, lactancia.

1.4 CUIDADOS DURANTE EL PARTO

1.4.1 ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

DOLOR, ANALGESIA Y SATISFACCIÓN MATERNA

El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por muchos factores, entre ellos las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. Para muchas mujeres el dolor del parto es severo, y la mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor. El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento. Las formas eficaces de alivio del dolor no están necesariamente asociadas a una mayor satisfacción con la experiencia del parto y, a la inversa, el fracaso del método elegido puede conducir a la insatisfacción., aunque tener disponibilidad de aliviar el dolor fue el elemento más importante de las experiencias de parto de las mujeres y reemplazó a todos los demás elementos según el trabajo de Larkin et al.(34)

La satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el grado y tipo de dolor, el alivio del dolor, la participación, cuidado estructurado y control en la toma de decisiones. El cumplimiento de las expectativas es el factor que más se relaciona con la satisfacción. (32)

La reducción del dolor del parto da como resultado una disminución de la ansiedad.(35)
El dolor del trabajo de parto se alivia mediante dos métodos generales: farmacológico y no farmacológico.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

En el hospital que se ha realizado el estudio se ofrecen los siguientes métodos:

- Inmersión en el agua durante el periodo de dilatación, disminuye la ansiedad y el dolor promoviendo la relajación. (36)
- Pelota de parto o pelota suiza (Figura 8,(37)), sobre la que la mujer se sienta y realiza diferentes movimientos como balanceo, rotación pélvica, facilita la movilidad y proporciona una posición horizontal con la pelvis libre sin el esfuerzo materno de la bipedestación, mejorando la progresión del trabajo de parto. El uso de la pelota durante la fase latente del trabajo de parto aumenta la satisfacción de las mujeres con su proceso de parto más que la administración de petidina y haloperidol durante este período.(38, 39)
- Calor local, relaja y alivia la zona lumbosacra.
- Movilidad durante la dilatación y el expulsivo.



Figura 8. Pelota de parto en dilatación. (37)

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

- Calmante opioide: hidroclicloruro de petidina, que produce un efecto analgésico limitado se administra junto un antiemético para aliviar los efectos secundarios. Los calmantes opioides parecen proporcionar algún alivio del dolor y satisfacción moderada con la analgesia durante el trabajo de parto. (40)
- Analgesia epidural: puede ser más efectiva para reducir el dolor durante el parto y aumentar la satisfacción materna con el alivio del dolor que los métodos no epidurales. Aunque en general parece haber un aumento de los partos vaginales asistidos cuando las mujeres se someten a analgesia epidural, un análisis de subgrupos post hoc demostró que este efecto no se observa en los estudios recientes (después de 2005), lo que indica que los enfoques modernos de la

analgésia epidural en el trabajo de parto no afectan a este resultado. La analgesia epidural no tuvo repercusión sobre el riesgo de cesárea o de dolor de espalda a largo plazo, y no pareció tener un efecto inmediato en el estado neonatal determinado por las puntuaciones de Apgar o los ingresos en los cuidados intensivos neonatales. (41)

1.4.2 MOVILIZACIÓN Y POSTURAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO

La evidencia sugiere que la adopción de diferentes posiciones, como se puede ver en la Figura 9, durante la primera etapa del parto es segura y no afecta a los resultados del parto. Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. Sin embargo, se ha sugerido que las posiciones verticales y la deambulaci3n podrían acortar la duraci3n de la primera fase del parto, reducci3n de episiotomía y menor probabilidad de parto instrumental y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de la mujer y su sensaci3n de protagonismo y control. (32, 42)



Figura 9 Posiciones durante el expulsivo y dilataci3n. (43)

Las posiciones en decúbito pueden reducir la necesidad de parto quirúrgico y cesárea, sin aumentar el parto instrumental. Las madres pueden estar más satisfechas con la experiencia del parto al adoptar una posición en decúbito. Las posiciones en decúbito como tumbada sobre la espalda o litotomía (posición ginecológica: tumbada sobre su

espalda y en posición horizontal) por lo general no se utilizan, o no se deberían utilizar, debido a la posibilidad de compresión aorto-cava. (44)

1.4.3 INTERVENCIONES RUTINARIAS DURANTE EL PROCESO DE PARTO

Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados. El uso de oxitocina, así como la amniorexis artificial solo estarían indicados en caso de retardo de la primera fase del parto. Cuando existe un retraso del parto, la amniorrexis seguida de infusión de oxitocina a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del parto y mejora el grado de satisfacción materna, pero no mejora las tasas de partos vaginales ni otros resultados. (32, 45)

La oxitocina es una hormona con potentes efectos sobre el comportamiento social, incluido el comportamiento materno, identificándose como un mediador de la ansiedad y depresión postparto. Las mujeres expuestas a la oxitocina sintética tienen un riesgo más alto de padecer un trastorno depresivo o de ansiedad durante el primer año postparto. (46)

Otros estudios muestran que el empleo de mayor número de intervenciones médicas durante el parto, así como el uso de oxitocina empeora los resultados de satisfacción materna. (47)

1.4.4 ATENCIÓN EN EL PROCESO DE DILATACIÓN POR UNA MATRONA.

El proceso de dilatación es atendido por una matrona que es la encargada de hacer el seguimiento del trabajo de parto, en el caso de que se desvíe de la normalidad también es la responsable de solicitar ayuda médica. Idealmente una matrona debería atender una mujer, el conocido *one to one* desarrollado en Reino Unido. El apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados perinatales, incluyendo un

aumento del parto vaginal espontáneo, una duración más corta del trabajo de parto y una disminución de las cesáreas, partos vaginales instrumentales, uso de cualquier analgesia, puntuación en el test de Apgar menor a 5 y menores resultados negativos sobre la experiencia del parto.(48)

En España, así como en el hospital que se ha llevado a cabo el estudio, esto no siempre es posible, de manera que cada matrona puede atender más de una gestante en caso de necesidad del servicio; lo cual no es tan improbable teniendo en cuenta que hay 6 salas de partos y tres matronas atendiendo tanto las urgencias obstétricas como los trabajos de parto.

El contar con apoyo *una a una* durante todo el trabajo del parto se asoció con una menor probabilidad de utilizar analgesia y de parto vaginal instrumentado, así como con una mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo. (32)

El apoyo que brinda la matrona, un apoyo continuo y personalizado, cubriendo las necesidades emocionales y físicas de la mujer, aumenta la sensación de control y participación de la mujer durante el trabajo de parto, siendo un factor influyente en la experiencia del parto.(49)

1.5 CUIDADOS DURANTE EL POSTPARTO

La palabra *puerperio* se deriva del latín: *puer* (niño/a) y *parus* (resultado). En la actualidad, define el tiempo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado no gestacional. Su duración es comprensiblemente inexacta, pero se considera que está entre 4 y 6 semanas.(8)

El puerperio se divide a su vez según la SEGO en (50):

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas.
- **Puerperio clínico:** va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario. La duración aproximada es de 2 a 4 días, habitualmente.
- **Puerperio tardío:** su final coincide con la aparición de la primera menstruación.

Las dos primeras horas después del parto, en el Hospital llevado a cabo el estudio, la matrona está al cargo tanto del recién nacido como de la madre. Realiza control de constantes y evaluación del sangrado puerperal, colabora con la instauración de la lactancia materna si la madre así lo ha decidido. En el caso de cesárea, la madre es llevada a reanimación y separada de su recién nacido, el cual pasa si las condiciones clínicas lo permiten a realizar *piel con piel* con el padre o se traslada a la planta de maternidad según necesidades.

Transcurrido ese tiempo madre y bebé son trasladados a la planta de maternidad, donde el cuidado pasa a ser dado por enfermería general. El alta hospitalaria se produce normalmente transcurridas 48 horas del nacimiento del recién nacido, en ocasiones con anterioridad en el caso de parto vaginal sin complicaciones. Si el nacimiento se produjo por cesárea, la estancia es superior, al menos 3 noches.

Durante la estancia en planta los cuidados que se deben proporcionar por el personal de enfermería son:

- Vigilar signos de alarma que indiquen posibles complicaciones: altura uterina, loquios, estado perineal, incluyendo constantes vitales.
- Valorar la existencia de dolor, procurando la analgesia adecuada.
- Valorar los patrones de eliminación: micción y deposición.
- Evaluar el estado de las mamas y promocionar y apoyar la lactancia materna.
Realizar educación para la salud, autocuidados de la madre y el bebé.

1.5.1 LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SANO.

CONTACTO PIEL CON PIEL



Figura 10 Piel con piel madre-bebe (51).

Los primeros momentos del recién nacido son cruciales, la realización de *piel con piel* (Figura 10, (51)), técnica sencilla que consiste en colocar el bebé desnudo sobre el abdomen materno, ha mostrado numerosos beneficios, tanto para la madre como para el recién nacido.

Es una técnica beneficiosa a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del neonato, así como a largo plazo en el mantenimiento de la lactancia.

Las recomendaciones en la práctica clínica van encaminadas a evitar la separación de la madre y el bebé al menos durante la primera hora de vida. Durante este periodo la matrona es la encargada de vigilar el bienestar del lactante interfiriendo lo menos posible en la interacción de ambos.

En los partos finalizados por cesárea en el hospital que se ha realizado el estudio no se realiza la práctica con la madre, pero si se oferta en función de la carga asistencial la realización de *piel con piel* con el padre.

Los recién nacidos de parto instrumental, son previamente valorados por el pediatra y posteriormente entregados a la madre si la exploración es satisfactoria.

La realización de piel con piel con madre se asocia con mayor satisfacción en todos los tipos de nacimiento: vaginal, instrumental y cesárea, pero en mayor medida en los partos quirúrgicos.(52)

LACTANCIA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar los nutrientes para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva ("Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.(53)

El inicio de la lactancia materna debe ser en la primera hora postparto para facilitar la instauración y el mantenimiento de esta.

Se debe proporcionar información y apoyo a las madres que deciden optar por la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, así como a aquellas madres que optan por la alimentación artificial.

OTROS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- El baño del bebé debe realizarse pasadas 24 horas postparto, idealmente en la misma sala que esté la madre/padre del recién nacido para que participen activamente en el proceso.
- La limpieza del cordón umbilical debe realizarse desde el primer día de vida y de forma diaria. En los países con buenas condiciones higiénicas, como el nuestro, no es necesario el empleo de alcohol u otras soluciones antisépticas. Es necesario el lavado de manos y el cambio frecuente del pañal. Estos cuidados deben ser enseñados y promovidos en la planta de puerperio previo al alta hospitalaria.
- Además, se debe instruir a los padres en el conocimiento de las señales de hambre del bebé, signos de que la alimentación está siendo suficiente y como colocar al lactante para dormir.

Los padres informan de una gran necesidad de educación y apoyo en el período posparto temprano, necesitan y desean una educación sanitaria fiable después del alta que incluya la salud y la adaptación de los padres.(54)

El rol de los profesionales de la salud es importante para ayudar a las madres en este periodo a prevenir ciertas dificultades, así como para identificar y derivar a las madres para que busquen ayuda oportunamente, por lo que la información que reciben en el periodo postparto sobre autocuidados y cuidados para el bebé es fundamental. (55)

1.6 DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU EVALUACIÓN

1.6.1 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD

La satisfacción es un concepto multidimensional difícilmente definible, ya que está relacionado con gran variedad de factores individuales como experiencias previas, de futuro y expectativas personales.(56)

Conocer la experiencia del paciente permite comprender lo que el paciente vive y experimenta durante sus diferentes contactos con el sistema sanitario. La finalidad es analizar cómo se pueden mejorar las interacciones con el sistema sanitario, a la vez que se garantiza el alineamiento entre las necesidades del paciente y la atención provista por el sistema sanitario.(57)

La satisfacción del paciente es parte integrante de una atención médica de calidad; los pacientes son capaces de evaluar la calidad de la atención; y esa satisfacción del paciente se puede medir.(58)

Los factores que determinan la satisfacción del paciente varían según los diferentes estudios. Sin embargo, los determinantes más sólidos de la satisfacción del paciente son la calidad de las habilidades interpersonales, la competencia, las instalaciones, la accesibilidad, la continuidad de los cuidados, las características del hospital y el resultado de la atención de los profesionales sanitarios. Todos estos factores están asociados con la satisfacción del paciente de manera positiva y firme.(59)

Para mejorar la calidad de la atención resulta clave que los cuidados estén centrados en la persona, garantizando que el sistema de salud rinda cuentas a quien pretende servir, por lo que conocer la experiencia del paciente y la satisfacción del paciente es importante.(60)

1.7 SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La satisfacción del paciente es un indicador de resultado de calidad importante de la atención de la salud en el ámbito hospitalario. La medición de la satisfacción de los pacientes con la enfermería y en particular con la matrona durante el proceso de embarazo, parto y puerperio es especialmente destacada ya que el cuidado continuo y personalizado genera el mayor nivel de satisfacción, incluso mayor que la propia acción clínica proporcionada.(49)

La atención prenatal es una parte vital e importante de un embarazo saludable, ya que brinda muchos beneficios para la salud y la madre. La calidad de los cuidados en el periodo prenatal y el estilo interpersonal del profesional sanitario que atiende explica en un 80% la variación de la satisfacción general. La toma de decisiones centrada en la gestante y el cuidado por una matrona mostraron ser factores predictivos positivos de satisfacción.(61)

Medir la satisfacción con la atención en torno al parto parece y es algo muy complejo, ya que diversos factores intervienen en la misma. La satisfacción de las mujeres con los servicios de maternidad es una medida importante de calidad. (62)

Los cuidados durante la hospitalización postparto combinan la responsabilidad de garantizar la recuperación física de las mujeres, apoyar la transición de los recién nacidos a la vida extrauterina, establecer la alimentación del recién nacido y educar a las familias sobre el cuidado del recién nacido. Hay mucho que conseguir durante esta breve hospitalización, realizada en un entorno con muchas visitas, demandas impredecibles de los recién nacidos y, a menudo, madres fatigadas. Escuchar a las mujeres, conociendo sus necesidades, podría conseguir mejores resultados de satisfacción en esta parte de la experiencia del proceso.(63)

1.8 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Existen varios cuestionarios validados para medir la satisfacción con el parto. Todos ellos son cuestionarios multidimensionales que analizan distintas esferas de la atención al proceso de parto y puerperio.

La **escala de satisfacción de parto de Mackey (MCSRS)** desarrollada en Estados Unidos es una escala multidimensional con 34 ítems divididos en cinco subescalas: satisfacción consigo misma, con su acompañante, con su bebé, con enfermería y con el médico, así como una evaluación global de trabajo de parto. Las encuestadas manifiestan su satisfacción o insatisfacción con cada ítem en una escala Likert de 5 puntos. Esta escala se completó por el autor con otras dos escalas, The Labor Agency Scale y el McGill Pain Questionnaire.(64). El control personal explicó las diferencias de nivel de satisfacción de las mujeres, influyendo también cumplir con las expectativas del trabajo de parto. Esta escala ha sido utilizada en distintos países, ha sido adaptada al español, donde la satisfacción con la experiencia de parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como aquellas que accedieron al método de alivio de dolor elegido.(65)

Otro instrumento validado diseñado en Reino Unido es el cuestionario de satisfacción de parto (**Women's Views of birth Labour Satisfaction Questionnaire-WOMBLSQ**)(66). Contiene 30 ítems. Además de valorar la satisfacción general, añadió 10 dimensiones con influencia en la satisfacción con la vivencia: apoyo profesional durante el parto, expectativas de parto, evaluación domiciliaria durante los prodromos de parto, sostener al bebe, apoyo de la pareja, alivio del dolor en el parto e inmediatamente después del parto, conocimiento de los cuidadores, entorno del parto y control del proceso de parto. Este cuestionario fue utilizado siendo previamente adaptado al español por Pozo-Cano et al. obteniendo resultados similares respecto a las dimensiones que explican la varianza de la satisfacción. (67)La paridad es una variable que afecta a la satisfacción, la menor medicalización del parto, la realización de *piel con piel* con el bebé, así como el adecuado alivio del dolor, independientemente de que éste fuera con analgesia epidural o no, fueron factores influyentes en niveles de satisfacción más altos.

El cuestionario sobre la experiencia de parto (**Child Birth Experience Questionnaire-CEQ**) desarrollado en Suecia consta de 22 ítems. La varianza de la satisfacción entre las mujeres es explicada por cuatro dimensiones: capacidad propia, apoyo profesional, seguridad y participación.(68) Este cuestionario fue adaptado al español obteniendo resultados similares: las mujeres con un trabajo de parto ≤ 12 horas, con inicio espontáneo del trabajo de parto, finalización con parto normal y las multíparas mostraron mayor seguridad. Las gestantes con un parto de ≤ 12 horas y multíparas se sintieron más capaces y participativas.(47)

La **escala de preocupaciones Cambridge (CWS)** evalúa las preocupaciones durante el embarazo y parto. Consta de 16 ítems. Junto con esta escala se midió el cuestionario de ansiedad estado-rasgo, encontrando correlación con los resultados de ambas. Las mujeres con abortos espontáneos previos muestran mayor ansiedad rasgo. Las mujeres que no han tenido un parto previo muestran mayor ansiedad estado. La dimensión social y médica (el parto, acudir al hospital, exploraciones internas y el manejo del bebé) explica los mayores miedos del embarazo y nacimiento.(69). La escala fue traducida al español, obteniendo diferentes resultados. Así, las preocupaciones relacionadas con la salud del bebé son las mayores, las primigrávidas, aquellas con un embarazo no planificado o con un aborto espontáneo previo muestran mayor intensidad en las preocupaciones.(70)

La **encuesta Nacional de Maternidad** diseñada en Inglaterra, proporciona detalles sobre la experiencia de cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.(71) Esta encuesta se realiza periódicamente. Consta de preguntas sobre el tipo de parto, experiencia de apoyo, participación en la toma de decisiones, satisfacción con el cuidado, bienestar materno, cuánto tiempo pasó hasta que la madre pudo sostener a su bebé, cuándo sintió la madre que el bebé le pertenecía y la salud infantil a los tres meses. Numerosos estudios se han realizado con el conjunto de datos obtenidos de esta encuesta. El tipo de parto, concretamente el nacimiento mediante cesárea no programada, se relaciona con peor adaptación materna, así como el nacimiento mediante parto instrumental se asocia a menor nivel de satisfacción materna con el

parto y nacimiento.(72). Otro trabajo halló que las mujeres con problemas mentales anteparto estaban significativamente más preocupadas respecto al parto y nacimiento, tenían menor satisfacción con la experiencia del nacimiento, peor salud mental postparto, así como peor apego a su bebé.(73)

La encuesta canadiense sobre la experiencia de maternidad facilita datos sobre la satisfacción con el parto y el nacimiento, la satisfacción con los cuidados intraparto, y sobre las intervenciones mayores y menores que experimentaron. El tipo de parto, particularmente el parto vaginal, obtiene mejores resultados de satisfacción global. Entre las mujeres con un parto vaginal normal, menos intervenciones se asociaron con una mayor satisfacción con el parto y la experiencia de nacimiento.(74)

La escala COMFORTS (Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction) evalúa la satisfacción de la mujer tanto en el parto como en el postparto, haciendo una escala completa para evaluar la calidad asistencial y los resultados de satisfacción tanto a nivel global como por dimensiones. Consta de 40 ítems con 5 respuestas Likert, cuyos resultados se dividieron en 6 factores que explicarían la varianza en el nivel de satisfacción: confianza en el cuidado del recién nacido previo al alta, cuidados postparto, participación en la toma de decisiones, entorno físico, respeto y privacidad, cuidados durante el trabajo de parto. La escala discriminó entre primíparas y multíparas.(75) La escala fue traducida y adaptada al español, los 40 ítems quedaron agrupados en 4 dimensiones: “Cuidados durante el trabajo de parto” (13 ítems), “Cuidados en el puerperio” (11 ítems), “Cuidados del recién nacido” (10 ítems) y “Logística y entorno” (6 ítems).(76). Ambas escalas fueron pasadas a mujeres que finalizaron como un parto normal.

En este estudio, se ha seleccionado la escala COMFORTS en su versión en español para evaluar la satisfacción de las gestantes con los cuidados recibidos, por estar validada y tener un sistema de puntuación gráfico que permite su cumplimentación de forma sencilla en un tiempo estimado de aproximadamente 10 minutos. Además, se incorporaron cuestiones para aportar más información de la experiencia, relacionadas con la asistencia a educación maternal, métodos de alivio del dolor, movimiento y

posición escogida durante el parto, alimentación del recién nacido y entrega del plan de nacimiento.

Algunos autores relacionan la satisfacción materna con el apoyo continuo y personalizado de los cuidadores, especialmente la matrona, durante el parto. (47, 49, 77, 78)

Otros relacionan la paridad, la medicalización del proceso de parto, la realización de *piel con piel* con el bebé después del parto, la lactancia materna, el parto vaginal sin epidural, el inicio y la finalización del parto, la cesárea no programada, el número de cuidadores durante el parto o el estado psicológico con el nivel de satisfacción.(47, 73, 74)

1.9.1 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS: LA ANSIEDAD EN LAS GESTANTES

Los trastornos de ansiedad son entidades nosológicas comunes e incapacitantes, en ocasiones infradiagnosticadas. Los síntomas incluyen preocupación crónica generalizada que se acompaña de síntomas físicos y psicológicos inespecíficos (inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño). (79)

El trastorno de ansiedad (problemas de salud CIAP2 –Clasificación Internacional de la Atención Primaria) se define como ansiedad clínicamente significativa que no se restringe a una situación ambiental particular. Incluye los diagnósticos de crisis de ansiedad, ansiedad generalizada/persistente y formas mixtas de trastornos de ansiedad. El problema de salud mental más frecuente en España son los trastornos de ansiedad que afecta a nivel poblacional al 6,7% (8,8% en mujeres, 4,5% en hombres). Si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad” la cifra alcanza el 10,4%. Su frecuencia es relativamente estable a lo largo de la edad adulta: entre el 10 y el 12% de las mujeres entre 35 y 84 años tienen registrado este trastorno, y alcanza el 16-18% cuando se incluyen los síntomas. El trastorno de ansiedad presenta gradiente social, es más frecuente cuanto menor es la renta y se observa con más intensidad en las mujeres. (80)

La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más comunes durante el embarazo, alrededor del 12% de las mujeres experimenta depresión y el 13% ansiedad en algún momento de este; y muchas mujeres experimentarán ambos. La depresión y la ansiedad también afectan al 15-20% de las mujeres durante el primer año después del parto. Durante el embarazo y el período posnatal, los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de estrés posttraumático y la tocofobia (un miedo extremo al parto), pueden aparecer o coexistir con la depresión. La psicosis puede reaparecer o exacerbarse durante el embarazo y el período posnatal. La psicosis posparto afecta a entre 1 y 2 de cada 1000 mujeres que han dado a luz. Las mujeres con trastorno bipolar

tienen un riesgo particular, pero la psicosis posparto puede ocurrir en mujeres sin antecedentes psiquiátricos.(81)

La afirmación de que el curso del parto puede verse alterado por factores psíquicos, concretamente por el estrés, ansiedad elevada y miedo, se debe inicialmente a Dick Read (1944) que describió el mecanismo responsable mediante la afirmación de que el miedo produce tensión muscular que dificulta la dilatación, con aumento subsiguiente de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose el círculo miedo-tensión-dolor. Lo cual afectará a la vivencia global del proceso de nacimiento.

Los meses posteriores al nacimiento son un período de transición y de cambios psicológicos para todos los padres y son aún más difíciles para aquellos con factores de riesgo psicosocial. Situaciones de evidentes dificultades psicológicas pueden tener un efecto significativo en el desarrollo psicológico y emocional del niño/a. Entre estas dificultades, la depresión posparto es la más común, pero el riesgo de todos los trastornos mentales es generalmente mayor en el período perinatal.(82)

El trastorno de ansiedad es frecuente , aunque a menudo no se menciona (83) o queda enmascarado por la depresión posparto, que es la patología mental más estudiada en el periodo posparto, a pesar de que la ansiedad parece ser más común.(84) A veces coexisten ambas, ansiedad y depresión posparto, pero otras no. La ansiedad posparto precoz ha mostrado ser un predictor significativo de ansiedad posparto tardía, así como la ansiedad rasgo. La ansiedad en el embarazo tiene muchos efectos adversos, tanto para la salud mental materna como para el resultado del parto, además de ser un factor de riesgo de depresión posparto.(85)

Dado que los sistemas neuronales afectados por la ansiedad y la depresión posparto se superponen e interactúan con los sistemas involucrados en las conductas de cuidado materno, la interacción madre-hijo/a es altamente susceptible. Por lo tanto, existe una estrecha interacción entre la salud mental materna, la relación madre-bebé y los mecanismos neurobiológicos que los median.(86)

Algunos estudios sugieren que la ansiedad postparto está relacionada con menores tasas de lactancia, mayor uso de complementos alimenticios y menor duración de la lactancia.(87)

1.10 HERRAMIENTAS PARA DETECTAR LA ANSIEDAD

La aparición de ansiedad específica del embarazo se ha propuesto como un síndrome distinto (88). No está claro por qué la "ansiedad en el embarazo" tiene efectos tan poderosos en las madres y sus bebés. Las vulnerabilidades existentes que preceden al embarazo pueden interactuar con las condiciones sociales, familiares, culturales, ambientales del embarazo para aumentar los niveles de ansiedad del embarazo, produciendo efectos en los sistemas materno-fetal-placentario, especialmente durante períodos sensibles como el comienzo del embarazo. Un objetivo es identificar a las mujeres con mucha ansiedad antes de la concepción y durante el embarazo, y especialmente a las mujeres que están ansiosas por aspectos específicos de sus embarazos para prevenir resultados adversos para el binomio madre-niño y familia.(89). Sin embargo, las mujeres que pueden estar significativamente ansiosas debido a preocupaciones relacionadas con el embarazo pueden no cumplir con los criterios de diagnóstico para un trastorno de ansiedad según DSM / ICD (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ International Classification of Diseases) y, en consecuencia, pasar desapercibidas.(90)

La importancia de detectar la ansiedad que experimentan las mujeres se ha reflejado en las últimas guías clínicas. En el Reino Unido, la guía NICE sobre salud mental perinatal recomendó por primera vez considerar el uso de dos preguntas de detección (escala de trastorno de ansiedad generalizada, GAD-2 -las dos primeras cuestiones del GAD-7) para la identificación de casos de ansiedad en mujeres embarazadas y posparto. (81)

Existen múltiples cuestionarios para evaluar la ansiedad, algunos de ellos combinan preguntas para detectar la ansiedad y para la depresión. A continuación, se detallan algunas de las herramientas utilizadas para evaluar la ansiedad.

El cuestionario **GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)** se desarrolló en 2006 como una escala breve para detectar el trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 7 ítems que pregunta acerca de algunos de los síntomas centrales de ansiedad tales como preocupación excesiva o dificultad para relajarse en las dos semanas previas. Las respuestas puntúan de 0 a 3, van desde *nunca* (0 puntos) hasta *casi cada día* (3 puntos).

El GAD-7 es una herramienta válida y eficaz para el cribado de TAG y evaluar su gravedad en la práctica clínica y la investigación.(91) El GAD-2 tal como se indicó previamente ha sido recomendado para detectar la ansiedad en mujeres en el periodo periparto en las algunas guías de salud. Los cuestionarios GAD-2 y GAD-7 se completan rápidamente, lo que mejora la eficiencia del tiempo. Ambos cuestionarios mantienen una buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad más comunes.(92) Este cuestionario fue validado al Español recientemente en mujeres embarazadas. (93)

Los cuestionarios **PRAQ-R Y PRAQ-R2 (pregnant anxiety questionnaire review)** valoran la ansiedad específica en el embarazo. El PRAQ-R consta de 10 ítems divididos en 3 factores “Miedo a dar a luz” (3 ítems), “Miedo a tener un hijo/a con discapacidad física o mental” (4 ítems) y “Miedo por la apariencia física” (3 ítems) siendo solo válido para mujeres nulíparas. El PRAQ-R2 fue adaptado para que también pudiera ser usado en mujeres multíparas, cambiando el ítem número 8 “Estoy ansiosa por el parto porque nunca lo he experimentado antes” por “Estoy ansiosa por el parto”(94). Según un estudio que examinó la estructura factorial del PRAQ-R para probar que la ansiedad específica del embarazo podría diferenciarse de la ansiedad general comparando las puntuaciones de STAI y PRAQ-R. Encontraron que solo entre el 8 y el 27% de la varianza de PRAQ-R se explicaba por el índice de ansiedad general en diferentes momentos durante el embarazo, sin que se encontrara una asociación lineal entre las dos medidas. Esto se interpretó como evidencia del carácter distintivo de la ansiedad específica del embarazo y se destacó una vez más que las medidas de ansiedad general no pueden usarse con precisión para identificar a las mujeres que experimentan miedos y preocupaciones específicas del embarazo.(88)

El **Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. STAI**. Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones:

- Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

- Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Es uno de los cuestionarios para medir la ansiedad usados más frecuentemente en la población general y también en mujeres embarazadas.(95) y ha sido validado para su uso durante la etapa prenatal con buenos resultados. (96, 97)

De entre los cuestionarios consultados, alguno como el PRAQ-R analiza la ansiedad específica en el embarazo, pero no está adaptado al español, además de que obvia la ansiedad general. Sin embargo, el STAI está ampliamente estudiado. Podría ser necesario desarrollar y validar una escala psicométrica sólida específica para detectar la ansiedad en mujeres embarazadas, que incluya síntomas específicos y generales de ansiedad, por el momento no hay desarrollada ninguna escala que lo detecte.(90)

La importancia de esta tesis radica en la influencia de diversos factores como la ansiedad durante el embarazo y posparto, los procedimientos obstétricos y estrategias de afrontamiento que actualmente ofrecen el servicio de salud como planes de parto, educación maternal, y las tácticas implantadas para la atención al parto normal del sistema nacional de salud, así como la satisfacción de la usuaria en el proceso pueden influir o no en el proceso de parto y puerperio en nuestro medio.

2 JUSTIFICACIÓN

La maternidad es una etapa en la vida de la mujer que supone múltiples e importantes cambios. Lo que social y tradicionalmente se identifica como una experiencia muy positiva, en ocasiones puede ser fuente de molestias y patologías tanto físicas como mentales. Para muchas mujeres el embarazo y la maternidad es una alegría, pero también la mayoría manifiestan sentimientos encontrados durante el embarazo y el postparto, entre ellos ansiedad, estrés, felicidad, inquietud, culpa, frustración, ira, miedo o labilidad emocional entre otros.

La *matrescencia*, término acuñado por la psicóloga Aurelie Athan, define como esa intensa transformación que viven las mujeres al convertirse en madres, puede verse influida por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Cualquiera de estas variables puede hacer que la mujer no se adapte bien a este nuevo periodo de su vida.

La comunidad científica se ha centrado durante muchos años en los factores físicos durante el embarazo y el parto, así como en el recién nacido. Sin embargo, es muy importante que los profesionales sanitarios podamos satisfacer las necesidades durante esta etapa de un modo holístico, buscando el bienestar físico, mental y social, mediante una atención individualizada, basada en la evidencia científica más actual.

El proceso de embarazo, parto y puerperio es el motivo más frecuente de ingreso hospitalario para la mujer. Gran parte de la población de mujeres será atendida y pasará por este ciclo por lo que la excelencia en los cuidados es crucial.

Es de interés para la práctica clínica y la mejora de los cuidados, profundizar en la vivencia del proceso de embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva diferente. Por un lado, la visión de cómo percibe la mujer estos cuidados, qué nivel de satisfacción obtiene y qué aspectos pueden influir en que la mujer se sienta en mayor o menor medida satisfecha. Por otro lado, conocer la ansiedad que las mujeres tienen al final de su embarazo, y en el postparto también resulta de utilidad para completar una visión más global de todo este periodo. De este modo, se incluye la salud mental perinatal, tan importante como descuidada.

La satisfacción materna se ha evaluado teniendo en cuenta diferentes componentes de la experiencia del nacimiento: la información recibida, el asesoramiento, el lugar del parto, la preparación al parto y nacimiento, el dolor, así como la percepción de la elección del método de alivio y la evaluación del comportamiento del profesional que la atiende (32). La encuesta utilizada para valorar la satisfacción materna, encuesta COMFORTS permite valorar todos esos aspectos, además está validada lo cual le confiere confiabilidad a la investigación. Además, para completar la información se formularon unas preguntas sencillas, concisas y cerradas, con relación a ciertas variables que no quedan reflejadas en la historia clínica y que permiten completar la información del proceso.

Para evaluar la ansiedad se optó por la encuesta validada de ansiedad estado-rasgo (STAI), usada por múltiples autores del ámbito de las ciencias de la salud, permitiendo analizar los datos y compararlos con otros estudios relevantes,

La importancia de este estudio se halla en que existen estudios que muestran que la insatisfacción de la mujer con el proceso del parto puede tener efectos sobre su salud a largo plazo tales como depresión postparto.(98) y estrés postraumático(99). Asimismo, la experiencia del parto tiene un impacto en el número de hijos posteriores y el intervalo de tiempo más largo entre embarazos.(100). Además, la vivencia subjetiva del parto puede afectar el ajuste psicológico postnatal tanto en madres como en padres.(101) .

Es posible que la salud del neonato también se vea afectada, ya que el cuidado materno óptimo es fundamental para el desarrollo saludable de los niños, sin embargo, la calidad del cuidado materno puede verse influida por una experiencia negativa del parto. Se ha sugerido que es posible modificar el riesgo de un cuidado materno postnatal deficiente apoyando a las mujeres en trabajo de parto y facilitando una experiencia de parto positiva.(102)

Los problemas de salud mental materna durante el embarazo y el período posnatal son un problema importante de salud pública, otro aspecto importante de este estudio radica en conocer la ansiedad prenatal y postnatal, dado que la ansiedad prenatal se ha asociado con un aumento de las probabilidades de parto prematuro y mayor posibilidad

de bajo peso al nacer.(103). Así como, la ansiedad se asocia también con mayor posibilidad de parto instrumental o cesárea urgente.(104). El estado anímico prenatal y los trastornos de ansiedad afectan negativamente el apego con el bebé, afectando su desarrollo temprano, el neurodesarrollo y los hitos del desarrollo.(105)

Para la práctica clínica, es conveniente poder identificar a las mujeres que informan de una experiencia negativa de parto para ofrecer una atención postparto más intensiva y una adecuada atención prenatal en los subsiguientes embarazos, así como conocer aquellas mujeres que padecen ansiedad tanto prenatal como postparto.

Es de interés para los distintos profesionales que abordan el proceso de maternidad, para mejorar la calidad de los cuidados que se ofrecen y concretamente para la matrona conociendo que el apoyo continuado y ofrecido por una matrona, hace que sea más probable que la experiencia de parto sea satisfactoria.(106)

3 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Determinar el nivel de ansiedad en el final del embarazo y en el postparto de las gestantes que dieron a luz en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) en el año 2016.
2. Analizar la satisfacción con los cuidados recibidos tanto en el parto como en el puerperio, de las gestantes atendidas en el HULA en el año 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de ansiedad como estado y como rasgo (escala STAI de Spielberg) en las embarazadas entre las semanas 38-40 de embarazo, así como en el postparto inmediato.
2. Determinar la satisfacción de las gestantes con los cuidados recibidos durante el parto y el puerperio (al menos 24 horas postparto) mediante la escala COMFORTS adaptada al español.
3. Estudiar la asociación entre los niveles de ansiedad al final del embarazo y en el postparto con la satisfacción de las mujeres con los cuidados recibidos.
4. Analizar las variables asociadas a la ansiedad de las gestantes:
 - Características sociodemográficas de la mujer: nivel de estudios, estado civil, edad.
 - Comorbilidad de la madre.
 - Antecedentes obstétricos-ginecológicos.
 - Asistencia a educación maternal-paternal del embarazo y parto.
 - Asistencia a la charla de plan de nacimiento y entrega del plan de nacimiento propuesto en dicha charla.
5. Analizar las variables asociadas a la satisfacción de las gestantes con los cuidados recibidos:
 - Comorbilidad materna y del recién nacido.

- Características del trabajo de parto, inicio y finalización de este.
- Movilidad materna durante el periodo de dilatación y el periodo expulsivo del trabajo de parto.
- Manejo del alivio del dolor durante el trabajo de parto mediante métodos farmacológicos y no farmacológicos.
- Posición materna durante el periodo expulsivo del trabajo de parto.
- Realización del contacto *piel con piel* con el neonato.
- Inicio precoz de la lactancia materna y lactancia materna al alta.
- Entrega del plan de nacimiento y relación con las expectativas de la embarazada.

3.3 HIPÓTESIS

Este estudio fue realizado con el fin de confirmar las siguientes hipótesis de investigación:

1. Las gestantes, en la etapa final del embarazo, experimentan elevados niveles de ansiedad que disminuyen tras el parto.
2. En general, la satisfacción de las gestantes con los cuidados recibidos en el parto y el puerperio es elevada.
3. Las mujeres con mayor nivel de ansiedad en el embarazo y en el postparto manifiestan una peor experiencia de parto.
4. La finalización del trabajo de parto mediante un parto instrumental o un parto por cesárea correlaciona con menor satisfacción materna con los cuidados recibidos.
5. La asistencia a educación maternal-paternal mejora los niveles de ansiedad en las mujeres y correlaciona con una mejor vivencia de parto.
6. Una posición materna distinta a la posición ginecológica o de litotomía durante el periodo expulsivo del trabajo de parto correlaciona con mayor satisfacción del proceso.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional de seguimiento prospectivo.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el HULA, situado en Lugo, perteneciente al SERGAS (Servicio Gallego de Salud) y hospital de referencia a nivel provincial. Pertenece a la Gerencia de Gestión Integrada de Lugo, Cervo y Monforte, en la que también se integran el Hospital Público da Mariña, en Burela, y el Hospital comarcal de Monforte de Lemos, ambos también con Servicio de Obstetricia y Ginecología. (Figura 11)

El Hospital Lucus Augusti de Lugo atiende a una población total de 210.038 habitantes, de los cuales son mujeres en edad fértil 41.831. Durante el año 2016 se atendieron 1.407 partos en dicho hospital.

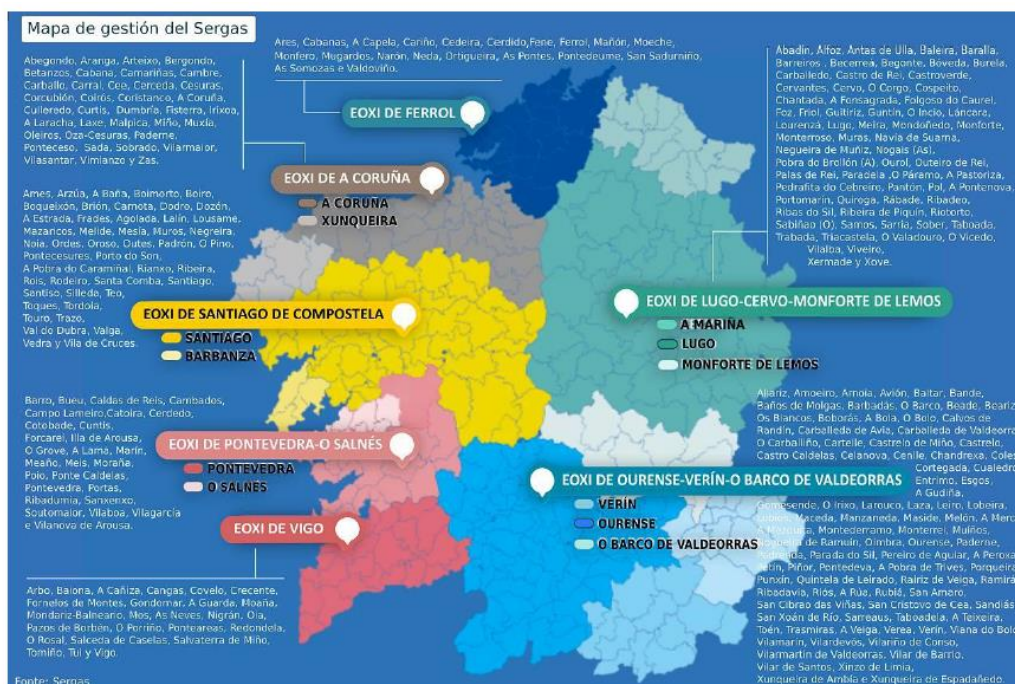


Figura 11 Mapa de gestión del SERGAS.(107)

4.3 PERIODO DE ESTUDIO

Desde el 1 de enero hasta el 30 de noviembre de 2016 se administraron los cuestionarios STAI AE/AR y el cuestionario de satisfacción COMFORTS a las gestantes y puérperas atendidas en el HULA.

Se revisó la historia clínica de las participantes y posteriormente se analizaron los resultados en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2021.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio aquellas mujeres que cumplieron los siguientes criterios:

- Gestantes mayores de edad.
- Embarazadas que durante el periodo de estudio (enero a noviembre de 2016) acudieron a la consulta de monitorización fetal en el HULA.
- Aceptación y consentimiento informado de participación en el estudio por parte de las gestantes.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se incluyeron en el estudio aquellas mujeres que cumplieran alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Gestantes que no acudían a la sala de monitorización antes del parto.
- Barrera idiomática con la paciente.
- Mujeres menores de 18 años.
- Gestantes que no firmaron el consentimiento informado autorizando la participación en el estudio.

4.6 JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Durante el periodo de estudio se identificaron n=448 mujeres que cumplían los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Dicho tamaño muestral permite estimar los parámetros de interés con una precisión del $\pm 4,6\%$ y una seguridad del $\pm 95\%$.

4.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra tuvo lugar en la consulta de monitorización fetal durante el embarazo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Así, se seleccionaron para participar en el estudio de forma consecutiva a las mujeres que acudían a la consulta durante el periodo de recogida de datos y que cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

La cardiotocografía es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas, es una prueba que realiza la matrona a todas las gestantes a partir de la semana 38. En algunas circunstancias, como embarazos de alto riesgo obstétrico (tales como Crecimiento Intrauterino Retardado, gestación gemelar...) estos controles comienzan antes.

En el momento de entrar a la consulta, se informaba de manera individual del estudio de investigación que se estaba realizando, describiendo el objetivo general de evaluar la ansiedad y la satisfacción percibida por las gestantes que son atendidas en el servicio de obstetricia de dicho hospital. En el caso de aceptar participar, se entregaba un consentimiento informado (Anexo C), así como un cuestionario con datos sociodemográficos, sobre su asistencia o no a las clases de la educación maternal en atención primaria y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Anexo D).

Posteriormente, pasadas al menos 24 horas del nacimiento del recién nacido, se volvía a contactar presencialmente con las pacientes en la unidad de hospitalización obstétrica para rellenar la segunda parte del estudio, que consistía en la cumplimentación de la encuesta de satisfacción COMFORTS, con algunas cuestiones añadidas sobre la experiencia durante el parto y el postparto inmediato (Anexo E), así como la cumplimentación de nuevo del cuestionario de ansiedad como estado.

4.8 FUENTES DE INFORMACIÓN

De cada participante, se recogió información sobre datos clínicos del embarazo y finalización de la gestación, mediante la revisión de la historia clínica de salud digital (IANUS) o la historia clínica en formato papel.

La recogida de información se completó mediante la autocumplimentación de cuestionarios estructurados validados que recogían variables relacionadas, por un lado, con la ansiedad previa al parto y posterior al mismo (cuestionario STAI), y por otro lado variables relacionadas con la satisfacción percibida durante las distintas fases del parto y el puerperio inmediato (escala COMFORTS). Además, se recogió información mediante preguntas cerradas relacionadas con el proceso de embarazo, parto y puerperio.

4.9 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La revisión bibliográfica se realizó desde octubre de 2015 hasta noviembre de 2020.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se centró en dos objetivos. Por un lado, centrada en el objetivo satisfacción. Se utilizó la base de datos Pubmed con el filtro últimos cinco años y los descriptores MeSh: *patient satisfaction*, *childbirth*, *prenatal education*, *postpartum*, *midwife*, *maternal behavior* y *surveys and questionnaire*. En la Tabla 3 se especifica la estrategia utilizada.

Descriptores	Artículos obtenidos	Artículos válidos
"Patient satisfaction" AND "Pregnant woman" AND "Childbirth"	139	28
"Prenatal education" AND "Childbirth" AND "Patient satisfaction"	48	8
"Postpartum" AND "Childbirth" AND "Patient satisfaction"	105	22
"Midwife" AND "Patient satisfaction" AND "Childbirth"	183	30
"Maternal behavior" AND "Patient satisfaction" AND "Childbirth"	27	10
"Surveys and questionnaire" AND "Childbirth" AND "Patient satisfaction"	172	31

Tabla 3 Búsqueda bibliográfica relacionada con la satisfacción con los cuidados del parto.

Por otro lado, centrada en el objetivo ansiedad utilizándose también la base de datos Pubmed con el filtro ultimo 5 años y los descriptores MeSh: *anxiety, patient satisfaction, childbirth, prenatal education, midwife, postpartum, surveys and questionnaire, pregnant woman y maternal behavior*. En la Tabla 4 se especifica la búsqueda realizada

Descriptores	Artículos obtenidos	Artículos válidos
“Surveys and questionnaire” AND “Childbirth” AND “Anxiety”	161	12
“Midwife” AND “Childbirth” AND “Anxiety”	154	6
“Postpartum” AND “Anxiety” AND “Childbirth”	268	11
“Pregnant woman” AND “Anxiety” AND “Childbirth”	248	13
“Patient satisfaction” AND “Anxiety” AND “Childbirth”	24	4
“Prenatal education” AND “Anxiety” AND “Childbirth”	70	4

Tabla 4 Búsqueda bibliográfica relacionada con la ansiedad en gestantes.

También se consultaron sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales y gubernamentales tales como:

- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (www.sego.es)
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (www.federacion-matronas.org/)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (www.nice.org.uk)
- Organización Mundial de la salud (OMS) (www.who.int/es/)
- Federación nacional de matronas (FAME)
- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (www.msps.es)

Igualmente se revisaron libros de ginecología y obstetricia de referencia: Fundamentos de Obstetricia de la SEGO, Williams, Obstetricia de González Merlo.(13)

4.10 MEDICIONES.

Para la recogida de datos se imprimieron en papel los cuestionarios STAI AE/AR y el cuestionario de satisfacción COMFORTS, y se diseñaron cuestionarios para registrar datos sociodemográficos, así como información relacionada con el parto y con la asistencia a las sesiones de educación maternal (ANEXO D y E).

Se creó una base de datos anonimizada en el programa IBM SPSS versión 22.0 en la que se volcaron los datos de los cuestionarios y se añadieron el resto de las variables clínicas que se fueron recogiendo de la historia de salud de las pacientes.

De cada una de las gestantes incluidas en el estudio se registraron las siguientes variables relacionadas con los siguientes aspectos:

1. Mediciones de las gestantes
 - 1.1. Características demográficas
 - 1.2. Comorbilidad de la gestante
 - 1.3. Antecedentes gineco-obstétricos
2. Mediciones del embarazo actual
 - 2.1. Preparación a la maternidad
 - 2.2. Riesgo obstétrico y comorbilidad en el embarazo
 - 2.3. Pruebas complementarias
 - 2.4. Medicación durante el embarazo
 - 2.5. Valores antropométricos
3. Mediciones durante el parto y puerperio
 - 3.1. Motivo de ingreso hospitalario y condiciones obstétricas
 - 3.2. Forma de inicio y resolución del parto
 - 3.3. Variables intraparto y postparto
4. Características del recién nacido
5. Mediciones sobre los cuidados percibidos intraparto y puerperio inmediato
 - 5.1. Cuestiones relativas al proceso del parto realizadas en el puerperio inmediato
 - 5.2. Encuesta COMFORTS postparto
 - 5.3. Encuesta de ansiedad Estado y Rasgo (STAI)

4.10.1 MEDICIONES DE LAS GESTANTES

4.10.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

- Edad: expresada en años.
- Nivel de estudios: Primarios/Secundarios/Universitarios.
- Actividad profesional: Científicas y Técnicas de apoyo/ Trabajo no especializado/Desempleadas.
- Estado civil: Soltera/ Pareja de hecho/Casada.
- Núcleo de convivencia: Sola/ Pareja y/o hijos/ Pareja y familiares directos/ Familiares directos.
- Municipio: Rural/Urbano. según el número de habitantes de la población. La ley de desarrollo Sostenible de Medio Rural, la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) y EUROSTAT establecen diferentes definiciones de medio rural, se ha tomado como municipio rural <10.000 habitantes(108).

4.10.1.2 COMORBILIDAD DE LA GESTANTE

- Enfermedad tiroidea: si/no
- Diabetes Mellitus: si/no
- Hipertensión arterial: si/no
- Enfermedades autoinmunes/degenerativas/cáncer: si/no
- Consultó sobre su Salud Mental en algún momento previo al embarazo (tales como ansiedad, depresión, insomnio o trastornos de la conducta alimentaria): si/no
- Fumadora al comienzo del embarazo: si/no

4.10.1.3 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

- Número de gestaciones, incluyendo la actual.
- Número de partos previos: Primípara/ Multípara
- Cesárea previa: si/no

- Número de abortos previos.
- Infertilidad: si/no, considerando como infertilidad si el embarazo actual ha sido conseguido mediante técnicas de reproducción asistida o estimulación ovárica
- Tratamiento de fertilidad: Fecundación in vitro/ Estimulación ovárica

4.10.2 MEDICIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

4.10.2.1 EDUCACIÓN EN LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

- Asistencia a educación maternal: si/no. La educación maternal se define como la preparación impartida por la matrona para afrontar el proceso del embarazo, parto y posparto. Son normalmente clases semanales grupales, que constan de una parte física y otra teórica. Los temas que se tratan van desde el parto, el posparto hasta los cuidados del recién nacido o la lactancia materna.
- Número de sesiones de educación maternal a las que acudió: Una/ dos-cuatro/ cuatro-seis/más de seis. Las sesiones de educación maternal que se imparten en atención primaria son aproximadamente seis sesiones para considerar completada la formación (ligera variación dependiendo de la matrona que las imparte)
- Asistencia a la charla de plan de nacimiento: si/no. Charla que se oferta desde el HULA a todas las embarazadas sobre el plan de nacimiento. Esta charla tiene lugar en torno a la semana 32 de embarazo, y es llevada a cabo por una de las matronas que trabajan en el mismo hospital. El plan de nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas con relación con el desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital
- Consideró de utilidad la charla de plan de nacimiento: si/no
- Entrega del plan de nacimiento: si/no. El plan de nacimiento se entrega en formato papel a todas las gestantes que acuden a la charla, y se les informa de que la entrega de éste es opcional y debe hacerse si lo desean al ingreso en el Hospital.
- Escala tipo Likert para expresar si la mujer vio cumplidas o no sus expectativas en torno al plan de nacimiento que elaboró y los resultados del proceso que finalmente experimentó: Totalmente en desacuerdo/ Desacuerdo/ Indecisa/De acuerdo/ Totalmente de acuerdo.

4.10.2.2 RIESGO OBSTÉTRICO Y COMORBILIDAD EN EL EMBARAZO.

- Anemia: Considerando como anemia durante el embarazo una hemoglobina inferior a 11 g/dl.
- Riesgo obstétrico, clasificado en: Riesgo bajo/ Riesgo medio/ Riesgo alto y riesgo muy alto (Tabla 2).
- Infección del tracto urinario o infección vaginal: si/no. Se realiza un cultivo de orina en todas las mujeres embarazadas en la primera visita del embarazo para detectar la presencia de bacteriuria asintomática para prevenir el riesgo de infección de tracto urinario superior y de bajo peso al nacer. Respecto a las infecciones vaginales no se realiza cribado, sólo en el caso de sintomatología se realiza un cultivo vaginal para descartar infecciones tales como candidiasis.
- Hipotiroidismo gestacional: si/no. Se realiza cribado de hipotiroidismo a todas las gestantes. La recomendación es realizarlo en gestantes con factores de riesgo de disfunción tiroidea: mujeres mayores de 30 años, mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea, mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea, mujeres con DM tipo 1 u otros trastornos autoinmunes, mujeres con antecedentes de abortos de repetición, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo. Aunque dado el aumento considerable de casos detectados en los últimos años, se está realizando a todas las gestantes independientemente de riesgos asociados. Se consideran normales los valores:
 - 0,1-2,5µUI/mL en 1º trimestre.
 - 0,3-3 µUI/mL en 2º y 3º trimestre.
- Diabetes gestacional: si/no. Se realiza cribado universal de diabetes con el test de O'Sullivan a todas las gestantes entre las semanas 24-28 de embarazo. En el caso de factores de riesgo (Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², antecedentes de hijo con macrosomía cuyo peso al nacer fuera $\geq 4,5$ kg, antecedentes de diabetes gestacional, o antecedentes familiares de primer grado de diabetes) se recomienda realizar la prueba en el primer trimestre de

embarazo. Si el screening es positivo se realiza la sobrecarga oral de glucosa, con la que se obtiene el diagnóstico de diabetes gestacional.

- Test de O'Sullivan: Positivo/Negativo: Se considera positivo si la glucemia tras la toma de 50 gramos de glucosa resulta mayor o igual a 140 mg/dl.
- Sobrecarga oral de glucosa: Se administran 100 gr de glucosa y se obtienen 4 valores glucémicos, que son tomados en ayunas, el siguiente a la hora de la sobrecarga, a las dos horas y a las tres horas. Es preciso repetir la prueba si un valor sale alterado. Se considera positiva la prueba si dos valores son superiores a:
 - 0': 105 mg/dl
 - 60': 190 mg/dl
 - 120': 165 mg/dl
 - 180': 145 mg/dl
- Hipertensión gestacional: si/no. Se mide la presión arterial en cada visita prenatal para detectar el riesgo de preeclampsia. Cifras de tensiones superiores a 140/90 mmHg requieren seguimiento y control analítico.
- Amenaza de parto prematuro: si/no. Considerando mujeres que han estado ingresadas o bajo tratamiento por amenaza de parto prematuro, por debajo de la semana 37 de embarazo.
- Pequeño para la edad gestacional: si/no. Estimación de peso fetal al nacer de un percentil inferior al 10, en un feto sano.
- Crecimiento intrauterino retardado: si/no. Feto con peso estimado inferior a percentil 10 para la edad gestacional para un feto con alteración placentaria.

4.10.2.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Grupo sanguíneo: O/ A/ B/ AB
- Rh: Positivo/ Negativo
- Realización de la prueba de cribado en el primer trimestre de embarazo: Alto riesgo/ Bajo riesgo. Triple screening que se oferta a todas las gestantes. Se realiza entre la semana 10 y 13+6 de embarazo. Se combinan varios marcadores, la proteína A placentaria asociada al embarazo (PAPP-A) y la hormona gonadotropina coriónica humana (beta-HCG) libres en la sangre materna, así como la medida de la translucencia nucal fetal (engrosamiento del pliegue de la nuca), que junto con la edad materna da lugar a una probabilidad de que el feto padezca alguna enfermedad cromosómica como síndrome de Down, síndrome de Edwards o síndrome de Patau. Se considera alto riesgo cuando es mayor a 1/260.
- Realización de la prueba de ADN fetal: si/no. Test no invasivo de anomalías cromosómicas, mediante analítica de sangre materna. A través de la sangre materna se analizan células del feto, analizando su componente genético. En el momento de la recogida de datos, esta prueba no estaba financiada por el sistema Gallego de Salud.
- Realización de Amniocentesis: si/no.
- Madre portadora de Streptococo Beta Agalactiae: Positivo/ Negativo. Se realiza cribado a todas gestantes mediante exudado vagino-rectal entre la semana 35-37 para disminuir el riesgo de sepsis neonatal. Estas bacterias se encuentran en el tubo digestivo y aparato urinario de un ser humano sano y van a formar parte de la flora normal de la vagina en el 20-30% de la población. En el caso de madre portadora se administrará antibiótico durante el trabajo de parto.
- Toxoplasma: Inmune/ No inmune. No es eficaz su cribado, sino dar recomendaciones preventivas a todas las embarazadas.
- Rubeola: Inmune/ No inmune/ Indeterminado. Para proceder a la vacunación posparto en caso de no inmunidad o resultado indeterminado.

- Hemoglobina en primer, segundo y tercer trimestre expresada en mg/dl. Se consideran valores normales una hemoglobina superior a 11 mg/dl.
- Hematocrito en cada analítica trimestral expresado en %. En el embarazo se consideran normales valores por encima de 34%.

4.10.2.4 MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

- Aporte de suplemento de hierro: si/ no
- Tratamiento con Levotiroxina de Sodio: si/no. Tratamiento para el hipotiroidismo.
- Tratamiento con Atosiban: si/no. Tratamiento para la Amenaza de Parto Prematuro.
- Uso de Insulina: si/no.

4.10.2.5 VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE LAS GESTANTES

- Estatura expresada en cm
- Peso expresado en kg.
 - Al inicio del embarazo
 - Semana 13 de embarazo
 - Semana 21 de embarazo
 - Semana 28 de embarazo
 - Semana 35 de embarazo
 - Semana 38 de embarazo
- IMC al inicio del embarazo: $\text{peso(kg)/talla(cm)}^2$, clasificado en:
 - Bajo-peso: IMC <18,5
 - Normopeso: IMC 18,5-24,99
 - Sobrepeso: IMC 25,00-29,99
 - Obesidad: IMC >29,99

- Ganancia de peso en kg. Desde el inicio del embarazo hasta la semana 38. La ganancia de peso oscila entre 5 y 18 kg. La ganancia de peso durante la gestación tiende a ser menor cuanto mayor es el IMC previo y viceversa. La siguiente tabla (Tabla 5) muestra el incremento ponderal recomendado según el Institute of Medicine (IOM) en función del peso previo al embarazo.

Peso antes del embarazo	Aumento de peso en el embarazo
Bajo peso (IMC inferior a 18,5 kg.)	De 12,5 a 18 kg.
Peso normal (IMC de 18,5 a 24,9kg.)	De 11,5 a 16 kg.
Sobrepeso (IMC 25-29,9)	De 7 a 11,5 kg.
Obesidad (IMC de 30 o mayor)	De 5 a 9 kg.

Tabla 5 Incremento ponderal recomendado por el Institute of Medicine (IOM) durante la gestación según IMC basal. (109)

4.10.3.1 MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO Y CONDICIONES OBSTÉTRICAS

- Causa del ingreso hospitalario:
 - Pródromos de parto
 - Rotura espontánea de membranas
 - Trabajo de parto
 - Ingreso programado
 - Otras causas.
- Edad gestacional, expresada en semanas y días. Se considera embarazo a término por encima de las 36+6 días.
- Test de Bishop al ingreso (Tabla 6): test que define las características cervicales con un valor numérico que se utiliza para valorar lo favorable que está el cuello uterino de cara al parto. Se calcula teniendo en cuenta la dilatación, el borramiento, la consistencia, la posición del cuello uterino y la altura de la cabeza del feto. El resultado mínimo es un 0 y el máximo son 13 puntos. Se consideran condiciones favorables cuando se obtienen 6 o más puntos. La Tabla 6 muestra las puntuaciones obtenidas según la valoración cervical.

	0	1	2	3
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80-100%
Posición	Posterior	Media	Centrada	-
Consistencia	Duro	intermedio	blanda	-
Dilatación	0 cm.	1-2 cm.	3-4 cm.	-
Presentación	Libre	Insinuada	Primer plano	Segundo plano.

Tabla 6 Test de Bishop

- Estado de la bolsa amniótica al ingreso: Rota/ Íntegra.

- Cantidad de líquido amniótico: Oligoamnios/ normal/ Polihidramnios. Se considera un Índice de líquido Amniótico (ILA) normal aquel con valores comprendidos entre 5-25 cm.

4.10.3.2 FORMA DE INICIO Y RESOLUCIÓN DEL PARTO

- Tipo de inicio del parto: Espontáneo/ Inducido
- Causa de inducción del parto:
 - Embarazo prolongado (entre la semana 41-42 de gestación)
 - Bolsa rota sin inicio de parto
 - Causa materna.
 - Causa fetal.
- Método de inducción del parto:
 - Uso de oxitocina
 - Uso de prostaglandinas junto con oxitocina
 - Uso de prostaglandinas
- Tipo de parto: Vaginal/ Cesárea
- Tipo de finalización del parto:
 - Eutócico: vía vaginal sin ayuda de ningún instrumento.
 - Instrumental: vía vaginal con ayuda de algún instrumento
 - Cesárea: intervención vía abdominal.
- Tipo de instrumental: Ventosa (incluyendo ventosa tipo kiwi ®)
 - Fórceps
 - Espátulas
- Causa de la Cesárea:
 - Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal (RPBF)

- Programada: Son motivo de cesárea programada la presentación de nalgas entre otros.
- No progresión del trabajo de parto: Más de 4 horas con la misma dilatación
- Fracaso de inducción: Más de 12 horas de inducción sin inicio de trabajo de parto.
- Desproporción pelvifémica: Estacionamiento de la fase expulsivo.

4.10.3.3 VARIABLES INTRAPARTO Y POSTPARTO

- Método de Rotura de la bolsa de líquido amniótico intraparto:
 - Espontánea: rotura espontánea de la bolsa, sin intervención sanitaria. Según el momento en el que se produce se clasifica en:
 - Prematura: antes de empezar el trabajo de parto
 - Precoz: durante el trabajo de parto
 - Tempestiva: durante el periodo expulsivo
 - Artificial: rotura provocada por un profesional sanitario
- Color del líquido amniótico:
 - Claro.
 - Teñido: líquido manchado con meconio.
 - Sanguinolento: líquido mezclado con sangre.
- Horas de bolsa rota: expresada en horas, se contabiliza desde el momento de la rotura hasta el nacimiento del feto.
- Presencia de circular de cordón umbilical al cuello: si/no
- Presencia de bandolera de cordón umbilical: si/no
- Alumbramiento:

- Espontáneo.
 - Farmacológico: con 5-10 Unidades de oxitocina administradas vía Intramuscular o Intravenosa para acelerar la expulsión de la placenta. Técnica recomendada para minimizar la pérdida de sangre posparto.
 - Manual.
- Hemoglobina postparto: expresada en g/dl
 - Hematocrito postparto: expresado en %
 - Uso de oxitocina para acelerar o inducir el trabajo de parto: si/no.
 - Fiebre intraparto: si /no considerándose temperatura superior a 38 grados.
 - Uso de antibiótico intraparto: si/no.
 - Duración del parto: expresado en horas, según su duración se considera:
 - Parto precipitado: total de todas las fases del parto menor a 3 horas
 - Duración normal: entre 3 y 24 horas.
 - Prolongado: más de 24 horas de duración.
 - Estancia hospitalaria en días.
 - Estado del Periné íntegro: si/no
 - Realización de episiotomía: si/no
 - Existencia de Desgarro perineal: si/no

Los desgarros perineales se clasifican de la siguiente forma:

1. Desgarros de primer grado: afectan a la piel y mucosa vaginal.
2. Desgarros de segundo grado: afectan a la musculatura excluyendo el esfínter anal.
3. Desgarros de tercer grado (clasificación de Sultan):

- a: menos del 50% del espesor del esfínter anal externo (EAS)
- b: lesión del 50% o más del espesor del EAS
- c: lesión que afecta al EAS y al esfínter anal interno (EAI)

4. Desgarros de cuarto grado: desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal.

4.10.4 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

- Tipo de nacimiento: Parto Único/ Parto Gemelar
- Sexo: Hombre/ Mujer
- Peso del recién nacido expresado en gramos clasificado según el peso de nacimiento en:
 - 0-1499: muy bajo peso
 - 1500-2499: bajo peso
 - 2500-4000: peso normal
 - >4000: macrosoma
- Test de Apgar al minuto de vida y a los 5 minutos de vida. Valor numérico de 0 a 10, según la puntuación se clasifica el recién nacido. La Tabla 7 muestra el test de Apgar con las diferentes puntuaciones que el neonato obtiene al ser evaluado.
- Valoración del recién nacido al minuto de vida:
 - 7-10: buena adaptación al medio extrauterino.
 - 4-6: depresión moderada, requiere asistencia médica.
 - 0-3: depresión grave, situación de emergencia.
- Potencial de hidrógeno (pH) del cordón: valor numérico, considerando valor normal >7,25
- Destino del neonato: Junto a la madre/ Unidad de cuidados intensivos (UCI) si la condición neonatal lo requiere.
- Presencia de Arteria uterina única: si/no
- Presencia de algún defecto congénito: si/no.

Signos	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menos de 100	Mas de 100
Respiración	Ausente	Ligera e irregular	Buena, llanto
Tono muscular	Flacidez	Ligera flexión de miembros	Movimientos activos
Color	Cianótico	Cuerpo rosado, extremidades cianóticas	Completamente rosada
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Se queja o hace muecas	Llanto, tos, estornudos, movimientos

Tabla 7. Test de Apgar

4.10.5 MEDICIONES SOBRE LOS CUIDADOS PERCIBIDOS INTRAPARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

4.10.5.1 CUESTIONES RELATIVAS AL PROCESO DEL PARTO REALIZADAS EN EL puerperio inmediato

- ¿Se permitió el movimiento durante la dilatación? Si/No/No sabe/No necesitó
- ¿Qué métodos de alivio del dolor usó durante el proceso del parto?
 - Uso de pelota de parto: si/no
 - Uso de calor local: si/no
 - Realización de ducha para alivio del dolor: si/no
 - Inmersión en Bañera de parto: si/no
 - Movilización mediante caminar: si/no
 - Uso de calmante opioide: Mezcla de Petidina y Haloperidol Intravenosa o Intramuscular o ambas
 - Epidural: si/no
- ¿Se permitió el uso de una posición cómoda durante el periodo expulsivo?: Si/No/No recuerda
- ¿Qué posición adoptó durante el expulsivo?: a señalar una de las opciones
 - Posición de Litotomía o ginecológica
 - Tumbada
 - Tumbada de lado
 - Semisentada
 - Sentada
 - Bipedestación
 - Cuclillas/ silla de parto
 - Cuadrupedia
- ¿Se realizó piel con piel con el recién nacido?: Si/No. Colocación de recién nacido inmediatamente tras el nacimiento desnudo sobre su madre/padre.
- ¿Qué persona realizó piel con piel con el recién nacido?: Madre/Padre.

- ¿Se separó antes de 2 horas a la madre del neonato?: si/no. Las guías clínicas recomiendan no separar el binomio madre e hijo durante al menos dos horas para realizar ninguna rutina hospitalaria, tales como pesar, medidas, vacunas... No se debe separar a no ser que haya una justificada condición médica.
- Método de lactancia elegida: Materna/Artificial/Mixta.
- Uso de suplemento en forma de fórmula de suero glucosado o fórmula artificial en recién nacidos de lactancia materna: Si/No. Práctica no recomendada para el fomento de la lactancia materna, salvo en determinadas condiciones.

4.10.5.2 ENCUESTA COMFORTS POSTPARTO.

La satisfacción con los cuidados en el parto y el puerperio fue evaluada mediante la escala COMFORTS, desarrollada por Janssen et al. en 2006 (75) y traducida y validada al castellano por Vivanco et al en 2012 (76) (Anexo E)

A cada una de las mujeres incluidas en el estudio se le realizó la encuesta pasada las primeras 24 horas del parto. El cuestionario consta de 40 elementos divididos en 4 apartados: cuidados durante el parto (13 ítems), cuidados durante el puerperio (11 ítems), cuidados del recién nacido (10 ítems) y por último logística y entorno (6 ítems).

La puntuación de cada elemento, independientemente del apartado al que corresponda, se realiza de la siguiente manera: si se sintió muy insatisfecha (☹️) se puntuó con un punto; si eligió insatisfecha (😞) son dos puntos; si seleccionó Indiferente (😐) son tres puntos; si estuvo satisfecha (😊) con los cuidados recibidos son cuatro puntos; y por último si la opción elegida fue muy satisfecha (😄) son 5 puntos.

Puede evaluarse de forma global informando de una visión de conjunto para establecer comparaciones en un plazo determinado de tiempo, donde la puntuación oscila entre 40 'muy insatisfecha' y 200 'muy satisfecha', o puede calificarse según las subpuntuaciones de cada dimensión de la escala, atendiendo a aspectos más concretos

de los cuidados. La puntuación global daría como resultado una clasificación de acuerdo con la Tabla 8:

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

Tabla 8. Puntuaciones de la escala COMFORTS

La categorización para facilitar la interpretación de los resultados se divide en dos grupos: no satisfecha o indiferente con los cuidados recibidos (puntuación entre 40 y 135) y satisfecha (puntuación entre 136 y 200)

4.10.5.3 ENCUESTA DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO (STAI).

La ansiedad a las mujeres incluidas en el estudio se midió mediante la Encuesta de ansiedad Estado y Rasgo.(110) Dicho cuestionario destaca como uno de los más utilizados por investigadores para medir la ansiedad por diversos profesionales de salud. (Anexo D)

Según el manual STAI, el cuestionario consta de dos partes:

- La Ansiedad Estado (A/E) se conceptualiza como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Consta de 20 elementos que se contestan y las opciones de respuesta para cada ítem son las siguientes: Nada, Algo, Bastante y Mucho; las cuales puntúan correlativamente con 0,1,2 o 3 puntos.
- La ansiedad rasgo (A/R) señala una propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). Consta de 20 elementos con

opciones de respuesta a elegir entre Casi nunca, A veces, A menudo y Casi siempre; las cuales puntúan correlativamente con 0,1,2 o 3 puntos.

A cada una de las mujeres incluidas en el estudio se le realizó el cuestionario completo Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R) al ser incluidas en el estudio, ese momento fue en la consulta de monitorización fetal al término de la gestación, en torno a la semana 37 de embarazo.

La única instrucción que se dio a las gestantes incluidas en el estudio fue que la parte de ansiedad “estado” debe reflejar sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”, mientras que la parte referida al “rasgo” refleja lo que siente “en general”.

Las encuestas válidas fueron aquellas que sólo dejaron como máximo uno o dos elementos sin contestar, en cuyo caso se ha prorrateado la puntuación de la siguiente manera:

- 1) calcular la media en los elementos contestados en esa parte (Puntuación directa/número de elementos contestados)
- 2) multiplicar el resultado por 20
- 3) redondear el resultado al entero más próximo.

En el periodo de puerperio, pasadas 24 horas tras el nacimiento del recién nacido, se repitió la parte de Ansiedad Estado (A/E) del cuestionario.

Este cuestionario no tiene tiempo limitado para ser respondido, pero se contesta en aproximadamente 15 minutos, cuando se repite la parte Ansiedad Estado solo se necesitan unos 5 minutos.

La Tabla 9 muestra la clasificación según puntuación de la ansiedad según el cuestionario

Ansiedad Mínima	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa
1-25	26-50	51-75	75-99

Tabla 9 Puntuación encuesta STAI

4.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis descriptivo de todos los datos recogidos. Las variables cuantitativas se expresaron como media (desviación típica), y las variables cualitativas mediante valor absoluto (porcentaje).

Se determinaron los factores asociados con la presencia de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en las últimas semanas del embarazo y en el puerperio, así como las variables asociadas a la satisfacción (si/no-indiferencia), mediante un análisis bivariado y multivariado. La posible asociación con variables cualitativas se determinó utilizando el test Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. La comparación de valores medios se realizó con el test T-Student o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, comprobándose a priori si los datos seguían una distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Se implementaron modelos de regresión logística para determinar los factores asociados a la insatisfacción o indiferencia de las mujeres con los cuidados recibidos en los periodos de parto y puerperio hospitalario. Se empleó la misma estrategia de análisis para determinar los factores asociados a los niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado

Se comparó el grado de ansiedad antes y después del parto utilizando la prueba de homogeneidad marginal.

Los datos fueron analizados con el software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS versión 22.0). Todos los test se realizaron con un planteamiento bilateral. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

4.12 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La realización del estudio se realizó teniendo en cuenta las siguientes consideraciones éticas y legales:

- El estudio se llevó a cabo después de su autorización por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo, con código de autorización 2015/261 (Anexo A)
- Se informó de los objetivos del proyecto a todas las gestantes incluidas en el estudio, solicitando su consentimiento informado a participar según la hoja de información y el modelo de consentimiento informado que se adjuntan en el Anexo C.
- Se garantizó la confidencialidad de la información según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Dicho texto normativo es el que se encontraba en vigencia en esta materia durante el periodo de realización de la presente tesis doctoral.
- El desarrollo del proyecto se realizó respetando la declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial de 1964 y las ratificaciones de las asambleas siguientes (Tokio, Venecia, Hong Kong e Sudáfrica) sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano, y el Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, aprobado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y sus sucesivas actualizaciones.
- El estudio se llevó a cabo respetando en todo momento la normativa vigente, en concreto:
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
 - Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes
 - Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes

- Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica.
- Todos los datos clínicos recogidos de las participantes en el estudio fueron separados de los datos de identificación personal, asegurando así el anonimato de las pacientes; respetando la Ley de Protección de Datos de Carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre, por el que se aprueba la regulación de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999
- Los datos clínicos de los pacientes fueron recogidos por la investigadora en el Cuaderno de recogida de datos (CRD) específico del estudio. Cada CRD fue codificado, protegiendo la identidad del paciente. Solo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tuvieron acceso a todos los datos recogidos para el estudio. Una vez finalizado el estudio los datos fueron anonimizados pidiendo permiso expreso para ello en el consentimiento informado a los participantes.
- Las encuestas fueron codificadas de forma numérica, ambas encuestas con la misma numeración. Los datos de la historia clínica fueron guardados de forma segura bajo el mismo código, pero sin posibilidad de acceso a los datos identificativos de cada paciente por parte de ninguna persona ajena a la investigación.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES.

5.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se incluyeron en el estudio un total de $n=448$ gestantes, cuyas características sociodemográficas se resumen en la Tabla 10. La edad media de las mujeres incluidas fue de $33,6\pm 4,7$ años (Figura 12), siendo casi en su totalidad (95,7%) de nacionalidad española. El rango de edad osciló entre los 21 y los 49 años, presentando el 43,5% de las mismas 35 años o más. El 50,8% tenían estudios universitarios, y un 61,0% estaban casadas, conviviendo con su pareja y/o hijos el 86,5% del total.

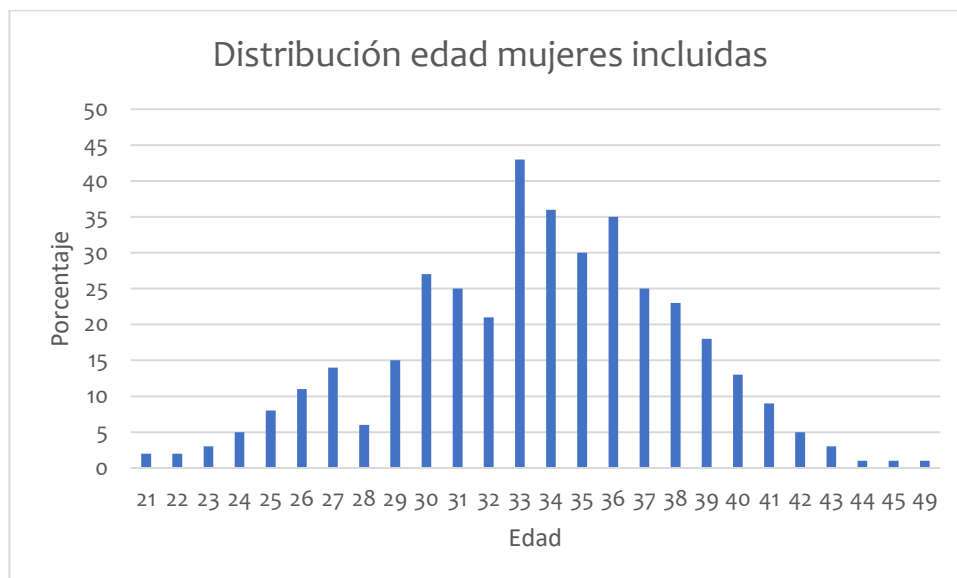


Figura 12 Distribución de la edad de las gestantes incluidas en el estudio

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Edad (años)	448	33,6±4,7	33,2-34,1	34	21-49
Nacionalidad					
Española	428 (95,7)		93,8-97,7		
Extranjera	19 (4,2)		2,3-6,2		
Nivel de estudios					
Primarios	37 (8,3)		5,6-10,94		
Secundarios	183 (40,9)		36,3-45,6		
Universitarios	227 (50,8)		46,0-55,5		
Estado civil					
Soltera	129 (28,9)		24,6-33,2		
Pareja de hecho	45 (10,1)		7,2-13,0		
Casada	272 (61,0)		56,3-65,6		
Núcleo de convivencia					
Sola	3 (0,7)		0,1-1,9		
Pareja y/o hijos	386 (86,5)		83,3-89,8		
Pareja y Familia directa	38 (8,5)		5,8-11,2		
Familiares directos	19 (4,3)		2,3-6,2		
Profesión					
Científicas y técnicos de apoyo	215 (50,1)		45,3-55,0		
Trabajo no especializado	160 (37,3)		32,6-42,0		
Desempleadas	54 (12,6)		9,3-15,8		

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza

Tabla 10 Características sociodemográficas de las gestantes incluidas en el estudio

5.1.2 COMORBILIDAD.

Los antecedentes personales recogidos en la muestra de estudio (Tabla 11) revelaron al comienzo del embarazo que un 8% de la muestra padecía patología tiroidea, un 0,9% diabetes mellitus y el 0,5% hipertensión arterial esencial.

Un 5,6% experimentaron alguna enfermedad autolimitante o degenerativa, o habían sido tratadas para algún tipo de cáncer.

El 12,2 % de las mujeres incluidas eran fumadoras al comienzo del embarazo.

En cuanto a los antecedentes de salud mental, fueron recogidos aquellos motivos de consulta relacionados con la salud mental, principalmente por ansiedad y depresión, tanto en atención primaria como en atención especializada registrados en la historia clínica digital (IANUS). Un 18,3 % de la población estudiada consultó por este motivo en algún momento previo al embarazo.

	n (%)	95% IC
Gestantes con Patología tiroidea	36 (8,0)	5,4-10,7
Gestantes con diabetes	4 (0,9)	0,2-2,3
Gestantes con Hipertensión arterial	2 (0,5)	0,1-1,6
Gestantes con Enfermedades autoinmunes/degenerativas/cáncer	25 (5,6)	3,3-7,8
Gestantes con consulta Salud Mental previa al embarazo ansiedad/depresión	82 (18,3)	14,6-22,0
Gestantes fumadoras al comienzo del embarazo	55 (12,2)	9,1-15,4

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 11 Antecedentes médicos de las gestantes incluidas en el estudio

5.1.3 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

En este apartado se recoge la información referente a la historia obstétrica de las gestantes incluidas en el estudio (Tabla 12).

El 46,4% de la muestra eran primigestas. El 69% de las mujeres eran primíparas, habiendo sufrido al menos un aborto el 27% de las gestantes.

Un 10,1% de las mujeres incluidas en el estudio finalizó un embarazo previo con una cesárea.

Un 3,6% del total tuvo problemas de fertilidad, de las cuales un 87,5% optaron por la fecundación in vitro como tratamiento al problema.

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Nº de gestaciones	448	1,8±1,0	1,7-1,9	2,0	1,7-1,9
1	208 (46,4)				
2	154 (34,4)				
3	58 (12,9)				
>3	28 (6,2)				
Nº de partos previos	448	0,4±0,6	0,3-0,4	0,0	0,3-0,4
Primípara	309 (69,0)		64,6-73,4		
Múltipara	139 (31,0)		26,6-35,4		
Cesáreas previas	448	0,1±0,3	0,07-0,13	0,0	0,0-2,0
Si	45 (10,1)		7,2-12,9		
Nº de abortos	448	0,4±0,7	0,3-0,4	0,0	0,0-4,0
Ningún aborto previo	327 (73,0)		68,8-77,2		
1 aborto previo	87 (19,4)		15,7-23,2		
2 abortos previos	26 (5,8)		3,5-8,1		
3 o más abortos	8 (1,8)		0,5-3,1		
Infertilidad	16/358 (3,6)		1,7-5,4		
Tratamiento de fertilidad	16				
FIV	14 (87,5)		61,7-98,5		
Estimulación ovárica	2 (12,5)		1,6-38,4		

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza; FIV: Fecundación in vitro

Tabla 12 Antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes incluidas en el estudio

5.2 EVOLUCIÓN Y CONTROL DEL EMBARAZO

5.2.1 EDUCACIÓN EN LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.

Un 66,4% de las mujeres asistieron al menos a una sesión de educación maternal, de las cuales un 70,3% asistieron al menos a cuatro de las sesiones programadas.

La charla sobre el plan de nacimiento ofrecida por el Hospital Lucus Augusti e impartida por una de las matronas asistenciales en dicho hospital fue recibida por un 83,1% de las gestantes, considerando de utilidad dicha charla un 97,9% de dichas mujeres. Sin embargo, sólo un 27,3% de las mujeres finalmente entregó el plan de nacimiento (Tabla 13).

	n (%)	95% IC
Educación maternal	296/446 (66,4)	61,9-70,9
Nº sesiones	296	
Una	22 (7,4)	4,3-10,6
Dos-cuatro	66 (22,3)	17,4-27,2
Cuatro-seis	105 (35,5)	29,9-41,1
Más de seis	103 (34,8)	29,2-40,4
Asistencia a la charla del plan de nacimiento	338/407 (83,1)	79,3-86,8
Utilidad de la charla de plan de nacimiento	331/338 (97,9)	96,3-99,6
Entrega del plan de nacimiento	104/384 (27,1)	22,5-31,7
Cumplimiento de las expectativas percibidas respecto al plan de nacimiento entregado	103	
Totalmente en desacuerdo	3 (2,9)	0,6-8,3
En desacuerdo	2 (1,9)	0,2-6,8
Indecisa	7 (6,8)	1,5-12,1
De acuerdo	47 (45,6)	35,5-55,7
Totalmente de acuerdo	44 (42,7)	32,7-52,8

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 13 Datos de las encuestadas con relación a las sesiones de educación maternal y la entrega del plan de nacimiento

5.2.2 RIESGO OBSTÉTRICO E INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS

Un total del 13,2% de las mujeres tuvo un embarazo de bajo riesgo, un 47,3% de riesgo medio y un 39,5% un riesgo alto o muy alto durante el embarazo (Tabla 14).

Entre los problemas más frecuentemente encontrados durante el embarazo destaca la anemia, siendo más frecuente en el segundo trimestre del embarazo, hallándose hasta en un 25,3% de la muestra.

Un 13,6% de las mujeres ha padecido durante el transcurso del embarazo alguna infección del tracto urinario o alguna infección vaginal. A su vez, el hipotiroidismo gestacional es la tercera patología más frecuente, con un 9,4% del total.

	n (%)	95% IC
Riesgo obstétrico		
Bajo	59 (13,2)	9,9-16,4
Medio	212 (47,3)	42,6-52,1
Alto o muy alto	177 (39,5)	34,9-44,1
Anemia		
1er Trimestre	12 (2,8)	1,1-4,6
2º Trimestre	109 (25,3)	21,1-29,6
3er Trimestre	86 (19,3)	15,5-23,1
Infección del tracto urinario bajo/Infección vaginal	61 (13,6)	10,3-16,9
Hipotiroidismo gestacional	42 (9,4)	6,6-12,2
Diabetes gestacional	29 (6,5)	4,1-8,9
Hipertensión gestacional	1 (0,2)	0,0-1,2
Preeclampsia	1 (0,2)	0,0-1,2
Amenaza de parto prematuro	9 (2,0)	0,6-3,4
Pequeño para edad gestacional	6 (1,3)	0,2-2,5
Crecimiento intrauterino retardado	5 (1,1)	0,4-2,6
IC: Intervalo de Confianza		

Tabla 14 Riesgo obstétrico y enfermedades concomitantes de las mujeres incluidas en el estudio

5.2.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL EMBARAZO.

Las principales pruebas complementarias realizadas durante el embarazo se resumen en la Tabla 15. El grupo sanguíneo más frecuente fue el A+ (40,0%), seguido de O+ (34,1%), presentando Rh negativo un 15,9% de las gestantes.

Un 6,1% de las mujeres obtuvo como resultado alto riesgo de cromosomopatía mediante la prueba de triple screening realizada en el primer trimestre. El 10,7 % de la muestra se realizó la prueba no invasiva de ADN fetal en sangre materna mediante una muestra de sangre materna, mientras que la amniocentesis fue realizada a un 7,9% del total.

El 16,7% de las mujeres dieron positivo a *Streptococcus Agalactiae* (SGB). La inmunización a rubeola y toxoplasmosis se confirmó en un 82,5% y un 27,4% de las mujeres, respectivamente.

En la Tabla 16 se detallan asimismo otros valores analíticos como la hemoglobina y el hematocrito por trimestres.

	n (%)	95% IC
Grupo Sanguíneo	445	
O	175 (39,3)	34,7-44,0
A	221 (49,7)	44,9-54,4
B	34 (7,6)	5,1-10,2
AB	15 (3,4)	1,6-5,2
Rh	448	
Positivo	377 (84,2)	80,7-87,7
Negativo	71 (15,9)	12,4-19,3
Cribado del primer trimestre	397	
Alto riesgo	24 (6,1)	3,6-8,5
Bajo riesgo	373 (94,0)	91,5-96,4
ADN fetal	45/419 (10,7)	7,7-13,8
Amniocentesis	35/441 (7,9)	5,3-10,6
SGB	444	
Positivo	74 (16,7)	13,1-20,3
Negativo	368 (82,9)	79,3-86,5
Toxoplasma	446	
Inmune	122 (27,4)	23,1-31,6
No inmune	324 (72,7)	68,4-76,9
Rubeola	441	
Inmune	364 (82,5)	78,9-86,2
No inmune	34 (7,7)	5,1-10,3
Indeterminado	43 (9,8)	6,9-12,6

IC: Intervalo de Confianza; Rh: factor Rhesus; ADN: ácido desoxirribonucleico; SGB: Streptococcus Agalactiae.

Tabla 15 Pruebas complementarias durante el embarazo realizadas a las gestantes incluidas en el estudio

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Hemoglobina					
1 ^{er} Trimestre	422	13,0±0,9	12,9-13,1	13,0	9,2-15,1
2 ^o Trimestre	430	11,7±0,9	11,6-11,8	11,7	8,3-14,4
3 ^{er} Trimestre	445	11,9±1,0	11,9-12,03	12,0	8,7-14,7
Hematocrito					
1 ^{er} trimestre	422	39,0±2,6	38,7-39,2	39,1	29,5-45,9
2 ^o trimestre	430	35,2±2,6	35,0-35,5	35,3	26,7-42,8
3 ^{er} trimestre	445	36,2±2,8	36,0-36,5	36,1	26,2-44,2

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza

Tabla 16 Valores de hemoglobina y hematocrito por trimestre de gestación de las gestantes incluidas en el estudio

5.3 MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La medicación utilizada más frecuentemente durante el embarazo es el suplemento de hierro en un 41,1% de las mujeres; en segundo lugar, un 16,8% de las gestantes tomaban levotiroxina de sodio para tratar el hipotiroidismo. (Tabla 17)

	n (%)	95% IC
Hierro	138/445 (41,1)	36,4-45,8
Levotiroxina de sodio	75/446 (16,8)	13,2-20,4
Atosiban	4/446 (0,9)	0,3-2,3
Insulina	12/446 (2,7)	1,1-4,3

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 17 Medicación prescrita durante el embarazo a las gestantes incluidas en el estudio

5.4 VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE LAS GESTANTES.

Los datos recogidos en la Tabla 18 revelan al comienzo del embarazo siguiendo la clasificación de la OMS, un Índice de Masa Corporal normal en un 54,3 % de la muestra, sobrepeso en un 28,6% y obesidad en el 15,6% de las gestantes.

La estatura media de la población a estudio era de 163,3±5,9 cm y el incremento medio de peso total durante la gestación fue de 12±4,3 kg.

En las gestaciones únicas las recomendaciones de ganancia de peso según el IMC son:

- Con un peso normal (IMC: 18,5 y 24,9 kg/m²): entre 11,5 y 16 kg de peso.
- Con un sobrepeso (IMC: 25 y 29,9 kg/m²): entre 7 y 12,5 kg de peso.
- Con una obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²): entre 5 y 9 kg de peso.

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Estatura (cm)	438	163,3±5,9	162,7-163,9	164,0	147,0-181,0
Índice de Masa Corporal basal(kg/m²)	398	25,3±4,6	24,8-25,7	24,3	16,6-40,9
Bajo peso	6 (1,5)		0,2-2,8		
Normopeso	216 (54,3)		49,3-59,3		
Sobrepeso	114 (28,6)		24,1-33,2		
Obesidad	62 (15,6)		11,9-19,3		
Ganancia de peso (Kg.)	158	12±4,3	11,3-12,6	11,8	-2,0-25,6
Ganancia de peso con relación a las recomendaciones					
Ganancia de peso menor	36 (27,3)				
Ganancia de peso adecuada	46 (34,8)				
Ganancia de peso mayor	50 (37,9)				

IC: Intervalo de Confianza; DT: Desviación típica; kg: kilogramo; m²: metro cuadrado

Tabla 18 Valores antropométricos de las gestantes incluidas en el estudio

5.5 PARTO Y PUERPERIO

5.5.1 MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO Y CONDICIONES OBSTÉTRICAS AL INGRESO.

La media de la edad gestacional al momento del parto en la muestra fue de $39,7 \pm 2,6$ días, siendo un 98,9% de la muestra estudiada gestaciones a término, considerándose mayores de 36+6 días de embarazo. La causa más común de ingreso hospitalario fue pródromos de parto en un 31,4% de los casos (fase latente del parto), seguido por ingreso programado para finalizar gestación en un 26,4%.

Las condiciones cervicales más frecuentes al momento del ingreso fueron un cérvix borrado en un 80-100% en un 42,1% de las mujeres, en posición posterior en un 57,7%, de consistencia intermedia en un 50,2% y dilatado entre 1-2cm en un 72,7% del total.

La bolsa amniótica estaba íntegra en un 73,2% de las mujeres con una cantidad de líquido normal en casi la totalidad (95,7%) de los casos. Estas características se resumen en la Tabla 19.

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Motivo de Ingreso	436				
Pródromos de parto	137 (31,4)		27,0-35,9		
Rotura espontánea de membranas	114 (26,1)		21,9-30,4		
Trabajo parto	49 (11,2)		8,2-14,3		
Ingreso programado	115 (26,4)		22,1-30,6		
Otras causas	18 (4,1)		2,2-6,1		
Edad gestacional	431	40,1±1,0	40,0-40,2	40,3	35-41,8
Pretérmino	4 (1,1)				
A término	427 (98,9)				
Borramiento cervical	373				
0-30%	108 (29,0)		24,2-33,7		
40-50%	50 (13,4)		9,8-17,0		
60-70%	58 (15,6)		11,7-19,4		
80-100%	157 (42,1)		37,0-47,2		

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Posición del cérvix	371				
Posterior	214 (57,7)		52,5-62,8		
Media	92 (24,8)		20,3-29,3		
Anterior	65 (17,5)		13,5-21,5		
Consistencia del cérvix	251				
Duro	13 (5,2)		2,2-8,1		
Intermedia	126 (50,2)		43,8-56,6		
Blanda	112 (44,6)		38,3-51,0		
Dilatación cervical (cm.)	403	1,6±1,5	1,5-1,8	1,0	0,0-10,0
0 cm.	61 (15,1)		11,5-18,8		
1-2 cm.	293 (72,7)		68,2-77,2		
3-4 cm.	30 (7,4)		4,8-10,1		
>5 cm.	19 (4,7)		2,5-6,9		
Bolsa amniótica	426				
Rota	114 (26,8)		22,4-31,1		
Íntegra	312 (73,2)		68,9-77,6		
Cantidad Líquido amniótico	443				
Oligoamnios	15 (3,4)		1,6-5,2		
Normal	424 (95,7)		93,7-97,7		
Polihidramnios	4 (0,9)		0,3-2,3		

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza

Tabla 19 Causa y detalle de las condiciones obstétricas al ingreso

5.5.2 FORMA DE INICIO Y RESOLUCIÓN DEL PARTO.

En la Tabla 20 se especifican las características relacionadas con la forma de inicio y resolución del parto. El 57,5% de los partos comenzó de manera espontánea.

Dentro de 37,6% de las inducciones de parto, la causa más frecuente para finalizar la gestación fue el embarazo en vías de prolongación. El método empleado más utilizado fue la oxitocina sintética en un 40,8%, seguido por la combinación de prostaglandinas más oxitocina, usado en un 36,7%.

La tasa de cesáreas asciende al 27,0%, siendo la causa más frecuente el riesgo de pérdida de bienestar fetal, en un 33% de los casos.

Los partos eutócicos son un 52,8% del total. Los partos instrumentales representan un 20,4%, siendo el más frecuente la ventosa, en un 83% de los mismos.

	n (%)	95% IC
Inicio del parto	428	
Espontáneo	246 (57,5)	52,7-62,3
Inducido	161 (37,6)	32,9-42,3
Cesárea programada	21 (4,9)	2,7-7,1
Causa de inducción	142	
Prolongado	61 (43,0)	34,5-51,5
Bolsa rota	37 (26,1)	18,5-33,6
Causa materna	12 (8,5)	3,5-13,4
Causa fetal	32 (22,5)	15,3-29,8
Método de inducción	147	
Oxitocina	60 (40,8)	32,5-49,1
Prostaglandinas y Oxitocina	54 (36,7)	28,6-44,9
Prostaglandinas	33 (22,5)	15,4-29,5
Tipo de parto	441	
Vaginal	322 (73,0)	68,8-77,3
Cesárea	119 (27,0)	22,7-31,2
Finalización del parto	441	
Eutócico	233 (52,8)	48,1-57,6
Instrumental	89 (20,2)	16,3-24,0
Cesárea	119 (27,0)	22,7-31,2
Tipo de parto instrumental	88	
Ventosa	73 (83,0)	74,5-91,4
Fórceps	12 (13,6)	5,9-21,4
Espátulas	3 (3,4)	0,7-9,6
Motivo del parto instrumental	78	
Acortar expulsivo	49 (62,8)	51,5-74,2

	n (%)	95% IC
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	29 (37,2)	25,8-48,6
Motivo de la cesárea	115	
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	38 (33,0)	24,0-42,1
Cesárea programada	31 (27,0)	18,4-35,5
No progresión de parto	20 (17,4)	10,0-24,8
Fracaso de inducción	18 (15,7)	8,6-22,7
Desproporción pelvicefálica	7 (6,1)	1,3-10,9

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 20 Forma de inicio y resolución del parto

La Figura 13 muestra la relación entre el inicio del parto y la finalización de este. El 15,1% de los partos que se iniciaron espontáneamente terminaron en cesárea. Este porcentaje fue del 35,7% en el caso de los partos inducidos.

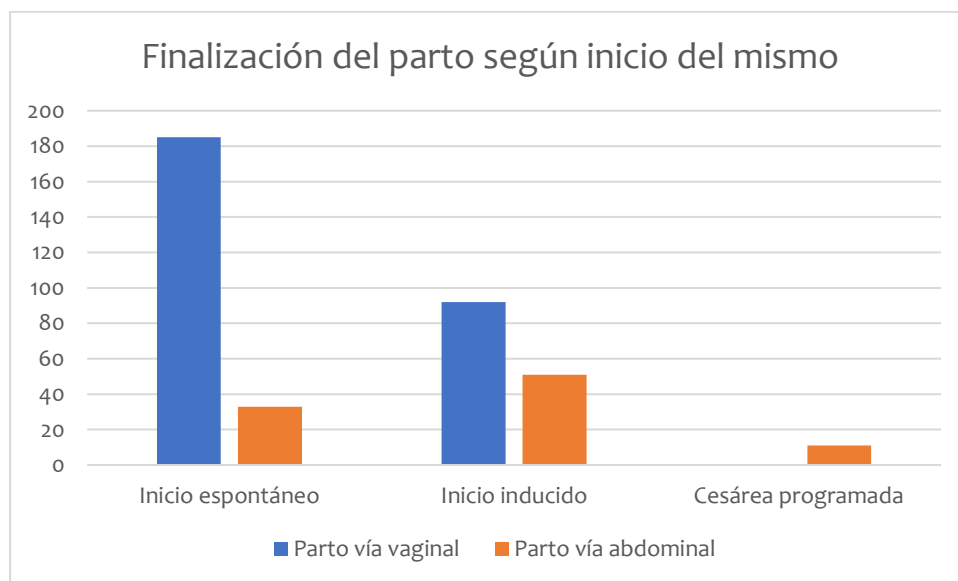


Figura 13 Finalización del parto según el inicio de este

5.5.3 PERIODO INTRAPARTO.

TRABAJO DE PARTO.

En relación con las distintas características del parto, reflejadas en la Tabla 21, un 55% de las gestantes tuvieron una rotura espontánea de la bolsa amniótica, siendo el líquido de color claro en un 80,3%. La bolsa estuvo rota una media de $11,8 \pm 14,1$ horas. El 14,3% de las gestantes experimentó fiebre, definida como temperatura mayor o igual a 38 grados durante el trabajo de parto.

	n (%)	Media \pm DT	95% IC	Mediana	Rango
Rotura bolsa intraparto	400				
Espontánea	220 (55,0)		50,0-60,0		
Artificial	180 (45,0)		40,0-50,0		
Tipo rotura bolsa espontánea	201				
Prematura	142 (70,7)		64,1-77,2		
Precoz	30 (14,9)		9,8-20,1		
Tempestiva	29 (14,4)		9,3-19,5		
Color Líquido amniótico	405				
Claro	325 (80,3)		76,3-84,3		
Meconial	66 (16,3)		12,6-20,0		
Sanguinolento	14 (3,5)		1,6-5,4		
Bolsa rota (h.)	400	11,8 \pm 14,1	10,5-13,2	6,0	0,0-75,0
Circular cordón umbilical	91/428 (21,3)		17,3-25,3		
Bandolera cordón umbilical	24/427 (5,6)		3,3-7,9		
Alumbramiento	428				
Espontáneo	219 (51,2)		46,3-56,0		
Farmacológico	130 (30,4)		25,9-34,9		
Manual	79 (18,5)		14,7-22,3		
Hemoglobina postparto	426	10,8 \pm 1,3	10,6-10,9	10,8	7,0-14,3
Hematocrito postparto	425	32,3 \pm 3,9	32,3-33,1	32,7	21,3-44,7
Uso oxitocina sintética intraparto	207/403 (51,4)		46,4-56,4		
Fiebre intraparto	58/405 (14,3)		10,8-17,9		
Antibiótico intraparto	168/406 (41,4)		36,5-46,3		

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza

Tabla 21 Descripción de las variables relacionadas con el trabajo de parto y el postparto inmediato

DURACIÓN DEL PARTO Y ESTANCIA HOSPITALARIA.

En la Tabla 22 se detalla la duración de las diferentes fases del parto en mujeres primíparas y multíparas. La duración media del parto en las gestantes independientemente de su paridad fue de $11,91 \pm 12,6$ (horas), la fase de dilatación tuvo una extensión de $3,76 \pm 3,4$ (horas) y la fase de expulsivo un total de $1,12 \pm 1,4$ (horas).

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Horas de parto					
Primíparas	254	13,8±13,0	12,2-15,5	10,0	0-72
Multíparas	107	7,0±9,0	5,3-8,8	4,0	0-48
Horas de dilatación					
Primíparas	277	4,3±3,6	3,9-4,7	4,0	0-15
Multíparas	124	2,5±2,3	2,1-2,9	2,0	0-12
Horas de expulsivo					
Primíparas	281	1,4±1,6	1,2-1,6	1,0	0-6
Multíparas	124	0,5±0,8	0,3-0,6	0,0	0-4

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza

Tabla 22 Duración del parto, dilatación y expulsivo según paridad

La estancia hospitalaria promedio fue de $4,6 \pm 1,7$ días, con una mediana de 4,00 días y un rango de 2 a 13 días (Figura 14).

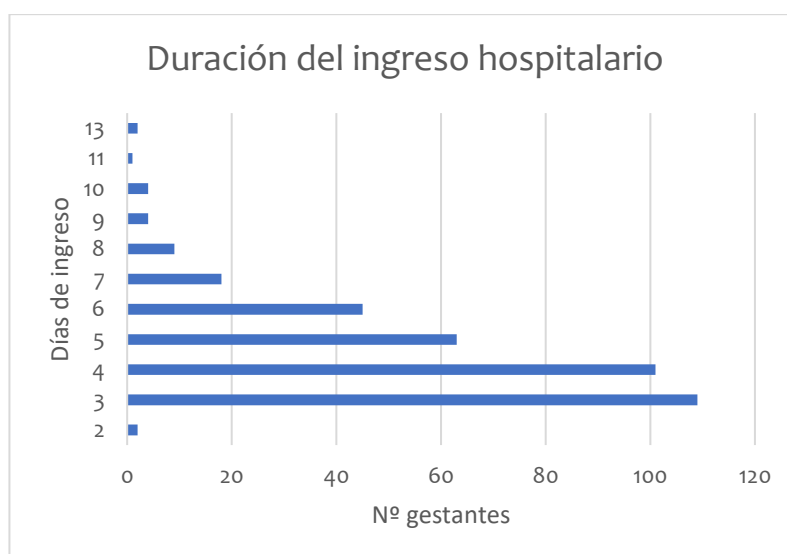


Figura 14 Distribución de la estancia hospitalaria de las gestantes incluidas en el estudio

RESULTADOS PERINEALES TRAS EL PARTO

En lo referente al periné, detallado en la Tabla 23, se observa que en un 11,4% de los partos vía vaginal el periné resultó íntegro. Todos los perinés íntegros observados fueron en partos eutócicos o normales (un 15,8% de los partos normales).

El periné se desgarró en un 46,3 % de los partos, siendo más frecuente el desgarro vaginal en los partos normales (57,9% de los mismos), concretamente el desgarro más frecuente fue el de segundo grado con un 63,1%.

La episiotomía se realizó en un 45,6% del total, siendo mayoritaria en los partos instrumentales (97,7%).

	TOTAL		PARTO EUTÓCICO		PARTO INSTRUMENTAL	
	n (%)	95% IC	n (%)	95% IC	n (%)	95% IC
Periné íntegro	36 (11,5)	7,8-15,1	36 (15,8)	10,8-20,7	0	
Episiotomía	146 (45,6)	40,0-51,2	60 (25,9)	20,0-31,7	86 (97,7)	92,0-99,7
Desgarro perineal	149 (46,3)	40,7-51,9	135 (57,9)	51,4-64,5	14 (15,7)	10,4-27,8)
1 ^{er} Grado	48 (32,2)	29,4-40,1	42 (31,1)	22,9-39,3	6 (42,9)	17,7-71,1
2 ^o Grado	94 (63,1)	55,0-71,2	89 (65,9)	57,6-74,3	5 (35,7)	12,8-64,9
3 ^{er} Grado A	3 (2,0)	0,4-5,8	2 (1,5)	0,2-5,2	1 (7,1)	0,2-33,9
3 ^{er} Grado B	3 (2,0)	0,4-5,8	2 (1,5)	0,2-5,2	1 (7,1)	0,2-33,9
3 ^{er} Grado C	1 (0,7)	0,0-3,7	0	10,8-20,7	1 (7,1)	2,3-33,9

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 23 Estado del periné después del parto

5.6 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO.

En la Tabla 24 se exponen las principales características de los recién nacidos de la muestra. La mayoría de los nacimientos analizados en la muestra fueron de un feto único (98,2%).

El 53,2% de los neonatos fueron de sexo masculino. El 88,9% de los recién nacidos tuvo un peso entre 2500 gr. y 4000 gr, siendo la media $3316,0 \pm 473,1$ gr. El test de APGAR realizado al minuto de vida tuvo una media de $8,9 \pm 0,6$ y a los cinco minutos $9,9 \pm 0,4$. Un 98,9% obtuvieron un Apgar al minuto de vida mayor a 7 considerándose resultado de normalidad en la prueba.

El 93% recién nacidos pudieron permanecer junto a su madre en las horas posteriores al nacimiento, no requiriendo ingreso en unidad especializada.

	n (%)	Media±DT	95% IC	Mediana	Rango
Tipo de nacimiento	447				
Único	439 (98,2)		96,9-99,6		
Gemelar	8 (1,8)		0,4-3,1		
Sexo					
Hombre	211 (53,2)				
Mujer	240 (46,8)				
Peso del recién nacido (gr.)	452	3316,0±473,1	3272,3-3359,7	3330,0	1400-4475
0-1499	1 (0,2)		0,0-1,2		
1500-2499	21 (4,6)		2,6-6,7		
2500-4000	402 (88,9)		85,9-91,9		
Mas de 4000	28 (6,2)		3,9-8,5		
Apgar al minuto	449	8,9±0,6	8,8-8,9	9,0	3-10
Apgar a los 5 minutos	445	9,9±0,4	9,9-10	10	6-10
Ph del cordón	368	7,28±0,1	7,27-7,29	7,28	6,95-7,55
Destino del neonato	441				
Junto a la madre	410 (93,0)		90,5-95,5		
UCI	31(7,0)		4,5-9,5		
Arteria única	4/434 (0,9)		0,3-2,3		
Defecto congénito	6/435 (1,4)		0,2-2,6		

DT: Desviación Típica; IC: Intervalo de Confianza; gr: gramos

Tabla 24 Características de los recién nacidos

5.7.1 ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO Y RASGO PREPARTO.

En las Tablas 25 y 26 se exponen los resultados para la escala ansiedad estado y rasgo en detalle, llevada a cabo en las últimas semanas previas al parto, cuando la consulta de control de monitorización fetal tenía lugar.

En la escala ansiedad-estado-rasgo se obtiene una puntuación media de $16,7 \pm 8,6$ puntos. Se observa que los ítems que más gestantes muestran alterados en la parte de ansiedad estado son: sentirse nada o poco descansada (59,5%), no estar relajada o poco relajada (37,7%), ni confortable (27,2%). Un 24,4% de las mujeres refieren estar “bastante o muy preocupadas”, y un 22,8% nerviosas (Tabla 25).

En la escala de ansiedad-rasgo los ítems que más gestantes presentan alterados son: me canso rápidamente “a menudo o casi siempre” (43,1%), el 27,7% de las mujeres se preocupan “a menudo o casi siempre” por cosas sin importancia, un 52% suelen tomarse las cosas demasiado en serio “a menudo o casi siempre”, el 49,5% manifiestan que “a veces” les falta confianza en sí mismas y el 29,5% cuando piensan sobre asuntos y preocupaciones actuales, se ponen tensas y agitadas “a menudo o casi siempre” (Tabla 26).

ANSIEDAD ESTADO PREPARTO	Nada					Algo	Bastante	Mucho
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
TOTAL (n=445)	16,73±8,64	16,0						
1. Me siento calmada.	2,0±0,7	2,0	12 (2,7)	81 (18,1)	263 (58,8)	91 (20,4)		
2. Me siento segura.	2,0±0,7	2,0	10 (2,2)	82 (18,3)	246 (55,0)	109 (24,4)		
3. Estoy tensa.	0,7±0,7	1,0	180 (40,5)	199 (44,8)	51 (11,5)	14 (3,2)		
4. Estoy contrariada.	0,4±0,7	0,0	312 (71,4)	90 (20,6)	29 (6,6)	6 (1,4)		
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	2,2±0,8	2,0	19 (4,3)	65 (14,7)	217 (49,1)	141 (31,9)		
6. Me siento alterada.	0,5±0,7	0,0	274 (63,0)	127 (29,2)	27 (6,2)	7 (1,6)		
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras.	0,8±0,8	1,0	169 (38,4)	193 (43,9)	53 (12,0)	25 (5,7)		
8. Me siento descansada.	1,4±0,8	1,0	69 (15,5)	196 (44,0)	144 (32,4)	36 (8,1)		
9. Me siento angustiada.	0,5±0,7	0,0	249 (56,3)	150 (33,9)	37 (8,4)	6 (1,4)		
10. Me siento confortable.	1,9±0,7	2,0	15 (3,4)	105 (23,8)	240 (54,3)	82 (18,6)		
11. Tengo confianza en mí misma.	2,1±0,7	2,0	7 (1,6)	71 (16,0)	248 (55,9)	118 (26,6)		
12. Me siento nerviosa.	1,0±0,8	1,0	112 (25,5)	227 (51,7)	71 (16,2)	29 (6,6)		
13. Estoy desasosegada.	0,6±0,7	0,0	248 (56,5)	147 (33,5)	32 (7,3)	12 (2,7)		
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)	0,3±0,6	0,0	312 (70,3)	100 (22,5)	26 (5,9)	6 (1,4)		
15. Estoy relajada	1,7±0,8	2,0	38 (8,5)	130 (29,2)	212 (47,6)	65 (14,6)		
16. Me siento satisfecha.	2,2±0,6	2,0	5 (1,1)	53 (11,9)	242 (54,5)	144 (32,4)		
17. Estoy preocupada.	1,1±0,8	1,0	101 (22,8)	234 (52,8)	76 (17,2)	32 (7,2)		
18. Me siento aturdida y sobreexcitada.	0,3±0,6	0,0	315 (71,4)	99 (22,4)	19 (4,3)	8 (1,8)		
19. Me siento alegre.	2,3±0,7	2,0	7 (1,6)	48 (10,8)	211 (47,6)	177 (40,0)		
20. En este momento me siento bien.	2,3±0,7	2,0	5 (1,1)	40 (8,9)	226 (50,6)	176 (39,4)		

DT: Desviación típica

Tabla 25 Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad estado (STAI A-E) parto

ANSIEDAD RASGO			Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TOTAL (n=435)	18,61±8,31	18,0				
21. Me siento bien.	2,3±0,7	2,0	2 (0,5)	55 (12,7)	193 (44,5)	184 (42,4)
22. Me canso rápidamente.	1,4±0,9	1,0	50 (11,4)	197 (45,4)	128 (29,5)	59 (13,6)
23. Siento ganas de llorar.	0,6±0,7	0,0	213 (49,3)	185 (42,8)	29 (6,6)	5 (1,2)
24. Me gustaría ser tan feliz como los otros.	0,6±0,8	0,0	251 (58,1)	131 (30,3)	29 (6,7)	21 (4,9)
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0,5±0,7	0,0	232 (53,6)	175 (40,4)	16 (3,7)	10 (2,3)
26. Me siento descansada.	1,4±0,8	1,0	50 (11,5)	209 (48,3)	131 (30,3)	43 (9,9)
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	1,5±1,0	1,0	73 (17,0)	155 (36,0)	116 (27,0)	86 (20,0)
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0,7±1,3	1,0	198 (45,6)	206 (47,5)	23 (5,3)	6 (1,4)
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1,2±0,9	1,0	83 (19,2)	229 (53,0)	74 (17,1)	46 (10,6)
30. Soy feliz.	2,6±0,6	3,0	0	29 (6,7)	120 (27,7)	284 (65,6)
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	1,7±0,9	2,0	25 (5,8)	182 (42,2)	138 (32,0)	86 (20,0)
32. Me falta confianza en mí misma.	0,9±0,8	1,0	149 (34,3)	215 (49,5)	47 (10,8)	23 (5,3)
33. Me siento segura.	2,0±0,8	2,0	13 (3,0)	131 (30,3)	160 (37,0)	129 (29,8)
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0,8±0,9	1,0	182 (42,1)	170 (39,4)	43 (10,0)	37 (8,6)
35. Me siento triste (melancólica)	0,6±0,7	1,0	195 (45,0)	201 (46,4)	26 (6,0)	11 (2,5)
36. Estoy satisfecha.	2,3±0,7	2,0	6 (1,4)	56 (12,9)	194 (44,7)	178 (41,0)
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0,9±0,7	1,0	125 (28,9)	235 (54,4)	58 (13,4)	14 (3,2)

ANSIEDAD RASGO	Casi nunca A veces A menudo Casi siempre					
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0,8±0,8	1,0	166 (38,3)	186 (43,0)	53 (12,2)	28 (6,5)
39. Soy una persona estable.	2,5±0,6	3,0	2 (0,5)	28 (6,5)	166 (38,4)	236 (54,6)
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	1,3±0,8	1,0	53 (12,2)	254 (58,4)	82 (18,9)	46 (10,6)

DT: desviación típica

Tabla 26 Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad rasgo (STAI A-R) preparto

5.7.2 ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO POSTPARTO

La encuesta ansiedad estado postparto fue recogida en la planta de maternidad a partir de las 24 horas del parto. En la Tabla 27 se detallan los elementos de la encuesta ansiedad estado en el periodo de postparto.

En la escala de ansiedad estado postparto se alcanza una puntuación media de 14,46±9,0 puntos. Los ítems que más puntuación obtienen son: me siento alegre “bastante o mucho” (90,8%), mientras que un 83,8% de las mujeres se sienten bastante o muy satisfechas y un 65,4% se sienten bastante o muy relajadas.

ANSIEDAD ESTADO POSTPARTO			Nada	Algo	Bastante	Mucho
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TOTAL (n=394)	14,46±9,0	13,0				
1. Me siento calmada.	2,2±0,8	2,0	9 (2,3)	64 (16,1)	174 (43,7)	151 (37,9)
2. Me siento segura.	2,2±0,7	2,0	6 (1,5)	64 (16,2)	193 (48,7)	133 (33,6)
3. Estoy tensa.	0,6±0,7	1,0	189 (47,8)	166 (42,0)	29 (7,3)	11 (2,8)
4. Estoy contrariada.	0,4±0,7	0,0	270 (69,1)	79 (20,2)	33 (8,4)	9 (2,3)
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	2,1±0,8	2,0	19 (4,8)	54 (13,6)	191 (48,2)	132 (33,3)
6. Me siento alterada.	0,4±0,7	0,0	275 (70,5)	83 (21,3)	26 (6,7)	6 (1,5)
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras.	0,6±0,8	0,0	216 (55,0)	127 (32,3)	35 (8,9)	15 (3,8)
8. Me siento descansada.	1,2±0,9	1,0	84 (21,3)	172 (43,7)	102 (25,9)	36 (9,1)
9. Me siento angustiada.	0,4±0,7	0,0	265 (67,4)	95 (24,2)	23 (5,9)	10 (2,5)
10. Me siento confortable.	1,9±0,8	2,0	17 (4,3)	102 (25,9)	193 (49,0)	82 (20,8)
11. Tengo confianza en mí misma.	2,1±0,8	2,0	8 (2,0)	72 (18,1)	185 (46,5)	133 (33,4)
12. Me siento nerviosa.	0,7±0,8	1,0	180 (45,3)	164 (41,3)	40 (10,1)	13 (3,3)
13. Estoy desasosegada.	0,5±0,7	0,0	237 (61,4)	109 (28,2)	31 (8,0)	9 (2,3)
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)	0,3±0,6	0,0	303 (77,1)	67 (17,0)	18 (4,6)	5 (1,3)
15. Estoy relajada.	1,9±0,9	2,0	20 (5,1)	117 (29,5)	156 (39,4)	103 (26,0)
16. Me siento satisfecha.	2,3±0,7	2,0	8 (2,0)	53 (13,4)	161 (40,8)	173 (43,8)
17. Estoy preocupada.	0,8±0,7	1,0	159 (40,5)	186 (47,3)	34 (8,7)	14 (3,6)
18. Me siento aturdida y sobreexcitada.	0,3±0,7	0,0	294 (74,6)	72 (18,3)	18 (4,6)	10 (2,5)
19. Me siento alegre.	2,5±0,7	3,0	1 (0,3)	35 (8,9)	123 (31,3)	234 (59,5)
20. En este momento me siento bien.	2,4±0,7	3,0	2 (0,5)	35 (8,8)	149 (37,4)	212 (53,3)

DT: desviación típica

Tabla 27 Descripción de las respuestas al cuestionario de ansiedad estado (STAI A-E) postparto.

5.7.3 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA STAI (AE/AR) PREPARTO Y POSTPARTO

Respecto a la ansiedad como estado, en los datos recogidos en la consulta de monitorización fetal, se observó que un 12,6% de las mujeres presentan un grado de ansiedad severo, un 63,1% ansiedad moderada o leve y un 24,3% ansiedad mínima. Estos datos postparto fueron 10,9%, 51,3% y 37,8 % respectivamente. La ansiedad como rasgo en las mujeres fue severa en un 8,3%, moderada o leve en el 48,0%, y mínima en el 43,7% de la muestra. Los datos se ven reflejados en la Tabla 28.

STAI- AE (preparto)		n (%)			n (%)
Percentil <25 (ansiedad baja)		108 (24,3)	Percentil ≤25 (ansiedad baja)		389 (87,4)
Percentil 25-75 (ansiedad moderada)		281 (63,1)	Percentil > 75 (ansiedad alta)		56 (12,6)
Percentil > 75 (ansiedad alta)		56 (12,6)			
STAI- AR (preparto)		n (%)			n (%)
Percentil <25 (ansiedad baja)		190 (43,7)	Percentil ≤25 (ansiedad baja)		318 (73,1)
Percentil 25-75 (ansiedad moderada)		209 (48,0)	Percentil >75 (ansiedad alta)		117 (26,9)
Percentil > 75 (ansiedad alta)		36 (8,3)			
STAI- AE (postparto)		n (%)			n (%)
Percentil <25 (ansiedad baja)		149 (37,8)	Percentil ≤25 (ansiedad baja)		351 (89,1)
Percentil 25-75 (ansiedad moderada)		202 (51,3)	Percentil > 75 (ansiedad alta)		43 (10,9)
Percentil > 75 (ansiedad alta)		43 (10,9)			

AE: ansiedad estado; AR: ansiedad rasgo

Tabla 28 Resultados de la encuesta STAI (AE preparto y postparto; AR) de las mujeres incluidas en el estudio

Se comparó el grado de ansiedad antes y después del parto utilizando la prueba de homogeneidad marginal, observándose un cambio significativo. Así, el 20,0% de las pacientes con grado de ansiedad alto preparto no presentan ansiedad tras el parto y un 56,0% manifiestan un grado de ansiedad moderado. Hay que destacar también que un 30,4% las gestantes que en el momento de la monitorización fetal presentaban un grado de ansiedad moderado, transcurridas 24 horas del parto no manifiestan ansiedad (Tabla 29, Figura 16)

STAI- AE (preparto)	STAI- AE (postparto)			p
	Percentil <25 (ansiedad baja)	Percentil 25-75 (ansiedad moderada)	Percentil >75 (ansiedad alta)	
Percentil <25 (ansiedad baja)	63 (67,02)	29 (30,9)	2 (2,1)	<0,001
Percentil 25-75 (ansiedad moderada)	75 (30,4)	144 (58,3)	28 (11,3)	
Percentil > 75 (ansiedad alta)	10 (20,0)	28 (56,0)	12 (24,0)	

AE: ansiedad estado

Tabla 29 Comparación de resultados STAI AE preparto y postparto

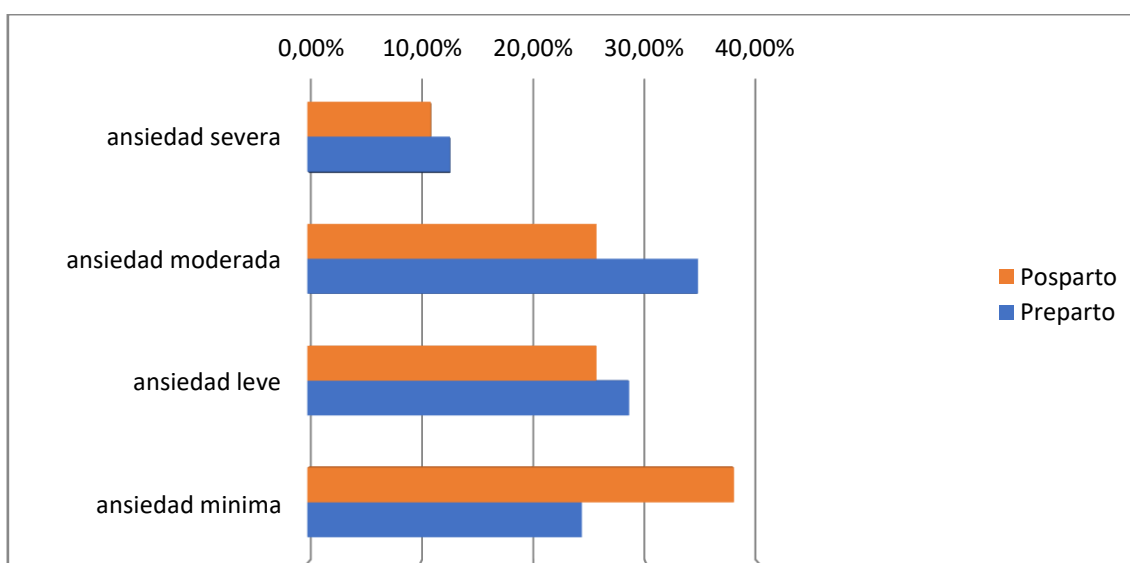


Figura 15 Resultados de los niveles de ansiedad estado preparto y postparto de las mujeres incluidas en el estudio

Las pacientes fueron clasificadas tomando como único punto de corte el percentil 75 para determinar presencia de trastorno de ansiedad. Según esta categorización, en el análisis bivariado, se observa que presentar niveles elevados de ansiedad-estado en el momento de la monitorización fetal se asocia de forma significativa con el hecho de tener antecedentes de salud mental (23,2% vs. 10,2%; $p=0,003$). Así mismo, destacamos que el 25,0% de las pacientes con medicación psicotrópica mostraron niveles elevados de ansiedad frente a un 0,0% de gestantes sin medicación.

El 13,4% de las gestantes primíparas refieren un estado de ansiedad alto en comparación con el 10,8% en el subgrupo de multíparas ($p=0,538$). El 14,1% de las

pacientes que no acudieron a educación maternal muestran un nivel alto de ansiedad frente al 11,9% de las que sí acudieron a preparación para el parto. Niveles elevados de estrés son más frecuentes en gestantes con abortos anteriores (15,8% vs. 11,4%; $p=0,259$) y con cesáreas (15,6% vs, 12,3%; $p=0,526$) (Tabla 30).

Respecto al estado de ansiedad como rasgo, encontramos una asociación en el límite de la significación con el nivel de estudios. Así, el 31,2% de las gestantes sin estudios superiores muestran niveles altos de ansiedad-rasgo frente al 22,8% de las gestantes con estudios superiores ($p=0,051$). El 40,7% de las pacientes con antecedentes de salud mental mostraron niveles elevados de ansiedad rasgo en comparación con sólo el 23,7% en el subgrupo sin dicho diagnóstico ($p=0,002$) (Tabla 30).

En el análisis multivariante se objetiva que la única variable que se asocia de forma significativa con la ansiedad como estado en el momento de la monitorización fetal, es tener antecedentes de algún trastorno mental (OR=2,571; IC95%:(1,341-4,928)). Se obtiene un resultado similar en la estimación de la ansiedad como rasgo (OR=2,190; IC95%:(1,269-3,777)).

Respecto al estado de ansiedad tras 24 horas del parto observamos que, en las mujeres primíparas, es más frecuente niveles de ansiedad altos (12,9 vs, 6,6; $p=0,063$). No se observan diferencias significativas en el tiempo de trabajo de parto entre las mujeres con niveles altos de ansiedad y mujeres con niveles bajos o moderados (nivel alto: Mediana=2,0horas (rango:0-14); nivel bajo o moderado: Mediana=3,0horas (rango:0-14)). El 21,1% de las pacientes con parto instrumental, el 12,9% de las pacientes a las que se les realizó una cesárea y únicamente el 6,3% de las mujeres con parto eutócico mostraron niveles altos de ansiedad ($p=0,002$). El 23,1% de las mujeres con bebés que requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos refieren un estado de ansiedad grave frente al 9,6% de las madres con bebés que permanecieron con ellas ($p=0,030$). Además, se observa asociación significativa con el contacto piel con piel. Así, el 20,6% de las mujeres cuyos bebés no han tenido contacto (con la madre o el padre) presentan niveles altos de ansiedad frente al 8,7% de las mujeres cuyos bebés han estado en contacto ($p=0,005$). Los niveles elevados de estrés son significativamente más

frecuentes en las pacientes con consulta en salud mental (21,1%) que en las que no realizaron dicha consulta (8,7%) (p=0,002). Tras implementar un modelo multivariado, se observa que el tener consultas en salud mental incrementa significativamente el riesgo de sufrir ansiedad severa transcurridas 24 horas del parto (Tabla 31).

		STAI- AE (pre)- ansiedad alta			STAI- AR (pre) – ansiedad alta		
		n (%)	OR-cruda (IC95%)	OR-ajustada (IC95%)	n (%)	OR-cruda (IC95%)	OR-ajustada (IC95%)
Edad	<35 años	32 (12,7)			72 (29,1)		
	≥35 años	24 (12,4)	0,97 (0,55-1,70)	1,25 (0,68-2,30)	45 (23,9)	0,77 (0,50-1,18)	0,87 (0,54-1,40)
Estudios superiores	No	32 (14,7)			67 (31,2)		
	Sí	24 (10,6)	0,69 (0,39-1,22)	0,67 (0,36-1,26)	50 (22,8)	0,65 (0,43-1,00)	0,74 (0,46-1,19)
Pareja	No	14 (10,9)			37 (29,6)		
	Sí	42 (13,4)	1,27 (0,67-2,41)	1,61 (0,81-3,23)	79 (25,6)	0,82 (0,51-1,30)	0,93 (0,56-1,53)
Actividad profesional	No	10 (18,5)			17 (32,7)		
	Sí	45 (12,1)	0,61 (0,29-1,29)	0,76 (0,33-1,75)	94 (25,8)	0,71 (0,38-1,33)	1,16 (0,58-2,30)
Educación maternal	No	21 (14,1)			44 (30,1)		
	Sí	35 (11,9)	0,82 (0,46-1,47)	0,90 (0,45-1,75)	72 (25,1)	0,78 (0,50-1,21)	0,86 (0,51-1,45)
Comorbilidad antes del embarazo	No	39 (13,4)			82 (29,0)		
	Sí	17 (11,0)	0,80 (0,44-1,47)	0,55 (0,25-1,20)	35 (23,0)	0,73 (0,46-1,16)	0,60 (0,34-1,07)
Consulta en salud mental	No	37 (10,2)			84 (23,7)		
	Sí	19 (23,2)	2,66 (1,44-4,92)	2,57 (1,34-4,93)	33 (40,7)	2,21 (1,33-3,67)	2,19 (1,27-3,78)
Comorbilidad gestacional	No	49 (13,1)			94 (25,7)		
	Sí	7 (10,0)	0,39 (0,13-1,15)	0,80 (0,34-1,91)	23 (33,3)	1,45 (0,83-2,52)	0,75 (0,41-1,37)
Primípara	No	15 (10,8)			39 (29,3)		
	Sí	41 (13,4)	1,28 (0,68-2,40)	1,57 (0,76-3,27)	78 (25,8)	0,84 (0,53-1,32)	0,93 (0,54-1,60)
Abortos previos	No	37 (11,4)			83 (26,1)		
	Sí	19 (15,8)	1,46 (0,81-2,66)	1,52 (0,76-3,07)	34 (29,1)	1,16 (0,72-1,86)	1,35 (0,77-2,34)
Cesáreas previas	No	49 (12,3)			107 (27,4)		
	Sí	7 (15,6)	1,32 (0,56-3,12)	1,23 (0,42-3,63)	10 (22,2)	0,76 (0,36-1,58)	0,70 (0,27-1,81)

AE: ansiedad estado; AR: ansiedad rasgo; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

Tabla 30 Análisis de las gestantes con alto grado de ansiedad estado y rasgo preparto

STAI- AE (post)		Ansiedad alta	OR-cruda (IC95%)	OR-ajustada (IC95%)
Edad	<35 años	26 (11,8)		
	≥35 años	17 (9,8)	0,82 (0,43-1,56)	0,99 (0,44-2,21)
Estudios superiores	No	19 (9,9)		
	Sí	24 (11,9)	1,24 (0,65-2,34)	1,45 (0,64-3,27)
Pareja	No	15 (12,8)		
	Sí	28 (10,2)	0,77 (0,40-1,50)	0,70 (0,32-1,54)
Actividad profesional	No	4 (8,2)		
	Sí	37 (11,2)	1,42 (0,48-4,18)	1,26 (0,38-4,18)
Consulta en salud mental	No	28 (8,7)		
	Sí	15 (21,1)	2,82 (1,42-5,62)	2,65 (1,13-6,24)
Inicio de parto	Espontáneo	19 (8,8)		
	Inducido o Cesárea programada	21 (12,7)	1,51 (0,78-2,91)	1,49 (0,67-3,30)
Primípara	No	8 (6,6)		
	Sí	35 (12,9)	2,11 (0,95-4,67)	1,41 (0,49-4,06)
Tipo de parto	Vaginal	28 (10,1)		
	Cesárea	15 (12,9)	1,32 (0,68-2,58)	1,09 (0,36-3,34)
Finalización del parto	Eutócico	13 (6,3)		
	Instrumental	15 (21,1)	3,98 (1,79-8,85)	2,35 (0,87-6,32)
	Cesárea	15 (12,9)	2,21 (1,01-4,81)	-
Destino del RN	Nido	34 (9,6)		
	UCI	6 (23,1)	2,84 (1,07-7,56)	1,72 (0,44-6,69)
Epidural	No	9 (10,6)		
	Sí	33 (11,5)	1,10 (0,50-2,39)	0,93 (0,34-2,51)
Piel con piel	No	13 (20,6)		
	Sí	28 (8,7)	0,37 (0,18-0,76)	0,54 (0,17-1,71)

AE: ansiedad estado; OR: Odds ratio; RN: recién nacido; UCI: unidad de cuidados intensivos

Tabla 31 Análisis de las mujeres con niveles de ansiedad estado alto postparto

5.8 PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EN EL PARTO Y PUERPERIO.

5.8.1 CUIDADOS PERCIBIDOS INTRAPARTO Y EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

En la Tabla 32 se recogen las respuestas de las gestantes incluidas en el estudio a diferentes preguntas sobre los cuidados recibidos intraparto y en el puerperio inmediato.

Un 80,4% de las encuestadas manifestó haber tenido libertad de movimiento durante el transcurso de la dilatación. En lo referente a los métodos de alivio del dolor, el método más utilizado fue la epidural, en un 77,8% del total de los nacimientos atendidos. En cuanto a los métodos alternativos a la epidural para paliar el dolor, los más utilizados fueron la aplicación de calor local, deambulación y esferodinamia con el uso de la pelota de Bobath en un 39,9%, 33,6% y 34,5%, respectivamente.

En respuesta a los cuidados recibidos durante el periodo expulsivo y el puerperio, un 79,2% de las mujeres refiere haber adoptado una posición cómoda durante la segunda fase del parto, siendo la posición de ginecológica o de litotomía la más empleada, en un 64,7%.

Se realizó piel con piel en un 83,1% de los nacimientos, principalmente con la madre, en un 80,9% del total.

Un 70,9% de las mujeres incluidas en el estudio manifestó su intención de realizar de lactancia materna al alta, aunque un 73,2% de los recién nacidos recibieron algún tipo de suplemento durante la estancia hospitalaria.

	n (%)	95% IC
¿Durante la dilatación le permitieron moverse y adoptar la posición que le resultara más cómoda?	393	
Si	316 (80,4)	76,4-84,5
No	33 (8,4)	5,5-11,3
No sabe	5 (1,3)	0,4-2,9
No necesitó	39 (9,9)	6,8-13,0
¿Qué método de alivio del dolor utilizó?		
Pelota de Bobath	132/383 (34,5)	29,6-39,4
Calor local	150/384 (39,1)	34,1-44,1
Ducha	88/384 (22,9)	18,6-27,3
Inmersión en Bañera	15/383 (3,9)	1,8-6,0
Deambulaci3n	129/384 (33,6)	28,7-38,5
Calmante (opioide)	60/384 (15,6)	11,9-19,4
Epidural	302/388 (77,8)	73,6-82,1
En el expulsivo ¿pudo adoptar la posici3n que le resultaba m3s c3moda?	288	
Si	228 (79,2)	74,3-84,0
No	55 (19,1)	14,4-23,8
No recuerda	5 (1,7)	0,6-4,0
¿Qué posici3n ten3a cuando tuvo lugar el nacimiento?	289	
Litotom3a o ginecol3gica	187 (64,7)	59,0-70,4
Tumbada	41 (14,2)	10,0-18,4
De lado	15 (5,2)	2,5-7,9
Semisentada	27 (9,3)	5,8-12,9
Sentada	8 (2,8)	0,7-4,8
Bipedestaci3n	2 (0,7)	0,1-2,5
Cuclillas-silla	4 (1,4)	0,4-3,5
Cuadrupedia	5 (1,7)	0,6-4,0
Piel con piel con el beb3	403	
Si	335 (83,1)	79,4-86,9
No	63 (15,6)	12,0-19,3
No recuerda	5 (1,2)	0,4-2,9
Persona que realiz3 piel con piel	335	
Madre	271 (80,9)	76,5-85,3
Padre	64 (19,1)	14,8-23,5

	n (%)	95% IC
Separación antes de 2h postparto madre-neonato	159/404 (39,4)	34,5-44,2
Lactancia	409	
Materna	290 (70,9)	66,4-75,4
Artificial	84 (20,5)	16,5-24,6
Mixta	35 (8,6)	5,7-11,4
Suplemento con leche de fórmula o suero glucosado en lactancia materna	219/303 (72,3)	67,01-77,5

IC: Intervalo de Confianza

Tabla 32 Cuidados percibidos intraparto y postparto

5.8.2 SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS DEL PARTO Y POSPARTO,

En las Tablas 33 a 36 se especifican los elementos pertenecientes a la escala de satisfacción COMFORTS divididos en cuatro ámbitos: referente a los Cuidados durante el parto (Tabla 33), concerniente a los cuidados durante el puerperio (Tabla 34), alusiva a los cuidados del recién nacido (Tabla 35), y sobre logística y entorno (Tabla 36).

	Media±DT	Mediana	Muy insatisfecha n (%)	Insatisfecha n (%)	Indiferente n (%)	Satisfecha n (%)	Muy satisfecha n (%)
Cuidados durante el periodo de parto							
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio.	2,0±0,7	2,0	3 (0,8)	7 (1,8)	21 (5,3)	155 (38,9)	212 (53,3)
2. Con la cantidad de información proporcionada por la matrona en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir.	4,5±0,8	5,0	4 (1,0)	7 (1,7)	19 (4,7)	139 (34,7)	232 (57,9)
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de decisiones por parte de la matrona.	4,5±0,8	4,6	4 (1,0)	9 (2,3)	20 (5,0)	137 (34,3)	229 (57,4)
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo.	4,6±0,7	5,0	3 (0,7)	3 (0,7)	19 (4,7)	126 (31,3)	252 (62,5)
5. Con la vivencia del nacimiento.	4,4±0,9	5,0	8 (2,0)	12 (3,0)	10 (2,5)	139 (34,5)	234 (58,1)
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto.	4,1±1,0	4,0	14 (3,5)	26 (6,5)	33 (8,3)	172 (43,2)	153 (38,4)
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento del bebé.	4,4±0,8	5,0	5 (1,2)	6 (1,5)	15 (3,7)	176 (43,6)	202 (50,0)
8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde le atendió.	4,5±0,7	5,0	4 (1,0)	6 (1,5)	16 (4,0)	151 (37,5)	226 (56,1)
9. Con el número de profesionales que la atendieron en el parto.	4,6±0,6	5,0	3 (0,7)	1 (0,2)	9 (2,2)	128 (31,7)	263 (65,1)
10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron durante el parto.	4,6±0,7	5,0	4 (1,0)	0	12 (3,0)	144 (35,8)	242 (60,2)
11. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales.	4,5±0,7	5,0	2 (0,5)	7 (1,8)	28 (7,0)	124 (31,0)	239 (59,8)
12. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades físicas.	4,5±0,7	5,0	3 (0,8)	9 (2,3)	15 (3,8)	133 (33,3)	240 (60,0)
13. Con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades durante el parto.	4,6±0,7	5,0	3 (0,8)	5 (1,3)	22 (5,5)	110 (27,5)	258 (64,8)

DT: desviación típica

Tabla 33 Resultados de la Escala COMFORTS referente a la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados durante el periodo de parto

			Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cuidados con el puerperio							
14. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas.	4,2±0,8	4,0	5 (1,2)	8 (2,0)	35 (8,7)	201 (50,0)	153 (38,1)
15. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados después del parto.	4,1±0,9	4,0	7 (1,8)	17 (4,3)	55 (13,8)	184 (46,0)	137 (34,4)
16. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados del bebé.	4,0±0,9	4,0	10 (2,5)	19 (4,8)	59 (14,8)	185 (46,4)	126 (31,6)
17. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales.	3,8±1,0	4,0	14 (3,5)	31 (7,8)	83 (20,9)	154 (38,7)	116 (29,1)
18. Con el tiempo que pasó la enfermera enseñando a su pareja los cuidados de usted y su bebé.	3,8±1,0	4,0	14 (3,5)	38 (9,6)	73 (18,4)	166 (41,8)	106 (26,7)
19. Con la respuesta a sus necesidades.	4,1±0,8	4,0	5 (1,3)	12 (3,0)	49 (12,3)	200 (50,0)	134 (33,5)
20. Con el tiempo que pasó la enfermera ayudándole a alimentar su bebé.	3,9±1,1	4,0	18 (4,5)	25 (6,3)	76 (19,1)	151 (38,0)	127 (32,0)
21. Con la información que recibió de las enfermeras.	4,1±0,9	4,0	9 (2,2)	11 (2,7)	56 (13,9)	187 (46,3)	140 (34,7)
22. Con el número de enfermeras que cuidaron de usted.	4,3±0,7	4,0	3 (0,7)	5 (1,2)	29 (7,2)	212 (52,6)	154 (38,2)
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación.	4,2±0,8	4,0	4 (1,0)	8 (2,0)	34 (8,4)	203 (50,4)	154 (38,2)
24. Con el número de médicos que la atendieron.	4,2±0,8	4,0	4 (1,0)	7 (1,7)	38 (9,5)	200 (49,8)	153 (38,1)
DT: desviación típica							

Tabla 34 Resultados de la escala COMFORTS sobre la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados en el puerperio

			Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cuidados del recién nacido							
25. Porque sabe cuándo el bebé está enfermo.	3,8±0,9	4,0	5 (1,3)	37 (9,3)	70 (17,7)	203 (51,3)	81 (20,5)
26. Porque sabe cuándo el bebé está satisfecho o tiene hambre.	3,9±0,9	4,0	4 (1,0)	30 (7,5)	50 (12,6)	217 (54,5)	97 (24,4)
27. Porque sabe cuándo el bebé está tomando suficiente leche.	3,8±1,0	4,0	6 (1,5)	41 (10,3)	74 (18,6)	187 (47,1)	89 (22,4)
28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación.	4,0±0,9	4,0	7 (1,8)	23 (5,8)	43 (10,8)	215 (54,0)	110 (27,6)
29. Porque sabe qué hacer cuando el bebé llora.	3,8±0,9	4,0	6 (1,5)	36 (9,0)	66 (16,6)	203 (51,0)	87 (21,9)
30. Porque sabe qué hacer cuando el bebé se atraganta.	3,7±1,0	4,0	11 (2,8)	56 (14,2)	64 (16,2)	186 (47,2)	77 (19,5)
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir.	4,1±0,8	4,0	4 (1,0)	14 (3,5)	27 (6,8)	229 (57,5)	124 (31,2)
32. Porque sabe cómo bañar al bebé.	4,0±0,9	4,0	10 (2,5)	21 (5,3)	33 (8,3)	223 (55,9)	112 (28,1)
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita.	4,1±0,8	4,0	6 (1,5)	11 (2,8)	44 (11,0)	216 (54,1)	122 (30,6)
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido.	4,1±0,9	4,0	9 (2,3)	14 (3,5)	34 (8,5)	219 (54,9)	123 (69,2)
DT: desviación típica							

Tabla 35 Resultados de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con los cuidados del recién nacido

			Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
	Media±DT	Mediana	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Logística y entorno							
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital.	4,3±0,8	4,0	4 (1,0)	10 (2,5)	26 (6,4)	195 (48,3)	169 (41,8)
36. Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital.	4,0±0,9	4,0	8 (2,0)	20 (5,0)	60 (14,9)	185 (45,8)	131 (32,4)
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales...)	4,5±0,6	4,0	2 (0,5)	3 (0,7)	7 (1,7)	171 (42,4)	220 (54,6)
38. Con el respecto a su intimidad por parte del personal de limpieza.	4,4±0,7	5,0	3 (0,7)	2 (0,5)	16 (4,0)	180 (44,6)	203 (50,2)
39. Con la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades.	4,5±0,7	5,0	3 (0,8)	10 (2,5)	6 (1,5)	139 (34,9)	240 (60,3)
40. Con la iluminación de la habitación (paritorio) donde le atendían durante el parto.	4,5±0,7	5,0	3 (0,8)	2 (0,5)	13 (3,3)	143 (35,9)	237 (59,5)

DT: desviación típica

Tabla 36 Resultados de la escala COMFORTS sobre la satisfacción de las mujeres incluidas en el estudio con la logística y entorno

En el Figura 15 se muestra cómo la muestra estudiada se encontró satisfecha en su mayoría. Así, un 94,5% de las mujeres encuestadas se mostraron satisfechas en la valoración global, mientras que en un 5,5% de los casos se manifestaron indiferentes o no satisfechas. La puntuación media del cuestionario de satisfacción global COMFORTS fue de 168,3 (22,2). Describiendo con más detalle los resultados, 198 mujeres (52,0%) refieren estar muy satisfechas, un 42,5% satisfechas, un 4,5% realizaron una valoración indiferente y un 1,0% se mostraron insatisfechas o muy insatisfechas (Tabla 37).



Figura 16 Puntuación global escala COMFORTS

En el análisis por dimensiones, destacamos que los porcentajes de mujeres satisfechas son elevados en “logística y entorno” y en “cuidados en el parto” (99,0% y 97,6% respectivamente); y se observa que los aspectos con los que las gestantes mostraron mayor grado de insatisfacción o indiferencia fueron los cuidados del recién nacido (12,3%) y los cuidados en el puerperio (7,9%) (Tabla 37).

	Puntuación total	No satisfecha o indiferente	Satisfecha
	Media (DT)	n (%)	n (%)
Total	168,3 (22,2)	21 (5,5)	360 (94,5)
DIMENSIONES			
Cuidados en el parto	57,9 (7,8)	9 (2,4)	372 (97,6)
Cuidados en el puerperio	44,8 (8,1)	30 (7,9)	351 (92,1)
Cuidados del recién nacido	39,4 (7,5)	47 (12,3)	334 (87,7)
Logística y entorno	26,2 (3,4)	4 (1,0)	377 (99,0)

DT: desviación típica

Tabla 37 Puntuación de satisfacción de las gestantes incluidas en el estudio con los cuidados recibidos en el parto y el puerperio, según la escala COMFORTS

Se demostró una relación significativa entre la satisfacción y el tipo de parto. Así, el 97,6% de las mujeres que tuvieron un parto eutócico refieren estar satisfechas, frente

al 87,8% de las mujeres con partos instrumentales y al 92,9% de las mujeres con una cesárea ($p=0,005$). Las pacientes que tienen al bebé con ellas están significativamente más satisfechas que las madres de bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos (95,7% vs, 77,3%; $p=0,004$). A su vez, el 96,6% de las pacientes que tienen contacto piel con piel con su hijo refieren estar satisfechas, frente al 89,4% de las que no lo realizan ($p=0,012$) (Tabla 38).

	No satisfecha n (%)	Satisfecha n (%)	p	OR (IC 95%)
Inicio de parto			0,949	
Espontáneo	11 (5,0)	207 (95,0)		
Inducido o cesárea programada	8 (5,2)	146 (94,8)		1,031 (0,405-2,627)
Riesgo de embarazo			0,857	
Bajo riesgo	18 (5,7)	298 (94,3)		1
Alto riesgo	1 (4,8)	20 (95,2)		0,828 (0,105-6,520)
Tipo de parto			0,447	
Vaginal	14 (5,0)	267 (95,0)		1
Cesárea	7 (7,1)	92 (92,9)		1,451 (0,568-3,706)
Finalización de parto			0,004	
Eutócico	5 (2,4)	202 (97,6)		1
Distócico	16 (9,2)	157 (76,2)		4,117 (1,476-1,482)
Uso de epidural			0,432	
Si	18 (6,3)	266 (93,7)		1
No	3 (3,6)	80 (96,4)		0,554 (0,159-1,929)
Destino del recién nacido			0,004	
Junto a la madre	15 (4,3)	332 (95,7)		1
Cuidados intensivos	5 (22,7)	17 (77,3)		6,510 (2,117-2,019)
Piel con piel (madre-bebé)			0,012	
Si	9 (3,4)	255 (96,6)		1
No	12 (10,6)	101 (89,4)		3,366 (1,376-8,234)

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza

Tabla 38 Diferencias en la satisfacción con los cuidados recibidos, según características del inicio y evolución del parto y los resultados perinatales de las gestantes incluidas en el estudio

Un 96,7% de las que consideran cumplidas las expectativas que reflejaron en el plan de nacimiento se mostraron satisfechas con los cuidados recibidos, frente al 70% de aquellas en las que no se satisficieron sus deseos respecto al plan de nacimiento. El grado de ansiedad durante el embarazo se asocia de manera significativa con la satisfacción. Así, el 86,3% de las pacientes con estado grave de ansiedad (STAI estado) están satisfechas, incrementándose a medida que disminuye el grado de ansiedad. Así, el 100% de mujeres con ansiedad mínima están satisfechas ($p=0,004$). La escala de ansiedad estado se volvió a responder transcurridas 24 horas postparto obteniendo resultados similares. Un 88,1% de las mujeres con un estado moderado o grave de ansiedad refieren estar satisfechas, frente a un 97,9% de las mujeres sin ansiedad o con ansiedad leve ($p<0,001$) (Tabla 39).

	No satisfecha n (%)	Satisfecha n (%)	p	OR (IC 5%)
Asistencia a educación maternal			0,350	
Si	16 (6,5)	232 (93,5)		1
No	5 (3,8)	128 (96,2)		0,57 (0,20-1,58)
Entrega plan de parto			0,793	
Si	6 (5,9)	95 (94,1)		1
No	13 (5,0)	248 (95,0)		0,83 (0,31-2,44)
Expectativas plan de parto			0,013	
Indecisa o en desacuerdo	3 (30,0)	7 (70,0)		1
De Acuerdo	3 (3,3)	87 (96,7)		0,08 (0,01-0,48)
Ansiedad Estado Preparto			0,002	
Mínima- Leve	4 (2,1)	190 (97,9)		1
Moderada- Grave	17 (9,2)	167 (90,8)		4,84 (1,60-14,66)
Ansiedad Rasgo Preparto			0,037	
Mínima-Leve	10 (3,7)	190 (97,9)		1
Moderada-Grave	9 (9,1)	167 (90,8)		2,62 (1,03-6,63)
Ansiedad Estado Postparto			<0,001	
Mínima- Leve	5 (2,1)	229 (97,9)		1
Moderada- Grave	16 (11,9)	119 (88,1)		6,16 (2,20-17,22)

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza

Tabla 39 Diferencias en la satisfacción con los cuidados recibidos, según la preparación a la maternidad, percepciones de la mujer y niveles de ansiedad de las gestantes incluidas en el estudio

Teniendo en cuenta las variables que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado con una respuesta negativa o indiferente, se implementa un modelo de regresión logística multivariado. Se observa que presentar ansiedad moderada-severa preparto y postparto incrementa significativamente la probabilidad de insatisfacción o indiferencia (OR=3,5 IC95%= (1,1-11,1); OR=4,0 IC95%= (1,4-11,8), respectivamente). Un parto instrumental incrementa la probabilidad de la respuesta negativa respecto a un parto eutócico (OR=4,3 IC95%= (1,3-14,2)) y se obtiene un resultado similar para los partos por cesárea respecto a partos eutócicos (OR=2,8 IC 95%= (0,8-9,9)). El uso de la epidural no tiene un efecto significativo en una respuesta negativa o indiferente (OR=1,4 IC95%= (0,4-5,4)). Finalmente, hay que destacar que las mujeres con riesgo de embarazo

medio y con riesgo de embarazo alto o muy alto disminuyen la probabilidad de insatisfacción o indiferencia, pero no de forma estadísticamente significativa (Tabla 40).

	p	OR	95% IC	
Parto eutócico	0,053	1		
Parto instrumental	0,016	4,322	1,314	14,216
Cesárea	0,103	2,835	0,811	9,904
Ansiedad Estado postparto	0,012	4,006	1,363	11,777
Ansiedad Estado preparto	0,034	3,495	1,102	11,086
Riesgo de embarazo bajo	0,316	1		
Riesgo de embarazo medio	0,148	0,388	0,108	1,397
Riesgo de embarazo alto	0,192	0,417	0,112	1,553
Epidural (ref,no)	0,582	1,451	0,385	5,466

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

Tabla 40 Modelo de regresión logística multivariado de variables asociadas a insatisfacción o indiferencia con los cuidados en el parto y puerperio de las gestantes incluidas en el estudio

6 DISCUSIÓN

6.1 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN: DIVERSOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN

Las mujeres tienen necesidad de formar parte del proceso, teniendo sensación de control durante el parto (111), participando en la toma de decisiones, y estando bien informadas sobre los acontecimientos. El apoyo de los cuidadores durante el parto (112), especialmente si el profesional, generalmente la matrona, brinda un apoyo continuo y personalizado (49), así como el acompañamiento por una persona elegida por la mujer (113) han demostrado ser factores influyentes en la experiencia del parto.

Existen distintos instrumentos capaces de medir la satisfacción materna con la atención recibida durante el trabajo de parto y nacimiento dentro del ámbito hospitalario. En cualquier forma, la evaluación de la satisfacción con la atención es relevante para los profesionales de la salud, la administración y la política tal y como reflejan los autores Alfaro et al. (114) Otros autores concluyen que la satisfacción del paciente sirve como indicador de calidad en los sistemas de atención médica en todo el mundo y proporciona información crucial sobre los estándares de atención de enfermería (115). Los distintos cuestionarios de satisfacción evalúan diferentes esferas en la atención de los cuidados prestados durante el proceso. La escala COMFORTS consta de cuatro dimensiones, valora aspectos sobre los cuidados prestados, y la información que reciben, siendo la dimensión cuidados del recién nacido la que ha obtenido una puntuación menor, seguida de los cuidados postparto. Estas dos dimensiones son también las que explican la mayor varianza de los resultados en el estudio original de Janssen et al.(75)

En la cohorte de pacientes estudiadas en este trabajo la satisfacción global con la experiencia de parto de las mujeres, cuantificada mediante la escala COMFORTS, es alta. Un 94,5% de las mujeres se mostraron satisfechas en la valoración global, siendo la puntuación global 168,3 sobre 200. La puntuación global de satisfacción de la encuesta original, publicada por Janssen et al. en el año 2006 (75), también mostró una elevada satisfacción con un resultado general de 171 sobre 200 puntos.

Otros autores también señalan un porcentaje alto de mujeres que muestran estar satisfechas o muy satisfechas con la experiencia, aunque la herramienta para medir la satisfacción sea distinta, como se puede ver en la Tabla 41.

Smarandache et al. utilizaron un cuestionario de 300 preguntas sobre embarazo, parto y postparto llamado Maternity Experiences Survey, los datos se basan en una pregunta tipo Likert de 5 puntos que valora la experiencia general con el trabajo de parto y nacimiento.(116)

Lazzerini et al. emplearon un cuestionario de 120 preguntas basadas en los estándares de calidad de la OMS y los aplicaron en toda la región norte de Italia. Debemos tener en cuenta que Italia es un país de ingresos altos, con bajo nivel de mortalidad materna e infantil, siendo las mujeres atendidas en Hospitales de tercer nivel, por lo que podríamos extrapolar los datos, dado que la población es similar a nuestro estudio.(117)

Por otro lado, Molina-García et al. en su investigación desarrollada en España no utilizan para medir la satisfacción un cuestionario validado, sino una entrevista guiada por la matrona en el que el objetivo principal de la investigación era saber si la edad materna influye en la satisfacción a lo largo del proceso de embarazo, parto y postparto. Únicamente incluye primíparas, y sus resultados indican un porcentaje de satisfacción del 74,5% durante el parto, un porcentaje más bajo al obtenido en nuestro trabajo, lo que podría explicarse por tener diferentes criterios de inclusión, en su caso solo mujeres primíparas, las cuales según nuestro estudio muestran menor satisfacción.(118)

En el artículo publicado por Pozo-Cano et al. se utilizó el cuestionario WOMBLS en España, el cual consta de 9 dimensiones con 32 preguntas tipo Likert que abarca distintos aspectos del proceso:

- Apoyo profesional durante el parto
- Expectativas del parto
- Valoración en el hogar al inicio del trabajo de parto
- Primer contacto con el recién nacido
- Apoyo de la pareja durante el trabajo de parto

- Alivio del dolor durante el parto
- Alivio del dolor inmediatamente después del parto
- Continuidad de los cuidados
- Entorno y logística durante el parto y control,

Estas dimensiones son similares a la encuesta COMFORTS y obtuvieron un 83,33% de mujeres satisfechas.(67)

El trabajo llevado a cabo por González de la Torre et al. tiene un objetivo similar al realizado en nuestro estudio. El cuestionario que emplea también está validado y consta de 4 dominios (capacidad propia, apoyo profesional, seguridad percibida y participación/modelo de análisis), que son en concepto diferentes a los de la encuesta COMFORTS, pero obtienen igualmente un alto porcentaje de satisfacción global con el proceso.(119)

En la publicación de Donate-Manzanares et al. utilizan el cuestionario Intrapartal Specific quality from the patient's perspective questionnaire (QPPI) el cual fue comparado precisamente con el cuestionario COMFORTS para validarlo al Español, en este caso el objetivo de la investigación era analizar si la satisfacción decae con el paso del tiempo, igualmente, los resultados obtenidos muestran un alto nivel de satisfacción, si bien es cierto que este cuestionario está diseñado para mujeres con un parto vaginal y en el estudio las mujeres con cesárea programada o que finalizan con cesárea sin haber iniciado trabajo de parto, no fueron incluidas.(120)

Existe controversia sobre el momento adecuado para valorar la satisfacción de las mujeres con su experiencia del parto, y con la satisfacción en general tras algunos procedimientos de salud. Algunos autores como König et al. indican que la experiencia del parto es consistente con el paso del tiempo (tras las 6 primeras semanas y el año) (121). Por el contrario, Waldenström et al. mostraron en su estudio que, con el paso del tiempo, la experiencia pasa de ser positiva a menos positiva, sobre todo en las mujeres que tuvieron trabajos de parto dolorosos o finalizaron el parto con una cesárea. Sin embargo, algunas mujeres cambiaron de opinión de una experiencia negativa a menos

negativa sobre todo si tuvieron un buen apoyo de la matrona durante el parto. Concluyen que las experiencias negativas pueden tardar más tiempo en integrarse, ya que en el postparto más inmediato, el alivio y euforia del final del parto y el nacimiento de un bebé sano puede enmascarar otros aspectos más negativos del proceso de parto.(122)

El artículo publicado por Donate-Manzanares muestra que con el paso del tiempo la satisfacción decae. En su estudio realizaron las entrevistas a los 3 días postparto, a los quince días y al año; a pesar de que el nivel de satisfacción es alto, con el paso del tiempo disminuye, destacando que al año aquellas mujeres que tuvieron un parto vía vaginal tenían un OR 5,04 veces mayor de estar satisfechas (OR inicial 5,748), siendo la única variable significativa y que explica el 66,3% de la varianza (120)

Autor (año)	n	Cuestionario	Características población	Tiempo de recogida	Resultado
Navas et al.	448	COMFORTS scale	Hospital 3er nivel Lugo	24-48horas postparto	94,5% mujeres satisfechas, 168,3 puntos sobre 200.
Janssen et al (2006)(76)	415	COMFORTS scale	Canadá. Mujeres de bajo riesgo. No cesáreas	24-48 horas postparto	171,03 (DE 19,69) puntos sobre 200.
Lazzerini et al. (2020)(112)	1244	120 cuestiones basadas en las medidas de calidad de la OMS (QoC)	9 hospitales públicos del norte de Italia.	Menos de 72 horas postparto	84,2% mujeres muy satisfechas
Smarandache et al. (2016)(113)	6421	MES (Maternity experience survey)	Canadá	5-9 meses postparto Vía telefónica	90,7% mujeres satisfechas
Pozo-cano et al. (2020)(68)	385	WOMBLS	Granada. No cesáreas programadas		83,33% de mujeres satisfechas
Molina-García et al. (2020)(114)	373	Entrevista guiada por matrona	Andalucía. Solo mujeres primíparas.	Dos horas postparto Al alta hospitalaria Dos meses postparto mediante llamada telefónica	74,2% de mujeres satisfechas con el parto. 60,4% mujeres bastante satisfechas con el puerperio. Todas las mujeres satisfechas con los cuidados durante el parto
González de la Torre et al. (2021)(115)	257	CEQ-E	Canarias. No incluye cesáreas.	Menos de 48 horas postparto	3,24 (DE 0,37) puntos sobre 4
Donate-Manzanares et al. (2019)(116)	248	QPPI	Castilla la Mancha. No incluye cesárea programada o de emergencia si no había iniciado el parto.	3 días postparto 15 días postparto 1 año postparto	3,41 (DE 0,45) puntos sobre 4 (a los 3 días) 3,40 (DE 0,50) puntos sobre 4 3,25 (DE 0,58) puntos sobre 4
Mas-Pons et al. (2012)(66)	325	MCSRS	España (valencia) No incluye cesáreas	Antes del alta hospitalaria	154,09 puntos sobre 170

Tabla 41 Resultados globales de satisfacción en el parto con diferentes herramientas

6.2 LA SATISFACCIÓN Y CARACTERÍSTICAS MATERNAS: EDAD, NIVEL EDUCATIVO, EDUCACIÓN MATERNAL, PARIDAD, EXPECTATIVAS DEL PLAN DE NACIMIENTO.

En este trabajo no detectamos asociación significativa entre las características maternas y la satisfacción, a excepción de la paridad, lo cual podría ser debido a que la experiencia con la atención del proceso, la toma de decisiones, la relación con los profesionales y las expectativas personales sean tan importantes que anulen otras variables como la edad, el nivel educativo, la educación maternal y las intervenciones médicas (117)

Resultados similares se publicaron en el artículo de Molina-García et al. (118), ni la edad ni otras variables sociodemográficas, como el nivel de estudios, son factores influyentes en la satisfacción. En contraposición están los resultados de Smarandache et al. que encontraron que las madres en la franja de edad 30-39 años o más de 40 años muestran menor satisfacción en comparación con las madres menores de 20 años, o que sugieren que las madres de más de 30 años tienen el doble de posibilidades de manifestar una experiencia de parto negativa en comparación con las madres más jóvenes. Esto puede ser debido a que las mujeres de más edad tienen mayores complicaciones durante el embarazo y el parto, además de haber tenido más tiempo para generar expectativas de cara al parto que puede que no sean satisfechas (116). Sin embargo, las diferencias entre estudios pueden atribuirse a diferencias de población. Smarandache et al. analizan una muestra muy amplia de Canadá, mientras que Molina-García et al. presentan una muestra más reducida similar a la de nuestro estudio, siendo diferentes los criterios de inclusión, incluyendo únicamente a primíparas, por lo que se requiere más investigaciones para averiguar las diferencias entre resultados.

Existe controversia en cuanto a que la asistencia a la educación maternal aumente la satisfacción de las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Nuestro estudio sugiere que la asistencia a la preparación al nacimiento no aumenta significativamente la satisfacción respecto a las mujeres que no acudieron, lo cual coincide con otros autores (123, 124, 125).

En contraposición con nuestros resultados, Fumagalli et al. y Smarandache et al. encontraron que las mujeres que acudieron a educación maternal tienen una asociación negativa con la satisfacción materna(126) lo cual podría tener distintas explicaciones, por un lado la mayor parte de las mujeres que acuden a educación maternal son mujeres primíparas, las cuales suelen presentar menor satisfacción con el proceso; por otro lado es posible que el tipo de preparación, el profesional que lo imparte y la temática sobre la que versa, sea demasiado diversa para poder establecer comparaciones y por esa razón los resultados sean tan diferentes. Por otra parte, Akca et al. sugieren una asociación positiva entre acudir a educación maternal y mejor experiencia de parto al permitir que las mujeres se comuniquen con los profesionales y participen activamente en la toma de decisiones (127). Futuras investigaciones podrían explorar el contenido de la educación maternal y la metodología que se emplea con el objetivo de encontrar el mejor itinerario formativo para las familias y de esta manera asociar positivamente la preparación al nacimiento con la satisfacción materna.

Conocer las expectativas de la mujer frente al parto es un factor predictor importante relacionado con la satisfacción tal y como refieren los trabajos de Henderson et al. y Chalmers et al. (73) (74). La información previa que tienen las mujeres es fundamental, ya que el grado de consistencia entre lo que la mujer espera y lo que realmente sucede está relacionado con la experiencia más o menos satisfactoria del proceso de nacimiento (48, 128), El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Ofrece información y alternativas si procede respecto al periodo de dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento y puerperio hospitalario. Facilita la comunicación entre las usuarias y los proveedores de cuidados, y a la vez promueve y facilita la toma de decisiones informadas por parte de la mujer (129).

En el hospital que se ha realizado este estudio se ofrece una charla informativa sobre el plan de nacimiento, y se facilita el documento a todas las embarazadas que lo deseen, pudiendo entregarlo de manera voluntaria al momento del ingreso. El haber entregado o no el plan de nacimiento no implica diferencias en la satisfacción percibida por la mujer, sin embargo, cuando se le pregunta respecto al cumplimiento de las expectativas

reflejadas en ese plan, sí se observa que las mujeres en las que no se cumplió el plan de nacimiento aparecen como menos satisfechas, lo cual coincide con otros estudios (126). No obstante, Mirghafourvand et al. en su revisión sistemática concluye que no hay suficiente evidencia para apoyar o refutar que los planes de parto puedan mejorar la experiencia, ya que los estudios que encontraron que sí que sugieren una asociación positiva son de poca calidad(129)

La paridad, es decir el número de partos que ha tenido una mujer, influye sobre la satisfacción de manera positiva, las multíparas presentan mayor satisfacción que las mujeres que se enfrentan a su primer parto. Esto es un dato que han corroborado autores como Soriano-Vidal et al., Lazzerini et al., Rodriguez-Coll et al y Fumagalli et al. en sus estudios y que podría explicarse debido a que las mujeres multíparas suelen tener unos trabajos de parto más rápidos, con menor número de intervenciones médicas y con mayores cifras de parto normal, son trabajos realizados en poblaciones similares, cuyos métodos de recogida de información sobre satisfacción también han sido mediante cuestionarios. (47, 117, 123, 126)

6.3 SATISFACCIÓN Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES.

Nuestros resultados confirman los hallazgos de otros estudios (47, 116, 117, 119, 120, 123, 126, 130) sobre que la finalización del parto influye en la satisfacción percibida. Los partos eutócicos comparados con los partos instrumentales y las cesáreas se asocian positivamente con la satisfacción materna. El tipo de parto, sobre todo el parto por cesárea parece influir en la satisfacción percibida perdurando en el tiempo tal como Donate-Manzanares et al. corroboró en su trabajo tras analizar la satisfacción un año después, incluso los mismos resultados son significativos más de una década después como Bossano et al. confirman en su estudio(120, 130)

Sin embargo, en este trabajo no se detectan diferencias en la satisfacción de las pacientes cuando se comparan los resultados según la vía de nacimiento, vaginal vs, abdominal; ni cuando se desglosan los resultados en cesáreas programadas y no programadas. Este hallazgo puede ser el resultado del efecto normalizador de los nacimientos por cesárea debido a la alta tasa que representan, o debido a que las mujeres consideran que era una intervención realmente necesaria como Fumagalli et al. sugieren.

Esto contradice los resultados de Alderdice et al. que en su estudio hallaron que las mujeres a las que se les practica una cesárea de urgencia presentan sentimientos menos positivos (72). Los criterios de inclusión de este estudio son diferentes a nuestro trabajo, ya que solo incluye mujeres primíparas, y se realiza en Inglaterra, donde la asistencia al parto difiere considerablemente de España, allí existe la atención al parto domiciliaria, y la tendencia es a una atención del parto de baja intervención, por lo que las cesáreas y los partos instrumentales probablemente sean visto por la población como algo menos natural que otros países como Italia o España.

En contraposición con nuestros resultados, otros autores han establecido relaciones significativas entre el mayor número de intervenciones médicas, tales como el uso de oxitocina o la realización de episiotomía o el resultado de un desgarro perineal y menores niveles de satisfacción.

No hemos encontrado diferencias entre aquellas mujeres que tuvieron un parto con una duración menor o igual a 12 horas y las mujeres con parto más largo en relación con la satisfacción, en contraposición a los resultados obtenidos por otros autores (47, 74, 119, 126). Probablemente el uso de medicamentos e intervenciones durante el parto sean prácticas normalizadas en España por lo que no supone una disminución de la satisfacción global.

La posición que adopta la mujer en la segunda fase del parto podría tener cierto potencial de cambio en la experiencia de la mujer incluso en los resultados obstétricos. Las posiciones verticales para el parto cuando son elegidas por la mujer pueden conducir a una mayor satisfacción en el proceso (131). Sin embargo, nuestros resultados no muestran ninguna asociación entre la posición del parto vertical vs. horizontal, si bien es cierto que la muestra de mujeres con un parto en posición vertical es mínima, siendo la posición ginecológica la más frecuente. Walker et al. Sugieren que las mujeres que adoptan una posición recostada pueden tener más satisfacción, entendiendo la posición recostada como decúbitos laterales y semirecostada (no incluye la posición de litotomía) (44) La posición de litotomía es muy tradicional en España y su uso se asume como algo natural durante el proceso de parto, las mujeres incluso pueden no plantearse la posibilidad de otra posición para el parto, puede ser de interés informar a las mujeres en algún momento del embarazo y durante el transcurso del parto, así como reciclar a los profesionales que las atienden de las distintas posibilidades seguras para el parto y los beneficios de que elijan una posición cómoda para el expulsivo.

Nuestros resultados confirman los hallazgos de Louvel et al. (132) que sugiere que el uso de la analgesia epidural no influye en la satisfacción expresada por las mujeres. A pesar de que se ofrecen diferentes métodos de alivio del dolor como la esferodinamia o la hidroterapia, el uso de la analgesia epidural es mayoritario. El uso de otros métodos alternativos para aliviar el dolor como la pelota de parto o la libertad de movimiento durante el parto no han demostrado asociación significativa con la satisfacción del nacimiento en nuestro estudio. Such et al. no encontró diferencias en la satisfacción de las mujeres que tuvieron un parto vaginal y usaron epidural, óxido nitroso como método alternativo para alivio del dolor (133). Por el contrario, Fernández-Arranz et al. señalan

diferencias en el nivel de satisfacción de las mujeres al comparar el uso de la pelota de parto frente al uso de petidina y haloperidol, lo cual puede deberse a que la atención que reciben las mujeres que utilizan la pelota de parto es más cercana y continua, además de no tener el efecto sedante de la petidina que puede borrar recuerdos de las vivencias del parto (38). Belanger-Levesque et al. en su trabajo en el que compara la satisfacción entre madres y padres durante el parto correlaciona negativamente el uso de la analgesia epidural en mujeres que finalizan con un parto vaginal, siendo un valor predictivo de baja satisfacción para ambos (134). Una reciente revisión sistemática de la Cochrane refiere una baja calidad en los estudios que sugieren que el uso de la epidural aumenta la satisfacción materna comparado con los métodos alternativos de alivio del dolor, lo cual puede explicar la discrepancia entre los distintos estudios.(41)

No se detectaron diferencias entre el inicio del trabajo de parto de manera inducida o la estimulación con oxitocina en el trabajo de parto y la satisfacción materna contrario a los resultados de Soriano-Vidal et al. Donate-Manzanares et al. (47, 120)

Cabe señalar que el uso de oxitocina para la estimulación del trabajo de parto en algún momento del proceso es bastante rutinario en España, lo cual podría hacer que sea una intervención vivida como algo natural. Según nuestros resultados creemos que conocer el día que se producirá el parto quizás pueda ser un factor tranquilizador dentro de toda la incertidumbre que rodea al nacimiento de un bebé, por lo que las mujeres con un inicio de parto inducido no perciban menor satisfacción por esto, a pesar de las complicaciones que un inicio de parto inducido pueda ocasionar. Esta no asociación entre el inicio de parto inducido y la satisfacción materna coincide con González de la Torre et al.(119)

Todo esto podría explicarse según una teoría de Haines et al. (135) en su estudio, en el que comparaba mujeres de Australia y Suecia, donde encuentra que las mujeres que están inmersas en una cultura del parto medicalizado como es la española, no ven el parto como un acontecimiento natural y fisiológico sino como un evento sobre el que hay que actuar, de tal modo que se acepta de manera totalmente natural las

intervenciones que se realizan y se aceptan de forma pasiva o indiferente, sin expresar malestar al respecto. Siendo lo más valorado la seguridad y el bienestar del bebé.

Los primeros momentos del recién nacido son cruciales, la realización de la técnica piel con piel es sencilla, consiste en colocar al bebé desnudo sobre el abdomen materno y ha mostrado numerosos beneficios, tanto para la madre como para el bebé. Poder ver, sostener y alimentar al bebé tan pronto como sea posible se traduce en una experiencia de parto más satisfactoria. Brubaker et al. en su estudio sobre el contacto precoz con el recién nacido, indica que cuanto menor es el tiempo desde el nacimiento hasta que la madre puede sostener al bebé, mejor es la experiencia del nacimiento, incluso en las madres a las que se practicó una cesárea si tienen la posibilidad de tener a su bebé en menos de 5 minutos y durante al menos media hora, su experiencia de parto es tan positiva como si el parto finalizase de forma vaginal (136).

La separación del bebé imposibilita la realización del piel con piel, decayendo el nivel de satisfacción de manera significativa tal como se muestra en este trabajo, tanto al analizar la realización o no de la práctica piel con piel como al analizar la separación del recién nacido con ingreso en la unidad de cuidados intensivos; estos resultados coinciden con lo demostrado por Smarandache et al. la admisión del recién nacido en la UCI puede considerarse perjudicial para la experiencia del nacimiento, ya que tener la oportunidad de estar con el bebé inmediatamente después del nacimiento mejora la experiencia del nacimiento(116).

Al hilo de estos resultados, podemos intuir que si la realización de piel con piel en las mujeres a las que se les practica una cesárea, técnica que no se realiza en el HULA ni en otros muchos Hospitales de España fuera una técnica rutinaria, la experiencia de su parto podría mejorar considerablemente, y quizás la cesárea podría dejar de ser un factor de riesgo para la disminución de la satisfacción en el parto.

En la Tabla 42 se muestran los datos más relevantes de algunos estudios de satisfacción de distintos autores

Autor (año)	n	Cuestionario	Tipo de población	Resultados
Navas et al. (2020)	445	COMFORTS/ 24-48 horas postparto.	Lugo, Galicia, Hospital III nivel.	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas • Cumplimiento expectativas • Parto normal • Piel con piel madre-bebé • No ingreso en UCI del RN • Nivel de ansiedad más bajo.
Alderdice (2019)(72)	10000	Cuestionario de elaboración propia. Entregado 3 meses postparto, respuesta vía email, correo postal o teléfono.	UK. seleccionadas en la oficina de estadística nacional. Exclusiones: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas 	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en el parto. • Cumplimiento de expectativas. • Tiempo de realización de piel con piel. • Tipo de parto, que no sea mediante cesárea de urgencia.
Fumagalli (2021)(126)	277	I-IBSS-R (Italian Birth Satisfaction Scale Review) Previo al alta hospitalaria	Hospital de bajo riesgo, norte de Italia, Exclusiones: <ul style="list-style-type: none"> • Patología materna. • RN que precise reanimación. • Parto anterior vía cesárea 	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • No acudir a educación maternal • No uso de epidural • Menos de 12 horas de trabajo de parto • No uso de oxitocina • No uso de ventosa • Multíparas. • Periné íntegro
Lazzerini (2020)(117)	1244	120 cuestiones basadas en las medidas de calidad de OMS. Previo al alta hospitalaria	9 hospitales públicos del Noreste de Italia.	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas. • Parto vaginal • Inicio espontáneo del parto • Comunicación efectiva y atención respetuosa
Rodriguez Coll (2021)(123)	268	QACE (Questionnaire for assessing childbirth experience) Vía email 1 mes postparto	2 hospitales públicos de Barcelona.	No asociación si asisten a clases de preparación al parto. Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas • Acompañamiento por la misma matrona • Tipo de parto • Número de IVES.

Autor (año)	n	Cuestionario	Tipo de población	Resultados
Smarandache (2016)(116)	6421	MES 300 preguntas sobre parto y postparto. Vía telefónica tras 5-9 meses del parto	Varios hospitales. Canadá	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • No ingreso de RN en UCI • Madres menores de 20 años vs madres de 30-39 y 40 o más. • Madres que no asisten a clases de educación maternal
González de la Torre (2021)(119)	257	CEQ-E Dentro de las 48 horas postparto.	Canarias, España Exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Cesáreas 	No hay diferencias entre inicio de parto espontaneo vs inducido ni entre primíparas o multíparas. Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto menor o igual a 12 horas. • No episiotomía ni trauma perineal. • Parto vaginal normal
Bossano (2017)(130)	547	Salmon questionnair e. Entre 10,1 y 17,5 años postparto	Fuera de España	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal. • Inicio espontáneo del parto. • Trabajo de parto menor o igual a 12 horas.
Donate-Manzanares (2019)(120)	248	QPP-I Pasado a los 3 días, 15 días y al año	Castilla la Mancha, España, dos hospitales terciarios	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal e inicio de parto espontáneo (a los 3 días). • Parto vaginal y uso de epidural (a los 15 días) • Parto vaginal (al año)
Molina-García (2020)(118)	373	Cuestionario de elaboración propia	Distintos hospitales de Andalucía, España Exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas 	La edad no influye en la satisfacción.
Martínez-Galiano (2012)(124)	520	Cuestionario de elaboración propia	Distintos hospitales de Andalucía, España. Exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas 	Educación maternal no influye en la satisfacción del parto
Soriano-Vidal (2016)(47)	363	CEQ-E Excluye alto riesgo	3 hospitales de Comunidad Valenciana, España	Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • Parto normal. • Parto de inicio espontáneo.

Bélanger-Lévesque (2014)(134)	200	1 a 3 meses por correo postal BSS (Birth Satisfaction Scale) De 12 horas hasta 6 semanas postparto	Exclusión: • Alto riesgo Canadá hospital III nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Multíparas. • Duración trabajo de parto menor a doce horas Puntuación global alta 115,5/150 Mayor satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> • No uso de epidural en el parto vaginal. • Duración del trabajo de parto menor a doce horas. • Periné íntegro.
--------------------------------------	-----	--	--	---

Tabla 42 Resultados de diferentes estudios sobre satisfacción con el parto y características asociadas.

6.4 SATISFACCIÓN Y SALUD MENTAL.

Según los datos obtenidos en este estudio, altos niveles de ansiedad en el embarazo, así como en el posparto, se relacionan con peores niveles de satisfacción. La percepción del parto tiene implicaciones para la salud materno-infantil y afecta la vivencia de este. La ansiedad percibida en el embarazo puede explicar diferencias en la experiencia del parto. Congdon et al. concluyen que el estrés prenatal explica una proporción significativa y de la variación en la experiencia del parto y sugiere que las mujeres perciben y recuerdan el parto a través de una lente que está determinada en parte por las circunstancias personales preexistentes, el tipo de parto y las reservas emocionales, por lo que identificar a las mujeres en riesgo puede ayudar a disminuir la experiencia negativa en el parto.(137)

Un 12,6% de las mujeres presenta ansiedad severa al final del embarazo lo cual se asocia con niveles más bajos de satisfacción. Detectar la ansiedad prenatal puede ser un factor importante para disminuir las mujeres con baja satisfacción, ya que la totalidad de las mujeres que tenían ansiedad mínima en el embarazo están satisfechas. Lemmens et al. en su trabajo, de características similares a nuestro estudio, en el que utilizan el mismo cuestionario para medir la ansiedad y otro cuestionario para medir la satisfacción, encuentran un 25% de mujeres con ansiedad las cuales posteriormente presentan peores experiencias de parto, el punto de corte para considerar ansiedad lo trazan en 39 puntos, lo cual explica la diferencias de resultados en cuanto al número de mujeres que tienen ansiedad, sin embargo sí que asocia significativamente una disminución de la satisfacción si la mujer manifiesta ansiedad lo cual coincide con nuestros resultados (138)

6.5 MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD: VALORES GLOBALES.

La mujer gestante pasa por un periodo insólito en su psiquismo, siendo este un periodo de mayor sensibilidad a nivel emocional, estando su capacidad perceptiva aumentada. Las recientes pruebas de neuroimagen, explican esta mayor sensibilidad a las señales de alerta y peligro, informándonos de la vulnerabilidad materna, especialmente hacia la ansiedad (139)

La ansiedad perinatal es un fenómeno que parece más común que la depresión, aunque esta última ha sido más investigada. Según la FAME, la ansiedad perinatal consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Generalmente estas embarazadas pueden estar diagnosticadas de ansiedad con anterioridad a la gestación, su embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentarán temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc. La mujer casi nunca está tranquila y siente que algo está mal.

Los datos de la prevalencia de ansiedad no son homogéneos. Según nuestros resultados, un 12,6% de las mujeres presentan ansiedad grave durante el embarazo (tercer trimestre). Estos datos coinciden con Tang et al.(140) en su trabajo usaron un cuestionario diferente para medir la ansiedad encontrando un 15% de mujeres con ansiedad en el primer trimestre del embarazo. Los porcentajes varían según cada autor, si bien es cierto que la población y el momento de pasar el cuestionario es diferente. Así, los resultados varían desde un 46,8% de ansiedad en el tercer trimestre según Silva et al. a un 20,7% según la revisión sistemática publicada por Fawcett et al.(141, 142)

Nuestro trabajo investiga la ansiedad tanto en el embarazo como en el periodo de postparto, Los resultados confirman los hallazgos de otros estudios como los trabajos realizados por Fawcett et al. y Dennis et al., ambas revisiones sistemáticas de distintos artículos que evalúan la ansiedad tanto en el embarazo como en el postparto. Una de cada 5 mujeres manifiesta ansiedad, confirmando que la ansiedad durante el periodo postparto decae. En el caso de nuestro estudio baja de un 12,6% (ansiedad grave) a un

10,9% en el periodo postparto. Un resultado de ansiedad en el postparto muy similar al que obtiene Dennis et al. (9,9%) en su revisión a las 8 semanas postparto.(142, 143)

Un nivel de ansiedad postparto menor que durante el embarazo coincide con lo publicado por Figueredo et al. en su trabajo en el que utilizan la escala STAI, esto puede ser debido a la presencia cada vez mayor del bebe en la vida de los padres que mejoran sus capacidades y expectativas finalizando los temores e incertidumbres propias del parto.(144)

6.6 ANSIEDAD PERINATAL Y CARACTERÍSTICAS MATERNAS ASOCIADAS

Según nuestro trabajo la ansiedad durante el embarazo, medida en el tercer trimestre de la gestación no correlaciona con ninguna característica sociodemográfica de las gestantes, salvo con tener algún antecedente de problemas de salud mental previo a la gestación; esto coincide con Van der zee-van der berg et al. en su trabajo buscan encontrar cuales son los factores de riesgo asociados a mayores posibilidades de depresión y ansiedad postparto en los dos años previos al inicio del embarazo y Tang et al. también coinciden en la asociación de tener algún antecedente de salud mental y el riesgo de desarrollar depresión.(140, 145)

Sin embargo, en nuestro estudio no se encontraron diferencias entre las mujeres que están en desempleo o se dedican a labores domésticas y la ansiedad contrario a Silva et al. y Tang et al. que en sus trabajos encuentran una relación con esta variable sociodemográfica, parece que no desarrollar un trabajo fuera del hogar pudiera suponer una mayor carga económica, más conflictos familiares, un nivel socioeconómico más bajo y mayor sensación de soledad lo cual se relacionaría con mayor ansiedad en el embarazo, si bien los estudios están realizados en poblaciones diferentes a la población de nuestro estudio, Silva et al. desarrolla su estudio en Brasil y Tang et al. lo desarrolla en China, países con una cultura muy diferente a España.(140, 141)

Las mujeres primíparas no muestran mayores niveles de ansiedad durante el embarazo que las multíparas, lo cual es sorprendente es cierto modo ya que las mujeres primíparas tienen menos experiencia, pueden tener mayores expectativas de dolor durante el parto y más preocupaciones respecto al nuevo desarrollo del rol de madres. En nuestro trabajo no se han encontrado diferencias en la paridad, lo cual también podría explicarse debido a que quizás las mujeres que ya tienen una experiencia previa de parto tienen unas expectativas más reales que les pueden causar ansiedad igualmente incluso haber tenido una mala experiencia del anterior parto también podría hacer que la ansiedad suba, motivo por el cual esté compensado y no haya diferencias entre primíparas y multíparas. Tang et al. en su estudio hallan diferencias lo cual no se corrobora con nuestro estudio probablemente por la diferencia de población.(140)

Según nuestros datos tener un menor nivel de estudios se relaciona con un mayor nivel de ansiedad rasgo, pero no ansiedad estado, que mide la ansiedad en el momento. Contrariamente Van der zee van der berg et al. relacionan una mayor ansiedad con tener un nivel de estudios más alto.(145)

6.7 ANSIEDAD POSTPARTO Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES,

Tener antecedentes de problemas de salud mental está también asociado a la ansiedad postparto, esto es un hallazgo que coincide con la revisión sistemática publicada por Field et al. y el estudio de Dennis et al. que es extrapolable puesto que utiliza el mismo cuestionario STAI.(146)

Nuestros resultados confirman los resultados de Field et al. y Paul et al. en sus revisiones sistemáticas que sugieren que el parto distócico, concretamente el parto por cesárea se asocia significativamente con tener mayores niveles de ansiedad durante el periodo postparto.(146, 147) Lo cual no coincide con la investigación de Bell et al. que no encontraron diferencias entre un parto normal versus un parto instrumental o por cesárea. El estudio de Bell et al. cuenta con una amplia muestra (n=4657) y concluye que la ansiedad medida a los dos meses es más elevada en las mujeres con malas experiencias de parto, no necesariamente con un parto distócico, por lo que los esfuerzos deben ir encaminados a mejorar esa experiencia de parto. (148) Estos resultados también son similares a los de nuestro estudio, en los que observamos que las mujeres con una menor satisfacción en el proceso de parto presentan mayor ansiedad.

Posiblemente no encontrar diferencias significativas entre el tipo de parto por cesárea o vaginal y no tener mayores niveles de ansiedad pueden deberse a las diferentes prácticas que se suceden alrededor del proceso de nacimiento, que hagan que la experiencia de parto no depende en sí del modo de nacer del bebé. Por ejemplo, la realización de piel con piel madre-bebé según nuestro trabajo se asocia con menor ansiedad postparto, y en el hospital que se ha llevado a cabo el estudio no es una práctica que se realice a las mujeres cuyos partos son por cesárea, presumiblemente si se realizara esta práctica las mujeres podrían disminuir su nivel de ansiedad postparto, aunque el parto fuera por cesárea. Cong et al. en su metaanálisis llevado a cabo en 2021 concluyen que la realización de piel con piel durante al menos una hora con la madre disminuye significativamente la ansiedad(149) Una práctica tan sencilla y económica y con tantos beneficios debiera ser implementada en todos los hospitales

independientemente de la vía del parto si la situación de la madre y del bebé está clínicamente estable.

Las mujeres cuyos hijos han sido ingresados en la UCI presentan mayor ansiedad que las mujeres cuyos hijos cohabitan con ellas. Giakoumaki et al. estudiaron la ansiedad de las madres con la escala STAI en Grecia, observando los mismos resultados, las madres cuyos hijos eran ingresados en la UCI presentaban mayor nivel de ansiedad (150). Gimbel et al. en su estudio hallan una relación entre las mujeres con ansiedad no tratada durante el embarazo y mayores posibilidades de que el bebé sea ingresado en la UCI. (151). Esto podría explicarse debido a que las mujeres que presentan embarazos complicados presentan una mayor ansiedad en el embarazo y por tanto al tener embarazos de alto riesgo obstétrico, las posibilidades de alguna complicación con el recién nacido también son mayores.

La relación entre la paridad y la ansiedad postparto no es homogénea. Según nuestros datos las mujeres primíparas tienen mayores posibilidades de presentar ansiedad que las mujeres múltiparas, esto lo corrobora Paul et al. en su trabajo en el utiliza la escala STAI en una muestra amplia (n=1123) y Giakoumaki et al. (147). En contraposición Dennis et al. en su trabajo realizado con Canadá con una muestra más reducida observan que las mujeres múltiparas presentan mayor ansiedad postparto que las mujeres primíparas (132) Esto puede explicarse debido a que la carga familiar con un nuevo bebé se incrementa y el acogimiento de un nuevo miembro en la familia puede ser fuente de estrés; probablemente en nuestro trabajo como la ansiedad estado fue medida dentro de la estancia hospitalaria, las variables externas de otros hijos/as en el domicilio no entran en la valoración de ese estrés. Dennis et al. analizan la ansiedad a la semana y en las semanas número cuatro y ocho del periodo postparto, momentos en los que la madre ya está con toda la familia.

La tabla 43 muestra diferentes estudios que analizan la ansiedad perinatal.

Autor (año)	n	Cuestionario	Población	Resultados
Navas et al. (2020)	448	STAI Percentil 75: alto Percentil 25-50: moderado	Hospital de Lugo, España	Ansiedad alta: 12,6% Ansiedad moderada: 63,1% Ansiedad postparto alta: 10,9% Ansiedad postparto moderada: 51,3% Mayor ansiedad preparto: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes salud mental. Mayor ansiedad rasgo: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de estudios inferior. Mayor ansiedad postparto: <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas. • Antecedentes de salud mental. • Tipo de parto: más en instrumental, cesárea vs eutócico. • Ingreso del RN en UCI. • No realización de piel con piel.
Silva et al. (2017)(141)	209	The Hospital Anxiety Subscale (HADS-A)	Brasil. Exclusiones: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico previo de ansiedad/otros trastornos de salud mental. • Uso de ansiolíticos/psicó tropos 	26,8% mujeres con ansiedad durante el embarazo 46,8% en el 3er trimestre, Mayor ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que realizan actividades únicamente de ama de casa. • Antecedente de aborto/APP • Embarazo deseado • Fumadora de más de 10 cigarrillos al día.
Grigoriadis et al. (2018)(103)	Revisión sistemática 29 estudios	Distintos cuestionarios	Artículos de habla inglesa	Mujeres con ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro • Bajo peso al nacer. • Circunferencia cefálica más pequeña. • No se relaciona con preeclampsia, cesárea ni test de apgar menor.
Fawcett et al. (2019)(142)	Revisión sistemática 26 estudios	Distintos cuestionarios		20,7% de mujeres con ansiedad. Mayor ansiedad en el embarazo que en el postparto
Dennis et al. (2017)(152)	Revisión sistemática	Distintos cuestionarios	34 países diferentes	Ansiedad en el embarazo 15,1%, más frecuente en el 3er trimestre (18,2/19,1/24,6)

	102 estudios			Ansiedad en el postparto 9,9%
Van der zee-van der berg (2021)(145)	1406	STAI-6 Corte mayor o igual a 42 puntos Medida durante el embarazo, parto y postparto	Alemania	Mayor ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo más alto. • Antecedente de depresión • Parto prematuro • Mala experiencia de parto. • Llanto del bebé experimentado como excesivo • Poco apoyo de la pareja, • Mala salud materna
Broekman et al. (2014)(153)	1048	STAI corte mayor de 87 puntos	Asia	Mayor ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • RN menor longitud. • No hay relación con el peso.
Gimbel et al. (2021)(151)	8293	STAI 1er trimestre de embarazo	Solo nulíparas USA	25% de mujeres con ansiedad Mayor ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de UCI para el RN
Tang et al. (2019)(140)	1220	HAMA (Hamilton anxiety scale) 1er trimestre del embarazo	China	15% de mujeres con ansiedad. Mayor ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas • Ama de casa/desempleo. • Estrés y depresión.
Field et al. (2018)(146)	Revisión sistemática	Diferentes cuestionarios	Mide ansiedad en el periodo postparto	13-40% de mujeres con ansiedad Mayor ansiedad postparto: <ul style="list-style-type: none"> • Ser madre joven. • Tener un empleo • Tener mayor nivel educativo. • Parto por cesárea. • Antecedente de ansiedad o depresión.
Paul et al. (2013)(147)	1123	STAI	Mide ansiedad en periodo postparto, a las dos semanas, dos meses y seis meses, STAI mayor a 40 puntos	17% de mujeres con ansiedad. Mayor ansiedad postparto: <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas. • Parto por cesárea. • Menor lactancia materna.
Dennis et al. (2016)(143)	522. Canadá	STAI	Mide ansiedad postparto, a la	La ansiedad disminuye con el paso de las semanas, (22,6% a

semana, 4 semanas y 8 semanas	la semana- 14,8% a las 8 semanas)
STAI mayor de 40 puntos	Mayor ansiedad postparto: <ul style="list-style-type: none"> • Multíparas. • Antecedente de ansiedad o depresión.

Tabla 43 Resultados de diferentes estudios sobre ansiedad perinatal y factores asociados

7 CONCLUSIONES

1. La ansiedad es un problema frecuente al final del embarazo. Respecto a la ansiedad-estado, una de cada diez mujeres presenta un grado de ansiedad severo y 6 un grado de ansiedad moderado o leve. Respecto a la ansiedad-rasgo, más de la mitad de las mujeres presentan un nivel de ansiedad severo o moderado-leve.
2. El grado de ansiedad se reduce después del parto. Aun así, 1 de cada 10 mujeres siguen presentando un grado de ansiedad severo y 5 un grado de ansiedad moderado o leve.
3. De las variables estudiadas, la única que se muestra asociada de forma independiente con niveles elevados de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en las últimas semanas de embarazo son los antecedentes de trastornos mentales.
4. Respecto al estado de ansiedad en el postparto inmediato, en el análisis bivariado se observa que las mujeres primíparas, aquellas con un parto instrumental o cesárea, las mujeres con bebés que requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, aquellas que no tuvieron contacto piel con piel y las pacientes con antecedentes de trastornos mentales muestran niveles de ansiedad más elevados. En el análisis multivariante, la única variable que se asoció de forma independiente a un mayor nivel de ansiedad fue la presencia de antecedentes de trastornos mentales.
5. La práctica totalidad de las mujeres están satisfechas con la experiencia del parto y postparto. Los ámbitos en los que las mujeres están más satisfechas son logística y entorno, seguido de los cuidados durante el parto. Los aspectos con los que las gestantes mostraron mayor grado de insatisfacción o indiferencia fueron los cuidados del recién nacido y los cuidados en el puerperio.
6. Los ítems mejor valorados en la escala COMFORTS respecto al cuidado durante el parto son: “con el número de profesionales que la atendieron en el parto”, “con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades”, “con la atención brindada a la pareja o persona de apoyo” y “con respecto a su intimidad por parte de los profesionales que la asistieron en el parto”.

7. Respecto al puerperio, las preguntas con puntuación más alta son: “satisfacción con el número de enfermeras que cuidaron de la gestante”, “con el número de profesionales que entraron en la habitación”, “con el número de médicos que la atendieron” y “con el tiempo que la enfermera pasó con la paciente para cubrir sus necesidades físicas”.
8. En la subescala referente a logística y entorno, las mujeres se muestran más satisfechas “con la habitación (paritorio) en la que la atendieron porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades”, “con la iluminación de la habitación (paritorio)” y “con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, etc.)”
9. El grado de ansiedad al final del embarazo se asoció de manera significativa con la satisfacción. El total de mujeres con ansiedad mínima se mostraron satisfechas, disminuyendo el porcentaje de gestantes satisfechas entre aquellas que muestran un estado de ansiedad moderado o grave. Estos resultados se mantienen transcurridas 24 horas postparto.
10. Otros factores que se asociaron a un mayor grado de satisfacción fueron:
 - a. Tener un parto eutócico, frente a un parto instrumental o la necesidad de cesárea;
 - b. El poder estar con el bebé tras el parto, frente a la necesidad de ingreso de éste en UCI;
 - c. El contacto piel con piel;
 - d. El cumplimiento del plan de nacimiento
11. En el análisis multivariante, se demostró que presentar ansiedad moderada-severa preparto y postparto, así como tener un parto instrumental, incrementa significativamente la probabilidad de insatisfacción o indiferencia.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del movimiento natural de la población. [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&secc=1254736195380&idp=1254735573002
2. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017;20(2):287-96.
3. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45.
4. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Asadi M, Noroozi M, Alavi M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):7.
6. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(2):289-99.
7. Gonzalez Merlo J, Laílla Vicens J, Fabre Gonzalez E. Gonzalez-Merlo. *Obstetricia*. 7 edición.: Elsevier; 2018. 752 p.
8. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetrics*. 25th edition: Mc Graw Hill education; 2019. 1344 p.
9. Eureka fertility. Reproducción asistida org Valencia [Internet]. 2017 [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/sobre-nosotros/>.
10. Centro de medicina fetal de Barcelona. Protocolo: Asistencia a la gestante en sala de partos. [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.medicinafetalbarcelona.org>
11. Brasil Escola. Parto normal [Internet] 2023 [citado 10 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/los-bebes-nacidos-por-cesarea-tambien-tendrian-que-quedarse-en-contacto-piel-con-piel-con-la-madre>.
12. Rovati L, Diaz S. Las fases del parto: alumbramiento [Internet] 2023 [citado 10 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/las-fases-del-parto-el-alumbramiento>.

13. Abehsera Bensabat M, Acebes Tost R, Aguilar Romero T, Alcázar Zambrano J, Aleman M, Alfonsín Somoza M, et al. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Bajo Arenas J, Melchor Marcos J, Mercé L, editores. Madrid; 2017.
14. Andrea Crisholm M. Parto por cesarea. [Internet] 2023 [citado 10 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=103878>.
15. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB) [Internet]. 2021. Disponible en https://www.ine.es/prensa/mnp_2020_p.pdf
16. Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, Juan Oliva, Fernando Ignacio Sánchez Martínez, José Ramón Repullo, Luz María Peña-Longobardo, Manuel Ridao-López, Cristina Hernández-Quevedo. Spain: Health system in review. Health systems in transition. WHO. [Internet]. 2018. Disponible en <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2018>
17. Ministerio de Sanidad y política social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. [Internet] 2009 [citado 10 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/emh_2019.pdf
19. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. [Internet]. 2016 [citado 9 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/emh_2016.pdf
20. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [Internet] 2018 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: www.europeristat.com
21. Recio Alcaide, A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata, (18), 13–26. [Internet] 2015 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369>
22. Epdata. Parto en casa, datos y estadística 2017 [Internet] 2017 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/partos-casa-nacimientos-datos-estadisticas/237/espana/106>.
23. Ministerio de sanidad consumo y bienestar social. Información estadística de hospitales. Estadísticas de centros sanitarios de atención especializada. Hospitales y centros sin internamiento. [Internet] 2016 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

24. 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. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
25. Organización mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet] 2016 [citado 10 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
26. López-Sáez y López de Teruel, María Asunción. Matronas en Atención Primaria: profesionales de referencia para la comunidad. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2012, 8(1). [Internet] 2012 [citado 10 de setiembre de 2022]. Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec8100.php>.
27. Cruz Lendinez A, Grande Gascon M, Garcia Fernandez F. Análisis de la situación de los enfermeros y enfermeras, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país: ratios enfermeras. Sindicato de enfermería. SATSE; 2019.
28. Asociación Española de matronas. Estado actual de las matronas en España. [Internet] 2017 [citado 10 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-COMPETENCIAS.pdf>
29. Sánchez Gaitán E. Factores para un embarazo de riesgo. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 20 de enero de 2023];4(9):e319. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/319>
30. Van Stenus CMV, Boere-Boonekamp MM, Kerkhof EFGM, Need A. Client experiences with perinatal healthcare for high-risk and low-risk women. Women Birth. 2018;31(6):e380-e8.
31. Dollberg DG, Rozenfeld T, Kupfermincz M. Early Parental Adaptation, Prenatal Distress, and High-Risk Pregnancy. J Pediatr Psychol. 2016;41(8):915-29.
32. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01. [Internet]. 2010 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
33. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Plan de parto y nacimiento.Estrategia de atención al parto normal. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. [Internet]. 2010 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

34. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):19.
35. Tzeng YL, Yang YL, Kuo PC, Lin YC, Chen SL. Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. *J Nurs Res*. 2017;25(1):59-67.
36. Benfield R, Heitkemper MM, Newton ER. Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study. *Midwifery*. 2018;64:110-4.
37. Inda E. Los mejores ejercicios con la pelota de dilatación en el parto [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://okdiario.com/bebes/mejores-ejercicios-pelota-dilatacion-1958391>.
38. Fernández-Arranz J, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM, Moro-Tejedor MN. Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019;29(4):234-8.
39. Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco Lcp A, et al. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021:1-10.
40. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6:CD007396.
41. Anim-Somuah M SR, Cyna AM, Cuthbert A. Analgesia epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *Cochrane*2018.
42. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5:CD002006.
43. Ministerio de sanidad y consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008. [Internet]. 2012 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
44. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD008070.
45. Organización mundial de la salud. Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. [Internet]. 2015 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200213/WHO_RHR_15.05_spa.pdf;jsessionid=1F0FE6F9361049DF22B76DF4FF4416BC?sequence=1

46. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):137-46.
47. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):372.
48. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD003766.
49. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget Bn FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*. 2016;41:68-78.
50. Herráiz I Mn-LA, Sanfrutos L, Arbués J. Fundamentos de Obstetricia. Concepto y límites del puerperio. Mutaciones anatómicas. Clínica y asistencia al puerperio. Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. . Madrid2007. 83 p.
51. Estevez A. Los bebés nacidos por cesárea también tendrían que quedarse piel con piel con la madre: Ceptual media; [Internet]. 2012 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/los-bebes-nacidos-por-cesarea-tambien-tendrian-que-que-darse-en-contacto-piel-con-piel-con-la-madre>.
52. Kahalon R, Preis H, Benyamini Y. Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. *Midwifery*. 2021;92:102862.
53. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. ; [Internet]. 2012 [citado 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42695>
54. Henshaw EJ, Cooper MA, Jaramillo M, Lamp JM, Jones AL, Wood TL. "Trying to Figure Out If You're Doing Things Right, and Where to Get the Info": Parents Recall Information and Support Needed During the First 6 weeks Postpartum. *Matern Child Health J*. 2018;22(11):1668-75.
55. Zivoder I, Martic-Biocina S, Veronek J, Ursulin-Trstenjak N, Sajko M, Paukovic M. Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):338-44.
56. Berhane A, Enquesselassie F. Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1919-28.
57. Ministerio de sanidad consumo y bienenetar social. Actividad y calidad de los servicios sanitarios. Informe anual sistema nacional de salud 2017. [Internet] 2019. [citado 20 de enero de 2023] Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2017.htm>

58. N V. Patient satisfaction. In healthcare administration for patient safety and engagement: IGI global; 2018.
59. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89-101.
60. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*. 2019;97(8):563-9.
61. Gregory PA, Heaman MI, Mignone J, Moffatt ME. Predictors of Women's Satisfaction with Prenatal Care in a Canadian Setting. *Matern Child Health J*. 2020;24(2):186-95.
62. Perriman N, Davis D. Measuring maternal satisfaction with maternity care: A systematic integrative review: What is the most appropriate, reliable and valid tool that can be used to measure maternal satisfaction with continuity of maternity care? *Women Birth*. 2016;29(3):293-9.
63. McCarter D, MacLeod CE. What Do Women Want? Looking Beyond Patient Satisfaction. *Nurs Womens Health*. 2019;23(6):478-84.
64. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-9.
65. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. [Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale]. *Gac Sanit*. 2012;26(3):236-42.
66. Smith LF. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care*. 2001;10(1):17-22.
67. Pozo-Cano MD, Martín-Salvador A, Pérez-Morente M, Martínez-García E, Luna Del Castillo JD, Gázquez-López M, et al. Validation of the Women's Views of Birth Labor Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4) in the Spanish Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15).
68. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:81.
69. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol*. 2003;8(6):753-64.

70. Peñacoba-Puente C, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(9):1030-5.
71. Redshaw M HJ. *Safely delivered: a national survey of women's experiences of maternity care 2014.* Oxford: national perinatal epidemiology unit. 2014.
72. Alderdice F, Henderson J, Opondo C, Lobel M, Quigley M, Redshaw M. Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: findings from a population-based survey. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):42.
73. Henderson J, Jomeen J, Redshaw M. Care and self-reported outcomes of care experienced by women with mental health problems in pregnancy: Findings from a national survey. *Midwifery.* 2018;56:171-8.
74. B C, Dzakpasu. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian maternity experience survey findings. *Journal of reproductive and Infant psychology;* 2015. p. 374-87.
75. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of The Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health.* 2006;29(1):51-60.
76. Vivanco Montes M. Adaptación cultural y validación al Español de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y en el puerperio. *Metas de enfermería*2012.
77. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:97.
78. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:28.
79. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med.* 2019;170(7):ITC49-ITC64.
80. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Internet]. Madrid: 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIA P/Salud_mental_datos.pdf
81. National institute for health and care excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [Internet]. 2014. Citado el 20 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

82. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;202:1-8.
83. Jordan V, Minikel M. Postpartum anxiety: More common than you think. *J Fam Pract.* 2019;68(3):165;8;70;74.
84. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord.* 2016;200:148-55.
85. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth.* 2012;25(3):e37-43.
86. Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends Neurosci.* 2017;40(2):106-20.
87. Fallon V, Groves R, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact.* 2016;32(4):740-58.
88. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev.* 2004;79(2):81-91.
89. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):141-8.
90. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open.* 2019;5(1):e5.
91. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.
92. Sapa A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus.* 2020;12(5):e8224.
93. Soto-Balbuena C, Rodríguez-Muñoz MF, Le HN. Validation of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in Spanish Pregnant Women. *Psicothema.* 2021;33(1):164-70.
94. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(1):125-32.
95. Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *J Affect Disord.* 2011;133(1-2):1-15.
96. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):101-11.

97. Bann CM, Parker CB, Grobman WA, Willinger M, Simhan HN, Wing DA, et al. Psychometric properties of stress and anxiety measures among nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017;38(1):53-62.
98. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23.
99. Çapik A, Durmaz H. Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15(6):455-63.
100. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG*. 2002;109(3):254-60.
101. Gürber S, Baumeler L, Grob A, Surbek D, Stadlmayr W. Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;215:68-74.
102. Bell AF, Rubin LH, Davis JM, Golding J, Adejumo OA, Carter CS. The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(5):613-20.
103. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5).
104. Rejnö G, Lundholm C, Öberg S, Lichtenstein P, Larsson H, D'Onofrio B, et al. Maternal anxiety, depression and asthma and adverse pregnancy outcomes - a population based study. *Sci Rep*. 2019;9(1):13101.
105. Hoffman C, Dunn DM, Njoroge WFM. Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(12):100.
106. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667.
107. Servicio Galego de Saúde. Mapa de gestión [Internet] 2023 Disponible en: <https://www.sergas.es>.
108. Ministerio de Medio ambiente, Medio rural y Marino. MARM (2009): Población y sociedad rural. Análisis y prospectiva. Subdirección general de análisis pyc, editor. Madrid. [Internet] 2009. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/Agrinfo12_tcm30-88390.pdf
109. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. *Weight Gain During Pregnancy*:

Reexamining the Guidelines. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. PMID: 20669500.

110. Spielberger CD, Gursuch RL, Lushene RE. STAI manual. California 1970.
111. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot.* 2015;4:6.
112. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open.* 2016;6(8):e011362.
113. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(2):196-203.
114. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery.* 2017;55:103-12.
115. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open.* 2019;6(2):535-45.
116. Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):114.
117. Lazzerini M, Mariani I, Semenzato C, Valente EP. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open.* 2020;10(9):e037063.
118. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Gálvez-Toro A, Aguilar-Puerta SC, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The Age at Which a Woman Becomes a Mother and Her Satisfaction with the Process of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium. *Healthcare (Basel).* 2020;8(2).
119. González-de la Torre H, Miñarro-Jiménez S, Palma-Arjona I, Jeppesen-Gutierrez J, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Perceived satisfaction of women during labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enferm Clin (Engl Ed).* 2021;31(1):21-30.
120. Donate-Manzanares M, Rodríguez-Cano T, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Barrilero-Fernández E, et al. Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. *J Clin Med.* 2019;8(4).
121. König J, Schmid S, Löser E, Neumann O, Buchholz S, Kästner R. Interplay of demographic variables, birth experience, and initial reactions in the prediction of

symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:32377.

122. Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*. 2004;31(2):102-7.

123. Rodríguez Coll P, Casañas R, Collado Palomares A, Maldonado Aubian G, Salgado Poveda MI, Espada-TresPalacios X, et al. Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *Sex Reprod Healthc*. 2021;27:100584.

124. Martínez Galiano JM. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido.: Granada; 2012.

125. Mueller CG, Webb PJ, Morgan S. The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *J Perinat Educ*. 2020;29(1):16-22.

126. Fumagalli S, Colciago E, Antolini L, Riva A, Nespoli A, Locatelli A. Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women Birth*. 2021;34(2):154-61.

127. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(5):1127-33.

128. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Group BS. Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*. 2017;51:33-9.

129. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(4):e12722.

130. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(3):342.e1-.e8.

131. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2013;26(4):e99-104.

132. Louvel L, Lorrain S, von Theobald P. Satisfaction of patients in pain management delivering in Reunion Island with or without neuraxial analgesia. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021;50(6):102106.

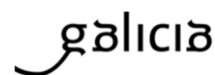
133. Such TL, Denny DL. Comfort and Satisfaction Among Women Who Used Different Options for Analgesia During Labor and Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021;50(6):691-702.

134. Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004013.
135. Haines H, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: a comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*. 2012;28(6):e850-6.
136. Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH. Early maternal-newborn contact and positive birth experience. *Birth*. 2019;46(1):42-50.
137. Congdon JL, Adler NE, Epel ES, Laraia BA, Bush NR. A Prospective Investigation of Prenatal Mood and Childbirth Perceptions in an Ethnically Diverse, Low-Income Sample. *Birth*. 2016;43(2):159-66.
138. Lemmens SMP, van Montfort P, Meertens LJE, Spaanderman MEA, Smits LJM, de Vries RG, et al. Perinatal factors related to pregnancy and childbirth satisfaction: a prospective cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021;42(3):181-9.
139. Fernandez Lorenzo P, Olza I. *Psicología del embarazo*. Madrid: Editorial Síntesis, SA; 2020. 230-46 p.
140. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord*. 2019;253:292-302.
141. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03253.
142. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(4).
143. Dennis CL, Falah-Hassani K, Brown HK, Vigod SN. Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(6):485-93.
144. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):146-57.
145. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord*. 2021;286:158-65.
146. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev*. 2018;51:24-32.
147. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*. 2013;131(4):e1218-24.

148. Bell AF, Carter CS, Davis JM, Golding J, Adejumo O, Pyra M, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(2):219-27.
149. Cong S, Wang R, Fan X, Song X, Sha L, Zhu Z, et al. Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2021;17(4):e13245.
150. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(1):21-8.
151. Gimbel LA, Blue NR, Allshouse AA, Silver RM, Gimbel B, Grobman WA, et al. Pregnancy outcomes and anxiety in nulliparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021:1-10.
152. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-23.
153. Broekman BF, Chan YH, Chong YS, Kwek K, Cohen SS, Haley CL, et al. The influence of anxiety and depressive symptoms during pregnancy on birth size. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2014;28(2):116-26.

9 ANEXOS

ANEXO A: DITAME DO COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO



DITAME DO COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO

Juan Manuel Vázquez Lago, Secretario do Comité de Ética da Investigación de Santiago-Lugo

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 21/04/2015 o estudo:

Título: Análisis de la satisfacción en el parto y puerperio en Hospital Lucus Augusti

Promotor: Rocío Navas Arrebola

Tipo de estudo: Outros

Código do Promotor: Satparto

Código de Rexistro: 2015/261

E, tomando en consideración as seguintes cuestións:

- A pertinencia do estudo, tendo en conta o coñecemento dispoñible, así coma os requisitos legais aplicables, e en particular a Lei 14/2007, de investigación biomédica, o Real Decreto 1716/2011, de 18 de novembro, polo que se establecen os requisitos básicos de autorización e funcionamento dos biobancos con fins de investigación biomédica e do tratamento das mostras biolóxicas de orixe humana, e se regula o funcionamento e organización do Rexistro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, a ORDE SAS/3470/2009, de 16 de decembro, pola que se publican as Directrices sobre estudos Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, e a Circular nº 07/2004, investigacións clínicas con produtos sanitarios.
- A idoneidade do protocolo en relación cos obxectivos do estudo, xustificación dos riscos e molestias previsibles para o suxeito, así coma os beneficios esperados.
- Os principios éticos da Declaración de Helsinki vixente.
- Os Procedementos Normalizados de Traballo do Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para a realización do estudo polo/a investigador/a do centro:

Centros	Investigadores Principais
C.H. Universitario Lucus Augusti	Rocío Navas Arrebola

En Santiago de Compostela, a 21 de abril de 2015

O secretario



ANEXO B: Artículo “Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas” publicado en Revista da Escola de Enfermagem da USP.



REVISTA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM
DA USP
JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING · UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ARTÍCULO ORIGINAL

doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X202006603720>

Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas

Women’s satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables
Satisfação da gestante com a assistência ao parto e pós-parto e variáveis associadas

Como citar este artículo:

Navas Arrebola R, Peteiro Mahía L, Blanco López S, López Castiñeira N, Seoane Pillado T, Pertega Díaz S. Women’s satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. Rev Esc Enferm USP. 2021;55e:03720. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X202006603720>

- Rocío Navas Arrebola¹
- Laura Peteiro Mahía²
- Susana Blanco López²
- Noelia López Castiñeira²
- Teresa Seoane Pillado³
- Sonia Pertega Díaz³

¹ Centro de Salud Dr. Ignacio Osuna, Córdoba, España.

² Paritorio del Hospital Lucus Agustí, Lugo, España.

³ Universidad de A Coruña, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of satisfaction with childbirth and the postpartum period. **Method:** This is a longitudinal, observational study. Clinical variables of the patients and delivery were collected, and a descriptive and inferential analysis was performed. The validated state-trait anxiety inventory (STAI) and the satisfaction survey Care in Obstetrics Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS) in Spanish were used. **Results:** A total of 381 women was included in the study and grouped into satisfied vs. dissatisfied (94.54% vs. 5.46%). Women having given birth by eutocic delivery ($p = 0.005$), as well as those who had skin-to-skin time with their newborn ($p = 0.012$) after delivery, report more satisfaction. Mothers who were separated from their babies reported being less satisfied ($p = 0.004$), as did those who did not meet the expectations raised in the birth plan ($p = 0.013$). All the women with minimal anxiety are satisfied ($p = 0.004$), the same happening for those showing postpartum anxiety ($p < 0.001$). **Conclusion:** The percentage of satisfied women is high; it is necessary to monitor childbirth and postpartum care, promoting good practices in childbirth care, as well as in women’s emotional well-being.

DESCRIPTORS

Delivery, Obstetric; Postpartum Period; Patient Satisfaction; Obstetric Nursing.

Autor correspondiente:
Rocio Navas Arrebola
Centro de Salud Dr. Ignacio Osuna
Calle Salvador Muñoz, 19
14850 Baena, Córdoba, España
rocionavasarebola@gmail.com

Recibido: 31/03/2020
Aprobado: 09/11/2020

ANEXO C: HOJA DE INFORMACION AL PARTICIPANTE ADULTO

TITULO DEL ESTUDIO: ANALISIS DE LA SATISFACCIÓN EN EL PARTO Y PUERPERIO EN HOSPITAL LUCUS AUGUSTI

INVESTIGADORES : Rocio Navas Arrebola
Susana Blanco López
Laura Peteiro Mahía
Noelia López Castiñeira

CENTRO: Hospital Lucus Augusti (LUGO)

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar, Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de investigación del Hospital Lucus Augusti,

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo, Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no,

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**, Ud, Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones, Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud, Tiene derecho,

¿Cuál es el propósito del estudio?

Analizar la satisfacción de las mujeres que dan a luz en el Hospital Lucus Augusti y los factores que influyen en ella, así como la prevalencia de la lactancia materna, Posibles áreas de mejora en la unidad,

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Ud, Es invitado a participar porque está embarazada y realiza el control de su embarazo en este hospital donde tendrá lugar el nacimiento de su bebé,

¿En qué consiste mi participación?

Va a rellenar dos encuestas, una relacionada con la ansiedad que rellenará ahora y otra relacionada con la satisfacción que rellenará después del nacimiento de su hijo en el hospital,

En el caso de Lactancia materna, se contactará con ud, Vía telefónica a los cuatro y a los seis meses

Su participación tendrá una duración total estimada de 40 minutos

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

El tiempo dedicado a rellenar la encuesta y responder la llamada telefónica

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud, Tenga ningún beneficio directo por participar en el estudio, La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la atención al parto y el puerperio, Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas,

¿Recibiré la información que se obtenga de este estudio?

Si Ud, Lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio,

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a las publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar la identificación de los participantes,

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, En todo momento, Ud, Podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo ante el investigador,

Solo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio, Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada, En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a los exigidos por la normativa de nuestro país,

Sus datos serán recogidos y conservados hasta acabar el estudio de modo:

-**Codificados**, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen,

La responsable de la custodia de los datos es ROCÍO NAVAS ARREBOLA, Al acabar el estudio los datos serán anonimizados,

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio,

Ud, No será retribuido por participar, Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes, En este caso, Ud, No participará en los beneficios económicos originados,

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud, Puede contactar con ROCÍO NAVAS ARREBOLA en el teléfono 680280062 o en el correo electrónico rocio,navas,arrebola@sergas.es

Muchas gracias por su colaboración,

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO del estudio ANALISIS SATISFACCION PARTO Y PUERPERIO EN EL HOSPITAL LUCUS AUGUSTI (LUGO)

Yo _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado, que se me entrego, pude conversar con **ROCIO NAVAS ARREBOLA** y hacer todas las preguntas sobre el estudio,
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos,
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante,
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio,

Fdo,: La participante,

Fdo,: La investigadora que solicita
el consentimiento,

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos: Rocío Navas

Fecha:

Fecha:

ANEXO D: PRIMER CUESTIONARIO: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANSIEDAD

A continuación, se le indican unas cuestiones sobre datos sociodemográficos, marque la casilla correspondiente

Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Pareja de Hecho

Nivel de estudios:

- Primarios
- Secundarios
- Universitarios

Desarrollo profesional:

- Desempleo
- Indicar actividad profesional remunerada:

Asistencia a educación maternal:

- Si
- No

Número de sesiones de educación maternal:

- De 2 a 4 sesiones
- De 4 a 6 sesiones
- Más de 6 sesiones

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO

A/E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada.....	0	1	2	3
2. Me siento segura.....	0	1	2	3
3. Estoy tensa.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariada.....	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterada.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansada.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiada.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma.....	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada.....	0	1	2	3
14. Me siento muy “atada” (como oprimida).....	0	1	2	3
15. Estoy relajada.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupada.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí misma.....	0	1	2	3
33. Me siento segura.....	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólica).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecha.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada.....	0	1	2	3

ANEXO E: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EXPERIENCIA DE PARTO Y SATISFACCIÓN

Un nacimiento representa el principio de todo, es el milagro del presente y la esperanza del futuro, ¡Felicidades por el nacimiento de tu bebé!



A continuación, te entrego el cuestionario de satisfacción en relación con la experiencia de tu parto y posparto,

Te recuerdo que es un cuestionario completamente anónimo que está codificado, por lo que te pido que contestes con total sinceridad y a todas las preguntas,

Muchas gracias de nuevo por tu colaboración,

1. ¿Acudió a la charla de plan de nacimiento?

- Si
 No

2. En caso afirmativo: ¿Consideró útil la información proporcionada por la matrona en la charla de plan de nacimiento?

- Si
 No
 No sabe

3. ¿Entregó el plan de nacimiento en el hospital cuando fue a dar a luz?

- Si
 No

4. "Se cumplieron mis deseos y expectativas reflejados en el plan de nacimiento" (solo si entregó el plan de nacimiento):

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Indecisa
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

5. ¿Durante la dilatación le permitieron moverse y adoptar la posición que le resultara más cómoda?

- Si
 No

No recuerda

No tuvo necesidad

6. ¿Qué método de alivio del dolor se le ofreció? (puede señalar más de una opción)

Pelota Calor local Ducha de agua caliente

Bañera Caminar, libertad de movimientos

Calmante intravenoso Epidural

7. En el expulsivo ¿pudo adoptar la posición que le resultaba más cómoda?

Si

No

No recuerda

Fue cesárea

8. ¿Qué posición tenía cuando tuvo lugar el nacimiento?

Tumbada con piernas sobre potro

Tumbada boca arriba

Tumbada de lado

Semisentada

Sentada

De pie

Cuclillas/Silla de parto

Con apoyo en manos y rodillas (cuatro patas)

No recuerda

Fue cesárea

¿Tras el nacimiento le pusieron al bebé desnudo piel con piel sobre su cuerpo?

Si Con el padre No No recuerda

9. ¿Lo separaron de usted durante las primeras dos horas?

Si No No recuerda

10. Tipo de lactancia:






Materna Artificial

11. ¿Precisó suplemento con suero o leche en algún momento durante su estancia hospitalaria?

Si No


ES CALA COMFORTS

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE DES EE

¿ES TÁ US TED S ATIS FECHA?	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 bebé está en fermo.					
26. Porque sabe cuando el bebé está satisfecho o tiene hambre.					
27. Porque sabe cuando el bebé está tomando leche suficiente.					
28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación.					
29. Porque sabe que hacer cuando el bebé llora.					
30. Porque sabe que hacer cuando el bebé se atraganta.					
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir.					
32. Porque sabe cómo bañar al bebé.					
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita.					
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido.					
LOGIS TICA 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 atendían durante el parto.					

ES CALA COMFORTS

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE DES EE

¿ES TÁ US TED SATIS FECHA?	Muy insatisfecha 	Insatisfecha 	Indiferente 	Satisfecha 	Muy satisfecha 
CUIDADOS DURANTE EL PARTO					
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio.					
2. Con la cantidad de información proporcionada por la matron en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir.					
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de 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 comfort después del nacimiento de su bebé.					
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 paso con usted la matron para cubrir sus necesidades físicas					
13. Con relación a la respuesta de la matron 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 apreja 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.					