



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Aranda García, Ana María; Reina Durán, María José; Rodríguez Rodríguez, Isabel María; Delgado Begines, Estefanía; De Las Heras Moreno, Javier; Lobato Miranda, Carmen Lucía. Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0794.php>

**SATISFACCIÓN DE LA MUJER ACOMPAÑADA DE SU PAREJA
DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO**

Autores:

Ana María Aranda García¹, María José Reina Durán², Isabel María Rodríguez Rodríguez³, Estefanía Delgado Begines⁴, Javier De Las Heras Moreno⁵, Carmen Lucía Lobato Miranda⁶

1. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
2. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
3. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
4. Residente de Enfermería Pediatría. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla (España).
5. Graduado en Enfermería. Enfermero Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
6. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).

Correo Electrónico: arandagarcia89@gmail.com

Resumen

Actualmente en España nos encontramos en un proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una atención personalizada e integral. Resulta fundamental incorporar la perspectiva de las mujeres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos que son percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y que pueden ser mejorados. **OBJETIVO:** Conocer el nivel de satisfacción de la mujer en el proceso de parto cuando está acompañada de su pareja en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. **OBJETIVOS:** específicos: describir el perfil de la mujer e identificar posibles diferencias por edad, perfil familiar y paridad. Identificar las variables que influyen en la satisfacción de la presencia en el parto de la pareja para la madre. Construir y validar un cuestionario para medir el grado de satisfacción de las madres en el acompañamiento durante el parto. **METODOLOGÍA:** Estudio analítico y clinimétrico de corte transversal, realizado mediante metodología cuantitativa a través del modelo de cuestionario adaptado a las variables sociodemográficas y laborales del estudio, en 103 mujeres. **Reflexiones finales:** Los hallazgos que esperamos obtener podrán estimular iniciativas para fomentar el acompañamiento a las gestantes con su pareja. Esto es aún más necesario cuando se trata de madres primíparas, embarazo múltiple, distócico o como por ejemplo gestante adolescente. Esta experiencia demostraría que es posible realizar una intervención de bajo costo en un hospital público, que ayuda a personalizar el proceso del nacimiento y aumenta la satisfacción de la mujer. También de este estudio se obtendrá un instrumento validado que permitirá evaluar el nivel de satisfacción en España, lo que permitirá realizar nuevos estudios con diseños analíticos para comprobar hipótesis adicionales o incluso para evaluar la eficacia de medidas destinadas a la mejora en el nivel de satisfacción.

Palabras clave: Satisfacción materna, acompañamiento, parto.

Abstract (Women's satisfaction with her partner during childbirth process in the Hospital Universitario Virgen del Rocío)

Currently in Spain we are in a process of transformation in the delivery care model, focused on delivering personalized and comprehensive care. It is essential to mainstream women in the overall assessment of care, so that we can identify those aspects that are perceived as unsatisfactory by the women themselves and that can be improved. **OBJECTIVE:** To determine the level of satisfaction of women in the birthing process when accompanied by their partner in the Hospital Universitario Virgen del Rocio. **Specific OBJECTIVES:** To describe the profile of women and to identify possible differences by age, family profile and parity. Identify the variables that influence the satisfaction of the presence at birth of the couple to the mother. To develop a questionnaire to measure the degree of satisfaction of mothers during childbirth accompaniment. **Methodology:** Analytical and Clinimetric cross section, performed using quantitative methodology through questionnaire adapted to model personal and occupational variables of the study, 103 women. **CONCLUSIONS:** The findings may encourage hope to get the support initiatives to encourage the pregnant women with their partners. This is even more necessary when it comes time mothers, multiple pregnancy, such as dystocia or pregnant adolescent. This experience would prove that it is possible to make a low-cost intervention in a public hospital, which helps to personalize the birth process and increases the satisfaction of women. This study also obtain a validated instrument used to assess the level of satisfaction in Spain, which will allow for new analytical study designs to test additional hypotheses or to evaluate the effectiveness of measures aimed at improving the level of satisfaction.

Key-words: Maternal satisfaction, support, childbirth.

INTRODUCCIÓN

La gestación moviliza una explosión de sentimientos en la pareja, y luego genera una ansiedad con la espera y preparación para el nacimiento de bebé. En este momento, hay un período de transición en el que los padres se preparan para nuevos roles antes de la llegada del bebé y todo lo que ello se requieran. Por lo tanto, se comprometen física y emocionalmente con el período gestacional¹. La experiencia del parto se considera una experiencia única en la vida del hombre y mujer. Debido a este factor, es necesario tener en cuenta el momento del parto como un evento intenso para la pareja. Tanto uno como el otro puede experimentar múltiples sensaciones con la llegada el nuevo miembro de la familia, lo que hace necesario que los profesionales de la salud se preparen para acoger y dar a la pareja un momento agradable, tranquilo, que contribuye a esta, ser una experiencia positiva para ambos².

Han pasado ya algunos años desde que fuera publicado en BOJA (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía) de 18 de Abril de 1.995, un Decreto de Ley, 105/1.995, que en su articulado dicta el derecho que tiene la embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza, durante el parto, parto y postparto, salvo que las condiciones no lo permitan³. Si a esto sumamos que la calidad de la asistencia es percibida como buena cuando la persona asistida goza de un trato humano⁴ e integrado en el contexto familiar, y que el Plan Andaluz de Salud cuenta entre sus objetivos el de humanizar la asistencia del parto, parece necesario que se consolide como realidad el derecho dictado por el Decreto de Ley antes mencionado⁵.

El padre del bebé puede ser considerado como el compañero ideal para la mujer en el proceso de parto, debido a factores tales como la formación de vínculo y la representación de los lazos familiares, ya que, al acompañar el nacimiento del niño, se afirma su paternidad, así como valora su papel. Estudios han demostrado los beneficios de la presencia del padre como acompañante durante el parto⁶. Además, las mujeres que fueron acompañadas del padre del recién nacido durante el nacimiento, informaron lo importante que es tener una persona conocida para proporcionar calor, cuidado y atención. En este sentido, no se puede negar que el padre experimenta uno de los momentos más importantes de la vida humana: el nacimiento. Esto significa el punto máximo del embarazo, ya que el bebé se convierte en real y pueden ser cogidos en brazos, y que ofrece emociones marcantes⁷.

La presencia del padre en la escena del nacimiento, siguiendo la evolución del trabajo de parto y el parto mujer, el apoyo a ella constantemente, tiene consecuencias en el resultado del nacimiento del bebé: efectos positivos en la construcción del enlace entre padre y recién nacido, así como estimular a la mujer en el momento de dar a luz, por lo que puede reducir las complicaciones durante el nacimiento que seguramente será recordado notablemente².

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios. Sin embargo, su medición puede resultar dificultosa, ya que se trata de un concepto complejo y multidimensional⁸.

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Hodnett describe como elementos más influyentes las expectativas personales de las

gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, en especial con las matronas, y la participación de la mujer en la toma de decisiones⁹. Las expectativas previas y la discrepancia con la experiencia vivida pueden afectar a la valoración que la mujer realice del parto¹⁰ al igual que ocurre con el dolor y su manejo.⁴ La percepción del control durante el parto es esencial para que la mujer se sienta plenamente partícipe en el proceso y experimente sentimientos positivos ante la experiencia, y se muestra como uno de los factores predictores más importantes del grado de satisfacción¹¹.

Junto a ello, el apoyo de los profesionales sanitarios, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de las mujeres, constituye otro de los determinantes fundamentales de la satisfacción¹²

No resulta fácil definir la satisfacción en sí misma. Linder y Pelz definen la satisfacción de un paciente como la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos propiamente dichos¹³

Otros autores vinculan la satisfacción con la concordancia entre las expectativas y lo realmente experimentado. En cualquier caso, sí se ha demostrado una clara relación entre la insatisfacción y la no cobertura de expectativas. Las expectativas surgen de creencias previas desarrolladas y mantenidas a través de procesos cognitivos. Estas creencias pueden tener el rango de normas, cuando la madre considera que se trata de hechos que deberían o tienen necesariamente que ocurrir, o de probabilidades cuando derivan de experiencias ajenas o información recogida de diferentes medios y a través de la cual se configuran dichas convicciones¹³

Actualmente nos encontramos en España en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basado en la evidencia científica, y dirigido a mejorar su participación y protagonismo. Por ello, resulta fundamental incorporar la perspectiva de las mujeres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos que son percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y que pueden ser mejorados¹⁴.

Así, este estudio tiene como objetivo evaluar la satisfacción de las mujeres respecto a la participación del padre como acompañante durante el parto.

MARCO TEÓRICO

- Revisión histórica:

El embarazo y el parto están impregnados por una simbolización cultural muy marcada que ha variado a lo largo de la historia, así tenemos que en las sociedades primitivas las mujeres daban a luz solas o, en todo caso, ayudadas por las ancianas de la tribu, luego en la medicina griega aparecen las comadronas organizadas por Hipócrates para atender a las mujeres en los partos con un conjunto de elementos de orden normativo que van desde autorizar la presencia de familiares –incluido el esposo- hasta la posición

utilizada para atender el parto, elementos que hasta el día de hoy continúan vigentes¹⁵.

Posteriormente en los siglos XVII - XVIII empiezan a intervenir los médicos, primero con la obstetricia y luego con la ginecología, con un conjunto de técnicas y procedimientos como por ejemplo administración de enemas, rasurado, registros y normas que regulan el comportamiento de los involucrados en estos procesos; de tal manera que el embarazo y el parto dejaron de ser una forma común de conducta social para constituirse en fenómenos biológicos, y concebidos como actos médicos. El embarazo y el parto comenzaron a descontextualizarse del ambiente privado y familiar para ser atendidos en espacios especializados conocidos actualmente como los servicios de salud. En estos nuevos espacios se ha definido el embarazo como una experiencia eminentemente fisiológica, exclusiva de las mujeres a quienes otorga un nuevo estatus social. El parto es concebido como un proceso médico a través del cual se produce la “expulsión o extracción del producto” desde el útero de la mujer. Configurados así estos eventos -que guardan una relación muy estrecha con el cuerpo de las mujeres- están muy lejos de que ocurran en los varones, de allí que actualmente no exista una categorización equivalente o aplicable a ellos, por lo que muchas veces esto suele ser interpretado como que los varones no viven para nada en estos procesos más que la indiferencia, incertidumbre o la expectativa de lo que ocurre en el “vientre de su pareja”¹⁵.

Tradicionalmente, el parto se ha desarrollado en el domicilio y ha constituido un acontecimiento familiar en el que la parturienta vivía su experiencia personal y se encontraba en su entorno, acompañada por sus familiares que le proporcionaban los cuidados necesarios durante el periodo de parto. El hecho de parir en casa suponía para la parturienta un mayor grado de autonomía por la tranquilidad de conocer y dominar el espacio físico, y por el soporte y apoyo proporcionado por la familia que le ayudaba a disminuir la ansiedad que inevitablemente genera el parto¹⁶.

En nuestro país, a partir de la segunda mitad del siglo XX, con las mejoras sociales y económicas junto con los progresos en conocimientos y tecnologías sanitarias, las madres comenzaron a acudir a los hospitales para ser atendidas produciéndose un cambio en relación al nacimiento, pasando a ser atendidas por personal especializado que acudían de forma intermitente para controlar la evolución del parto y que relegaban a la familia a esperar en una sala, y sólo ser avisados una vez que el parto había finalizado. Es un hecho que el parto hospitalario proporcionó seguridad a las parejas pero se perdió, en gran medida, el apoyo afectivo y familiar que rodeaba al parto, convirtiéndose en un evento de aislamiento emocional para las mujeres y de falta de control por parte de la parturienta¹⁶.

En la actualidad, se está viviendo un proceso de cambio respecto al parto normal y a la vivencia del mismo, en el que se plantean modificaciones de actitudes que resultan rutinarias y fuera de la evidencia científica, es lo que se ha denominado “humanización del parto”, poniendo de manifiesto la necesidad de un papel más activo de la mujer y sus familiares. En base a este proceso y a la creciente demanda del mismo en la sociedad, las políticas sanitarias de

muchos hospitales han sido revisadas y se ha animado a las parejas, generalmente masculinos, a que estén presentes durante el proceso del parto manteniendo una participación más activa y una mayor vivencia del mismo. Hay que tener en cuenta que no siempre la pareja es quien desea estar presente durante el proceso del nacimiento, por lo que se debe de garantizar el acompañamiento de la persona que la mujer elija independientemente del grado de parentesco o del tipo de relación que les una¹⁶.

En el contexto actual, el miedo a sufrir durante el parto, les impone la experiencia de la soledad en un ambiente desconocido y que están rodeados de extraños. Al ingresar, la mujer se convierte en un caso recibe un número de registro para su identificación, ya no individual, se vuelve entonces una más para dar a luz. El Ministerio de Salud reconoce que la presencia de acompañante conlleva beneficios y que las mujeres embarazadas que tienen un acompañante durante el parto y después del parto se muestran más seguras y tranquilas durante el proceso, con una disminución de la duración del trabajo de parto y el número de cesáreas. La permanencia de otra persona con la mujer también contribuye a la reducción del riesgo de ser afectados por la depresión posparto¹⁷.

- Conceptualización:

Como bien sabemos, el parto conlleva un nivel alto de ansiedad y tensión que lo convierte indiscutiblemente en un acontecimiento estresante, de desconfianza y miedo para la mujer, que le hace ser más vulnerable y defiende la necesidad y el deseo fuerte de un apoyo. Un instrumento de ayuda para conseguir el objetivo de la humanización del parto es el concepto de apoyo o soporte social. Este concepto se origina durante los años 70 como una variable indispensable en los estudios relacionados con el afrontamiento del estrés en situaciones de crisis. Según la literatura revisada, existen múltiples definiciones en torno al apoyo social y a los efectos del mismo que han ido evolucionando a lo largo de los años intentando realizar una combinación de diferentes explicaciones que recogen los aspectos más relevantes¹⁸.

En 1974 Kaplan lo definió en términos de lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona. Para Gottlieb (1998), el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor. Muñoz define el apoyo social como una práctica de cuidado en la transacción interpersonal que abarca 3 dimensiones: apoyo afectivo (expresión de afecto de una persona hacia otra), apoyo confidencial (aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona) y apoyo instrumental (prestación de ayuda de tipo material)¹⁸.

Por tanto, este apoyo social necesario para la gestante en el momento del parto y que es aportado por la familia o un ser querido, en la mayor parte de los casos por la pareja, ejerce varias funciones¹⁹.

Una de estas funciones es que aporta a la gestante un apoyo emocional que incluye sentimientos de afecto, estima, tranquilidad, elogio, confianza y seguridad que indirectamente le hace sentirse acompañada por alguien cercano que le ayuda a comunicar sus deseos y miedos. Un estudio cualitativo

realizado en Inglaterra en 1999 en el que se analizaban las expectativas y las experiencias vividas en relación al apoyo por parte de la pareja, las gestantes estudiadas destacaban la importancia de tener una cara y una voz conocida, y referían que el saber que la pareja estaba a su lado significaba que de inmediato tenían un apoyo físico y psicológico y que no necesariamente tenía que dar ayuda, sino que la mera presencia era por sí sola un elemento de apoyo. Otra de las funciones es que proporciona consejo convirtiendo al acompañante en un guía que le ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos que van surgiendo a lo largo del proceso como es el dolor, y constituye ayuda tangible y material en la solución del mismo a través de medidas de alivio como el tacto¹⁹.

Por tanto, el acompañante elegido por la mujer, aporta sin duda ayuda práctica y concreta, y aumenta de manera directa la capacidad de afrontar situaciones de estrés actuando como un elemento amortiguador o protector, aumentando la confianza y la competencia personal, y mejorando por tanto el bienestar de la mujer y su autoestima¹⁸.

El acompañamiento en el parto es un derecho, ya que se encuentra avalado por diversos decretos y sociedades científicas. Ya en 1985, La Organización Mundial para la Salud (OMS) en la “Declaración de Fortaleza” recoge que para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Posteriormente, en el 2001, la OMS publica “Los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal” y cita que durante el periodo expulsivo una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Así mismo, por parte del Sistema Nacional de Salud, en el documento “Estrategia de actuación al parto normal” en el que participan diversas sociedades científicas entre las que se encuentran: la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación Española de Matronas y la Comisión Nacional de Especialistas en Ginecología y Obstetricia se contempla, en la parte del acompañamiento durante el proceso de parto, el permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo, así como a promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto¹⁸.

- Estado actual de la cuestión:

En los últimos años se ha establecido una corriente a favor de la recuperación del protagonismo y participación de la mujer en el proceso de parto y todo lo relacionado con su cuidado y la crianza de su hijo. Los profesionales sanitarios atendiendo a las demandas que la sociedad plantea desde una realidad en continuo proceso de cambio, nos vemos en la obligación de dar mejores cuidados en todos los aspectos que se ven implicados en la calidad de su atención²⁰.

En la actualidad la mayor parte de los nacimientos en España se realiza en hospitales de la red pública y privada. La atención al parto en nuestro país es fundamentalmente del tipo intervencionista institucionalizado. En este tipo de parto es necesario reseñar que se han producido importantes avances técnicos

entre los que cabe destacar la mejor monitorización del feto, la telemetría, la analgesia epidural, la inducción farmacológica y los avances derivados de la técnica quirúrgica en el parto por cesárea²⁰.

Hace unos años la matrona asumía los cuidados integrales de la madre y mantenía una relación más estrecha con la misma durante todo el trabajo de parto, entre otras cosas porque su presencia era la única forma de monitorización y control disponible. La relación entre matrona y madre era pues más intensa y la presencia de aquella permitía la asistencia al parto en un ambiente familiar y doméstico donde la madre se encontraba en un medio que le reportaba seguridad y arropada por sus seres queridos. Hoy en día entran en juego muchas variables, que en ocasiones hacen perderla esencia de lo que en realidad es la asistencia al parto normal, como práctica natural unida a la especie humana²⁰.

La intensidad de los sentimientos de la madre durante un período tan sensible hace necesaria la presencia de profesionales formados capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, explicar, educar y dirigir la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla participe en la toma de decisiones, devolviéndole el papel protagonista de su parto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención²⁰.

Creemos que la tecnología y humanización no son excluyentes, ambos son necesarios para una buena atención médica. Con la institucionalización del proceso reproductivo, la mujer tiene acceso a la tecnología y el cuidado de un profesional cualificado²¹.

El Ministerio de Salud establece un protocolo, indicando la necesidad de que la madre tenga un acompañante de su elección. Este seguimiento tiene como objetivo proporcionar constante apoyo y aliento a las mujeres, que proporciona una mayor seguridad y confort durante el parto y el nacimiento²².

Esta ley no garantiza la participación efectiva de la pareja como una persona que ofrece asesoramiento, las medidas de bienestar físico y emocional de la mujer trabajadora. La presencia de un compañero, incluso si es elegido por la mujer sola no se considera sinónimo de apoyo para ambos²³.

Por ello es, la importancia de conocer la satisfacción de las mujeres sobre el acompañamiento, para poder investigar y así aumentar dicha satisfacción.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ❖ ¿Influye la presencia la pareja en la satisfacción de las madres durante el parto?

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Conocer el nivel de satisfacción de la mujer en el proceso de parto cuando está acompañada de su pareja en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos secundarios:

- 1. Describir el perfil de la mujer e identificar posibles diferencias por edad, perfil familiar y paridad
- 2. Identificar las variables que influyen en la satisfacción de la presencia en el parto de la pareja para la madre.
- 3. Construir y validar un cuestionario para medir el grado de satisfacción de las madres en el acompañamiento durante el parto.

MATERIAL Y METODO

Estudio analítico y clinimétrico de corte transversal, realizado mediante metodología cuantitativa a través del modelo de cuestionario adaptado a las variables sociodemográficas y laborales del estudio.

- Tipo y diseño general del estudio:

Con tres componentes de diseño:

- a) Un primer diseño de tipo descriptivo y análisis de conglomerados, para formar grupos de individuos los más homogéneos posibles dentro de cada grupo y lo más heterogéneo posible en los diferentes conglomerados, en función de las variables edad, perfil familiar y paridad para el objetivo específico 1.
- b) Un segundo componente en el que realizaremos una regresión logística binaria, para obtener una función lineal de las variables independientes para clasificar a los individuos en una de las dos subpoblaciones o grupos establecidos por los dos valores de la variable dependiente (satisfacción con la presencia de la pareja en el parto). Con esto daremos respuesta al objetivo específico 2.
- c) Un tercer componente de carácter clinimétrico (validez y fiabilidad) y descriptivo de los ítems y dimensiones del cuestionario, para alcanzar el objetivo específico 3.

- Contextualización del estudio:

La investigación se llevará a cabo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. (www.huvr.es).

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla es, un centro público del Servicio Andaluz de Salud, organismo de gestión sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción

asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica española, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional. Es definido como Hospital básico para 553.605 personas, de referencia provincial para 1.336.925 personas y de referencia regional para 1.446.815 personas.

POBLACIÓN ASIGNADA COMO HOSPITAL BÁSICO

Base de Datos de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud

Distrito	
Sevilla	428.246
Aljarafe	89.647
Sevilla Sur	35.712
Total	553.605

POBLACIÓN ASIGNADA COMO HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL

Base de Datos de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud

Provincia	Distrito	Población
SEVILLA	Sevilla Sur	363.451
	Sevilla	268.467
	Sevilla Norte	267.698
	Aljarafe	266.678
	A. G. S. de Osuna	170.631
Total		1.336.925

POBLACIÓN ASIGNADA COMO HOSPITAL DE REFERENCIA REGIONAL

Base de Datos de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud

Provincia	Distrito	Población
CÁDIZ	Bahía de Cádiz-La Janda	491.793
	Jerez-Costa Noroeste	328.684
	A. G. S. Campo de Gibraltar	255.346
	Sierra de Cádiz	89.749
HUELVA	Huelva-Costa	197.357
	Condado-Campiña	78.140
	A.G.S. Norte de Huelva	2.080
CÓRDOBA	Guadalquivir	3.666
Total		1.446.815

Fig. 1 nº de población de referencia en el H.U. Virgen del Rocío. Fuente: www.huvr.es

Dentro de esta Ciudad Sanitaria contamos con unas infraestructuras relativamente modernas, dispone de 186 camas funcionantes instaladas, 10 camas de dilatación, 6 camas de monitorización (alto riesgo obstétrico), 4 paritorios, 6 camas de observación postparto, historias clínicas informatizadas, y Servicio de Neonatología. El equipo obstétrico responsable de la asistencia y cuidados, tanto médico como de matronas, enfermeras y personal auxiliar, es un equipo experimentado.

- Población y Muestra:

Puérperas de parto eutócico mayores de 16 años, atendidas en el trabajo de parto e ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con feto en presentación cefálica y sin factores de riesgo durante la gestación, acompañadas durante el proceso de sus parejas.



- | | |
|---|---|
| 1 Centro de Documentación Clínica | 11 Salud mental |
| 2 Hospital General | 12 Edificio de Gobierno |
| 3 Hospital de Rehabilitación y traumatología | 13 Centro de Diagnóstico y tratamiento |
| 4 Hospital de la mujer | 14 Anatomía Patológica y S.S. Funerarios |
| 5 Hospital Infantil | 15 Helipuerto |
| 6 Central térmica | 16 Instituto de biomedicina de Sevilla - IbIS |
| 7 Lavandería Central | 17 Edificio de Gestión de Recursos |
| 8 Edificio de Laboratorios | 18 Almacén Central |
| 9 Centro Regional de transfusiones Sanguíneas | 19 Cocina Central |

Fig. 2 Plano del H.U. Virgen del Rocío. Fuente: www.huvr.es

DIAGNÓSTICOS	EPISODIOS					PACIENTES
	Total Ingresos	Hombres	Mujeres	Edad Media Hombre	Edad Media Mujer	
PARTOS	7.413	-	7.413	-	31	7.396

Fig. 3. Nº de partos en el HUVR. Fuente: CMBDA www.huvr.es

- Tamaño muestral:

Durante el año 2011, en el servicio de paritorio del Hospital Universitario Virgen del Rocío se atendieron 7413 partos.

Teniendo como referencia estas cifras, formarán parte del estudio todos los partos que cumplan los criterios de inclusión en el mismo y que se realicen en el periodo de un año en dicho hospital: desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 1 de octubre de 2014.

Se hará un cálculo de la muestra para una población 7413 partos anuales²⁴. Para el cálculo de nuestra muestra utilizaremos un nivel de confianza

del 95%, una p de 0.5 y un error del 5%, y asumiendo una tasa de reposición del 30% Teniendo como resultado una muestra de 103 mujeres (n) *.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

* N= Total de toda la población

* $Z_{\alpha}^2 = 1,96^2$ (ya que la seguridad es del 95%).

* p = proporción esperada (0,5).

* q = 1-p (en este caso 1-0,5=0,5).

* d = precisión (en este caso deseamos un 0,1).

Tasa de reposición del 30%.

* Cálculo sobreestimado, al considerar todos los partos como partos eutócicos.

- Estrategia de muestreo:

Se realizará un Muestreo Accidental o Casual, ya que por las características del estudio, el criterio de selección en nuestro caso, va a depender de la posibilidad de acceder a ellos, es decir vamos a utilizar los sujetos que las condiciones nos permiten.

→ Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 16 años que ingresen y estén acompañadas por su pareja durante el parto

Nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.

Embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal.

Parto vaginal.

→ Criterios de exclusión

Embarazo de alto riesgo, y/o riesgo neonatal elevado.

No ser capaz de leer y escribir correctamente en castellano.

No firmar el consentimiento informado (Anexo II).

Complicaciones maternas puerperales graves que requieran estancia en unidades de cuidados críticos.

Complicaciones neonatales que precisen ingreso de más de 24 horas en el Servicio de Neonatología.

- Variables y categoría:

La obtención de la información se hará mediante un cuestionario que autocumplimentarán las madres que están acompañadas por su pareja (anexo 1), previamente se les explicará en qué consistirá el mismo y se les solicitará su colaboración.

Variables sociodemográficas:

NOMBRE	TIPOS	VALORES
Edad	Cuantitativa discreta	Años
Nacionalidad	Cualitativa nominal	Española, Francesa, Inglesa...
Situación laboral	Cualitativa nominal	Activa, en paro, ama de casa, jubilada, baja...
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera, casada, divorciada, viuda...
Nivel de estudios	Cualitativa ordinal	Ninguno/primarios, graduado, bachiller o universitario
Número de partos	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...

Variables sobre la pareja y satisfacción:

NOMBRES	TIPOS	VALORES
Acompañamiento durante el parto	Cualitativa dicotómica	Si, No
Motivo acompañamiento	Cualitativa nominal	Iniciativa propia, decisión conjunta, por petición de ella.
Momento más importante	Cualitativa nominal	Dilatación, expulsión...
Tranquilidad	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Apoyo	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Utilidad	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Lazo afectivo	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Calidad asistencial	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
Acompañamiento en futuros partos	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...

Variable dependiente:

Nivel de satisfacción	Cuantitativa discreta	1, 2, 3...
-----------------------	-----------------------	------------

Para la prueba piloto se seleccionarán 20 gestantes cuyo parto tenga lugar en el hospital Universitario Virgen del Rocío y que cumplan los criterios de inclusión en el estudio.

Una vez seleccionadas, se les ofrecerá participar en el estudio y en caso afirmativo, se entregará la hoja informativa y el consentimiento informado del estudio.

El principal objetivo de la prueba piloto es comprobar si el cuestionario de satisfacción elaborado por el investigador es comprendido por las mujeres, así como si alguna de las afirmaciones que forman parte del mismo no es entendida o da a error en su interpretación. Así mismo, con los datos obtenidos

de la prueba piloto, se realizarán las medidas correctoras oportunas con la finalidad de minimizar los posibles sesgos del estudio, siendo reformulado las cuestiones que no se entiendan completamente, con la intención de obtener información fiable.

Las entrevistas tendrán lugar en las primeras 12-24 horas después del parto una vez que la puérpera esté en un ambiente tranquilo y relajado como puede ser su propia habitación del hospital.

Finalmente, una vez que hayamos comprobado la fiabilidad del cuestionario, el investigador explicará el estudio que se va a realizar y la encuesta a rellenar a la puérpera. Si la madre está de acuerdo en participar, firmará un consentimiento informado. Una vez contestada la encuesta en la que se recogen todas las variables anteriormente citadas, se guardará en un sobre cerrado y se depositará en un cajetín destinado a tal fin. Deberá responderse en presencia de un entrevistador o con la posibilidad de consulta si alguna de las preguntas no se entiende.

- Análisis de los datos:

Para el análisis univariante de las variables cuantitativas se utilizarán la Med \pm DS (media, desviación estándar) y el rango (mínimo y máximo) o P50 [P25-75] (mediana, rango intercuartílico). Las variables cualitativas se representarán mediante frecuencias absolutas, frecuencias relativas y porcentajes junto con sus intervalos de confianza al 95%.

Las variables cualitativas ordinales se resumieron como variables cuantitativas o mediante su valor modal. Se calculará la varianza o diversidad de opiniones estimadas en la población ya que ésta puede ser diferente según la respuesta de las madres encuestadas, ya que cuando se produce mayor diversidad de opiniones se necesita mayor número de sujetos y viceversa.

En el análisis bivariante se calculará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el supuesto de normalidad y la prueba T-Student para comparar las medias (en caso de presentar normalidad), la prueba U de Mann-Whitney (en caso contrario).

En este estudio se realizará para el objetivo específico 2 la regresión logística binaria de la satisfacción entre paridad, edad y perfil familiar. La regresión logística consistirá en obtener una función lineal de las variables independientes para clasificar a los individuos en una de las dos Subpoblaciones o grupos establecidos por los dos valores de la variable dependiente.

Las etapas de la regresión logística son las siguientes:

1. Recodificar la variable dependiente en 0 y 1.
2. Evaluar los efectos de confusión y de interacción del modelo explicativo.
3. Evaluar la bondad de ajuste de los modelos mediante el test de Hosmer y Lemeshow, que consiste en un contraste de distribución donde la hipótesis nula es que no hay diferencias entre los valores observados y los valores pronosticados. Este estadístico es un método para evaluar el modelo y es más robusto que el estadístico de bondad de ajuste utilizado tradicionalmente en la regresión logística.

4. Analizar la fuerza, sentido y significación de los coeficientes, sus exponenciales y estadísticos de prueba mediante el método por pasos hacia delante (Wald).

Para el objetivo específico 3, el estudio de la coherencia de escalas se analizará mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, que evalúa la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, como las escalas tipo Likert.

El índice estadístico más utilizado y apropiado para evaluar la reproductibilidad en el caso de las variables cuantitativas es el coeficiente de correlación intraclass (CCI), se evaluará mediante el análisis test-retest en una submuestra de 20 pacientes que lo cumplimenten en dos ocasiones. Combina una prueba de correlación con una prueba de diferencia de medias, de forma que corrige el error sistemático

Para detectar las posibles relaciones de las variables numéricas con la satisfacción laboral se realizará el estudio paramétrico de correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson) contrastado con el estudio no paramétrico de correlaciones (coeficiente de correlación Rho de Spearman).

- Validez:

El estudio de la validez de contenido del cuestionario, se realizará mediante la técnica del grupo nominal. Los profesionales analizarán la validez de dicho cuestionario en su contexto de intervención concreto, para seguidamente elaborar un protocolo de registro

La validez de constructo se evaluará mediante análisis factorial de los componentes principales, con objeto de encontrar grupos homogéneos de variables que se correlacionen mucho entre sí. Los grupos deben ser inicialmente independientes entre sí.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El acceso a las bases de datos estará restringido, respetando con ello las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). Los investigadores responsables garantizarán la seguridad de las bases de datos, que no podrán ser utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

La participación en esta encuesta es totalmente libre, voluntaria y anónima. Se administrará una hoja de consentimiento informado a cada participante (Anexo II), previamente a la realización de la entrevista en el hospital. En ella se explicarán los objetivos y procedimientos del estudio y se asegurará la confidencialidad de los datos.

Requerimos la participación mediante cumplimentar una encuesta sobre su experiencia en el proceso del parto, de forma totalmente anónima. Una vez finalizada la fase de las encuestas, los datos referidos de la persona serán

eliminados, en ningún momento serán utilizados para ningún otro fin distinto del análisis de los datos agrupados (sin datos personales)

El estudio se presentará en el comité de ética del Hospital Universitario Virgen del Rocío para su aprobación.

REFLEXIONES FINALES

- Limitaciones:

Las limitaciones del estudio provienen del diseño epidemiológico elegido (estudio descriptivo de corte transversal); al tratarse de un estudio descriptivo, la falta de secuencia temporal entre los factores independientes y el efecto, imposibilita establecer inferencias causales, especialmente en lo relacionado a los resultados que se obtengan en el modelo de regresión logística.

También, la participación voluntaria siempre puede incurrir en un potencial sesgo de selección, puesto que puede que las mujeres que deciden participar y contestar a la encuesta no sean comparables a las que no quieren participar en el estudio. Para ello, se recogerán determinadas variables de todas las mujeres que cumplen criterios de inclusión (variables sociodemográficas), con objeto de intentar evaluar la comparabilidad de ambos grupos. La influencia de los factores de confusión se intentará controlar en el análisis mediante la creación de un modelo multivariado. Tras realizar una primera valoración que estima las posibles limitaciones del estudio, se debe tener presente un porcentaje de pérdidas postaleatorización relacionadas con los criterios de inclusión y exclusión en el proyecto.

Otra limitación que encontramos en este estudio y que hay que valorar también, es que estamos ante un trabajo realizado con la pareja como acompañante por lo tanto no podemos conocer el nivel de satisfacción de las madres cuando estén acompañadas por otro acompañante (como puede ser la madre, hermana...)

Finalmente, la validez externa de la muestra está limitada a las mujeres que acuden al hospital del estudio, puesto que no se trata de una selección aleatoria de todas las mujeres posibles de Sevilla; habrá mujeres dentro de esta ciudad que sean atendidas en otros hospitales o incluso en otras áreas.

- Resultados:

Los hallazgos que esperamos obtener estimularían iniciativas para promover el acompañamiento aún más en las salas de dilación y parto, a las gestantes con su pareja. Además de que la presencia de éste en el proceso del parto creemos que aumentaría más el lazo afectivo padre-hijo. Esto es aún más necesario cuando se trata de madres primíparas, embarazo múltiple, distócico o como por ejemplo gestante adolescente, por su vulnerabilidad psicosocial debido a la temprana edad con que inician la maternidad.

Esta experiencia demostraría que es posible realizar una intervención de bajo costo en un hospital público, que ayuda a personalizar el proceso del nacimiento y aumenta la satisfacción de la mujer.

- Prospectiva:

Por otra parte, sería interesante continuar con el estudio en un futuro para conocer la participación y el nivel de satisfacción de los propios padres como acompañantes de la mujer durante el parto. También de este estudio se obtendrá un instrumento validado que permitirá evaluar el nivel de satisfacción en España, lo que permitirá realizar nuevos estudios con diseños analíticos para comprobar hipótesis adicionales o incluso para evaluar la eficacia de medidas destinadas a la mejora en el nivel de satisfacción.

Como prospectiva, creemos adecuado realizar este estudio también en mujeres con parto distócico, que por las características de la entidad hospitalaria actualmente no permite el acompañamiento en este tipo de situaciones. Ya que esta es una situación de gran vulnerabilidad y podemos definirla como un círculo vicioso, ya que al ser un momento delicado para la mujer; debido a los nervios, miedo y angustia que siente hacia sí misma y su hijo, el no estar acompañada creemos que no ayuda, sino que incrementa aún más ese nerviosismo, miedo y angustia al no tener un apoyo de confianza a su lado durante este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Piccinini CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RS, Tudge J. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol. Reflex. Crít.* Set-Dez. 2004;17(3):303-314.
- 2 Indriuna FR, De Lourenzi AL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Florianópolis.* 2001;20(3):245-252.
- 3 Boletín oficial de la Junta de Andalucía. Decreto de ley 105/95 de 18 abril. Junta de Andalucía.1995.
- 4 Gutiérrez J, Jiménez MC, Pérez ML, Gallego M, Linares M. ¿ Por qué reclaman los usuarios. *Rol de enfermería.* 1997;20(230):12-16.
- 5 Consejería de salud. Plan andaluz de salud. Junta de Andalucía. 1993;84.
- 6 Storti, JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
- 7 Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional. *Paidéia.* 2005;15(30).
- 8 Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin.* 2000;114(Supl 3):26-33.
- 9 Fenwick J, Hauck Y, Downie J et al. The childbirth expectations of a self-selected cohort of western Australian women. *Midwifery.* 2005;21:23-35.
- 10 Hauck Y, Fenwick J, Downie J, et al. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery.* 2007;23:235-247.
- 11 Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing.* 2004;46:212-219
- 12 Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31:742-752.

- 13 Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón M^a Del C, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006; Rev Esp Salud Publica 2007;81 (6)
- 14 Ministerio de Sanidad, Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- 15 Figueroa JG. Compilador. La condición de la mujer en el espacio de la salud. Programa de salud reproductiva y sociedad. Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano. El colegio de México. 1998; 226.
- 16 García Martínez MJ. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cult Cuid. 2008;24:40-47.
- 17 Santos DS, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery. 2009;13(3):582-588.
- 18 Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm glob. 2009;16:1-11.
- 19 Gil B. Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. Matronas Prof. 2000;2:37-44.
- 20 Borquez H, Wieggers TA. Comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. Midwifery. 2006;22(4):339–347.
- 21 Spanó AM, Amorin L, Sartorato A, Stefanello J, Azevedo F. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta paul. Enferm. 2007;20(2):131-137.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação do Programa de Humanização ao Pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2000;569(8):1-4.
- 23 Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2005;21(5):1316-1327.
- 24 Murray R, Spiegel y Larry J. Stephens. Estadística. México, D.F. Mc Graw-Hill;2009.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LA MUJER EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE SU PAREJA DURANTE EL PARTO

Edad: Nacionalidad: Estado civil:
Situación laboral: Nivel de estudios: Nº partos:

1. ¿Su pareja le ha acompañado durante el parto?
SI
NO ¿Quién le ha acompañado? _____
2. Le ha acompañado por:
Por iniciativa propia
Por petición de usted
Decisión conjunta
3. ¿En qué momento cree que ha sido más importante su presencia?
Durante la dilatación
Durante la expulsión
Durante el alumbramiento
Todos los anteriores
4. ¿Ha estado más tranquila al tener a su pareja al lado durante el parto? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
5. ¿Se ha sentido más apoyada al estar con su pareja durante el parto? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
6. ¿Considera útil estar acompañada de su pareja? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
7. ¿Cree que la presencia de su pareja en el momento del parto puede unir más aun el lazo afectivo padre-hijo? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
8. ¿Considera que el acompañamiento en el parto mejora la calidad asistencial? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
9. ¿Le gustaría que en futuros partos volviera a acompañarle su pareja? (puntúe del 1 al 10; siendo 1 el valor más bajo y 10 el más alto)
10. Por último, puntue del 1 al 10 según su grado de satisfacción, la experiencia que ha tenido, (siendo 1= grado de satisfacción más bajo y 10= grado de satisfacción más alto)

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Análisis de la satisfacción de las madres durante el parto que son acompañadas por su pareja en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

El presente estudio "satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el hospital universitario Virgen del Rocío." pretende construir un listado de ítems que al ser medidos mediante cuestionarios, den como resultado el grado de satisfacción de la experiencia en su acompañamiento.

Solamente trataremos datos en relación a su problema de Salud, y siempre bajo el marco de privacidad y protección de la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal así como su reglamento de desarrollo.

Requerimos su participación mediante cumplimentar una encuesta sobre su experiencia en el proceso del parto, de forma totalmente anónima. Una vez finalizada la fase de las encuestas, los datos referidos a su persona serán eliminados, en ningún momento serán utilizados para ningún otro fin distinto del análisis de los datos agrupados (sin datos personales)

El objetivo principal de esta investigación es observar el nivel de satisfacción de las mujeres acompañadas por su pareja en el proceso del parto, para así poder describir el perfil de la mujer, las variables que influyen en la satisfacción y conocer el nivel de participación de las parejas.

Los resultados obtenidos (donde no se publicará ningún dato de carácter personal) servirán para la elaboración de publicaciones y comunicaciones en aprovechamiento de la Comunidad Científica.

Le agradecemos de antemano poder contar con su colaboración.