



Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio

~ Tesis Doctoral ~

M^a Dolores Pozo Cano

Universidad de Granada

Facultad de Medicina · Facultad de Ciencias de la Salud

Granada, 2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: María Dolores Pozo Cano

ISBN: 978-84-9125-493-5

URI: <http://hdl.handle.net/10481/42257>



Facultad de Medicina · Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

UGR · 2015



UGR | Universidad
de Granada

El doctorando **Doña María de los Dolores Pozo Cano** y los directores de la tesis **Don Jesús Florido Navío, Don José Francisco Guillén Solvas y Doña Inmaculada García García** garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 13 de Noviembre de 2015

Director/es de la Tesis

Fdo.: D. Jesús Florido Navío

Doctoranda

Fdo.: María de los Dolores Pozo Cano

Fdo.: D. José Francisco Guillén Solvas

Fdo.: D. Inmaculada García García

A mis padres, Venancio y Carmen

In memórium a Doña Pilar Arcas Ruíz,

*por iniciar, animar e ilusionar a
las Enfermeras en la Investigación*

AGRADECIMIENTOS

Una vez llegado el momento de concluir esta tesis quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han participado, se han preocupado, y han hecho posible la realización de este trabajo.

En primer lugar a mis tres directores de Tesis, para los que tengo solamente palabras de gratitud, D. Jesús Florido Navío, D. José Francisco Guillen Solvas y Doña Inmaculada García García. A ellos les agradezco que hayan confiado en mí y en mi trabajo desde el primer momento que les planteé hacer esta tesis, por su inagotable paciencia y disponibilidad absoluta. Cada uno en su estilo y con su personalidad han sabido motivarme y transmitirme la confianza y el apoyo necesario para seguir adelante en esta tarea, así como enseñarme a disfrutar de la investigación.

A las matronas Doña Carmen Lorca, Doña María José Lizcano y Doña Amor Santos por su ayuda con las encuestas. A Doña Manuela Colomo y Doña Rosa Salazar y Doña Encarnación Ortega por su disponibilidad a ayudarme.

A los bibliotecarios D. Rafael Olivares por su gran ayuda en la búsqueda bibliográfica y a D. Antonio Gámiz por su disposición y solidaridad a proporcionarme el material que le solicitaba.

A mi compañera Doña Olga Ocón por sus buenos consejos, su generosidad y transmitirme que siempre podía contar con ella.

A mis compañeras Doña M^a Carmen Navarro y Doña Encarnación Martínez por su apoyo, colaboración y buena disposición a ayudarme, siempre que lo he necesitado.

A mis compañeros de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Departamento de Enfermería de esta Universidad por sus frecuentes manifestaciones de ánimo y apoyo.

A mi hermano Venancio Pozo por su apoyo, confianza en mí y por cuidar de nuestra madre para que yo pudiera realizar este trabajo con tranquilidad.

A mis amigas, amigos familiares y allegados por sus muestras de cariño y aliento durante la realización de esta tesis.

Al personal de Enfermería de las plantas de las Unidades de Obstetricia del Complejo Hospitalario Granada (Virgen de las Nieves y San Cecilio) por estar siempre dispuestas a colaborar conmigo y a sus supervisoras.

A todas las mujeres que voluntariamente han colaborado en la realización de las encuestas, por tiempo que invirtieron y que no dedicaron a su hijo recién nacido, sin cuya participación no se podría haber realizado este trabajo.

Índice



11 :: ÍNDICE**17 :: PRESENTACIÓN****23 :: INTRODUCCIÓN****[25] PARTE I. EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO A LO LARGO DE LA HISTORIA****[27] CAPÍTULO 1 Prehistoria****[29] CAPÍTULO 2 Antigüedad**

[29] 2.1 La civilización egipcia

[30] 2.2 El mundo hebreo

[32] 2.3 Las civilizaciones de Mesopotamia

[32] 2.4 India

[32] 2.5 La civilización griega

[35] 2.6 La civilización romana

[37] 2.7 Bizancio

[39] CAPÍTULO 3 La Edad Media

[39] 3.1 Costumbres y prácticas asociadas con el parto la Edad Media

[40] 3.2 Aparición de los estudios y escritos médicos

[41] 3.3 Magia medieval y asociación entre brujería y atención al parto

[42] 3.4 La atención al parto a través de los médicos árabes

[43] 3.5 La atención al parto en Al-Ándalus o España musulmana

[49] CAPÍTULO 4 Finales de la Edad Media y principio de la Edad Moderna

[49] 4.1 El Renacimiento

[53] 4.1.1 EL RENACIMIENTO EN ESPAÑA

[57] CAPÍTULO 5 Edad moderna

[57] 5.1 Siglo XVII

[59] 5.1.1 EL SIGLO XVII EN ESPAÑA

[62] 5.2 Siglo XVIII

[63] 5.2.1 ESPAÑA EN EL SIGLO XVIII

[65] 5.2.1.1 Los manuales de obstetricia en España

[66] 5.2.2 LAS NUEVAS OPERACIONES OBSTÉTRICAS

[69] CAPÍTULO 6 **Edad Contemporánea**

[69] 6.1 Siglo XIX

[70] 6.1.1 LA ANESTESIA EN LA OBSTETRICIA

[71] 6.1.2 EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE PUERPERAL

[73] 6.2 Siglo XX

[73] 6.2.1 EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO

[73] 6.2.2 ANESTESIA EPIDURAL

[75] 6.2.3 EL DESCUBRIMIENTO DE LOS GRUPOS SANGUÍNEOS

[75] 6.2.4 LOS ULTRASONIDOS

[76] 6.2.5 EL MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)

[77] 6.2.6 MORTALIDAD MATERNA

[77] 6.2.7 HEMORRAGIA ANTEPARTO

[78] 6.2.8 PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

[79] 6.2.9 DEPRESIÓN POSTPARTO

[82] 6.2.10 ASISTENCIA AL PARTO DESDE EL SIGLO XX HASTA LA ACTUALIDAD

[83] 6.2.10.1 Inducción del parto

[84] 6.2.10.2 Duración del parto

[85] 6.2.11 LA ATENCIÓN AL PARTO EN LA ACTUALIDAD

[95] PARTE II. **EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL EMBARAZO**[97] CAPÍTULO 7 **Control del embarazo de forma irregular**[103] CAPÍTULO 8 **Control del embarazo de forma regular y rutinaria**[109] PARTE III. **EDUCACIÓN MATERNA**[111] CAPÍTULO 9 **Educación Maternal**

- [112] 9.1 Educación Maternal a lo largo de la historia
- [116] 9.2 Educación Maternal en la actualidad
- [118] 9.3 Características de las mujeres que acuden a Educación Maternal
- [119] 9.4 Motivos para participar en la Educación Maternal o prenatal
- [120] 9.5 Ventajas de la Educación Maternal para la madre
- [122] 9.6 Satisfacción de las embarazadas con la Educación Maternal

[123] PARTE IV. LA SATISFACCIÓN

[125] CAPÍTULO 10 La satisfacción

- [125] 10.1 Satisfacción del paciente o usuario
- [129] 10.2 Aspectos o factores que pueden influir en la satisfacción del paciente
- [132] 10.3 Medida de la satisfacción
- [136] 10.4 Medida de la satisfacción con la atención al proceso del embarazo, parto y puerperio

141 :: OBJETIVOS

- [143] 1. **Objetivo general**
- [143] 2. **Objetivos específicos**

145 :: METODOLOGÍA

- [147] 1. **Diseño del estudio**
- [147] 2. **Contexto**
- [147] 3. **Población de estudio**
- [148] 4. **Variables**
 - [148] 4.1 Variables sociodemográficas
 - [148] 4.2 Variables clínicas
 - [150] 4.3 Otras variables
- [150] 5. **Procedimiento**
- [151] 6. **Instrumentos de medida**
 - [151] 6.1 Cuestionario construido para esta investigación
 - [151] 6.2 Cuestionario de satisfacción con la atención al embarazo

[152] 6.3 La escala WOMBLSQ4

[153] 6.4 Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

[154] 7. **Análisis de los datos**

157 :: RESULTADOS

203 :: DISCUSIÓN

[205] 1. **Discusión**

[207] 1.1 La satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante el embarazo y con los profesionales

[209] 1.2 La satisfacción y las variables sociodemográficas y clínicas

[210] 1.3 La estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario WOMBLSQ4 de satisfacción de la mujer con la atención recibida en el parto

[216] 1.4 La satisfacción de las mujeres en el proceso del parto en aquellos estudios que validaron este instrumento

[216] 1.5 La satisfacción durante el parto y las variables sociodemográficas y clínicas

[231] 1.6 Riesgo de depresión postparto

[232] 1.7 Variables relacionadas con el riesgo de depresión postparto

[235] 2. **Limitaciones y líneas de futuras investigaciones**

[231] 2.1 Limitaciones a nuestro estudio

[231] 2.2 Líneas de investigación futura

[232] 2.3 Recomendaciones para futuras investigaciones

237 :: CONCLUSIONES

241 :: BIBLIOGRAFÍA

275 :: ANEXOS

[277] ANEXO 1 **Encuesta de percepción de satisfacción en puerperas**

[295] ANEXO 2 **Factores de riesgo del Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio en Andalucía**

[301] ANEXO 3 **Difusión de la investigación**

[305] ANEXO 4 **Indicios de calidad**

Presentación



En las últimas décadas la satisfacción del paciente con la atención sanitaria recibida ha sido motivo de atención de los profesionales de la salud. Como consecuencia de ello se han realizado numerosos estudios para conocer la satisfacción de los usuarios. Estos estudios aportan información sobre las necesidades y expectativas de los usuarios, las cuales se convierten en requisitos y objetivos de calidad que sirven para reorientar los servicios y avanzar hacia la mejora de los mismos.

Posiblemente, uno de los aspectos en los que se pueda profundizar, sea la satisfacción de las mujeres embarazadas con la atención al proceso del embarazo, parto y puerperio. Los estudios realizados en nuestro ámbito muestran altos porcentajes de mujeres satisfechas. Algunos de ellos abordan la satisfacción con la atención recibida a través de una única pregunta y otros se refieren a aspectos parciales del seguimiento de su embarazo, como la Educación Maternal.

La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de su hijo está relacionada con muchos factores. Hodnett (2002), 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 decisiones.

Conocer las necesidades de las embarazadas y las expectativas en relación al control del embarazo y la asistencia al parto, para intentar dar respuesta a las primeras y conseguir que se cumplan las segundas es uno de los retos que debemos plantearnos los profesionales de la salud.

Con el fin de evaluar la satisfacción de las madres andaluzas con el control del embarazo, la asistencia al parto y la salud mental durante la última semana del embarazo se administraron los siguientes cuestionarios: El cuestionario de satisfacción con la atención al embarazo que fue diseñado y validado por Maderuelo et al. (2006), en España, la escala WOMBLSQ4 que es una herramienta, diseñada y validada por Smith (2001) en el Reino Unido y la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) creada por Cox, Holden, & Sagovsky, (1987).

En el primer capítulo de la presente Tesis Doctoral se realiza un recorrido histórico por la asistencia al parto, en él podemos observar como ha sido la asistencia al mismo desde la prehistoria hasta la actualidad. Desde las diferentes posturas que adoptaba la mujer para dar a luz (las posturas verticales como en cuclillas, sentada, de pie, hasta que con la llegada de Mauriceau que introduce a la mujer en la cama para este evento). Paralelamente se describe como ha sido la asistencia al parto en España hasta la mitad del siglo XX. Este capítulo muestra los distintos descubrimientos científicos que han llegado hasta la actualidad y que han ayudado al control del embarazo y la asistencia al parto, como el uso del fórceps, la ecografía, los registros cardiotocográficos y el uso de la analgesia epidural, entre otros.

También se relata la evolución en la atención al embarazo desde la antigüedad, de forma no rutinaria, hasta que se instaura de forma rutinaria y en la actualidad.

La Educación Maternal como parte importante del control del embarazo se describe desde sus comienzos hasta la actualidad teniendo en cuenta sus ventajas, los motivos por los que a las gestantes realizan estos cursos así como el perfil de las embarazadas que asisten a los mismos.

Así mismo, describir cuáles son los aspectos que pueden influir en la satisfacción de los usuarios, los determinantes de la misma y como se puede medir esta satisfacción de los pacientes en general y de las puerperas en particular, constituye la parte final de este primer capítulo.

En el siguiente capítulo nos planteamos el objetivo general y los específicos. Para verificar estos objetivos se realiza la planificación de un estudio transversal descriptivo que se efectúa en dos centros hospitalarios de Granada. Describimos los criterios de inclusión y exclusión de la muestra así como las distintas variables y los diferentes cuestionarios que se utilizan en este trabajo. Con posterioridad realizamos una descripción del procedimiento utilizado para la recogida de datos. En último lugar exponemos el programa informático utilizado para la gestión de los datos.

El capítulo correspondiente a los resultados, se exponen los obtenidos en el estudio. La descripción de los diferentes resultados se estructuran en función de los objetivos específicos. Realizamos un análisis descriptivo de la muestra de estudio, se analiza la existencia de diferencias significativas, se determina la estructura factorial y la fiabilidad de un cuestionario de satisfacción utilizado en el estudio. También se identifican las variables que se relacionan con el riesgo de depresión en las mujeres de la muestra.

A continuación se discuten los resultados obtenidos que son organizados en función de los distintos objetivos. Esta discusión se plantea con el fin de explicar los resultados en relación con el marco teórico planteado, así como con todos aquellos resultados que otros investigadores obtuvieron en estudios similares.

Finalmente se incluyen las conclusiones al respecto de los objetivos planteados y un apartado de limitaciones que reconocemos en esta investigación y líneas futuras de investigación al respecto.

Introducción



PARTE I

Evolución de la asistencia al parto a lo largo de la historia

Realizar un recorrido histórico sobre la atención al embarazo y, sobre todo, la asistencia al parto, permite observar que este último ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas. Además, en las civilizaciones antiguas, estas prácticas no estuvieron exentas de mitos y supersticiones.

CAPÍTULO 1

Prehistoria

Durante esta época, el estilo de vida y las circunstancias adversas que debieron rodear al Homo Sapiens hace pensar que solo las mujeres capaces de tener partos naturales podían dar a luz y sobrevivir. En ese período, el embarazo debía ser un acontecimiento biológico aceptado, de duración desconocida y probablemente la mujer daría a luz sola, o ayudada por otra mujer (Towler & Bramall, 1997; Linares Abad, 2009).

En el Neolítico, la mujer se responsabilizaba de los cuidados domésticos, la salud, la asistencia a los partos y los cuidados de los recién nacidos (Linares Abad, 2009).

La postura del parto utilizada en esta época, difería mucho de la que se usa en la actualidad, sin embargo, algunas de estas posturas se están volviendo a utilizar (Gayeski & Brüggemann, 2009). Aunque se puede defender que en algunas culturas, aquellas posturas no se han abandonado. Actualmente la OMS recomienda que la mujer no sea colocada en posición de litotomía durante el trabajo de parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996). La postura vertical, utilizada en esta etapa de la historia, podía ser en cuclillas o con las rodillas sobre piedras de gran tamaño (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995).

En la zona denominada la Media Luna Fértil, situada en la actualidad en el Sureste de Turquía, se encontraron figuras de arcilla y terracota que muestran mujeres agachadas o de rodillas dando a luz, es de suponer que la persona que le asistiera el parto tuviera un rol pasivo limitándose a ayudar a recibir al niño (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995).

La costumbre consistía en que el acompañamiento de la embarazada durante el parto lo hicieran una o varias mujeres (Linares Abad, 2009). Los hombres no solían estar en los partos que eran considerados acontecimientos privados. Así, en las tribus primitivas que habitaban en la Isla Chanwich, construían una pequeña cabaña para que no se pudiera ver a la parturienta, y ésta estaba acompañada por su madre u otras mujeres de la familia. Aunque existía la excepción, y en lugares como en Kamschatka (en el norte de la antigua Unión Soviética), las mujeres daban a luz en presencia de todos los habitantes del poblado (O'Dowd & Philipp, 1995), o como en las islas Sanwich en Oceanía, donde el parto era un espectáculo público (Reverte Coma, 2013).

En aquella época el cordón umbilical se cortaría con una piedra afilada o con los dientes (Towler y Bramall, 1997) y en algunas comunidades se permitía que un hombre cortara el cordón con una piedra y luego le hiciera un nudo. Esta costumbre de cortar el cordón por una persona distinta a la asistente al parto, recogida en los escritos de G. H. de Langsdorff y publicados en Frankfurt en 1812, describen que se ponía un paño en el suelo y otro sobre la mujer que estaba de parto. Una vez que había dado a luz, era el marido el que cortaba el cordón. Esta práctica se mantiene aún en Brasil donde para este fin, se utiliza la cáscara de un crustáceo (O'Dowd & Philipp, 1995). Actualmente en nuestro contexto, cuando las condiciones lo permiten, se invita al padre a cortar el cordón umbilical de su hijo/a, o incluso a la persona distinta del padre que pueda estar acompañando a la mujer (Decreto 101/1995, 1995).

CAPÍTULO 2

Antigüedad

2.1 La civilización egipcia (3.000-340 a. C.)

En la mayoría de los países musulmanes y en el antiguo Egipto antes del Islám, como hemos descrito anteriormente, las parturientas eran atendidas solo por mujeres. Se piensa que el desarrollo de la Obstetricia y la Ginecología comenzaron en el valle del Indus donde había una floreciente civilización. El papiro Westcar (1700 a. C.) expone que las mujeres daban a luz empleando una silla de partos y el cordón se cortaba después de que la comadrona hubiera lavado al niño. En este papiro, además se incluyen instrucciones para calcular la fecha probable de parto (O'Dowd & Philipp, 1995).

El Papiro Ebers (alrededor de 1550 años a. C.) recoge que ingredientes como sal, aceite, menta, incienso, vino e incluso cáscaras de escarabajo y tortuga, eran utilizados como estimulantes del parto. Durante el mismo, las mujeres se colocaban en cuclillas sobre el suelo o sobre ladrillos (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995; Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2012).

El embarazo se diagnosticaba haciendo orinar a la mujer sobre una mezcla de semillas de trigo y cebada combinadas con dátiles y tierra, si las semillas brotaban se confirmaba la gestación. Este procedimiento también se utilizaba para diagnosticar el sexo del feto, si crecían solamente las semillas de trigo, se trataba de un varón, pero si era al contrario, lo que nacería sería una niña (O'Dowd & Philipp, 1995; Moreno-Jiménez, 1990).

Se suponía que tanto la placenta como el cordón umbilical tenían bastante importancia sobre todo, las que procedían de princesas reales, e incluso actualmente en Egipto, una mujer campesina que desea tener otro hijo debe enterrarlos bajo el umbral de su casa considerándolo como “el segundo niño” (O’Dowd & Philipp, 1995).

Aunque los partos se asociaban a una elevada mortalidad tanto en las madres como en sus hijos, se consideraba como un hecho natural. Era un “asunto de mujeres” sin la participación de los hombres. La momia de la princesa Hehenit de la XI dinastía, presentaba una fístula vésico-vaginal, ésta tenía una pelvis muy estrecha y falleció tras el parto (O’Dowd & Philipp, 1995).

En algunos templos egipcios, como el de Kom Ombo y bajorrelieves griegos y romanos, se han encontrado esculpidos en sus paredes instrumentos para la extracción fetal, todos ellos tenían aspecto de ganchos y cucharas que trataban de acomodarse al ovoide de la cabeza del feto para su extracción, ya estuviese vivo o muerto. Estos instrumentos podrían ser los precursores de los actuales fórceps (Lattus Olmos, 2008).

Hacia 1500 a. C., los egipcios y judíos desarrollan las primeras prácticas higiénicas del embarazo, con exploraciones genitales e intervenciones obstétricas como versiones internas, embriotomías y cesáreas *post mortem* (Sedano, Sedano & Sedano, 2014).

2.2 El mundo hebreo

En el Antiguo Testamento se hace referencia a una silla de madera (en ocasiones altamente decoradas) con una concavidad semicircular en la parte frontal del asiento y en cada esquina dos barras de madera fijas para que la mujer pudiera agarrarse a ellas y apretar durante el segundo periodo del parto. También se recoge que había una comadrona delante de la parturienta y otra

detrás de ella, siendo el papel de la que estaba detrás de apoyo a la mujer (O'Dowd & Philipp, 1995).

La atención al parto es realizada por matronas, como se relata en el Génesis 35: 17, donde se narra el parto de Raquel, la mujer de Jacob, que mientras sufría los dolores del mismo, la comadrona le dijo *"no temas porque también tendrás este hijo"* (Towler & Bramall, 1997; Génesis 35:17).

Las comadronas también asistían los partos complicados, como se refiere en el Génesis 38:28-29, que describe el parto de gemelos de Tamar, durante el mismo, uno de los gemelos exteriorizó la mano, la matrona le ató una cinta escarlata para saber cuál de ellos nacería antes, pero el feto introdujo la mano y permitió a su hermano nacer primero (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995; Génesis 38: 28-29).

Durante este período se empleaba la silla de partos. En el pasaje bíblico se hace referencia a las comadronas hebreas Sifra y Pua (O'Dowd & Philipp, 1995). Sobre ellas se relata en el Éxodo (1- 15-19) que el Faraón mandó llamar a las parteras hebreas, (Sifra y Pua) y les dijo *"cuando asistáis a las mujeres hebreas en sus partos, si es varón matadlo y si es mujer que viva"*. Pero las parteras tuvieron temor de Dios, y en lugar de acatar la orden que les había dado el rey de Egipto, dejaban con vida a los varones. El rey las mandó llamar y les preguntó: *"¿Por qué han obrado así y han dejado con vida a los varones?"*. Ellas le respondieron: *"Por que las mujeres hebreas no son como las egipcias: tienen mucha vitalidad, y antes que llegue la partera, ya han dado a luz"* (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995; Éxodo 1 15-19).

Posteriormente el Talmud refiere que los partos normales eran atendidos por las comadronas que llamaban al médico en casos difíciles. El modo de dar a luz era la posición sentada o en cuclillas (Towler & Bramall, 1997).

2.3 Las civilizaciones de Mesopotamia (3000 A C- 331 a. C.)

El código de Hamurabi (1.700 a C.) es uno de los primeros códigos que regulaban el uso de la medicina. En este Código se describe que las mujeres daban a luz en cuclillas sobre una silla de parir o sobre ladrillos (O'Dowd & Philipp, 1995).

Algunos grabados o textos cuneiformes, escritos en sumerio y en neosirio, describen la atención de partos por mujeres empíricas llamadas *Šabsutu*. Estas mujeres también se encargan de curar las heridas ocurridas en batallas y utilizan plantas medicinales. Sus instrumentos eran simples, como la espina de un árbol usada para suturar y algunos objetos empleados para depilación (Azcoitia Moraila, Lombard García & Flores Domínguez, 2014).

En esta cultura, el embarazo ponía a la mujer en condiciones de impureza, predispuesta a la acción de fuerzas malignas y es una de las razones de su aislamiento y separación del grupo en el momento del parto. Hacia 3000 a. C., ya hacían referencias al embarazo prolongado y daban recomendaciones sobre evitar el coito tras el parto (Sedano et al. 2014).

2.4 India

Uno de los grandes personajes de la medicina india fue Sushruta (VI a. C.), que escribió un tratado conocido como el primer libro quirúrgico con descripción de operaciones de todo orden, incluyendo el área obstétrica. La cuarta parte del mismo lo dedicó al parto y en él describió cesáreas e instrumentos como el fórceps y espéculos para usos tanto vaginales como rectales (Sedano et al. 2014).

2.5 La civilización griega (800 a. C.-146 a. C.)

La Grecia pre-hipocrática es conocida por los hallazgos arqueológicos en Troya y Creta realizados por Sir Arthur Evans. La experimentación animal constituyó la base de la mayor parte de los acontecimientos disponibles sobre ana-

tomía y fisiología. Alcmeon de Cretona (500 a. C.), teorizó que el feto se nutría a sí mismo a través de su cuerpo similar a una esponja (Moreno Jiménez, 1990). Mientras que su contemporáneo Anaxágoras creía que el feto se nutría a través de los vasos umbilicales (O'Dowd & Philipp, 1995).

Los filósofos y escritores médicos comenzaron a mostrar interés en el proceso reproductivo desde el siglo V a. C. En esta época destaca **Hipócrates**, cuyos conocimientos médicos se recogen en el "Corpus Hipocráticos". Éste, decía que el líquido claro o blanco de los vasos linfáticos intestinales era leche materna en trayecto hacia las mamas, indicaba que el útero en crecimiento estrujaba esta leche del abdomen a la mama lactante (O'Dowd & Philipp, 1995).

También se debe a Hipócrates la teoría de la "panagénesis" o "preformación" que sostenía que el esperma estaba producido por ambos miembros de la pareja y contenía elementos de todas las partes de sus cuerpos (O'Dowd & Philipp, 1995; Moreno Jiménez, 1990).

Hipócrates utilizó instrumentos que comprimían la cabeza fetal en caso de muerte del feto que podrían considerarse como precursores del fórceps (Lat-tus Olmos, 2008).

Aristóteles sustituye la teoría de la preformación por la de la "epigénesis", basada en la creencia de que las diferentes partes del feto no se desarrollan simultáneamente en el momento de la concepción, sino que se forma de manera sucesiva (O'Dowd & Philipp, 1995).

En esta época se creía que los niños malformados procedían de padres deformados o madres que durante la gestación se impresionaron al contemplar un monstruo humano o animal. También se pensaba que esto se podría cambiar mediante la contemplación de pinturas, estatuas o criaturas bellas (O'Dowd & Philipp, 1995; Moreno Jiménez 1990).

El embarazo gemelar era considerado normal puesto que las mujeres tenían dos pechos, sin embargo, los partos de fetos múltiples se pensaba que podrían traer desgracias (O'Dowd & Philipp, 1995).

La teoría de la "superfetación" (Moreno Jiménez 1990; Laín Entralgo, 2013), consistía en que un segundo embarazo lograría producirse aunque hubiera una fecundación previa. Este segundo embarazo podría finalizar como feto muerto o aborto (O'Dowd & Philipp, 1995).

Estos autores dividieron el embarazo en tres fases comparables al concepto moderno de fase de cigoto, vida embrionaria y vida fetal. Cuya duración podía ser de siete a once meses. Decían que los movimientos fetales se empezaban a notar a los 3 meses en los varones y a los 4 meses en los fetos femeninos, así como que el niño que nacía a los 8 meses solía ser imperfecto y podía fallecer por la prematuridad. Se aceptaba que el aborto era poco probable transcurridos los primeros 40 días sin problemas (O'Dowd & Philipp, 1995).

Aristóteles aconsejaba el coito previamente al parto, según él acortaba el proceso del nacimiento. En la actualidad, se ha analizado el líquido seminal y se ha detectado que contiene prostaglandinas, sustancias lipídicas que se utilizan en la inducción del parto (Kavanagh, Kelly & Thomas, 2008).

El trabajo de parto y el nacimiento tenía lugar en el hogar, siendo atendido por una matrona y tres o cuatro mujeres amigas o miembros de su familia (O'Dowd & Philipp, 1995). Durante el mismo, la matrona supervisaba la administración de drogas, que se utilizaban para acelerar el parto y se hacían conjuros a las diosas del embarazo Heileytia, Artemis y Hera (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995).

En la antigua Grecia las leyes de Atenas consideraban que para ser comadrona era necesario ser madre y haber superado la edad de procrear. Se dividían en dos grados, las de habilidad y experiencia superior que eran consultadas en caso de tratarse de partos anómalos y difíciles, que además tenían conocimien-

tos de dietética cirugía y farmacia, y las que ayudaban solamente a los partos normales. Se recurría al médico cuando era necesario realizar una versión interna del feto (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995).

Previo al nacimiento, se ablandaba el canal del parto con aceite templado. Tanto Hipócrates como Aristóteles abogaban por los ejercicios respiratorios para aliviar el dolor y acelerar el parto (O'Dowd & Philipp, 1995). Otra forma de alivio del dolor descrita por Hipócrates, consistía en el uso de la corteza del sauce blanco, precursor del ácido acetilsalicílico (Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz & Pérez, 2005).

Se creía que el feto adoptaba la presentación cefálica debido a que su peso desde el ombligo a la cabeza era mayor que desde éste a los pies, así como que el propio feto utilizaba su mano o pies para romper las membranas amnióticas y que forzaba su paso a través del canal pélvico (O'Dowd & Philipp, 1995).

Los escritos hipocráticos dieron importancia a la desproporción pélvico-cefálica, pues afirmaban que los huesos pélvicos se separaban durante el parto y que éste se estancaba por la debilidad del niño que no podía separarlos (O'Dowd & Philipp, 1995).

2.6 La civilización romana

El pueblo romano fue asimilando la cultura y costumbres de los griegos dando lugar al estilo de vida grecorromano. Se piensa que la asistencia al parto también sería como en Grecia (Towler & Bramall 1997).

Los romanos tenían sus propios dioses y diosas con influencias o funciones concretas, como socorrer a las mujeres durante el parto, que asumió Egeria, una de las ninfas acuáticas de Diana (Towler & Bramall 1997).

Sorano de Éfeso fue el médico más importante de esta época por sus conocimientos y contribuciones a la Obstetricia. Vivió a comienzos del siglo II durante

el reinado de los emperadores Trajano y Adriano, una de sus obras, "*De morbis mulieron*", fue el primer libro de texto escrito para comadronas. En el mismo, además de hablar de anatomía femenina, escribió sobre las diferentes posiciones que podía adoptar el feto en el útero, conocimientos sobre cómo asistir los partos normales y patológicos, forma de proteger el periné, técnica de cómo hacer una versión interna (técnica puesta nuevamente en práctica por Paré en el siglo XVI), cuidados del recién nacido y del cordón umbilical, así como saber elegir el ama de cría (Dasen, 2010). Sorano dedicó dos capítulos de su libro a describir las cualidades de índole moral y físico que debe poseer una comadrona, pero no requería que ella hubiera tenido hijos (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995; Karamanou, Tsoucalas, Creatsas & Androutsos 2013).

Sorano aconsejaba que el primer coito no se produjera antes de la menarquía (las mujeres se casaban a los 15 o 16 años de edad) (O'Dowd & Philipp, 1995) y en su libro IV hace una referencia a la depresión post parto (Laios, Karamanou, Tsoucalas & Androutsos, 2014), probablemente sea el primer médico que hable de este tema.

Los escritos de Sorano se tradujeron a distintos idiomas y sus conocimientos fueron tenidos en cuenta durante varios siglos. La primera traducción al latín fue realizada por Mosquión en el siglo VI d. C., a éste, se la atribuye la siguiente cita: "*en los partos difíciles las partes deben relajarse primero con aceite: si la vía urinaria está obstruida (...), extraer orina con una sonda; si las heces están endurecidas, debe administrarse un enema.*" No se sabe si estos consejos prácticos eran del propio Mosquión o copiados de las instrucciones de Sorano (Towler & Bramall, 1997).

Los partos eran asistidos en domicilio por una comadrona en una silla de parir y la embarazada hacía la dilatación encamada. La matrona se sentaba frente a la mujer y la ayudaba aliviando su ansiedad y dirigiendo sus pujos, una asistente ejercía una leve presión en el fondo uterino y una tercera protegía el ano. La comadrona dilataba el canal del parto y recibía al recién nacido sobre trozos de

papiro o de ropa. La hemorragia y la sepsis eran los principales peligros en el parto y aunque no se disponen de cifras de mortalidad materna se calcula que podrían producirse alrededor del 25 por mil (O'Dowd & Philipp, 1995).

Otros médicos romanos escribieron sobre el parto, como Aurelio Cornelio Celso (siglo I), que describió la versión podálica y la extracción por los pies en caso de muerte fetal durante el parto. Galeno (siglo II), lo hace sobre las enfermedades padecidas por las mujeres y su anatomía reproductora, conocimientos que presumiblemente derivaban de estudios realizados con animales (Towler & Bramall, 1997).

2.7 Bizancio

En el *Tetrabiblion*, un conjunto de escritos de la época bizantina atribuidos a Aëtius de Amida, encontramos alusión a Aspasia (siglo II), mujer médica que vivió en Roma dedicada a la Ginecología y la Obstetricia, que hace referencia, entre otros aspectos, a las posiciones del feto (Azcoitia Moraila, Lombard García & Flores Domínguez, 2014).

Santa Metrodora (siglos II-III) escribió "*Del sufrimiento de las madres como mujeres*", donde la autora relaciona algunas enfermedades del útero y abdomen con la esterilidad, es el primer escrito médico atribuido a una mujer (Azcoitia Moraila, Lombard García & Flores Domínguez, 2014).

Paulo Aegineta, fue un médico bizantino (siglo VII) que consideraba naturales las presentaciones cefálicas y de pie, aunque concluía que eran preferibles las primeras. Defendió la exploración vaginal para conocer la dilatación del cuello del útero y determinar la integridad de la bolsa de las aguas (Towler & Bramall, 1997).

CAPÍTULO 3

La Edad Media

La Edad Media se extendió desde el declive del Imperio Romano en el siglo V (año 476) hasta el siglo XV, coincidiendo con la caída del Imperio Bizantino (año 1453) o el descubrimiento de América (año 1492).

El Cristianismo hizo que la preocupación por el alma y el más allá interrumpiera la investigación científica en el campo de las ciencias físicas y naturales, por consiguiente en Medicina se realizaron escasos o nulos avances, en parte porque el cuerpo humano era considerado sagrado y en consecuencia su disección estaba prohibida y por otro lado porque la religión y la superstición tomaron el puesto del pensamiento racional (Towler & Bramall, 1997).

3.1 **Costumbres y prácticas asociadas con el parto la Edad Media**

En la cultura budista, entre los años 700 y 800, las monjas budistas trataban las enfermedades con medicinas y presumiblemente actuaban como comadronas (Towler & Bramall, 1997).

Entre los años 400 y 600, en Gran Bretaña, la Iglesia Católica intentó establecer reglas para todas las facetas de la vida, incluida la castidad en el matrimonio y declaró que *“toda mujer religiosa debe mantenerse casta durante los tres meses anteriores al parto y durante sesenta noches con sus días después de éste, ya sea el recién nacido niño o niña”* (Towler & Bramall, 1997).

Durante este período, en los monasterios se crearon enfermerías y se fundaron hospicios y hospitales con el propósito de tratar a los enfermos de la socie-

dad laica. Estuvieran o no adscritos a monasterios y abadías, estos hospitales generalmente eran atendidos, aunque no de forma exclusiva, por monjes y monjas. Entre ellos se encuentran el St. Bartholomew's Hospital, de Londres, fundado en el año 1123. Este hospital, incluía entre sus pacientes a "mujeres embarazadas" y el St. John's, de Winchester (construido en 1275) en 1414 comenzó a asistir partos (Towler & Bramall, 1997).

3.2 Aparición de los estudios y escritos médicos

Alrededor del año 900, se creó la Escuela de Medicina de Salerno, que se basó en las medicinas griegas, árabes, hebreas y latinas (Ferraris & Ferraris, 1997). Algunos autores defienden que ésta fue la primera escuela laica de medicina fundada en la Cristiandad y nos indica cierto grado de tolerancia por parte de la Iglesia hacia el aprendizaje médico (Towler & Bramall, 1997).

Esta escuela supuso un hito en la enseñanza y la práctica de esta disciplina en el Occidente medieval; en ella, las mujeres podían ser tanto estudiantes como profesoras y contribuyeron a su abundante producción científica, destacando entre las mismas Trótula de Salerno, (Bifulco, Ciaglia, Marasco & Gangemi, 2014) autora del libro titulado "*Passionibus mulierum curandorum*" (Guerrero-Peral & de Frutos-González 2010), publicado por primera vez alrededor de 1100. Este texto fue utilizado como un libro clásico de las escuelas de medicina de Salerno hasta el siglo XVI (Bonani & Munthe, 2012) y fue un apreciable tratado hasta que el ayudante de Ambrosio Paré hizo una revisión significativa del mismo a principios de 1600 (Ferraris & Ferraris, 1997).

El libro de Trótula de Salerno se fundamenta en las enseñanzas originales de Sorano de Éfeso y de otros eruditos clásicos, y versa sobre enfermedades ginecológicas y trastornos obstétricos, como los capítulos titulados "*El dolor en el parto y el terrible sufrimiento de las mujeres antes de dar a luz*" y "*La retención de las secundinas y el dolor del útero*". En el mismo, aconseja que ante una retención de placenta se proceda a "*Ungirse las manos y si puede tire de la*

secundina con las uñas y si no puede que haga orificios en un banquillo y que la mujer se siente en el mismo, colocando después una fumigación con cuerno y pezuña de cabra, para que el humo pueda introducirse directamente en las partes íntimas" (Towler & Bramall, 1997). También describe e ilustra diferentes posiciones y malpresentaciones fetales (O'Dowd & Philipp, 1995). Refiere la conveniencia de la sutura perineal (Towler & Bramall, 1997), y manifiesta la necesidad de que las matronas mantengan una buena higiene de manos durante el parto, para preservar la buena salud de la madre y el bebé (Bifulco, Capunzo, Marasco & Pisanti, 2014).

Trótula fue una médica sensible al sufrimiento femenino y empezó a atender a las mujeres intentando aliviar su dolor mediante el uso de plantas medicinales (Bonani & Munthe, 2012).y además, fue adelantada a su época pues introdujo por primera vez la idea de la prevención de enfermedades (Bifulco et al., 2014).

Durante el siglo XIII destaca en España Arnaldo de Vilanova, cuyos conocimientos de medicina están basados en los autores antiguos, los autores árabes y los adquiridos en la Escuela de Salerno. Según Usandizaga, de sus escritos se desprende que es el primero en considerar como normal el parto de nalgas. Aunque Paulo de Aegineta ya consideraba natural esta presentación (Towler & Bramall, 1997). Arnaldo de Vilanova pensaba que la asistencia a partos difíciles variaría según la causa, así, si el feto comenzaba de una manera no natural el parto, la comadrona haría una versión podálica o cefálica, según los casos. Hay que recordar que la versión podálica fue descrita el siglo I por Aurelio Cornelio Celso (Towler & Bramall, 1997), estuvo olvidada desde el siglo VI hasta que Ambroise Paré la divulgó nuevamente en el siglo XVI (Usandizaga, 1944).

3.3 Magia medieval y asociación entre brujería y atención al parto

A pesar de las innovaciones y progresos de la Escuela de Salerno, en esta época (excepto en esta Escuela) eran comunes las supersticiones y, las prácticas y ritos mágicos, incluso conociendo el posible castigo de la Iglesia por

brujerías, encantamientos y uso de pociones. Las mujeres creían que estarían protegidas durante el embarazo y el parto por determinadas piedras preciosas y semipreciosas como calcedonia, zafiros etc. a las que les atribuían propiedades mágicas o por llevar alrededor del cuello un verso bíblico en un pergamino o el misterioso cuadrado mágico sator (cuyas palabras escritas en un medallón que llevaba la persona o se colgaba de la pared, daban lugar a un palíndromo) (Towler & Bramall, 1997).

En esta etapa, se produjo una fuerte asociación entre magia medieval, brujería y asistencia al parto. Había “brujas blancas” o “brujas benéficas” que eran mujeres laicas que practicaban la medicina con hierbas, comadronas, mujeres sabias, curanderas, terapeutas, que usaban sus conocimientos heredados y sus dotes para la curación sirviendo a sus comunidades, que confiaban en ellas y les conferían un poder que suponía una amenaza para la Iglesia. Las “brujas negras” eran mujeres que se dedicaban a hacer el mal, las consideraban agentes del diablo que habían adoptado la forma física de mujer (Towler & Bramall, 1997; Linares Abad 2009). Sin embargo, pese a esta distinción, un gran número de matronas fueron catalogadas como brujas negras y condenadas por la Inquisición (Beltrán Muñoz, 2014).

3.4 La atención al parto a través de los médicos árabes

Aunque el Imperio Romano desapareció, tanto la medicina griega como la romana se extendieron por el mundo árabe, que practicó y conservó el conocimiento heredado, sobre todo de Galeno y Paulo de Aegineta, pero no efectuaron contribuciones significativas a su avance (Towler & Bramall, 1997).

Entre los médicos árabes destacaron Rhazés (852 d. C. Irán) que recomienda “romper las membranas amnióticas cuando son demasiado gruesas o están mucho tiempo sin romperse”. En los partos difíciles, empleaba un lazo de seda trenzada que se manipulaba para rodear la cabeza o un miembro del feto y lograr de este modo apoyo para la tracción (Towler & Bramall, 1997).

3.5 La atención al parto en Al-Ándalus o España musulmana

Durante la época de los príncipes Abd al-Rahman III y su hijo al-Hakam II, Córdoba fue un centro cultural muy importante y en el campo de la medicina destacan:

Arib Ibn Said al-Katib, más conocido como Garibai o Garib, escribió en el año 975 *“Tratado de la generación del feto y del régimen para las puérperas y los niños”*, que trata sobre el semen y la forma de mejorar su calidad, la generación y las causas que la impiden. Además describe cómo saber el sexo del feto e indica que las distocias pueden ser por causas maternas, fetales o externas. También escribe sobre presentaciones fetales anómalas, la asistencia al puerperio y cuidados del recién nacido (Usandizaga, 1944).

El máximo prestigio de la escuela médica cordobesa lo adquirió Abu-L-Qasim Jalaf Ibn Abbas al-Zahrawi comúnmente llamado Abulcasis. Fue un importante cirujano cuyos tratados se tradujeron al latín y se consultaron en numerosas universidades europeas. Como novedad, sus obras incluyen gran número de dibujos en el texto (Usandizaga, 1944). Los escritos de Abulcasis (936-1013 d.C.) y Avicena (980 d. C.) sobre partos instrumentales hacen suponer que utilizaban instrumentos obstétricos parecidos a los fórceps actuales (Lattus Olmos, 2008).

En la extensa obra de Abulcasis se encuentran capítulos destinados a la esterilidad, el embarazo normal y el pronóstico del sexo fetal. Recomendaba a las comadronas presionar sobre el abdomen para ayudar a la expulsión del feto y si ésta era laboriosa aconsejaba medios para estornudar, fomentos, enemas y la rotura de la bolsa de las aguas. Consideraba distócicas las presentaciones que no fueran de vértice y es posible que fuera el primero en describir una presentación de cara. En los embarazos gemelares admite que los fetos tienen siempre una envoltura común además de otra independiente para cada uno de ellos (Usandizaga, 1944).

Este autor proporcionó normas para resolver distintas complicaciones obstétricas. En la procidencia de mano con presentación cefálica intentaba la reposición y si fracasaba esta, utilizaba las sacudidas de la parturienta colocada en una silla con los pies en alto, si a pesar de todo no se solucionaba y el feto estaba muerto, aconsejaba cortar el brazo y extraer el resto con ganchos (Usandizaga, 1944).

En la presentación de pies recomendaba rechazar estos hasta convertirse en unas nalgas y después intentar que éstas se expulsen espontáneamente. En caso de no producirse el parto, se le practicaría una versión interna cefálica. Probablemente debió ser la primera vez en la historia que se aconsejaba intentar el parto en presentación de nalgas y que cuando éste no se lograra, recurrir a la versión interna cefálica (Usandizaga, 1944).

Cuando se presentaba una procidencia de mano y rodilla, aconsejaba la reposición de la primera y extraer al feto por expresión abdominal con la parturienta acostada sobre el dorso y las piernas colgando. Unos siglos más tarde, estas técnicas también serían recomendadas por Mercurio y posteriormente por Walcher. Cuando este método fracasaba, recomendaba sacudir a la paciente colgada de los pies y al mismo tiempo rechazar el feto hacia arriba, en caso de lograrlo, se debería probar la versión cefálica e intentar que el feto salga espontáneamente (Usandizaga, 1944).

En las situaciones transversas con procidencia de mano aconsejaba, primero iniciar tentativas de reposición, sacudidas y versión cefálica interna y también mencionaba la posibilidad del parto en "conduplicato corpore".

Cuando el feto presentaba una circular de cordón, lo seccionaba por miedo a que lo estrangulase, pues ignoraba el peligro de muerte fetal por interrupción de la circulación en el cordón. Para el alumbramiento aconsejaba estornudatorios, fumigaciones y hasta la extracción manual.

Todas las intervenciones eran practicadas siempre por las comadronas. Como sucede con otros autores árabes, no se menciona nunca la versión interna sobre los pies, únicamente se practicaba la cefálica, y se esperaba a que se produjera la expulsión espontánea. Se piensa que se debía al temor a tener que desprender los brazos manualmente. En todas las presentaciones anómalas solo propone una vez la embriotomía como tratamiento en el caso de un feto muerto. Aunque en repetidas ocasiones, se mencionaba la extracción de feto muerto con ganchos y cintas, abrir las cavidades naturales, destrozar el cráneo y cortar las extremidades. De hecho, en sus libros se encuentran reseñados algunos instrumentos obstétrico-ginecológicos (Usandizaga, 1944).

Abulcasis describió el primer caso de embarazo extrauterino; se trataba de una embarazada con feto muerto que no logró expulsarlo y mucho tiempo después se formó un tumor en la zona umbilical, por el que salieron gran cantidad de huesos fetales mezclados con pus (Usandizaga, 1944).

El sevillano Abu Marwan abd al-Malik Ibn Ali Ibn Zur usualmente llamado Avenzoar, mencionaba que la capacidad de contraerse y distenderse del útero se debía a las fibras que existen en sus paredes. La esposa y la hija de Avenzoar, eran parteras de las mujeres de al- Mansur (Usandizaga, 1944).

Otro médico sobresaliente cordobés fue Abu-L Walid Muhammad Ibn Ahumad Ibn Muamad Ibn Rusd, conocido por el nombre latinizado de Averroes (1126); probablemente fue el primero en escribir que la mujer puede quedar embarazada sin que haya sensación de placer, como en el caso de una violación. También negaba que la secreción femenina en el orgasmo contribuya a la formación del feto, anticipándose en siglos a los conocimientos sobre esta cuestión. Sin embargo, refería la posibilidad de embarazo por bañarse en una bañera en la que previamente se haya vertido semen. Cuestión que ya estaba mencionada en el Talmud (Usandizaga, 1944).

Musa B. Ubayd Allah B. Maymun o Moshe Ben Maimon, llamado sencillamente Maimónides, también nació en Córdoba en 1135 de familia judía. Estudió la fisiología de la vida conyugal, los afrodisiacos, los medios para hacer crecer los órganos genitales y las mamas y cómo ocultar la desfloración. Escribió sobre temas de relaciones sexuales, cuestiones muy repetidas entre numerosos autores árabes, como Abu Bakr Muhammad Ibn Bachcha o Avempace, Mohamed al-Nafran (Usandizaga, 1944).

En al-Andalus se registraron más de una docena de profesiones desempeñadas por mujeres, entre ellas la matrona hispano-árabe, conocida como *la gabila*. Por su condición de mujer tenía prohibido escribir todos los tratados o kitab. Las gabilas atendían a mujeres árabes, judías y cristianas, hasta 1258 que se elaboró una ordenanza de las Cortes de Valladolid para prevenir las mezclas de razas. En ella se prohibía que las mujeres cristianas fueran atendidas por matronas árabes y judías (Jiménez-Roldan, Alvarez-Calero, Monroy-Perez, Sanchez-Calama, Torralbo Higuera et al. 2014).

Estas matronas conocían los signos del inicio del parto, entre ellos la rotura de las membranas amnióticas que, para ellas, rompía el propio feto con sus movimientos y estiramientos; en ningún texto consultado se hace referencia a la práctica de la amniorrexis artificial en aquella época. Permitían que la mujer deambulase durante la dilatación y pensaban que el parto podría dificultarse por el frío o el calor intenso. Sabían cuándo la mujer se encontraba en expulsivo, mediante tacto vaginal con un dedo, o por signos indirectos como “marcar sangre” y aumento de las secreciones de la vulva (Jiménez-Roldan et al. 2014).

Cuando la mujer estaba en dilatación completa, la sentaban en un sillón de partos y la matrona se colocaba delante para poder maniobrar, la ayudaban tres mujeres, dos de ellas se situaban a ambos lados de la parturienta y la tercera servía de apoyo en la espalda de la gestante durante los pujos (Jiménez-Roldan et al. 2014).

En las retenciones placentarias se empleaban plantas medicinales como la saponaria, la mirra, la pastinaca o el aceite de lirio y sustancias como la bilis de buey. En casos más graves realizaban extracciones manuales usando una tela fina a modo de guante, o cosían plomadas con hilos o cuerdas al cordón para facilitar su desprendimiento. Averroes aconsejaba, como medida la cantidad de un altramuz de triaca en agua de jarabe y dítamo. Tras el alumbramiento lavaba los genitales con agua hervida en alholva como antiinflamatorio (Jiménez-Roldan et al. 2014).

CAPÍTULO 4

Finales de la Edad Media y principio de la Edad Moderna

4.1 El Renacimiento (1450 – 1600)

El artista y científico Leonardo da Vinci, abrió un mundo de nuevos conocimientos en el campo de la obstetricia, como muestra su famoso su dibujo del feto in útero, además fue el primero en practicar la disección humana en la Europa renacentista (Towler & Bramall, 1997), aunque Usandizaga (1944) refiere que ya durante el reinado de Alfonso X el Sabio (1221-1284) en la Universidad de Salamanca se enseñaba anatomía sobre un cadáver.

Los conocimientos sobre la obstetricia se empezaron a divulgar gracias a los libros que fueron apareciendo en esa época. Entre ellos está el titulado *“el jardín de rosas para mujeres embarazadas y comadronas”*, escrito por Eucharius Rösslin en 1513 (Lattus Olmos & Carreño, 2010), gran parte del mismo derivaba de los trabajos de Moschion en el siglo VI y de Sorano de Éfeso en el siglo II (O’Dowd & Philipp, 1995), aunque Green (2009) consideraba que se basaba en experiencias propias y en las publicaciones de Michele Savonarola. El libro de este último autor, denominado *Práctica*, escrito en Padua y Ferrara entre 1440 y 1446, dedicaba algunos capítulos a la Obstetricia que, entre otras cosas, trataban sobre la estructura de la bolsa amniótica.

El Hôtel de Dieu en Paris, fundado en 651, (actualmente sigue siendo un importante hospital de la capital francesa), fue desde el siglo XV la maternidad más famosa de Europa (O’Dowd & Philipp, 1995). Durante gran parte del siglo XVI,

trabajó en este hospital un famoso cirujano obstetra, Ambroise Paré cuyo libro titulado *“De la generation de l’homme”* (1573), contiene figuras anatómicas y de otro tipo, incluyendo la silla de partos copiada de Rösslin (Towler & Bramall, 1997). Restableció la idea de la versión podálica que no se había realizado desde los tiempos de Sorano (O’Dowd & Philipp, 1995).

Con Paré llegó la innovación de colocar a la parturienta sobre la cama, si ésta requería ayuda para dar a luz, pero siguió defendiendo el uso de la posición en cuclillas y la silla para partos normales. Fue pionero en la enseñanza y realización de la sutura del periné desgarrado, (sutura que ya recomendaba Trótula de Salerno) así como que los movimientos del feto en el útero podían sentirse a la palpación y apoyó la opinión de Hipócrates de que los fetos nacidos a los ocho meses tenían pocas posibilidades de vida (Towler & Bramall, 1997).

Este autor, se preocupó no solo de formarse como obstetra, sino que también lo hizo con las matronas estableciendo en el Hôtel de Dieu lo que probablemente fuera la primera Escuela de Comadronas de la Europa Moderna. Para acceder a la misma, era necesario ser casada o viuda y de nacionalidad francesa (Towler & Bramall, 1997).

Una de las Comadronas que estudió con Paré y que desempeñó su profesión en el Hôtel de Dieu fue Louise de Bourgeois (1563-1636) (López-Sáez, Boucand, 2004). Se hizo famosa en toda Europa, fue una mujer muy instruida que se convirtió en una comadrona excepcionalmente diestra y practicó y divulgó la versión podálica. Asistió a la reina de Francia, María de Médicis, en el parto de Luis XIII (Lattus Olmos & Carreño, 2010; Rodríguez Rozalen 2003). En 1609 publicó un libro sobre Obstetricia y Ginecología y enfermedades del recién nacido, *“Observations diverses sur la Sterilite, perte de fruit, foecondité, accouchements et maladies et des femmes et enfants nouveaux naiz”* (Martínez Rojo, Siles González & Martínez Roche, 2014).

Louise de Bourgeois también trabajó con Jacques Guillemeau, quien escribió un libro para comadronas titulado *“Nacimiento o el alumbramiento feliz de las mujeres”*. En el mismo, se relatan las cualidades que debe poseer una comadrona, como no ser ni demasiado joven ni demasiado vieja, no tener enfermedades ni deformidades. Además debía ser pulcra en su atuendo y en su persona, tener las manos pequeñas con las uñas recortadas, limpias e igualadas. No debía llevar anillos al dedicarse a su labor (Towler & Bramall, 1997). También debía ser de talante agradable y disposición alegre, acostumbrada al trabajo duro, por si necesitara mantenerse despierta durante dos o tres noches. Era importante que no fuera “chismosa” y que no contara nada que pudiera ver u oír en la intimidad de la habitación donde se producía el parto (Towler & Bramall, 1997).

Es destacable reseñar cómo en todas las épocas se han exigido atributos psicológicos, físicos y morales muy similares a la comadrona ideal. Al parecer se reconoció muy pronto que su disposición misma podía proporcionar apoyo emocional a la madre en su doloroso, y la mayoría de las veces, prolongado parto (Towler & Bramall, 1997).

Jane Sharp (1641-?), matrona inglesa, escribió en 1671 uno de los primeros manuales de obstetricia moderna en inglés, llamado *“The Midwives Book or the whole Art of Midwifery discovered”*. Si bien, en su época, la práctica del parto seguía siendo un dominio femenino, no sucedía así con las publicaciones de manuales de parto que fueron en su mayoría de autoría masculina (Phelps Walsh, 2014).

Esta autora, sugería a las matronas que si el parto era largo, deberían refrescar a la parturienta con algo de pollo o la yema de un huevo escalfado con un poco de pan o algo de vino. Además aconsejaba, que durante el parto, se debía animar a la embarazada con buenas palabras y también acariciarle el abdomen con la mano en dirección descendente para que el feto se desplazara hacia abajo. Así mismo, indicaba que cuando se rompía la bolsa antes de tiempo, se indujera el parto con matricaria o artemisa hervida en vino blanco o una dracma de polvo de canela en vino o agua destilada de artemisa. También insistía en la

necesidad de la limpieza durante el parto, mucho antes de conocerse las teorías de Semmelweis. Para ayudar a la expulsión recomendaba esnifar algo que la hiciera estornudar como verbena hervida en vino, jarabe de tanaceto, matricaria o artemisa. Para expulsar la placenta y las membranas proponía humo de margaritas llevado por un "túnel" hasta las partes "secretas". La artemisa hervida ligeramente en agua y aplicada en el ombligo a modo de emplaste provocaba el nacimiento y el alumbramiento (Towler & Bramall, 1997).

Fue también durante el Renacimiento, en 1590, cuando fue ajusticiada en Edimburgo la matrona Agnes Sampson, acusada de brujería, por haber ofrecido alivio del dolor durante el parto a una gestante llamada Eufemia Maclean. En aquella época, se consideraba que el parto natural debía ser doloroso y si por el contrario era indoloro, se suponía antinatural y significaba que se había hecho un pacto con el diablo (Lurie 2004).

Caspar Bauhim (1550-1624), en su traducción al latín de la obra de Rousset, atribuye a Jacob Nufer haber sido el primer hombre que en 1500 realizó una cesárea a una mujer viva, se trataba de su esposa y curiosamente éste era un castrador de cerdos suizo, quien suturó la herida abdominal según costumbre veterinaria, con la sorprendente supervivencia tanto de la madre como del niño (Arencibia Jorge 2002). Aunque Usandizaga (1944) señala que el obispo Pablo de Mérida, practicó la primera cesárea a una embarazada con feto muerto y con supervivencia de la madre, en la España romana, por el año 250 (d. C.). Según Recasens, podía tratarse de un embarazo ectópico (Arencibia Jorge 2002).

Marcellus Donatus (1538-1602), igualmente citado por Bauhim, otorga este mérito a su compatriota italiano Cristophorus Bainus, que mediante esta práctica consigue la extracción de un feto muerto en el año 1540. Sin embargo, el primer caso de operación cesárea in vitam aceptado sin objeción, ocurrió el 21 de abril de 1610, cuando los cirujanos Jeremías Trautmann y Cristophorus Seest, en Witemberg, Alemania, se la practicaron en la esposa de un tonelero. En este caso, el niño logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días de operada (Arencibia Jorge 2002).

4.1.1 El Renacimiento en España

Durante esta época, en España, la atención al parto la realizan las comadronas con la ayuda de sillas de partear que llevan consigo (cuando no hay en la casa correspondiente). Éstas realizaban su trabajo asistencial sentadas, en cuclillas o arrodilladas delante de la parturienta, o bien, como comenta Comenge, asistiendo el parto con la parturienta sentada sobre las rodillas de otra persona que auxiliaría en ese momento (Valle Racero, 2002).

Los documentos elaborados durante esta época dirigidos a la formación de las matronas, fueron: *"El regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y mujeres"*, escrito por Luis Lovera de Ávila en 1551 y el *"Libro del parto humano"* publicado en 1580, cuya autoría se debe a Francisco Núñez de Oria (Valle Racero 2002). Este último, describe el trabajo que debe realizar una matrona en distintas situaciones y presentaciones fetales, incluso en casos de muerte fetal intraútero (García Martínez & García Martínez, 2004).

En el *"Libro del parto humano"*, sigue planteándose la duración de la gestación y se consideraba parto natural el que acontecía a los 7, 9 y 10 meses, mientras que se pensaba que no lo era el que se producía antes del sexto mes. (García Martínez & García Martínez, 2004). Sin embargo, siguiendo a Hipócrates, los que nacían al octavo mes, solían ser imperfectos y podían fallecer por prematuridad (O'Dowd & Philipp, 1995), argumentando en este caso la influencia de los astros. Se distingue entre parto "natural" y "contranatural" siendo éste último el que plantea dificultades por presentaciones anormales o por complicaciones del feto o de la parturienta (García Martínez & García Martínez, 2004).

Núñez de Oria indicaba que en los partos naturales, la gestante se debía colocar en la silla y la matrona delante de ella dándole ánimos y apoyo. A continuación, describe las maniobras que debe realizar y una vez que ha roto las membranas fetales debe proceder a facilitar el expulsivo aplicando aceite de azucenas u otro semejante en el cuello uterino y provocándole el estornudo mediante la

colocación de vinagre fuerte con polvos de castorio y pimienta en la nariz. Si el parto no fuera natural, la matrona procedería a corregir la presentación anómala y convertirla en natural, en caso de no conseguirlo, extraería al feto por los pies o por los brazos. Mostrando ilustraciones de los pasos a seguir en estos casos e incluso en los partos gemelares (García Martínez & García Martínez, 2004).

Este autor, escribe sobre remedios, en su mayoría botánicos, para ayudar al parto y hacerlo más fácil. En caso de retenciones placentarias recomienda medidas que oscilan desde las dietéticas hasta la aplicación en la matriz de sustancias que provoquen humedad. Así mismo, expone una larga lista de causas físicas y psíquicas que hacen que el parto pueda ser peligroso y las medidas específicas que debe adoptar la matrona para conseguir un feliz desenlace. También indica la purgación y la sangría para prevenir y curar diversos accidentes que suelen tener las embarazadas antes y después del parto. Para el tratamiento de los “tuertos”, prescribe el polvo de regaliz tomado con vino. En los casos de salidas de matriz tras el parto, indica el empleo de fomentos con distintos cocimientos (García Martínez & García Martínez, 2004).

Poco después de la aparición del libro *“El jardín de rosas para mujeres embarazadas y comadronas”* de Eucharius Rösslin, el mallorquín Damián Carbón publicó en 1541 el *“Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”*, también dedicado a instruir a las matronas (Beltrán Muñoz 2014; Valle Racero 2002). En este libro, se indican las tres condiciones que debe reunir una comadrona para ser buena y eficiente, como ser muy experta en el arte, ingeniosa y moderada, es decir, que tenga buenas costumbres (Damián Carbón, 1541).

En este libro se describe el parto eutócico y distócico y algunas causas de éste último, como malformaciones, gestaciones múltiples, muerte fetal y malposiciones. Así mismo, describe la rotura prematura de membranas y las fetotomías e indica las medidas a tomar para que un parto sea bueno (habitación, preparativos, colocación de la parturienta, acompañantes, etc). También detalla

el alumbramiento espontáneo, farmacológico o manual y los cuidados generales que se le deben proporcionar a una puérpera, como cuidados del periné, aseo, vestidos, posibles “dolores de vientre” y estreñimiento. Finalmente refiere algunas complicaciones que pueden aparecer en el puerperio, como fisuras de los pezones, mastitis, prolapsos uterinos, fiebres, etc. (Damián Carbón, 1541). Durante esta época también se escribieron más tratados como el titulado “*De mulierum affectionibus*”, publicado en Valladolid en 1579, cuyo autor fue Luis Mercado (1525-1611). En este tratado, entre otros temas, trata sobre las enfermedades de las embarazadas, el parto natural y laborioso, extracción de las secundinas, molas, flujos uterinos, supresión de los loquios e inflamación del útero (García Martínez & García Martínez, 2004).

En cuanto a la atención al parto, este autor mencionaba cómo debía ser la protección al periné y se oponía fervientemente a la embriotomía en feto vivo. Con respecto a las hemorragias del alumbramiento, insistía en no dejar dormir a la recién parida por temor a que aumentara la hemorragia y si se la dejaba dormir, solicitaba que una persona vigilara el pulso y la respiración de la misma. Este temor a no dejar dormir a la recién parida persistió hasta casi nuestros días (Usandizaga, 1944). Esta obra tuvo tanta relevancia que sirvió de base durante el siglo XVII (García Martínez & García Martínez, 2004).

Otro tratado de este período fue el escrito por Rodrigo de Castro en 1603, en el mismo indicaba que la atención al parto normal debía ser “abandonado” a las comadronas (Usandizaga, 1944; Valle Racero 2002; García Martínez & García Martínez, 2004). En éste, recomendaba la silla obstétrica análoga a la de Rösslin para el momento del parto, así como friccionar o presionar sobre el vientre durante el expulsivo (Usandizaga, 1944). Es de imaginar que se refería a la maniobra de Kristeller que éste describió en 1867 (Rengel Díaz, 2011). También exponía que la placenta debía expulsarse pronto pues el cordón umbilical no convenía seccionarse hasta que no hubiera salido esta última (Usandizaga, 1944).

Rodrigo de Castro distinguía entre parto vicioso y parto difícil. Este autor, consideraba parto vicioso cuando el feto tiene una situación anormal (de tronco o nalgas, etc.) y como tratamiento aconsejaba que la madre no hiciera esfuerzos antes de tiempo y que se la acostara de lado. Si no se obtenían resultados, aconsejaba tirar de los pies ante presentaciones podálicas y versión cefálica en el resto de los casos. Finalmente, llamaba partos difíciles a los que la madre y el feto están en peligro de muerte. En los casos de feto muerto correspondería extraerlo al cirujano con ganchos agudos y pinzas. Al igual que Luis Mercado se opone a la embriotomía en feto vivo. Rodrigo de Castro también estudia las enfermedades puerperales y la lactancia (Usandizaga, 1944).

Aunque la primera edición de esta obra se publicó en 1603, este autor es considerado del siglo XVI y como casi todas las obras de la época, no está basada en una experiencia personal, sino que se limita a seguir a los autores antiguos (Usandizaga, 1944).

CAPÍTULO 5

Edad Moderna

5.1 Siglo XVII

Los siglos XVII y XVIII se conocen como la "Edad de la Ilustración". Durante esta época se desarrolló un movimiento filosófico que creía en el poder de la razón humana y también por los cambios e innovaciones en las doctrinas políticas, religiosas y educacionales (O'Dowd & Philipp, 1995).

Durante el siglo XVII, en la Obstetricia se realizan grandes progresos a nivel mundial. Se conoce mejor el mecanismo del parto y las estrecheces de la pelvis, se sistematiza la palpación y el tacto, lo que contribuye al perfeccionamiento de la exploración. También se realiza la versión externa en las presentaciones de nalgas y se comienzan a hacer cesáreas por este motivo (Usandizaga, 1944).

Usandizaga (1944) considera que el desarrollo del fórceps obstétrico fue el principal avance del siglo XVII. Hasta entonces, los únicos métodos empleados para extraer un niño vivo eran la versión y la gran extracción o la ayuda al parto simplemente con las manos (O'Dowd & Philipp, 1995).

Aunque durante siglos se han usado instrumentos para ayudar en el momento del parto, éstos se destinaron a extraer fetos muertos. Incluso se emplearon bandas, o tiras de cuero blando, lino o hueso de ballena que se pasaban alrededor de las piernas del feto en la presentación de nalgas y traccionaban hacia abajo. Se cree que la posibilidad de construir un fórceps seguro probablemente fue sugerida por Jacob Rueff alrededor de 1554 (O'Dowd & Philipp, 1995; Lattus Olmos 2008).

Peter Chamberlen *El Viejo* (1575 -1628), se considera el inventor del fórceps alrededor del año 1598, fue utilizado por los miembros de su familia y mantenido en secreto durante casi 150 años (O'Dowd & Philipp, 1995; Lattus Olmos, 2008). Sin embargo, encontramos precedentes en el templo egipcio de Kom Ombo (Lattus Olmos, 2008) y en un bajorrelieve de la Roma del siglo II (O'Dowd & Philipp, 1995).

En su etapa primaria los fórceps eran rectos y no permitían su aplicación en presentaciones fetales altas y medias. Sería en el siglo XVIII, en el año 1747 cuando André Levret en Francia, y posteriormente en 1751 el escocés William Smellie en Inglaterra (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014), introdujeran la *curvatura pélvica*, que permitía seguir la curva del canal óseo, y por lo tanto, realizar aplicaciones en presentaciones más altas. De esta forma, se lograba un mejor acceso al ovoide cefálico fetal en planos más altos de la pelvis (Lattus Olmos, 2008).

Durante este siglo, numerosos autores contribuyeron al desarrollo de la obstetricia, como Willian Harvey (1578-1657), más conocido por ser el primero en describir la circulación sanguínea. Este autor escribió "*De Generatione Animalium*", donde había un capítulo denominado "*De Partu*". En el mismo, recomendaba tener paciencia durante el trabajo de parto y advertía sobre las interferencias innecesarias, "*De Generatione Animalium*" fue el primer libro original en inglés sobre obstetricia, que vino a sustituir las traducciones de las publicaciones alemanas y francesas (O'Dowd & Philipp, 1995).

Françoise Mauriceau (1637-1709) en su libro "*Observaciones sobre la preñez y el parto de las mujeres*", analizó aspectos como la esterilidad, los trastornos menstruales, los abortos, la eclampsia y la fiebre puerperal. También describió por primera vez un embarazo tubárico y detalló la técnica de las embriotomías. Al igual que otros autores aconsejaba la sutura de los desgarros perineales e indicaba la rotura prematura de las membranas en caso de hemorragias por placenta previa (Rodríguez Cabezas, 2012).

Mauriceau, quien abandonó todo tipo de silla obstétrica por el uso de la cama de partos, investigó los mecanismos del parto y diseñó un método de extracción de cabeza última en presentaciones de nalgas que lleva su nombre. Utilizaba esta técnica para resolver los partos con estas presentaciones, pues estaba en contra de la práctica de las cesáreas. (Usandizaga, 1944; Rodríguez Cabezas, 2012).

Hendrik van Deventer (1651-1727) escribió sobre el estancamiento en el parto y las deformidades de la pelvis. Hendrik van Roonhuyze (1622-1672) aconsejaba practicar una cesárea si había una desproporción pélvico cefálica (O'Dowd & Philipp, 1995).

La creencia de que los ataques histéricos se debían a la existencia de un útero migrante se mantuvo hasta este período, aunque algunos autores como Rhazes (850-923) y Mondinues de Luzzi siglo XIV ya la habían puesto en duda. Esta teoría fue refutada por Charles Pois, que demostró en 1618 que la histeria se producía tanto en los hombres como en las mujeres. (O'Dowd & Philipp, 1995).

Finalmente, durante este siglo fue famosa en Brandemburgo la comadrona Justina Siegemund (1650-1705), que en 1686 publicó en Berlín una obra para la práctica obstétrica "*Die Chur-Brandenburgische Off-Wehe-Mutter*", traducida al holandés. En ella, la autora relataba sus experiencias en el arte de partear, como la rotura de membranas para el sangrado de la placenta previa (Lattus Olmos & Carreño, 2010), que también fue descrito por Mauriceau (Rodríguez Cabezas, 2012). Siegemund ideó una maniobra para hacer la versión podálica interna en los partos de nalgas, que tiene su nombre (Rodríguez Rozalen, 2003; Alarcón-Nivia, Sepúlveda-Agudelo & Alarcón-Amaya, 2011).

5.1.1 El siglo XVII en España

En cuanto a España, son pocos los progresos que se realizaron durante esta época, aunque se podrían destacar las obras completas de Juan Gallego de la Serna, publicadas en 1639. Esta obra describía los conocimientos que tenían las

matronas en la antigüedad y las condiciones físicas, intelectuales y morales que debían poseer, así como los estudios y los exámenes que tenían que realizar. Gallego de la Serna, destacó por ser médico de la Reina de Francia Dña. Ana de Austria, hija de Felipe III y madre de Luis XIV (Usandizaga, 1944).

Contemporáneo a este último fue Pérez Cascales, quien escribió un tratado titulado "*Gerentibus uterorem appentibus degenatum*" (1611): en el mismo, indicaba que denegarle algún alimento que deseara ardientemente una embarazada, no puede ser causa de aborto como expresaba Mercado. Aunque afirmaba que el aborto podría producirse por temor o alteraciones del ánimo como ira, tristeza o alegría, o bien por traumatismos y ejercicios violentos o enfermedades agudas (Usandizaga, 1944).

En aquella época, para prevenir el aborto seguían estando de moda los amuletos y piedras preciosas. También estaba muy generalizada la idea de que si se le negaba algo a la embarazada, ésta abortaba, como puede verse en las narraciones que se hacen a este tema en el libro "*Un viaje por España en 1769*" citado por Usandizaga (1944). Además se describieron algunos casos en los que durante el parto el feto llora en el claustro materno, según Juan Vera y Villarroel esto sucedió cuando nació Calderón de la Barca (Usandizaga, 1944).

Para diagnosticar enfermedades, se practicaba el examen visual de la orina, propio de épocas anteriores, siendo en ese momento motivo de controversia para el diagnóstico del embarazo. Curiosamente esta posibilidad resultó viable más adelante (Usandizaga, 1944).

Juan Alonso de los Ruices de Fontecha, autor del libro "*Diez privilegios para mujeres preñadas*" (1606) (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002), refiere como tales privilegios los siguientes: el hecho de quedarse embarazada; cuándo, cómo y dónde se le debe practicar una sangría sin peligro de aborto; si conviene purgar a las gestantes; en qué tiempo y con qué medicación; si deben o no hacer ayuno y en qué mes, dadas las grandes excelencias que éste produce; así

como demostrar lo impío y aborrecible que es el aborto provocado. También reseña si era justo que la gestante solicitase que se la llevara a parir a un lugar determinado, por ser más cómodo o tener mejor influjo de los astros (Usandizaga, 1944).

Este autor señala también, el privilegio de la embarazada para elegir matrona, según las habilidades, sabiduría y prudencia que posean. El noveno privilegio trata sobre cómo deben ser las amas de cría, algo que preocupaba mucho en esta centuria. Esta cuestión ya fue propuesta por Sorano de Éfeso (Dasen, 2010) y tratado por diversos autores de la época (García Martínez & García Martínez, 2004), y el décimo privilegio era cómo puede prevenirse el mal de ojo de la criatura en el nacimiento (Usandizaga, 1944).

Juan Gutiérrez de Godoy fue un ardiente defensor de la lactancia materna y la considera como un derecho del recién nacido. Este autor indicaba que toda madre por muy noble que fuera, debía lactar a su propio hijo y describió los problemas que pueden ocasionar las amas de cría a los lactantes, por tener enfermedades, ser borrachas, llevar o haber llevado mala vida, etc. (Usandizaga, 1944).

Entre los siglos XVI y XVII la atención a la mujer gestante se consideraba como algo inferior a la dignidad del médico erudito y científico, por eso Nubiola y Zarate defienden el *"Feudo de las Comadronas"* manifestando: *"Si a la gran experiencia de aquellas mujeres, le hubiéramos sumado el estudio, ellas hubieran sido las verdaderas protagonistas del desarrollo de la obstetricia"* (Lattus Olmos & Carreño, 2010).

Durante este siglo XVII, se produce un hecho que va a cambiar la evolución de la asistencia obstétrica, cuando en el Hôtel de Dieu de París se autoriza a los cirujanos a asistir los partos normales. Esto supuso una lucha con las matronas en la que terminaron beneficiándose los hombres (Usandizaga, 1944). La comunidad científica acepta por unanimidad que a finales del siglo XVII y comienzos del XVIII es cuando la Obstetricia primero y la Ginecología después empiezan a

desarrollarse como disciplinas con fundamentación científica. La cirugía, como hermana menor de la medicina, se iguala a ella en dignidad y de ello se nutrirá también la obstetricia en su devenir histórico (Valle Racero, 2002).

El hecho de que las mujeres no tuvieran acceso a la formación hizo que fueran perdiendo importancia en este campo a favor de los hombres. El Padre Benito Feijoo dedicaría una de sus cartas a discutir este problema, en la misma defendía la intervención de los hombres por ser más competentes y más capaces, aunque termina ésta razonando que el ideal sería que las comadronas adquiriesen tan buena formación como los hombres. Esta necesidad de mejorar la enseñanza se plasmó en determinadas medidas que no se realizaron en todos territorios de la misma manera (Usandizaga, 1944).

5.2 Siglo XVIII

Este siglo fue denominado "Edad del Humanitarismo". En él, comenzaron los trabajos obstétricos científicos aportándose importantes contribuciones al arte de la obstetricia y la ginecología (O'Dowd & Philipp, 1995).

Una de las pocas aportaciones de las mujeres a la escritura de tratados de Obstetricia la efectuó Marguerite Tetre, viuda de La Marche, matrona del Hôtel de Dieu de Paris. En 1710 publicó el tratado "*Instruction familière et très facile, faite par questions et réponses touchant toutes les choses principales qu'une sage-femme doit savoir pour l'exercice de son art*", que se escribió a modo de preguntas y respuestas entre una comadrona joven y una experta (Lattus Olmos & Carreño, 2010; Rodríguez Rozalen, 2003).

Durante esta época destacaron los siguientes médicos: En el Reino Unido, Charles White de Manchester que insistió en la necesidad de la limpieza para evitar la sepsis puerperal y Alexander Gordon de Aberdeen que demostró la naturaleza infectiva de la misma en 1795 (O'Dowd & Philipp, 1995; Longo, 1995). En Francia, Jean Louis Baudelocque (1748-1810) construyó el pelvíme-

tro que lleva su nombre para medir y estudiar los diámetros de la pelvis y así poder determinar la existencia de estrechez pélvica. (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014; Longo, 1995).

La primera mención en la literatura de una incisión en el periné para facilitar un parto dificultoso fue realizada por un comadrón de Dublín, Sir Fielding Ould (1710-1789) en 1742. Hasta entonces se aconsejaba proteger el periné y esperar lo suficiente para que este no se desgarrara. Aunque se considera que fue Paré el primero en suturar el periné, se le atribuye a Mauriceau la primera perineorrafia. El término episiotomía es acuñado por Carl Braun en 1857 para referirse a la incisión de los genitales externos (Salas, 2012). Sir Fielding Ould también introdujo el decúbito lateral izquierdo para el parto y fue conocido como el primer maestro importante en el arte de partear en Irlanda (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014; Longo, 1995).

5.2.1 España en el siglo XVIII

En España, en 1713 Julio Clement, comadrón de la Corte francesa, fue llamado para atender a la reina Luisa Gabriela de Saboya, esposa del rey Felipe V, el cual era conocedor de los éxitos cosechados por los obstetras varones en Francia, y no quiso que la reina fuera asistida por las matronas españolas. Clement fue uno de los primeros hombres que asistieron partos, algo que era excepcional en aquella época (Usandizaga, 1944; Lattus Olmos & Carreño, 2010; Valle Racero, 2002, García Martínez & García Martínez 1999). El ejemplo de la Familia Real favoreció la costumbre de que las mujeres fueran asistidas por un comadrón. No obstante, este cambio no fue fácil, como demuestran las críticas hacia ellos en los escritos de Diego Torres Villarroel (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002).

Los cirujanos-comadrones asistían principalmente a las mujeres cercanas a la corte y a las que residían en las grandes ciudades, sin embargo, las matronas atendían a las mujeres del pueblo, esta distribución estamental se fue trasfor-

mando en los siglos posteriores dando lugar a que éstas últimas pasaran a ser subordinadas de los especialistas en obstetricia (Ortiz Gómez, 2001).

El Rey Fernando VI de Castilla, publicó la ley de 21 de julio de 1750, en la que se dieron las normas para los exámenes de las matronas y se reguló la asistencia a los partos por los cirujanos. Consecuencia de esta disposición es la publicación de la *"Cartilla del arte de partear"* de Antonio Medina, por la que fueron examinadas las comadronas a partir de 1752 (Usandizaga, 1944; Arencibia Jorge, 2002). Estas mujeres, para ser admitidas a examen ante el Protomedicato debían presentar documentación sobre limpieza de sangre de ella misma, sus padres y abuelos y demostrar testificalmente haber practicado dos años como matronas. Uno de los testigos debía ser el maestro o maestra del pueblo y el párroco debía atestiguar también que era de buena vida y costumbres (Usandizaga, 1944).

"La Cartilla del arte de partear" revelaba el nivel de conocimientos que se les exigía a las matronas, mientras que el *"Curso nuevo de cirugía"* (1750), hecho por Bartolomé Serena y Antonio Medina por encargo del Real Protomedicato, indicaba la distribución de roles en la asistencia obstétrica (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002). La Cartilla, según su autor, contenía: *«lo más principal que debe saber una matrona, las circunstancias que deben asistirle y la obligación en que por razón de oficio se constituye»* (Valle Racero, 2002).

Las matronas estaban autorizadas a asistir partos sin dificultades, en caso de que éstas se presentaran, tenían la obligación de llamar al cirujano, que era el encargado de resolverlas, y si la parturienta estaba en peligro de perder la vida, debían llamar al médico en consulta (Usandizaga, 1944).

En la segunda mitad del siglo XVIII se crearon en nuestro país los Reales Colegios, que supusieron una gran transformación en la formación de los cirujanos, lo que influiría en la mejora de la asistencia obstétrica. Hasta esa época, la formación que tenían los cirujanos era la que adquirían en la barbería o en un hospital junto a otro cirujano (Usandizaga, 1944).

Pedro Virgili creó el Real Colegio de Cirugía de Cádiz y de Barcelona (Usandizaga, 1944), a éste, se le atribuye un texto para la formación de las matronas titulado *"Compendio en el arte de partear compuesto para uso de los Reales Colegios de Cirugía"*, escrito en 1765 (Valle Racero, 2002).

Antonio Gimbernat fundó el Real Colegio de Cirugía de San Carlos. Éste último también se preocupó de la formación de las matronas, consiguiendo que en las ordenanzas de este Real Colegio se dispusiera de un maestro de partos que las instruyera, siendo requisito indispensable que éstas fueran viudas o casadas (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002).

En estos cursos, que fueron aprobados por el Protomedicato, se formaron comadronas para la práctica libre y la asistencia a los pobres. Por Real orden de 13 de julio de 1794, se nombraron 8 comadronas con un sueldo anual de 200 ducados, para que asistieran gratuitamente a las mujeres pobres, innovación de gran trascendencia para mejorar la asistencia obstétrica (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002).

5.2.1.1 LOS MANUALES DE OBSTETRICIA EN ESPAÑA

Durante el siglo XVIII, como resultado del desarrollo de los estudios de comadronas y cirujanos, se publican varios manuales dedicados al arte obstétrico. En general, contienen numerosas ilustraciones y se defiende la práctica de una obstetricia conservadora (Usandizaga, 1944).

Además de los anteriormente citados, se encuentra el tratado de Babil de Gárate y Casabona escrito en 1756, titulado *"Nuevo y natural medio de auxiliar a las mugeres en los lances peligrosos de los partos sin operación de manos ni instrumentos"*. En el mismo, explicaba que simplemente por los gritos de la parturienta se puede decidir si ha llegado el momento de realizar los esfuerzos del expulsivo. En caso de que estos se anticiparan, se produciría agotamiento materno y retraso en el parto. Cuando se calculaba bien el momento en que se

debía comenzar a hacer esfuerzo, el parto ya no debía durar más de un cuarto de hora (Usandizaga, 1944).

En situaciones oblicuas, se oponía a la versión, ya entonces propugnada por Mauriceau, subrayando que a veces, se corregía acostando a la embarazada del lado opuesto al que está inclinado el feto. Es partidario de esperar el parto espontáneo después de haber practicado una versión podálica interna en una situación transversa del feto (Usandizaga, 1944).

Defendió extraer la cabeza detenida en su progresión por los músculos del suelo pélvico, mediante la presión de la misma comprimiendo sobre el periné. Una maniobra análoga a ésta se conoce como maniobra de Ritgen, que describió éste en 1828 (Myrfield, Brook & Creedy 1997), curiosamente muchos años después que lo hiciera Babil de Gárate (Usandizaga, 1944). Este autor defiende el parto natural y tiene una finalidad docente para las matronas, en su obra, refuta a los médicos y cirujanos partidarios de intervenciones instrumentales a costa, incluso de la propia vida de la parturienta (Valle Racero, 2002).

5.2.2 Las nuevas operaciones obstétricas

El auge de las operaciones obstétricas comienzan en el siglo XVIII, algunas de ellas no pasaron de tentativas. Hasta entonces, solo se habían practicado embriotomías y versiones. Durante esta época se realizan dos tipos de intervenciones nuevas, la cesárea abdominal en madre viva y la sinfisiotomía, ambas no exentas de controversias entre los cirujanos de este periodo (Usandizaga, 1944).

La cesárea abdominal en madre viva no gozaba de buena fama pues se consideraba una intervención potencialmente mortal y los cirujanos no se animaban a practicarla (Usandizaga, 1944). No obstante, los obstetras se dieron cuenta de que a pesar de su marcadísima mortalidad, constituía un reto que necesariamente tendrían que aceptar. En 1794 el tocólogo norteamericano Jesse Bennet

realiza la primera operación cesárea practicada en mujer viva en los Estados Unidos, siendo su propia esposa la paciente (Arencibia Jorge, 2002).

En 1824, Phillip Syng Physick (1768-1837) junto a William Edmund Horner (1793-1854), propusieron otro tipo de cesárea extraperitoneal, recomendando una vía supravesical suprapúbica que desviaba el peritoneo de la vejiga distendida para llegar al cuello del útero. Desafortunadamente, los médicos de su tiempo no aceptaron la propuesta (Arencibia Jorge, 2002).

En España en 1753 se publica en un libro la realización de la primera cesárea, practicada por Jaime Alcalá Martínez, que finalizó con la muerte materna al segundo día de la intervención (Usandizaga, 1944).

En cuanto a la sinfisiotomía, la primera se practicó en París en 1777 por Sigault y en España dos años después por Juan Delhuyar, la madre tuvo fiebre durante cuarenta días y quedó con una incontinencia urinaria de por vida, aunque posteriormente tuvo otro parto sin complicaciones (Sedano et al. 2014; Usandizaga, 1944; Arcencibia Jorge, 2002; Rodríguez Ingelmo, Vico & Rodríguez Vico, 2012). Actualmente se practica en algunos países (Monjok, Okokon, Opiah, Ingwu, Ekabua et al. 2012).

CAPÍTULO 6

Edad Contemporánea

6.1 Siglo XIX

En 1812 Naegele estableció el modo para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto, considerando la fecha de la última menstruación, regla que sigue utilizándose en la actualidad.

En 1821, fue descubierta de forma fortuita la auscultación fetal por el médico internista J. Alexandre Lejumeau de Kergaradec, utilizando el estetoscopio inventado por Laenec en 1816. Este hecho constituyó un hito en la atención prenatal, porque mediante la aplicación de este instrumento se podía comprobar el latido cardíaco fetal, signo certero del embarazo y de feto vivo, a partir de los cuatro meses y medio de gestación (Sedano et al 2014; Saraví, 2014).

Este descubrimiento además proporcionó otras ventajas, como poder determinar la posición del feto, o la posible existencia de un embarazo ectópico. También ayudó a identificar las variaciones en los latidos cardíacos como indicativas de la salud fetal, así como, poder determinar la auscultación de más de un latido fetal para el diagnóstico de embarazo múltiple y la localización del soplo placentario para establecer la posición de la placenta (Sedano et al 2014; Saraví, 2014).

Madame de La Chapelle (1787-1825) (López-Sáez & Boucand 2004), la más famosa de todas las matronas por su penetración y lucidez clínica (Lattus Olmos & Carreño, 2010), organizó la Obstetricia del Hospital Port Royal de París y llegó al cargo de jefe de la *Maison d'Accouchement*, que era el pabellón de Obstetricia del Hôtel de Dieu. En este pabellón se atendían los partos de las mujeres

más pobres de la ciudad y se impartía docencia a las estudiantes-parteras, cuya formación duraba tres años (Rodríguez Rozalen, 2003; Alarcón-Nivia et al. 2011; Saraví, 2014).

Esta matrona practicó la versión podálica e ideó una maniobra para rotar la cabeza del feto con una sola rama del fórceps (maniobra de La Chapelle). Escribió sus experiencias y sus recomendaciones para los partos difíciles en el libro "*Pratique des accouchements*", que se convirtió en una obra de consulta para los médicos y parteras de Europa. En este texto La Chapelle se oponía al uso indiscriminado del fórceps, de la sinfisiotomía y de la cesárea, que en su opinión se utilizaban en exceso. Se reconoce a La Chapelle como la madre de la obstetricia moderna (Rodríguez Rozalen, 2003; Alarcón-Nivia et al. 2011; Saraví, 2014).

En este siglo hubo avances en el desarrollo de la cirugía ginecológica, de la anestesia y en la lucha frente a la sepsis puerperal. La cesárea se modificó y los índices de mortalidad mejoraron hacia finales del siglo XIX (O'Dowd & Philipp, 1995).

6.1.1 La anestesia en la obstetricia

En cuanto a la anestesia, durante muchos siglos se utilizaron diversos métodos para aliviar el dolor en el parto, como los extractos de mandrágora, adormidera y otras hierbas medicinales. Los *mayas* (México) daban estramonio (que contiene diversos alcaloides del tipo de la atropina y de la escopolamina) a mujeres como "anestésico en el acto del parto, para paliar el dolor" y el mismo Hipócrates describe el uso de la corteza del sauce blanco, precursor del ácido acetilsalicílico, que recomendaba para aliviar dolencias de parto (Pérez-Cajaraville et al. 2005).

En 1844 fue utilizado por primera vez el óxido nitroso por Riggs en una extracción dentaria a otro dentista llamado Horacio Wells (Pérez-Cajaraville et al. 2005) y Stanislav Klikovich de Polonia lo utilizó como un analgésico para el trabajo de parto en 1881 (O'Dowd & Philipp, 1995). El óxido nitroso fue descubierto

por el sacerdote Inglés Joseph Priestley en 1772 (Pérez-Cajaraville et al. 2005) y aunque durante muchos años se consideró mortal, en 1796 un atrevido inglés, Humphry Davy, aprendiz de farmacia y ayudante de cirugía, decide aspirar el gas y en lugar de fallecer, experimentó una serie de sensaciones placenteras y extraordinarias (Collins, 2015).

En 1846, James Young Simpson de Edimburgo, utilizó con éxito el éter y posteriormente cloroformo como analgésico en pacientes obstétricas, a pesar de que conservadores y religiosos estaban a favor del dolor durante el parto como un mandato celestial. Se aceptó socialmente el uso de la anestesia y la analgesia en el parto cuando John Snow de Londres administró cloroformo a la reina Victoria. Aunque algunos profesionales médicos realizaron campañas en contra de su empleo (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014; Pérez-Cajaraville et al. 2005; Arencibia Jorge, 2002).

La morfina y la escopolamina se utilizaron a partir de 1902, pero desde 1932 se introdujo el empleo de gases volátiles en la analgesia obstétrica (O'Dowd & Philipp, 1995).

6.1.2 El tratamiento de la fiebre puerperal

La fiebre puerperal fue descrita por Hipócrates y en 1662 Thomas Willis describió un proceso denominado "*puerperarum febris*" (Sedano et al. 2014), pero en 1716 Edward Strother introdujo el término "fiebre puerperal". Así empezó el desarrollo del control de la infección, que se inició en el siglo XVIII a través de varios estudios (O'Dowd & Philipp, 1995).

El obstetra australiano Thomas Denman (1733-1815), fue el primero en sugerir que la fiebre puerperal era contagiosa y probablemente ligada a los médicos que atendían a las pacientes (Sedano et al. 2014).

En Viena, Ignaz Philips Semmelweis (1818-1865) observó que las parturientas, que eran asistidas por estudiantes de medicina y médicos, estaban mucho

más predisuestas a desarrollar la sepsis puerperal y concluyó que la infección les era transmitida por ellos. En 1840 introdujo el lavado rutinario de manos con líquido clorado, después cambió a lima clorinada, observando que este simple acto, reducía rápidamente la mortalidad (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

Luis Pasteur (1822-1895) fue uno de los principales contribuyentes al conocimiento de este cuadro. Creía que microbios específicos producían enfermedades específicas. Descubrió que el estreptococo era la principal causa de la sepsis puerperal. Aunque se tomaron distintas medidas para vencer la fiebre puerperal, en 1897 causó el 4,3% de todas las muertes maternas en el Reino Unido (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

Sería en el siglo XX cuando gracias a la introducción de las sulfamidas en la década de los 30 y de la penicilina a partir de 1941, unido a la práctica de unas adecuadas técnicas de asepsia, se reducirían los índices de mortalidad materna y perinatal (O'Dowd & Philipp, 1995).

Otras aportaciones a la obstetricia durante este siglo fueron realizadas por Crede (1819-1892) que introdujo el método de dirigir la expulsión de la placenta. John Braxton Hicks (1825-1897), quien describió las contracciones rítmicas uterinas que se presentan durante el embarazo (O'Dowd & Philipp, 1995). Hugo Lenox Hodge en 1864 ideó los planos pelvianos paralelos para precisar el grado de descenso de la presentación fetal. Jacob Mateo Duncan en 1873, explicó el mecanismo de sangramiento en la placenta previa y el alumbramiento. Poco después en 1875, Luis Bandl describió el síndrome de la rotura uterina y en 1877, Esteban Tarnier creó el fórceps que lleva su nombre (Sedano et al. 2014).

Gustav M. Michaelis (1798-1848) descubrió que la medida del diámetro conjugado obstétrico o conjugado verdadero, inferior a 8,75 cm, indicaba estrechez pélvica (O'Dowd y Philipp, 1995; Sedano et al. 2014) y el rombo que lleva su nombre buscaba conocer la simetría pelviana (Sedano et al. 2014).

6.2 Siglo XX

La mejora en la nutrición y en las condiciones de vida, consiguieron que se obtuvieran resultados obstétricos superiores durante este siglo. No obstante, continúa el problema de los partos prematuros, para intentar disminuirlos, se usaron potentes sedantes y en la década de los 70 se introdujeron los agentes betasimpáticomiméticos. Sin embargo, éstos también se producían por inducciones del parto en gestantes que se suponía estaban a término, hecho que se redujo en los años 80 con el uso de los ultrasonidos, que permitieron precisar la edad gestacional (O'Dowd & Philipp, 1995).

Son numerosos los avances en obstetricia que se desarrollaron en este siglo, entre ellos destacarían:

6.2.1 El diagnóstico del embarazo

El diagnóstico del embarazo se realizaba mediante el examen vaginal y manual hasta que se descubrieron las pruebas para diagnosticar la gestación. Entre sus descubridores se encuentran Ascheim y Zondek en 1927, Voge en 1926, Hogben en 1930, Kupperman en 1943, Carlos Galli Mainini en 1947 que inyectaban orina, de la mujer a la que pretendían diagnosticar el embarazo, a animales como ratones, sapos y ranas. Posteriormente aparecieron las pruebas inmunológicas iniciadas por Wide y Gemzell en 1960, se basan en que la hCG, por ser una proteína, posee alta capacidad antigénica. Actualmente existen métodos químicos, basados en la detección de la fracción β de la hCG en la orina con márgenes de errores inferiores al 2% (Velásquez, 2009).

6.2.2 Anestesia epidural

La anestesia epidural fue un gran avance en relación al manejo del dolor en el parto. El cirujano francés Fernand Cathelin, (1873-1945) en 1903, publicó la técnica de inyección de cocaína a través del hiato sacro para producir anestesia

(Sedano et al. 2014; Franco y Diz, 2000) y en 1911 Stokel la aplicó en el parto normal (Sedano et al. 2014). En 1910 Oskar Gros (1877-1947) del Instituto de Farmacología de Leipzig (Alemania) describe cómo el poder de las soluciones anestésicas era mayor en medios alcalinos, empleando para ello bicarbonato sódico (Franco & Diz, 2000; Gonzalo Rodríguez, Rivero Martínez, Pérez Albacete, López López & Maluff Torres, 2007).

Posteriormente Låwen (1875-1958) aconsejó la adición de epinefrina para disminuir la absorción capilar. Algunos años más tarde, hacia 1917, el español Salvador Gil Vernet (1892-1987) modificó la técnica de Låwen inyectando la solución anestésica a un nivel más alto en el canal sacro, pero sin narcóticos suplementarios. Sin embargo, a pesar de los buenos resultados de esta técnica, se quedó en el olvido (Franco & Diz, 2000; Franco, Cortés, Diz & Álvarez 2011).

En los años 1920 y 1930 el uso de este tipo de anestesia fue bastante irregular, aunque en algunos hospitales, como la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota, EE.UU.) se utilizaron en analgesia obstétrica e incluso en la cirugía (Franco & Diz, 2000; Gonzalo Rodríguez et al. 2007).

En 1921 el cirujano español Fidel Pagés Miravé (1886-1923), desarrolla un nuevo método de anestesia epidural accediendo al canal espinal a nivel lumbar o torácico a cuya técnica llamó "anestesia metamérica". Diez años más tarde el cirujano italiano Achile Mario Dogliotti (1897-1966) publicó sus trabajos con este método. Es de suponer que no conocía los trabajos de Pagés (Franco & Diz, 2000; Gonzalo Rodríguez et al. 2007).

En torno al año 1940 comienzan a aparecer estudios sobre la utilización, sobre todo en obstetricia, de catéteres ureterales que se introducían por el canal sacro dejándolos fijos con el fin de conseguir una analgesia continua, pudiendo añadir nuevas dosis de anestésico si el nivel de analgesia conseguido no era el suficiente. En España esta técnica fue introducida por J. M^a. Bedoya y B. Pardo Ouro en 1944 (Gonzalo Rodríguez et al. 2007).

En 1949 el Cubano Miguel Martínez Curbelo y el estadounidense Flores, describen el catéter epidural para la anestesia epidural continua en la cirugía y obstetricia respectivamente (Franco & Diz, 2000; Gonzalo Rodríguez et al. 2007).

6.2.3 El descubrimiento de los grupos sanguíneos

Otro hallazgo de este siglo para la Obstetricia fue el descubrimiento de los grupos sanguíneos por Landsteiner, que junto con Wiener publicó en 1940 el posterior hallazgo del Factor Rhesus. Un año después su alumno Levine publica las consecuencias que tiene el factor Rhesus sobre el feto y el recién nacido (Lefrère & Berche, 2010).

El problema de la isoinmunización Rh se trató mediante la exanguino-transfusión al recién nacido (O'Dowd & Philipp, 1995) y por el desarrollo de la inmunoglobulina anti D por Finn y Clarke en Liverpool y Gorman, Freda y Pollack en los Estados Unidos (Haas, Finning & Massey, 2014).

6.2.4 Los Ultrasonidos

Los ultrasonidos constituyeron otro elemento importante en la historia de la Obstetricia. Tuvo sus antecedentes en los estudios del biólogo italiano, Lazzaro Spallanzani en 1793, observando cómo los murciélagos atrapaban a sus presas (Montoya 1984). Posteriormente en la primera mitad del siglo XIX (1803-1853), el físico y matemático austriaco Christian Andreas Doppler observó que ciertas propiedades de la luz en movimiento eran aplicables a las ondas de los ultrasonidos a lo que llamó "Efecto Doppler" que fue desarrollado cien años más tarde por los japoneses (Dulia Ortega & Solange Seguel, 2004).

En la segunda mitad del siglo XIX los hermanos Pierre y Jacques Curie descubren las propiedades de algunos cristales conocidas como "Efecto piezo-eléctrico", lo cual sirve de base para las diversas utilidades de las ondas de ultrasonidos (Dulia Ortega & Solange Seguel, 2004).

La historia de la ecografía en medicina data del año 1942, pero su uso en Obstetricia se demostró por primera vez en el clásico artículo publicado en 1958 en *The Lancet*, escrito por Ian Donald, John McVicar, y Tom Brown: "*La investigación de masas abdominales por ultrasonido pulsado.*" La Ecografía pudo evaluar el crecimiento y el bienestar fetal, así como la detección de anomalías en el feto, la evaluación de masas pélvicas, el cribado de cáncer de ovario y el manejo de la fertilidad (Sedadno et al. 2014; Dulia Ortega & Solange Seguel, 2004; Campbell, 2013).

Fue en 1976-1977 cuando la ecografía bidimensional, se incorporó regularmente en el uso clínico generalizándose en este área en la década de 1980. Este hecho propició que el feto dejara de ser un ente imaginario tanto para la madre como para el médico. En 1983 se sumó el primer Equipo de Doppler en color que permitió visualizar y estudiar en tiempo real y a color los flujos vasculares (Sedadno et al. 2014).

6.2.5 El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF)

Es importante señalar que el monitoreo de la FCF se benefició durante los primeros años del siglo XX por la introducción de la tecnología aplicada a las ciencias médicas. Entre los investigadores de esta tecnología, destacan Caldeyro Barcia de la Universidad de Montevideo y Edward Hon de la Universidad de Yale, que investigaron el uso de la FCF y la actividad uterina en un registro continuo (Dueñas-García & Díaz-Sotomayor, 2011). En el III Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia realizado en junio de 1958 en la Ciudad de México, Caldeyro Barcia presentó su trabajo denominado "*Estudio de la hipoxia fetal durante el monitoreo cardíaco fetal continuo*" (Dueñas-García & Díaz-Sotomayor, 2011).

En 1964, el médico y capitán Dwight A. Callagan de la armada de Estados Unidos, tuvo la brillante idea de incorporar la tecnología del efecto Doppler empleado en los sonares de la segunda Guerra Mundial, creando así dispositivos que posteriormente sirvieron para detectar los latidos cardíacos del feto, lo que permitió distinguir el pulso materno del fetal (Dueñas-García & Díaz-Sotomayor, 2011).

6.2.6 **Mortalidad Materna**

La mortalidad materna en aquella época era muy alta y dos de las causas de ésta eran las hemorragias anteparto y la eclampsia. Causas que continúan produciendo muertes maternas en la actualidad, como refiere un análisis sistemático realizado entre los años 2003 a 2009. Este estudio, señala que la hemorragia representa el 27.1% de las muertes maternas. Más de dos tercios corresponden a la hemorragia posparto y la hipertensión es la segunda causa con el 14.0%, seguida por la mortalidad debida a sepsis que fue del 10.7%. El aborto representó el 7.9% y la embolia y otras causas directas representaron el 12.8 % de las muertes a nivel mundial (Say, Chou, Gemmill, Tunçalp, Moller et al. 2014)

6.2.7 **Hemorragia anteparto**

Ésta era una importante causa de muerte materna. Había dos grandes categorías, cuando la paciente estaba "tóxica" o que la placenta estuviera mal situada. La mortalidad materna debida a la hemorragia por placenta previa era del 6-7% y la mortalidad perinatal alrededor del 50% (O'Dowd & Philipp, 1995). Conocer lo más precozmente la existencia de placenta previa constituía un importante reto para evitar estas muertes.

La primera descripción de placenta previa se debe a Guillemeau en 1685, aunque el término de placenta previa fue establecido unos años más tarde por Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres (Escudero & Barrón 1993).

Durante los siglos XVIII y XIX se practicaron técnicas como el taponamiento vaginal, rotura de las membranas (Puzo), rotura de las membranas y versión gran extracción (Branxton Hicks), la metreuresis que consiste en realizar la dilatación cervical con una bolsa de agua, el fórceps de Willet con el que se traccionaba de la cabeza fetal hasta el orificio cervical interno y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892 y a partir de este momento se generalizó su uso (Escudero & Barrón 1993).

La conducta expectante ha sido defendida por numerosos autores, comenzando por Bill, que propugnó esta conducta y finalizar con la práctica de una cesárea y transfusión sanguínea con objeto de disminuir la morbimortalidad materna. Seguido por Macafee que consiguió reducir la mortalidad materna al 0.57% y la perinatal a menos del 25% desde 1932 a 1944 en Belfast (O'Dowd & Philipp, 1995; McSahned, Heyl & Epstein, 1985). En 1945 Johnson abogó también por el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal (Escudero & Barrón 1993). Finalmente la indicación de terminar el embarazo entre la 34 y 36 semanas, previa maduración pulmonar del feto con corticoides, se considera la actuación óptima para soslayar este problema (McSahned, et al. 1985).

El diagnóstico ecográfico de la placenta previa fue introducido por Gottesfeld en 1966 y es considerado el "patrón oro" por el su elevado índice de aciertos (Escudero Barrón 1993).

6.2.8 Preeclampsia y eclampsia

La eclampsia fue referida por Mauriceau en el siglo XVII. En 1811 John Charles Weaver Lever descubrió la asociación entre esta patología y la proteinuria. Alexandre Henri Pilliet a finales del siglo XIX, demostró la relación entre la eclampsia y los cambios hepáticos. El esfigmomanómetro fue perfeccionado en 1896 por Scipione Riva-Rocci, y así se relacionó hipertensión, proteinuria y edema con la preeclampsia y la eclampsia a comienzos del siglo XX (O'Dowd & Philipp, 1995).

A principios de 1900, las tasas de mortalidad materna por convulsiones eclámpticas en Estados Unidos eran del 20% al 30%. En 1924 se publican estudios que demostraron la eficacia del sulfato de magnesio como anticonvulsivante en el manejo y prevención de la eclampsia. En 1930 la mortalidad materna relacionada con eclampsia en Estados Unidos disminuyó el 5% (Hunter & Gibbins, 2011).

Pritchard, en la década de 1950, estudió durante 3 años los efectos de sulfato de magnesio como la única terapia, tanto en el tratamiento como en la preven-

ción de las convulsiones eclámpticas. Este autor demostró que éste inhibe eficazmente las convulsiones eclámpticas con mínimos efectos secundarios maternos o fetales y también que apenas tenía efecto sobre la presión arterial elevada. Este estudio verificó la necesidad de añadir tratamiento hipotensor en la hipertensión severa asociada con preeclampsia y eclampsia (Hunter & Gibbins, 2011).

A pesar de que la mortalidad por esta causa en el Reino Unido era del 40%, todavía en el año 1915 el control de TA se realizaba esporádicamente. Stroganoff introdujo la terapéutica anti eclámptica en 1909, pero en la década de 1960 se implantó la combinación de anticonvulsivante con el tratamiento antihipertensivo contribuyendo a la disminución de la mortalidad (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

6.2.9 Depresión postparto

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen una etapa en la vida de la mujer en la cual tienen lugar una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que la hacen más vulnerable a la aparición de trastornos psíquicos (Susman 1996). Estos trastornos en función de la gravedad y la cronología de su presentación, se clasifican en: psicosis puerperales, blue o disforia puerperal o postparto, depresión posnatal o postparto (Florido, 2010; O'Hara, 2009).

Las psicosis puerperales, presentan una incidencia de aproximadamente 1-2 por 1000 partos (Gómez, 2002). Este trastorno puede ser confundido con una depresión, pero posee el rasgo diferencial de la presencia de síntomas típicamente psicóticos como delirios o alucinaciones. Generalmente aparece en las dos semanas siguientes al parto y su duración es variable. La mujer que desarrolla esta patología tiende a tener un 50% de probabilidades de repetirse en otros embarazos. Esta alteración en general tiene un pronóstico bueno, aunque en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización (Gómez, 2002; Florido, 2010).

Los Blue o disforia postparto, también conocido como tristeza puerperal lo padecen entre el 15 y el 85% de las mujeres (Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2009). Este trastorno está causado por la disminución brusca de los niveles de estrógenos y progesterona hasta los valores previos al embarazo (Florida, 2010). Los Blue o disforia postparto se caracterizan porque la mujer presenta síntomas como labilidad emocional, irritabilidad, hipersensibilidad interpersonal, insomnio, ansiedad, llanto, y a veces euforia, comunes durante la primera semana hasta diez días después del parto y que por lo general se resuelven en pocos días sin ningún tipo de intervención (O'Hara, 2009). Estas madres refieren sentirse "sobrepasadas", incapaces de adaptarse, cansadas, ansiosas, irritables e hipersensibles. El llanto episódico, que se produce sin una razón identificable es una característica fundamental de este período (Ladewig, London, Moberly, Olds 2006).

Aunque la tristeza puerperal es muy frecuente y de corta duración su identificación es muy importante por tratarse de un poderoso factor de riesgo para el desarrollo de una posterior depresión postparto (Pearlstein et al. 2009). Reck, Stehle, Reinig, (2009). encontraron una asociación significativa entre la tristeza puerperal y la depresión postparto en su estudio sobre mujeres alemanas cuya prevalencia fue del 52,2% de esta tristeza puerperal.

La depresión postparto o puerperal es una entidad bastante frecuente en la mujer y según las diferentes revisiones, la tasa de prevalencia varía según el tipo de estudio y la metodología empleada, oscilando entre un 7% (O'Hara, 2009) y un 36,2% (Alvarado-Esquivel, Sifuentes-Álvarez, Estrada-Martínez, Salas-Martínez, Hernández-Alvarado, Ortiz-Rocha et al. 2010), situándose en una media del 13% (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009), porcentajes que pueden cambiar de unos países a otros. Este tipo de depresión es un importante problema de salud pública, debido al impacto negativo que tiene, no solo para los padres, sino también para sus hijos (Massoudi et al. 2012).

Algunos estudios señalan que la falta de apego y una interacción negativa madre-hijo, durante la etapa temprana de formación de vínculos, impactan el desarrollo futuro del niño, aun cuando la depresión de la madre haya finalizado. La depresión postparto se considera un factor de riesgo que influye negativamente en el desarrollo cognitivo y emocional del niño, tanto a corto como a largo plazo (Podesta et al. 2013; Poobalan et al. 2007).

La depresión postnatal o postparto, generalmente aparece entre las 4 y 8 semanas tras el parto (Florado, 2010), aunque puede comenzar desde el momento del nacimiento o puede ser el resultado de una depresión en evolución continua desde el embarazo (Teissedre & Chabrol, 2004). Esta depresión tiene las características específicas de la depresión mayor (Bezares, Sanz & Jiménez, 2009) y la sintomatología debe durar más de dos semanas. Ésta consiste en sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o rechazo al niño en los casos más graves, pero sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva (Florado, 2010). Además aparecen sentimientos de culpa por la discrepancia entre el estado de ánimo y las expectativas sociales de felicidad y un mal desarrollo de las relaciones madre-hijo (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Es una alteración compleja de diagnosticar, puede confundirse con disforia puerperal, especialmente si ésta aparece tarde en relación al parto. A este problema se añade que las madres no consultan por temor a defraudar a los demás o porque piensan que lo que les sucede es algo normal, atribuible a la conducta del bebé o de las personas que le rodean, que no le brindan el apoyo suficiente (Florado, 2010; Jadresic, 2004).

Lo anteriormente expuesto justifica la necesidad de identificar tempranamente estos trastornos.

La Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) creada por Cox et al (1987), se desarrolló para ayudar a los profesionales de la Atención Primaria de Salud en

el cribado de la depresión postparto. Esta escala se ha utilizado en más de 23 países y fue adaptada al entorno español por Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel & Navarro, (2003) Se trata de un instrumento validado y efectivo para la identificación de las mujeres que están en riesgo de padecer una depresión postparto. El rango de puntuaciones oscila entre el 0 y el 30. La validación de la EPDS en nuestro país permite realizar el diagnóstico de DPP cuando se obtiene una puntuación igual o mayor a 11, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63% (AscasoTerrén et al. 2003; Garcia-Esteve et al. 2003).

6.2.10 Asistencia al parto desde el siglo XX hasta la actualidad

Durante el siglo XX se produjeron profundos cambios en los conocimientos acerca del manejo de la inducción, la asistencia al parto en general y sobre todo la atención al tercer estadio del parto. En la década de los años 90 casi el 100% de los partos eran hospitalarios excepto en Holanda (O'Dowd & Philipp, 1995).

Greenhill, profesor de Ginecología en Chicago, resume su experiencia personal desde 1921 hasta 1975. *“La mayoría de los partos eran espontáneos y los de nalgas se asistían por vía vaginal. En los casos de placenta previa, el diagnóstico se realizaba mediante tacto vaginal y el tratamiento se efectuaba con bolsas de caucho de diferentes tipos y tamaños. La mayoría de estos partos eran asistidos por vía vaginal y morían muchos fetos, sobre todo, en la placenta previa total pues se realizaban pocas cesáreas y en algunos casos también morían las madres. Las mujeres fallecían como consecuencia de los abortos clandestinos y/o las sepsis puerperales pues no se disponía de antibióticos”* (O'Dowd & Philipp, 1995).

En la década de los años 40, Duglad Baird, profesor de matronas en la Universidad de Aberdeen observó la asociación entre clase social baja de la mujer embarazada y nutrición inadecuada con una elevada mortalidad obstétrica perinatal.

Este autor descubrió que las muertes perinatales debidas a insuficiencia placentaria se incrementaban cuando se sobrepasaran las 40 semanas de

gestación, este descubrimiento llevó al concepto de inducción del parto por “post-madurez” y a la realización de más cesáreas para evitar la hipoxia fetal (O’Dowd & Philipp, 1995).

Los traumas del parto se redujeron al conseguir una mejor preparación del personal obstétrico, por el abandono de la práctica de fórceps en presentaciones altas, la asistencia de partos de nalgas difíciles por vía vaginal y por la introducción de nuevos métodos del manejo del parto. A pesar de que se focalizó la atención en la detección de la hipoxia fetal, la muerte fetal por esta causa, siguió siendo difícil de eliminar (O’Dowd & Philipp, 1995).

6.2.10.1 INDUCCIÓN DEL PARTO

Este concepto fue introducido a mitad del siglo XVIII. Aunque los ergóticos eran conocidos por las matronas durante siglos, fue en 1808 cuando Stearns en EEUU comenzó a utilizarlos, pero obtuvo un elevado número de recién nacidos muertos por lo que cayó en desuso. No obstante, se siguió utilizando en el tercer estadio del parto (O’Dowd & Philipp, 1995).

Durante el siglo XIX, se utilizaron distintas estrategias para la inducción del parto, entre ellas, el uso de los tallos de laminaria e incluso la rotura artificial de membranas. En 1878 Porak usó quinina, que se mantuvo hasta la década de los 30, que fue abandonada por relacionarse con malos resultados obstétricos y perinatales. El sulfato de esparteína, un alcaloide de los ergóticos, se introdujo en la década de los 40 hasta mediados de los 60 (O’Dowd & Philipp, 1995).

Si nos retrotraemos a 1582, en este período se describió por primera vez que las espinas de *secale cornutum* provocaban una reacción contráctil durante el parto. Posteriormente se han ido describiendo un número considerable de alcaloides, pero no fue hasta 1932 cuando Dudley y Moir consiguieron aislar el alcaloide específico uterino, la ergometrina, cuya ventaja era que poseía menos propiedades vasoespásticas (den Hertog, de Groot & van Dongen, 2001).

En esa época el OBE (aceite, baño y enema) para vaciar el intestino se utilizó en las inducciones y en los partos espontáneos para facilitar su evolución (O'Dowd & Philipp, 1995).

En 1909, Sir Henry Dale descubrió la oxitocina, describiendo el efecto contráctil uterino de ésta y después de analizarlo llegó a la conclusión de que esta sustancia procedía de la glándula pituitaria posterior (den Hertog, de Groot & van Dongen, 2001).

La inducción con oxitocina (extraída de la glándula pituitaria) fue iniciada por Theobald de Bradforden 1952, que apoyaba la inducción con suero fisiológico y oxitocina por vía intravenosa (O'Dowd & Philipp, 1995). La inducción del parto utilizando tabletas sublinguales de extracto de pituitaria fue bastante común en la década de los 60 (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

Vincent du Vigneaud comprobó que los extractos de pituitaria contenían tanto vasopresina como oxitocina y aisló esta última purificada en 1954, a partir de extractos hipofisarios. Desde entonces se fabricó la oxitocina sintética o Syntocinón® (O'Dowd y Philipp, 1995; Sedano et al. 2014; den Hertog, de Groot & van Dongen, 2001). Su uso fue publicado por Boissonnas et al. en 1955 (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

En 1964 Bishop describió su sistema de puntuación para valorar el grado de maduración cervical y comprobó que cuanto más maduro estuviera el cuello uterino mejor respondería a la inducción del parto. En 1968, Karin et al. introdujeron las prostaglandinas como agentes para la maduración cervical. (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014).

6.2.10.2 DURACIÓN DEL PARTO

Philpott, de Rodesia, introdujo el "control partográfico del parto", un método por el cual podía identificarse la hipotonía uterina o la desproporción pélvico

cefálica y actuar de manera apropiada antes que la madre o el feto estuvieran exhaustos (O'Dowd & Philipp 1995).

6.2.11 La atención al parto en la actualidad

En abril de 1985 en Fortaleza (Brasil), la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. A la misma asistieron comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres hasta un total de 50 participantes. En esta conferencia, se hizo una profunda revisión sobre los conocimientos de la tecnología para el parto y se elaboró el primer documento fruto del consenso internacional que contemplaba las recomendaciones para evitar prácticas, no justificadas, que se estaban realizando de forma sistemática y para la atención al nacimiento desde una perspectiva desmedicalizadora (OMS, 1985).

A partir de esas fechas, las asociaciones profesionales, las sociedades científicas y las organizaciones nacionales e internacionales han ido adaptando progresivamente sus guías de práctica clínica y protocolos de atención al proceso del embarazo, parto y nacimiento teniendo en cuenta estas recomendaciones y las que han ido surgiendo a la luz de la evidencia científica (Cueva Barrao. 2015).

Este proceso del embarazo, parto y puerperio, se comienza a ver como un evento de la vida reproductiva de la mujer y de la intimidad del núcleo familiar, más que como una enfermedad en la que haya que intervenir (Cueva Barrao. 2015). Se plantea la humanización de la asistencia al parto que para Wagner (2001) sería aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso de manera que sea la propia embarazada y no el personal sanitario quien toma las decisiones acerca de lo que sucede.

El Ministerio de Sanidad y Consumo Español publicó Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN), (2007) aprobada en el Consejo Interterritorial de Salud. El objetivo de este documento, es asegurar una atención de calidad al parto, para que todas las mujeres y sus parejas reciban la mejor asistencia y participen activamente en el proceso. Además, en este documento se contemplan tres ejes transversales: diversidad de capacidades (físicas, intelectuales o sensoriales), multiculturalidad (en relación con población inmigrante) y perspectiva de género (Tejero-Lainez, 2013).

Este documento intenta mejorar los aspectos de humanización del proceso del parto sin que se pierdan los logros alcanzados en seguridad y buena atención, a la vez que, pretende evitar los efectos perjudiciales del uso excesivo de tecnología y de los fármacos. Propone recuperar el respeto a la fisiología del parto, controlar adecuadamente este proceso sin intervenir, si no hay motivo, y aumentar el protagonismo de la mujer, el bebé y la familia (EAPN, 2007)

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, (2011), es el resultado del trabajo de un amplio grupo de profesionales, procedentes de diferentes Comunidades Autónomas, representantes de las disciplinas implicadas, así como mujeres pertenecientes a asociaciones involucradas en el fomento de unos cuidados adecuados antes, durante y tras el parto. En el proceso de revisión se ha contado con profesionales de reconocido prestigio, pertenecientes a las Sociedades Científicas involucradas.

Como consecuencia de la política de humanización de la asistencia al parto, en nuestra Comunidad Autónoma, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía publica dos documentos, uno en 2005 (Junta de Andalucía, 2005) y posteriormente otra edición del mismo, revisada y actualizada en 2014. (Junta de Andalucía, 2014). Estos documentos, siguiendo las directrices de la OMS, parten de la idea de que toda mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención durante el embarazo el parto y el postparto, así como a desempeñar un papel central en todos los aspectos de la misma, incluyendo la participación

en la planificación, ejecución y evaluación de esta atención. También son tenidos en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos, considerados como fundamentales para comprender la manera de prestar una atención integral y holística a la mujer (OMS, 1985; Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013). En todos estos documentos, se recogen las recomendaciones que indican cómo se realizan la mayoría de los partos en nuestro entorno.

La atención al parto comienza en el ámbito hospitalario, la gestante acude a urgencias obstétricas y ginecológicas, donde se valora el estado general de la madre y del feto y se evalúa si se ha iniciado o no el parto, en función de lo cual se decide su ingreso. La identificación de la mujer se controla durante todo el proceso mediante una pulsera personalizada (Junta de Andalucía, 2014).

Cuando la embarazada llega a la zona de dilatación y partos, se comienza por atender a sus deseos y las expectativas y preferencias expresadas y acordadas con la gestante en su Plan de Parto y Nacimiento. (Plan de parto y nacimiento: Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía, 2009). Siempre se deben explicar los beneficios, riesgos e implicaciones relacionados con los procedimientos farmacológicos y no farmacológicos existentes para aliviar el dolor en el parto y que la propia mujer decida qué medios desea que se le apliquen (Junta de Andalucía, 2014).

También se le toman las constantes vitales y se realiza la exploración clínica (valoración de la altura uterina y exploración de la estática fetal). Seguidamente, se evalúa si existe dinámica uterina y dilatación cervical, el estado de las membranas ovulares y se ausculta la frecuencia cardiaca del feto (Junta de Andalucía, 2014).

Para conseguir el bienestar de la embarazada, ésta puede estar acompañada por una persona que ella elija y esta persona debe tener libre acceso a la gestante durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, la mujer debe recibir todo el apoyo emocional que el equipo sanitario le debe prestar. El derecho de

la embarazada a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes, es algo que también debe ser respetado por los profesionales de la salud (Junta de Andalucía, 2014).

En los últimos años se han abandonado las prácticas de rasurar el pubis y genitales externos, así como la administración de enemas de forma rutinaria tras constatar, que no solamente eran innecesarios, sino que, en algunos casos, podrían ser contraproducentes. (Decreto 101/1995; Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; TejeroLainez, 2013; Junta de Andalucía, 2014).

En condiciones normales, la exploración clínica para valorar el progreso de la dilatación, se realiza aproximadamente cada 4 horas. El control del bienestar fetal durante el parto se puede efectuar mediante auscultación fetal intermitente y monitorización fetal electrónica intermitente y continua. Ante la presencia de un registro cardiotocográfico (CTG) patológico, se puede recurrir distintos métodos que valoran el bienestar fetal (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Si la dilatación progresa adecuadamente no es necesario realizar amniorrexis artificial ni utilizar perfusión de oxitocina de manera rutinaria. Si por el contrario la dilatación no progresa adecuadamente y las membranas están intactas, se practica amniorrexis artificial y se valora siempre la cantidad y color del líquido amniótico. Si se establece el diagnóstico de retardo del progreso de la dilatación, se ofrece a la gestante proceder a la estimulación del parto con oxitocina. La administración de ésta, se realiza bajo monitorización materno-fetal continua y se le oferta a la futura madre la analgesia epidural para alivio del dolor. (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Tejero-Lainez, 2013; Junta de Andalucía, 2014).

Existen varios métodos para el alivio del dolor en el parto que pueden ofrecerse a la gestante para que ella decida cuáles quiere que se le apliquen, aunque el método más usado suele ser la analgesia neuroaxial, concretamente la

analgésia epidural. Se debe informar a la embarazada que este método es el más eficaz para el alivio del dolor, pero que, en algunos casos, pueden aparecer efectos secundarios, así como en qué proporción se producen. Esta información se efectuará de forma oral y mediante el informe del consentimiento informado que ella debe firmar previamente (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Tejero-Lainez, 2013; Junta de Andalucía, 2014; Consejería de Salud, 2015).

Otras alternativas para el alivio del dolor que también se ofrecen a las mujeres son, opioides parenterales que poseen un efecto limitado. Así como óxido nítrico, pelotas de goma para poder adoptar posturas más confortables, técnicas de respiración y/o relajación. Además se ofertan inyecciones de agua estéril en la zona lumbar, hidroterapia, como la inmersión en una bañera de agua caliente durante la dilatación y el parto y la disminución del dolor perineal mediante la aplicación de compresas frías en el periné (Muñoz-Sellés & Goberna-Tricas, 2012; Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

En el período expulsivo, se recomienda que durante el parto la embarazada adopte la posición que le sea más cómoda. En cuanto a los pujos, se suele esperar a que la mujer sienta la sensación de pujo para que éstos sean espontáneos. En ausencia de esta sensación y en las parturientas con analgesia neuroaxial se aconseja dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva de la segunda etapa del parto (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Durante la segunda etapa del parto, ya no es necesario realizar masaje perineal para favorecer la distensión del periné, sino que se pueden aplicar compresas calientes. Durante esta segunda etapa, también se procede a la protección activa del periné para impedir que se produzcan desgarros en el mismo. Igualmente se debe evitar la realización rutinaria de episiotomía en el parto espontáneo y se debe valorar su realización en situación de riesgo de pérdida de

bienestar fetal (RPBF) (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Tejero-Lainez, 2013; Junta de Andalucía, 2014).

El momento del nacimiento es un acto íntimo que requiere un entorno que favorezca la confianza, la comodidad y la relajación de la mujer y es muy importante que en todo momento la madre se sienta la protagonista de su parto. El ambiente en el paritorio debe ser silencioso, con poca luz, con puertas cerradas (para preservar la intimidad y facilitar el control térmico del recién nacido). En el paritorio deben estar el mínimo número de profesionales posibles y contar con la presencia del acompañante elegido por la madre (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

El manejo activo del alumbramiento, ó 3ª fase del parto se realiza mediante la administración de oxitocina con fines profilácticos. Se aconseja informar a la gestante de que el manejo activo acorta la duración de esta fase del parto, disminuye el riesgo de hemorragias posparto así como, la necesidad de oxitocina terapéutica. El manejo espontáneo o fisiológico del alumbramiento es una opción en caso de que la mujer lo solicite (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Es recomendable pinzar y cortar el cordón umbilical tras 2 ó 3 minutos del nacimiento o cuando cesa el latido fetal, salvo que las circunstancias indiquen lo contrario. En caso de desgarros y/o episiotomía, se suturan con material sintético de absorción normal, en la actualidad se recomienda la técnica de sutura continua (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Cuando los padres decidan la donación voluntaria de sangre de cordón umbilical (SCU) se procederá a la extracción y posterior envío al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía de la unidad o unidades de SCU, conforme al procedimiento establecido para ello en el Centro (Junta de Andalucía, 2014).

Con respecto al recién nacido, siempre que sea posible se fomentará la “asistencia compartida” (Acien, Arcas, Barrio, Ortega & Parrilla, 1979), que consiste en animar a la madre a que colabore en el nacimiento de su hijo. Una vez que han salido las escápulas del feto, la parturienta lo tomará por las axilas y con ayuda de la persona que asiste el parto colocará al recién nacido sobre su abdomen o pecho, así se asegurará el contacto íntimo piel con piel. Si esto último no se pudiera realizar y siempre que las condiciones de la madre y el recién nacido lo permitan, se debe facilitar este contacto lo antes posible y evitar la separación de la madre y el bebé al menos durante la primera hora de vida. (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

También se debe intentar el inicio precoz de la lactancia materna, preferentemente dentro de la primera hora de vida. Para favorecer ésta y el contacto piel con piel, es conveniente realizar la identificación del recién nacido y valoración del test de Apgar sin separar a éste de la madre. En la medida que sea posible, se aconseja posponer la exploración completa del recién nacido, al menos durante la primera hora de vida, para respetar el contacto piel con piel. Algunos autores confirman que la lactancia materna es superior en aquellos recién nacidos que tienen este contacto precoz con la madre (Otal-Lospaus, Morera-Liáñez, Bernal-Montañes & Tabueña-Acin, 2012; Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Actualmente no se recomienda la introducción de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el recién nacido. Se considera un indicador de calidad de la asistencia, además de proporcionar constancia de la normalidad al nacimiento, realizar la determinación de gases sanguíneos en sangre arterial y venosa del cordón umbilical. También se extrae sangre de cordón umbilical para la identificación del recién nacido y la investigación de grupo Rh y Coombs directo, si la madre es grupo 0 ó Rh(-) (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Durante todo el proceso los profesionales deben intervenir sólo para corregir desviaciones de la normalidad, favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, mediante el respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijos e hijas, porque se ha demostrado que con este modelo asistencial basado en la humanización del nacimiento se obtienen mayor satisfacción de las usuarias y buenos resultados obstétricos como menor tasa de cesáreas y la implementación de las prácticas clínicas recomendadas (Martínez-Galiano & Delgado-Rodríguez 2013).

En el postparto inmediato se vigila a la madre y al recién nacido, durante dos horas como mínimo, y se realizan las siguientes intervenciones (valorar el tono uterino, observar la pérdida hemática genital, controlar periódicamente las constantes vitales y mantener vacía la vejiga materna para favorecer la involución uterina). Durante este período, el recién nacido permanece en contacto piel con piel con la madre. Para que éste último no se enfríe, no se recomienda el baño rutinario del mismo en primeras horas de vida y transcurridas estas dos horas se aplican las medidas de profilaxis en el mismo (prevención de la enfermedad hemorrágica y profilaxis de Credé) (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Durante todo el proceso se facilita información a la mujer y a su acompañante, y se deja registro documental de las intervenciones realizadas así como de la información facilitada (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Cuando se produzca el traslado a la unidad de Puerperas, se debe garantizar la intimidad y confortabilidad de la paciente y siempre que las condiciones lo permitan, se asegurará la permanencia del recién nacido con la madre. En la unidad de puerperas se realizan las siguientes intervenciones: evaluación clínica de la madre y del recién nacido, vigilancia de la involución uterina, valoración del aspecto de los loquios, toma de constantes vitales y se propicia la deambulación precoz de las madres. En caso de desgarro o episiotomía, se valora su estado

y se enseña a las mujeres a efectuar los cuidados de la misma (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Las puérperas Rh(-) y no sensibilizadas se les administra, durante las primeras 72 horas del postparto, profilaxis anti-D cuando el recién nacido sea Rh(+) para reducir el riesgo de sensibilización. Antes de proceder al alta se debe comprobar el resultado del cribado de estreptococo (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

Los profesionales de la salud han de considerar que la estancia hospitalaria materna es un momento clave para promocionar y apoyar la lactancia materna, favorecer el proceso de vinculación madre hijo y realizar actividades preventivas y de educación sanitaria (Otal-Lospaus et al, 2012; Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, 2011; Junta de Andalucía, 2014).

PARTE II

Evolución de la atención al embarazo

El control del embarazo de forma rutinaria y sistemática no se realiza hasta el siglo XX, pues la atención se centraba fundamentalmente en la asistencia al parto, aunque esta atención de manera no sistemática se efectuó a lo largo de la historia. Estos cuidados a la embarazada se han podido conocer a través de los escritos que los diferentes autores realizaron sobre este tema.

CAPÍTULO 7

Control del embarazo de forma no sistemática

En la época griega los cuidados del embarazo consistían en proponer a las gestantes que hicieran ejercicio, comieran bien y evitaran el alcohol y el exceso de sal (O'Dowd y Philipp, 1995). También comprendían la inspección de la limpieza de la habitación donde tenía lugar el nacimiento y la visita a la embarazada antes del parto, que era efectuada por comadronas (Towler & Bramall, 1997; O'Dowd & Philipp, 1995)

En la época romana, entre los médicos que se dedicaron al cuidado de las embarazadas se encuentra Plinio el Viejo (23-79 d. C.), éste, decía que síntomas como, los "vértigos en el cerebro, náuseas en el estómago y aborrecimiento de la comida" comenzaban 10 días después del coito. También señalaba que si el feto era masculino la embarazada tenía mejor color, mejor parto y notaría antes los movimientos fetales, pero si los percibía después, éste era femenino y su embarazo sería más difícil. Además indicaba que el bostezo en el parto era mortal (O'Dowd & Philipp, 1995; Moreno Jiménez, 1990).

Durante esta época, también se aprecia la atención prenatal en los escritos de Sorano de Éfeso (siglo II), éste exponía que si se producía un embarazo, para "preservar la simiente", recomendaba que la madre no hiciera esfuerzos físicos con el fin de evitar el aborto. Cuando se originaban las molestias del principio de la gestación y la pica, proponía el ayuno para ambas cosas (O'Dowd & Philipp, 1995).

Trótula de Salerno, (1090-1160) se preocupó de los cuidados durante el embarazo y destacó la importancia de mantener una nutrición equilibrada y una adecuada actividad física durante el mismo (Bifulco et al. 2014).

Eucharius Rösslin (1470-1526) escribió sobre las causas de las complicaciones obstétricas y regímenes para evitar complicaciones y/o terapias para rectificarlos (O'Dowd & Philipp, 1995). Indica que a finales del embarazo, la gestante debe evitar el estreñimiento bien cambiando su dieta o bien mediante el uso de enemas. También indicaba que para preparar el canal del parto la embarazada debe recurrir a varias aplicaciones de lubricación y a técnicas de estiramiento (Green, 2009).

En 1595 en Venecia, en la obra *"La Comadrona o la Partera"*, se recomendaba la palpación abdominal durante la gestación para el diagnóstico de la presentación fetal (conocidas hoy como maniobras de Leopold) (Lattus Olmos & Carreño 2010; Rodríguez Rozalen 2003).

La matrona Louise de Bourgeois (1563-1636) demostró interés por la atención al embarazo y los cuidados que debía recibir una embarazada, en su libro *"Observations diverses sur la Sterilite, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies et des femmes et enfants nouveaux naiz"*, recomienda un tratamiento para las anemias, "para recobrar la sangre": huevos bien frescos por la mañana (...) buenos consomés (...) de capón y ternera jugo de cordero (...) pichón, perdiz, codorniz, cordero (...) En los casos de amenaza de parto prematuro, fue consciente de la contraindicación de las relaciones sexuales y aconseja el reposo como tratamiento (Martínez Rojo et al 2014).

Jane Sharp (1641-?), matrona, recomendaba a las embarazadas dietas equilibradas, además de moderación con el vino, el sueño, el ejercicio y el trabajo. Referente a las relaciones sexuales durante la gestación, en general, no eran bien vistas por las matronas. Sharp afirmaba que la disminución del deseo sexual en la embarazada era fisiológica (Martínez Rojo et al 2014).

El mallorquín Damián Carbón publicó en 1541 el *“Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”*, que dedicó los capítulos VII al XII de este libro a escribir sobre cómo debía ser la vigilancia de la gestación. En ellos se recogen el tiempo de duración del embarazo, las pruebas diagnósticas, los signos clínicos del mismo, así como las complicaciones del embarazo y el tratamiento de las mismas. Los escritos de Damián Carbón demuestran que en aquella época había cierta preocupación por los cuidados de la gestación (Damián Carbón, 1541).

Francisco Núñez de Oria, en su tratado *“Libro del parto humano”* (1580), mencionaba medidas dietéticas e higiénicas para la gestante, sobre todo en el mes anterior al parto. Estas consistían en evitar el coito, bañarse cada día hasta la cintura con agua caliente con productos como malva, malvavisco, manzanilla, etc. y para reblandecer la matriz aplicar sahumerios con almizcle, ámbar, y otros productos. También aconsejaba hacer ejercicio como andar diariamente (García Martínez & García Martínez 2004).

La atención prenatal se pone de manifiesto en el tratado de Luis Mercado (1525-1611) *“De mulierum affectionibus”*, en el mismo, escribe sobre las molestias de las embarazadas, como vómitos, caprichos, mareos, palpitaciones, estreñimiento y edemas de las piernas (Usandizaga, 1944).

Los cuidados del embarazo en la obra de Rodrigo de Castro de 1603, consistían en aconsejar a las gestantes que se alimentaran con moderación. Que éstas debían ser exploradas cuidadosamente y que convenía prevenir los esfuerzos antes de tiempo (Usandizaga, 1944).

En el siglo XVII el único tratamiento antenatal era la sangría. Esta consistía en abrir una vena con un corte de escalpelo o lanceta y se dejaba salir entre medio y un litro de sangre. En algunas ciudades de Austria y Bavaria se les practicaba de una a tres sangrías de forma rutinaria a las embarazadas. Este tipo de tratamiento era muy usado debido a que, siguiendo a Hipócrates, se suponía

que el cuerpo estaba formado por cuatro tipos de humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y así se pondrían en orden el balance de los humores que estaban alterados en la gestación o en la enfermedad (O'Dowd & Philipp, 1995). A pesar de que los médicos comprobaban que esta práctica no mejoraba a la enferma, se mantuvo hasta bien entrado el siglo XIX.

En España Juan Alonso de los Ruices de Fontecha, en su libro *"Diez privilegios para mujeres preñadas"*, escribe sobre la práctica de la sangría. Entra en controversia sobre la conveniencia de purgar a las gestantes, el beneficio del ayuno y el ejercicio en estas pacientes (Usandizaga, 1944; Valle Racero, 2002).

En Francia, Françoise Mauriceau (1637-1709) en su obra *"Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchees"* escribió sobre la higiene y las enfermedades de la gestación. Éste, sugería a las embarazadas que no vivieran en calles estrechas con basuras, debido a que *"hay mujeres tan delicadas que el simple olor de una candela mal apagada puede desencadenarles el parto prematuro"* (O'Dowd & Philipp, 1995) y además recomendaba la abstinencia sexual al comienzo y al final del embarazo por riesgo de "superfetación" (Rodríguez Cabezas, 2012).

La comadrona Justina Siegemund (1650-1705), en 1686 publicó en Berlín una obra para la práctica obstétrica *"Die Chur-Brandenburgische Off-Wehe-Mutter"*. Esta autora exponía en la misma que la duración adecuada de una gestación era de nueve meses y se orientaba por la última regla y por el inicio de la percepción materna de los movimientos fetales: *"Después de cuarenta cinco días, el niño vive, pero no se mueve, generalmente se mueve en el doble de tiempo que se formó, y nace en tres veces el tiempo después que comenzó a moverse"*. Así intentaba hacer una datación de la gestación con objeto de no promover partos pretérmino (Martínez Rojo et al. 2014).

Siegemund indicaba que antes de atender un parto se debía controlar y explorar a las mujeres y así poder diagnosticar con antelación partos distócicos a través de la palpación abdominal y el tacto vaginal: *“Porque yo había observado previamente que cuando los niños no se encuentran acostados en la postura correcta una vez que superan el punto medio (de la gestación), siempre desembocará en un nacimiento no natural”* (Martínez Rojo et al. 2014).

En el siglo XIX Thomas Bull escribió el primer libro dedicado únicamente a los cuidados prenatales, aunque éste tuvo mucho éxito, no hay mucha evidencia de que hubiera gran dedicación a los cuidados maternos durante la gestación (O’Dowd & Philipp, 1995).

En Francia, Pinard fue el primero en abogar por el examen prenatal del abdomen, intentando así evitar las malpresentaciones fetales y defendió la inducción del parto ante término para evitar la desproporción pélvico cefálica. Además fue el inventor del estetoscopio fetal en 1895 (O’Dowd & Philipp, 1995; Saraví, 2014). Los criterios de la frecuencia cardiaca fetal normal se introdujeron a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, la auscultación fetal era una práctica establecida en Europa (Jiménez & Pérez, 2008).

Pinard defendió la concesión de licencias por maternidad y se ocupó de proporcionar las condiciones apropiadas para las embarazadas de escasos recursos, demostrando que esta práctica, reducía significativamente la incidencia de prematuridad (Saraví, 2014).

Madame Becquet de Vienne (Francia) estableció un refugio para gestantes sin recursos en París en 1892. Este procedimiento demostró mejores resultados maternos y mayor peso de los RN. Ésta, podría haber sido una de las primeras residencias para el ingreso antenatal de pacientes, pero ya en Londres en 1423, en St. Thomas en Southwark, se abrió un refugio para estas mujeres, con la recomendación de que *“todas las cosas que ocurrieran en aquella habitación debían*

mantenerse en secreto bajo la pena de pérdida de la vida". El ejemplo de Madame Becquet se siguió en Edimburgo en 1989 por Haig Ferguson (O'Dowd & Philipp, 1995). Con todo ello se empezaba a demostrar la importancia de los cuidados prenatales.

En 1894, Christian Leopold describió sus clásicas maniobras para definir la condición fetal con relación a la madre, prácticas que se siguen empleando en la actualidad (Sedano et al. 2014).

CAPÍTULO 8

Control del embarazo de forma sistemática y rutinaria

La introducción de los cuidados prenatales de forma regular y rutinaria se suelen atribuir a J. W. Ballantyne, experto en patología antenatal de la Universidad de Edimburgo, proporcionó a los profesionales sanitarios la posibilidad de valorar la salud general y el estado de las embarazadas (O'Dowd & Philipp, 1995; Moos, 2006).

Antes de Ballantyne prácticamente no existía ningún examen antenatal de forma regular, si bien la realeza y la aristocracia sí que se sometían a algún control como puede evidenciarse en el libro de Hunter en relación a los cuidados de la Reina Charlotte. A partir de 1915 se comenzaron a abrir clínicas prenatales en Inglaterra (O'Dowd & Philipp, 1995).

La difusión de este tipo de cuidados se generalizó por el interés y energía de la Sra Janet Campbell, que además de establecer patrones de control realizó un trabajo estadístico. También estudió la sepsis puerperal y observó que muchas mujeres perdían a sus hijos debido a la multiparidad. Incluso, abogó por la presencia de un anestesista en la mayoría de los partos y que cada mujer tuviera la oportunidad de ser anestesiada si así lo deseaba. Sus patrones de control sugeridos en la década de los años 20 se han mantenido en el mundo occidental hasta los años 90 (O'Dowd & Philipp, 1995).

Al comienzo del siglo XX, generalmente no se examinaba a las mujeres durante el embarazo. No obstante, paulatinamente se fueron instaurando estos

controles como en el caso de Boston (EEUU), dónde se iniciaron las visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas en el periodo antenatal y se abrió la primera clínica de control prenatal en 1911. Un año más tarde, siguiendo la idea de Boston, se inauguró la primera clínica en Sydney (Australia). Este ejemplo se extendió y en Italia en años posteriores se realizaban dos o tres visitas prenatales, durante la gestación (O'Dowd & Philipp, 1995).

Al comienzo de la II Guerra Mundial en 1939 alrededor del 40% de las mujeres en el Reino Unido acudían a las clínicas antenatales y al final de la misma en 1945 casi el 100% (O'Dowd & Philipp, 1995).

Durante el siglo XX, hubo un gran desarrollo de la Obstetricia y la Ginecología que Greenhill profesor de Ginecología en Chicago resumió teniendo en cuenta su experiencia personal desde 1921 hasta 1975. Éste, subrayaba que eran pocas las mujeres que recibían cuidados prenatales y éstos consistían en controlar la TA, el peso y analizar su orina. También se practicaban exámenes vaginales, se auscultaba la FCF y se realizaban muchas preguntas (O'Dowd & Philipp, 1995). Por lo tanto se podría afirmar que el control del embarazo durante estos años todavía era insuficiente.

Igualmente Indica que durante toda la gestación a la embarazada solo se le permitía aumentar seis kg de peso, se le restringía la sal y de rutina se le practicaba recuento hematológico y serología de gonorrea y sífilis y análisis de orina. No había clínicas especializadas y el término "paciente de alto riesgo" no existía (O'Dowd & Philipp, 1995).

A pesar de que la mortalidad por la preeclampsia era del 40%, todavía en el año 1915 el control de TA se realizaba esporádicamente. Esta mortalidad disminuyó en la década de 1960 cuando se introdujo la combinación de anticonvulsivante con el tratamiento antihipertensivo (O'Dowd & Philipp, 1995; Sedano et al. 2014), como se ha descrito anteriormente.

Hacia 1937, se implantó el *Obstetric Flying Squad* (Brigada Móvil Obstétrica) en Newcastle (Inglaterra), para atender a las emergencias obstétricas en los propios hogares de las mujeres (O'Dowd & Philipp, 1995).

Antes de la aparición del National Health Service en 1948 las clínicas antenatales eran municipales. Éstas analizaban los aspectos sociales, emocionales y clínicos de la gestante. Los tres grandes estudios nacionales realizados por el National Birthday Trust Fund en 1946, 1958 y 1970, revelaron mucho sobre las causas de mortalidad y morbilidad materna y perinatal, así como las formas de reducirlas. Gradualmente, el número de visitas antenatales fue aumentando hasta que en la década de los 50 se estableció una visita cada cuatro semanas hasta la semana 28, cada dos semanas hasta la 36 y posteriormente cada semana (O'Dowd & Philipp, 1995).

A medida que aumentaron los cuidados prenatales, las madres se dividieron en dos categorías, de alto y bajo riesgo. Se consiguieron desarrollar pruebas hormonales para conocer el funcionamiento feto-placentario, como la medición de progesterona y estrógeno en orina (Arndol Klopperd & Jim Brown 1950) y del lactógeno placentario (Ito & Higasi, 1961; O'Dowd & Philipp, 1995).

Estas prácticas se mantuvieron hasta los años 80, momento en el que el bienestar fetal se investigó mediante la ecografía, a través de la cual se pudo evaluar el crecimiento y la detección de anomalías en el feto (Dulia Ortega & Solange Seguel, 2004; Campbell, 2013). El registro cardiotocográfico (RCTG), permitió además de identificar la frecuencia cardíaca fetal (FCF), distinguir el pulso materno del pulso fetal (Dueñas-García & Díaz-Sotomayor, 2011). El recuento de movimientos fetales fue introducido por Sadovsky en 1976 y al año siguiente por Pearson (Frøen, 2004).

Los análisis de rutina incluían grupo sanguíneo y Rh, hemoglobina, albumina y glucosa en orina. En cada visita se pesaba a la embarazada. Se le exploraba una, dos o tres veces durante el embarazo, se valoraba si había anomalías en la

pelvis, el descenso de la presentación y se estimaba la posibilidad de una desproporción pélvico cefálica (O'Dowd & Philipp, 1995).

En Francia se realizaba una exploración vaginal en cada visita para evaluar el estado del cuello del útero y la presentación fetal (O'Dowd & Philipp, 1995).

Sucesivamente se fueron introduciendo el test de la Rubeola, anticuerpos anti Rh y si se detectaban éstos se practicaban amniocentesis. Posteriormente se introdujeron análisis cromosómicos de líquido amniótico o biopsia corial para detectar anomalías congénitas (O'Dowd & Philipp, 1995).

La "Perinatal Mortality Surveys" demostró que factores como la clase social, el consumo de tabaco, la nutrición, evitar la violencia física en el embarazo por el marido, pareja o familiar, así como el reposo adecuado y la posibilidad de tomar la baja maternal si la mujer trabajaba, eran muy importantes. En la historia clínica se insistió cada vez más en descartar los antecedentes familiares de anomalías genéticas (O'Dowd & Philipp, 1995).

La preparación al parto, conocida en España como la Educación Maternal, se hizo cada vez más frecuente después de los estudios de Grantly Dick Read en 1942 (O'Dowd & Philipp, 1995).

En cuanto a medicamentos, la insulina generó un gran avance en el manejo de la embarazada diabética y su pronóstico. Los corticoides contribuyeron a la maduración pulmonar fetal y el sulfato de magnesio en el manejo de la preeclampsia y eclampsia (Sedano et al. 2014).

Durante el siglo XX, disminuyeron la mortalidad materna e infantil, pero no todas estas mejoras se debieron exclusivamente a la atención prenatal. También influyeron la mejora del saneamiento, el espaciamiento de los nacimientos, los antibióticos, las terapias de transfusión y cuidados intensivos neonatales (Jiménez & Pérez, 2008).

En España, a partir de 1964 se desarrolla la red hospitalaria de la Seguridad Social, se construyen numerosos hospitales en los que se implantan consultas para el control del embarazo y la asistencia a los partos se realiza progresivamente en entornos hospitalarios. Estos hechos constituyeron los pilares para una buena asistencia obstétrica que se tradujeron en una mejora de los resultados obstétricos (Herruzo, Puertas & Mozas 2003).

La Junta de Andalucía creó el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el año 1984. Éste estableció que el seguimiento de la gestación se efectuara de forma interdisciplinar e integrada entre los diferentes profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada (Junta de Andalucía, 2005).

Actualmente en el siglo XXI los cuidados prenatales están totalmente implantados y en la Comunidad Autónoma Andaluza, en el Proceso Asistencial Integrado del Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía, la atención prenatal consta de diez visitas. La primera de ellas comenzaría por la consulta preconcepcional (Junta de Andalucía, 2005; Bru-Martin, Martínez-Galiano & de Dios-Berlanga, 2008).

En Atención Primaria (médico de familia, matrona y enfermera), se realizan seis visitas o controles aproximadamente en las semanas 8-9, 16, 24, 28, 36 y 38, donde se controlan el peso y TA de la gestante. En cada una de ellas se le aplica el baremo de riesgo, también se le proporcionan las recomendaciones y consejos sobre los cuidados del embarazo y finalmente se registran los datos en la historia clínica y en el documento de salud de la embarazada.

En las dos últimas visitas, los profesionales de enfermería fomentan la lactancia materna, además informan a la gestante sobre sus derechos y sobre lo concerniente al proceso del parto, el puerperio y los cuidados del recién nacido (Junta de Andalucía, 2005).

Para valorar la correcta evolución del feto y de la gestación, a partir de la semana 24 también se determina la altura uterina y se auscultan los latidos cardiacos

fetales con Doppler. En la primera analítica se solicita grupo sanguíneo, Rh y Test de Coombs indirecto. La hemoglobina, hematocrito, urea y glucosa en sangre se repiten aproximadamente en meses alternos (Junta de Andalucía, 2005).

Se indaga la existencia o no de alteraciones hemáticas o metabólicas, como la diabetes gestacional, la detección y tratamiento de bacteriurias asintomáticas (Estrada-Altamirano, Figueroa-Damián & Villagrana-Zesati, 2010) y mediante serología, enfermedades como rubéola, hepatitis, lúes y VIH (López, Arribas, Bailón, Iglesias & Ojuel, 2012; Sampedro, Padilla, Mazuelas & Rodríguez-Granger, 2010). Ésta última se realiza previo consentimiento de la mujer.

Con el fin de prevenir la infección neonatal precoz por estreptococo del grupo B (EGB), se toma una muestra de exudado vaginorrectal en las 35-37 semanas de gestación (Junta de Andalucía, 2005; Alós, Adreu, Arribas, Cabero & de Cueto, 2012). Para el cribado de la diabetes gestacional se utiliza el test de O'Sullivan (López et al. 2012) que se realiza a todas las embarazadas.

En Atención Especializada, el tocólogo realiza cuatro visitas en torno a las semanas 12, 20, 32-34 y 37-39. En ellas, mediante ecografías identifica posibles anomalías fetales, realiza el cribado temprano de malformaciones fetales, que junto con los marcadores bioquímicos estiman el riesgo de ser portadora de un feto con alteración cromosómica (López et al. 2012). En el tercer trimestre se vigila el crecimiento fetal y a partir de la semana 39 hasta el parto, se complementa esta vigilancia con la realización de registros cardiotográficos en las gestantes de bajo riesgo (Junta de Andalucía, 2005).

PARTE III

Educación Maternal

El concepto de Educación Maternal, se podría definir como un programa de educación para la salud realizado fundamentalmente durante la gestación y cuyos objetivos tienen su utilidad en el proceso del embarazo, parto, puerperio y en los cuidados del recién nacido (Martínez Galiano, 2012). Este programa se encuadra dentro de las actividades básicas de prevención y promoción de la salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Junta de Andalucía, 2005; Guía para la educación grupal en el embarazo parto y puerperio, 2004; Educación Maternal, 2009).

CAPÍTULO 9

Educación Maternal

El término Educación Maternal es el más usado en nuestro país, aunque en la literatura científica, guías de práctica clínica, manuales de Atención Primaria, tratados de Obstetricia, etc., podemos encontrar los siguientes nombres: Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO), preparación para el parto, preparación para el nacimiento, preparación para la maternidad y la paternidad, educación grupal en el embarazo, parto y puerperio (Martínez Galiano, 2012).

Con la Educación Maternal se pretende ayudar a los futuros padres a vivir el embarazo, parto y puerperio como una experiencia positiva, a la vez que se les instruye sobre estos temas para que puedan afrontar, no solamente el momento del parto, sino todo lo que rodea a la maternidad de una forma plena y consciente.

La mayoría de las veces, los programas de Educación Maternal tienen un rango de objetivos, en cuanto a: influir el comportamiento de salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, preparar a las embarazadas y a sus parejas para el parto, orientar para la paternidad, desarrollar redes de apoyo social, estimular la seguridad de los padres (Gagnon & Sandall, 2008).

La Educación Maternal integra medidas educativas y de apoyo que ayudan tanto a los futuros padres como a los que ya lo son, a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad (Gagnon & Sandall, 2008).

9.1 Educación Maternal a lo largo de la historia

La Educación Maternal surge como un instrumento para mitigar el dolor en el parto, preocupación que ha estado presente a lo largo de la historia. Existen documentos que hacen referencia a este tema en la antigua Asiria y Babilonia, en la China milenaria, en el antiguo Egipto, recogido en el papiro Ebers y en la medicina hindú. Incluso en la medicina precolombina ya se conocía la coca y sus efectos (Becerro de Bengoa, 1993). También Hipócrates y Aristóteles se preocupaban del alivio del dolor durante el alumbramiento. (O'Dowd & Philipp 1995; Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz & Pére 2005). Aunque no siempre era algo aceptado por todos y en el Renacimiento fue ajusticiada en Edimburgo la matrona Agnes Sampson, acusada de brujería, por este motivo (Lurie, 2004).

El origen de la Educación Maternal tal y como es conocida en la actualidad se puede situar alrededor del año 1908, cuando La Cruz Roja ofrecía clases sobre los cuidados de la madre y el recién nacido como parte de los cursos de salud en el hogar (Martínez Galiano, 2012).

A principios del siglo XX se desarrollan en toda Europa estudios tendentes a alcanzar la analgesia en el parto con medios psicológicos y fue a mediados de este siglo, cuando estos métodos obtuvieron buenos resultados perinatales por lo que se desarrollaron y extendieron por todo el mundo (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013).

La preparación con la hipnosis, se inicia alrededor de 1.850 con los experimentos de Gerling y de Lafontaine, realizados sobre bases empíricas y con técnicas sugestivas. Foissac fue el primero en conducir los partos bajo analgesia hipnótica. También investigaron sobre la hipnosis clínica la escuela de Charcot en París y la de Berhein en Nancy (Francia) (Becerro de Bengoa, 1993; Fernández y Fernández-Arroyo, 2013).

En 1922 los obstetras Schultze y Rhonhof comprobaron que la introducción de sesiones educativas anteriores al parto reducía el tiempo para lograr que las

embarazadas entraran en estado hipnótico. (Becerro de Bengoa, 1993). En 1923 Kogerer, utilizó la autosugestión posthinóptica (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013) y aunque estas técnicas se siguen utilizando actualmente (Teleska & Roffman, 2004) no fueron suficientes por lo que se buscaron nuevos métodos para aliviar el dolor en el parto.

La Escuela Inglesa, representada por el tocólogo Grantly Dick Read que publicó en 1932 el libro "Natural Childbirth". Dick Read, entiende el parto como un fenómeno fisiológico en el que el dolor es engendrado por el miedo que desencadenan los mecanismos de defensa en forma de tensión muscular. Crea el triángulo *Miedo-Tensión-Dolor*. Su segundo libro, *Childbirth without Fear*, fue publicado en 1942. Su método consiste en enseñar a la mujer lo que le va a suceder mediante charlas explicativas así como técnicas respiratorias, relajación y estrategias que potencien la confianza en el equipo asistencial. Este método de la Escuela Inglesa, se ha difundido por todo el mundo y ha tenido muchas variaciones (Jiménez, Merino & Sánchez, 1992; Fernández y Fernández-Arroyo, 2013; Martínez Galiano, 2012).

En 1928 E. Jacobson, bautizó con el nombre de "Relajación Progresiva" unos ejercicios que consistían en ir contrayendo un solo músculo, seguido de su relajación, ampliándose sucesivamente a todos los músculos del cuerpo. En el caso de las gestantes, esta relajación debía enfatizar en los músculos de la pared abdominal. Al controlar su propia tensión muscular, la embarazada se pone en condiciones adecuadas para controlar cada vez mejor sus propias contracciones musculares (Becerro de Bengoa, 1993).

En la URSS en 1919, Velvoski, Platonov y los tocólogos Ploticher, Smugon junto con Nicolaiev investigan sobre el dolor en el parto y se fundamentan en los estudios de Paulov, sobre reflejos condicionados. Estos autores, desarrollaron la Escuela Rusa que se asienta sobre la base del influjo verbal, de la influencia de la palabra. La Escuela Rusa consideraba que el dolor era una reacción condicionada por dos tipos de estímulos, los sociológicos y los religioso-culturales. Desde

esta premisa, razonaba que se deberían buscar técnicas para descondicionar y tratar de disociar el miedo al dolor durante el trabajo de parto. Mediante estas técnicas, el reflejo condicionado contracción-dolor debería ser anulado por un nuevo reflejo, contracción-respiración (Becerro de Bengoa, 1993; Jiménez, Merino & Sánchez, 1992).

En 1947 se desarrolla el método psicofilactico que va encaminado a obtener una analgesia psicológica durante el parto. Este método, reconoce la importancia que tienen tanto el temor como la ansiedad para producir dolor en el parto y los efectos analgésicos conseguidos mediante la sugestión (Becerro de Bengoa, 1993).

Para descondicionar el miedo, esta escuela propone utilizar un lenguaje aséptico, relajación (Schultze), ideas positivas, exaltación de la maternidad e información obstétrica. Estos autores pretenden que la mujer tome un papel activo en su parto e introducen ejercicios respiratorios y musculares (Martínez Galiano, 2012). La nueva técnica se presentó muy simplificada y accesible a las mujeres de cualquier clase social. Este método, fue muy difundido no solo en toda Rusia, sino también en Europa Oriental y China (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013; Jiménez, Merino & Sánchez, 1992; Becerro de Bengoa, 1993).

La Escuela Francesa, desarrollada por el Lamaze, adopta las teorías de la Escuela Rusa, la relajación de Jacobson y Read, como componentes importantes de los ejercicios corporales. Añade la llamada, "*respiración en rastrillo*", que consiste en una respiración costal, superficial y frecuente, que se emplea en la segunda mitad del periodo de dilatación (Becerro de Bengoa, 1993).

Lamaze crea un modelo más técnico que insiste en la necesidad de un ambiente cordial con la presencia del compañero. (Becerro de Bengoa, 1993; Fernández y Fernández-Arroyo, 2013). Su colaborador Vellay, insiste en el poder terapéutico de la palabra y de la actitud activa de la mujer (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013).

En cuanto a la Escuela Española, en 1955 la matrona Consuelo Ruiz Velez-Frias presenta su libro "El parto sin dolor" en el que además de exponer su propia experiencia, recoge las nuevas tendencias sobre Educación Maternal. Un año más tarde, Aguirre de Cárcer funda la escuela de "Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal". Durante este período, Caycedo desarrolló en España una nueva rama de la Medicina conocida con el nombre de Sofrología, cuyo objetivo es lograr la serenidad de la mente y el estudio de la consciencia humana en todos sus estadios y niveles. Aguirre de Cárcer incorporó en la preparación al parto, las nuevas técnicas sofrológicas, mediante las cuales se pretende, no solo que la mujer llegue sana a la maternidad, sino que también lo haga psicológicamente madura. Estas técnicas además de resolver el problema del dolor, permiten que la mujer tome conciencia de su condición de mujer y madre (Becerro de Bengoa, 1993).

La Educación Maternal defendida por Aguirre de Cárcer abandona el antiguo enfoque centrado solamente en el alivio del dolor en el parto por un nuevo patrón sociocultural, donde la mujer y su pareja, adquieran los conocimientos necesarios para afrontar la maternidad con serenidad. Estas nuevas técnicas ayudan a disminuir el miedo al parto y permiten a los futuros padres vivir este momento tan trascendental en su vida con plena conciencia y satisfacción, porque además, esta experiencia va a repercutir en el futuro recién nacido (Martínez Galiano, 2012).

En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad le encomienda a Aguirre la realización de un programa y a partir de los años sesenta los Hospitales de la Seguridad Social incluyeron esta metodología, mediante cursos de preparación para las futuras madres, como parte de la atención prenatal, impartidos por matronas. En 1986 la Educación Maternal se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Este hecho, facilita su difusión y favorece un gran desarrollo posterior. (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013; Jiménez, Merino & Sánchez, 1992; Martínez Galiano, 2012).

Es de reseñar, que la aceptación, desde el punto de vista religioso de la preparación al parto, por S.S. Pio XII, en Enero de 1956, constituyó un factor decisivo para su futura difusión y aceptación en la Sociedad. (Becerro de Bengoa, 1993).

En 1974, Leboyer difunde las técnicas ambientales de los paritorios y propugna un nacimiento sin violencia, sin estímulos sensoriales excesivos, donde el feto llegue a un medio ambiente sin ruidos, sin luz, en el que no haya agresividad. Leboyer pretende con ello humanizar la atención al parto, no sólo para la madre, sino también para el niño (Santandreu Ojeda & Sans Otero, 2009). También populariza la inmersión de los recién nacidos en una pequeña bañera de agua caliente por lo que se le considera el precursor del parto en el agua. En 1975 publica el libro *"Nacimiento sin violencia"* (Fernández y Fernández-Arroyo, 2013).

Posteriormente han surgido múltiples métodos basados en los modelos mencionados anteriormente, que además de preocuparse por disminuir el dolor de las mujeres durante el parto, han evolucionado hacia programas de educación para la salud en los que el eje conductor es la salud materno-infantil en el embarazo, parto y puerperio y la vinculación afectiva neonatal. Actualmente en todos los países hay profesionales de la salud preocupados por mejorar la atención a las mujeres durante este proceso.

9.2 Educación Maternal en la actualidad

En el siglo XXI la salud materno-infantil y la vinculación afectiva en torno al nacimiento son tan importantes que constituyen el eje de múltiples directrices de salud a nivel mundial (OMS, 1996).

En nuestro medio, los programas de Educación Maternal son realizados por la matrona o la enfermera siguiendo la Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza en Andalucía (González-Sanz, Barquero-González, González-Losada, Higuero-Macías & Lagares-Rojas, 2014), incluida en la Cartera de Servicios que oferta el Sistema Sanitario Público de Andalucía a la mujer gestante.

El Proceso Asistencial Integrado del Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía (2005) y Junta de Andalucía (2014) recoge que la Educación Maternal se debe iniciar a partir de la 28 semana de gestación. En estas sesiones se realizan entrenamientos en técnicas de relajación, respiración y ejercicios físicos suaves y seguros. Además se pretende reforzar el protagonismo de los padres en todo el proceso, así como facilitar la expresión de dudas y temores de los mismos. Durante todas las sesiones se informa sobre las ventajas y formas exitosas de realizar la lactancia materna y se proporcionan consejos sobre hábitos de vida saludable. También se debe explicar a la embarazada y a su pareja todos los aspectos relacionados con el embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados de la madre y el recién nacido.

En estos cursos, las embarazadas deben conocer todo lo referente a los distintos tipos de analgesia o anestesia que puede recibir en el parto, para que tenga capacidad de decisión cuando se encuentre en esta situación.

La Educación Maternal es un buen momento para dar a conocer los derechos de los padres y el recién nacido (Decreto 101/1995), el calendario del cribado de metabolopatías y los beneficios y los riesgos para el feto y recién nacido de determinadas enfermedades inmunoprevenibles (Programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo: Instrucciones para profesionales, 2013). También se les dará a conocer el calendario de administración de vacunas y la posibilidad de realizar donación voluntaria de sangre del cordón umbilical (SCU) al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía Organización Nacional de Trasplantes (Organización Nacional de trasplantes, 2008).

Estos programas de Educación Maternal no son exclusivos de nuestro país, podemos encontrarlos también en países tan distintos como Japón, Estados Unidos, China, Brasil, Finlandia, Méjico, Alemania, etc. (Gagnon & Sandall, 2008).

La utilidad y beneficios producidos por la Educación Maternal favorecieron que en 1999, la legislación laboral en España considerara justificada la ausencia

al trabajo para la realización de cursos de preparación al parto (Ley 39/1999). Además el Sistema Nacional de Salud ofrece a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en programas de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el proceso (Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio, 2014).

Aunque son considerables las ventajas que tiene la Educación Maternal para las embarazadas, no todas las mujeres se benefician de la misma y en algunos estudios se observa que su participación es baja (Márquez García et al. 2001; Baglio, Spinelli, Donati, Grandolfo & Osborn 2000), aunque en los últimos años hay autores que describen que esta asistencia va aumentando (Fernández y Fernández-Arroyo, Muñoz San Roque & Torres Lucas, 2014).

9.3 Características de las mujeres que acuden a Educación Maternal

El hecho de que estos programas sean universales hacen que el tipo de población que asiste a los mismos, comprenda mujeres que viven en entornos rurales y urbanos, siendo este último grupo el más mayoritario (Fernández y Fernández-Arroyo et al. 2014).

En cuanto al nivel económico, las tres cuartas partes de las embarazadas que acuden a estos programas, pertenecen al nivel medio, aunque se reparten entre nivel alto, medio-alto, medio bajo y muy bajo (Fernández y Fernández-Arroyo et al. 2014). El nivel de ingresos mensuales en la unidad familiar comprende desde 1000 a \geq 3000 euros, siendo el grupo mayoritario el comprendido entre los 1000 y 2000 euros (Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2013).

El nivel de estudios de estas mujeres es de licenciadas y/o con estudios superiores, diplomadas, formación profesional, bachillerato y enseñanza obligatoria (Fernández y Fernández-Arroyo et al. 2014; Martínez Galiano y Delgado Rodríguez, (2013), encontraron que aproximadamente un tercio de de las mismas poseen estudios universitarios.

Se consideran factores predictores para la asistencia al programa, el nivel de estudios de la mujer, el nivel de ingresos de la unidad familiar, el haber nacido en España, el tipo de trabajo y el grado de utilidad que la mujer concede a la educación prenatal (Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2013).

La mayor parte de la literatura refiere que las mujeres que asisten a estos programas de Educación Maternal tienen un buen nivel de educación y pertenecen a estratos socioeconómicos de medios a altos. En consecuencia, independientemente del programa de Educación Maternal al que hubieran asistido, la evaluación de los efectos del programa educativo en esta población aunque sean importantes, no será tan interesante desde el punto de vista sanitario, puesto que la mayoría de estas mujeres suelen tener buena atención en salud y bajo riesgo médico y social. En cambio, la evaluación de los efectos de los programas educativos para madres con alto riesgo médico o social, pueden ser importante en términos de salud pública y de mayor interés para los clínicos. Por consiguiente los efectos en estas mujeres son los que más necesitarían ser evaluados (Gagnon & Sandall, 2008).

9.4 Motivos para participar en la Educación Maternal o prenatal

Las embarazadas manifestaron que su principal motivo para asistir a las clases de Educación Maternal era reducir la ansiedad durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento. Mientras que los hombres aducían que las razones principales eran satisfacer los deseos de su pareja y aprender acerca del cuidado de los recién nacidos.

Otros motivos que expresaron las mujeres en el Reino Unido, para asistir a las sesiones de Educación Maternal, fue su deseo en tener información sobre los cambios físicos y psicológicos que se producen durante el embarazo. También deseaban conocer como era el desarrollo fetal, así como saber qué les sucedería durante el parto, cuáles eran sus opciones y las posibles complicaciones durante el mismo. Además querían aprender cómo debían cuidarse durante este tiempo y la forma para atender al recién nacido después del nacimiento (Gagnon & Sandall, 2008).

9.5 Ventajas de la Educación Maternal para la madre

La mayoría de los estudios consultados comunican que la asistencia a estos cursos contribuye a la salud materno-infantil (Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2014) y son muchas las ventajas que se derivan de esta preparación al parto.

Diversos autores comunicaron que estas mujeres tenían menor grado de ansiedad durante el parto. Esto les permitía adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad (Solís Linares & Morales Alvarado, 2012; Toohill et al. 2014; Byrne, Hauck, Fisher, Bayes & Schutze, 2014).

Otros estudios manifestaron que las futuras madres mostraron una mejor respuesta durante las contracciones uterinas, al poner en práctica las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás métodos de autoayuda (Solís Linares & Morales Alvarado, 2012; Gagnon & Sandall, 2008).

En cuanto a la estancia hospitalaria, las embarazadas mostraron mayor posibilidad de ingresar en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada y evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto (Gagnon & Sandall, 2008; Albizu, Goñi & Mejías, 2000).

Con respecto al trabajo de parto, se demostró que las fases de dilatación y expulsión fueron menores en relación al promedio normal, lo que condujo a una menor duración del tiempo total del mismo. También se demostró que el esfuerzo de la madre fue más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su parto. Así mismo, estas mujeres, en general, consumieron menos fármacos y mostraron menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas. Además, estas embarazadas manifestaron menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, porque fueron capaces de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias (Solís Linares & Morales Alvarado, 2012).

Otras ventajas manifestadas por las mujeres con respecto a las sesiones de la Educación Maternal fueron que éstas aprendieron a disfrutar mejor de su gestación y parto, les ayudó a mejorar su calidad de vida y su percepción respecto a todo el proceso. También les permitió ampliar las posibilidades de contar durante todo el trabajo de parto con participación de su pareja, incluso durante los momentos más duros. Además, tuvieron mejor vínculo afectivo con su hijo lo que les permitió disfrutar del recién nacido de manera natural y positiva.

En relación a la finalización del parto, las mujeres presentaron menor riesgo de partos instrumentales (Mehdizadeh, Roosta, Chaichian & Alaghebandan, 2005; Solís Linares & Morales Alvarado, 2012) y menor posibilidad de un parto por cesárea (Mehdizadeh et al. 2005; Solís Linares & Morales Alvarado, 2012; Khunpradit et al. 2011).

Otras mejoras encontradas con la Educación Maternal fueron la afirmación de las puérperas de haber tenido una recuperación más rápida y cómoda, así como que éstas, mantuvieron una buena actitud hacia la lactancia natural y menor riesgo a tener depresión postparto (Solís Linares & Morales Alvarado, 2012). De hecho, algunos autores también encontraron que disminuye los síntomas depresivos y el conflicto de toma de decisiones (Toohill et al. 2014; Byrne et al. 2014). Otros estudios hallaron que reduce el riesgo de incontinencia urinaria y que anima a las mujeres a realizar ejercicio durante el embarazo (Miquelutti, Cecatti & 2013).

Solís Linares y Morales Alvarado, (2012), defienden que también existen numerosas ventajas perinatales como mejor curva de crecimiento intrauterino, lo que se traduciría en mejor peso al nacer. Menor índice de sufrimiento fetal, de prematuridad y de complicaciones perinatales. También presentan un buen test de Apgar y un mejor vínculo prenatal. Finalmente estos recién nacidos inician y mantienen con éxito la lactancia materna, ventaja que también han encontrado otros autores (Martínez Galiano & Delgado Rodríguez, 2013).

9.6 Satisfacción de las embarazadas con la Educación Maternal

En cuanto a la satisfacción de las embarazadas con la Educación Maternal, éstas manifestaron estar mucho más satisfechas con la experiencia del proceso de parto que las mujeres que no habían asistido a estas clases (Baglio et al. 2000).

Guillén Rodríguez, Sánchez Ramos, Toscano Márquez & Garrido Fernández, (1999), comunican que las técnicas de Educación Maternal habían ayudado al 91% de las puérperas a controlar su parto en todo momento o casi en todo momento y un 75% respondió que estas técnicas le fueron de gran utilidad durante el embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido. Los ejercicios respiratorios les fueron útiles al 43% de las mujeres y las técnicas de relajación al 70% durante la dilatación y el expulsivo. Finalmente un 98% de las mujeres afirmó que la Educación Maternal deberían hacerla todas las embarazadas.

Otros autores que midieron la satisfacción en hombres y mujeres, entre dos modelos de Educación Maternal, hallaron que estaban más satisfechos los padres que habían participado en sesiones de educación prenatal en las que se había incluido la Psicoprofilaxis Obstétrica (Bergström, Kieler & Waldenström, 2011). Este método, brinda a los padres una preparación integral al incluir un conjunto de técnicas educativas teórico prácticas que ayudan a la madre a que afronte el proceso del parto sin temor y con suficiente información sobre los fenómenos fisiológicos del embarazo y el parto, habilidades técnicas y recursos personales mediante el entrenamiento en ejercicios prácticos, relativos a la respiración, relajación y modo de realizar los pujos; y sobre todo entrenamiento psicológico (relajación, autocontrol emocional, reducción de la ansiedad, el miedo, de los pensamientos en torno al embarazo y habilidades para encarar situaciones de estrés). Mediante este método, las madres lograrán aumentar su motivación, tranquilidad y expectativas positivas que se traducirán en seguridad. Esta última, les ayudará a aceptar y vivir la experiencia de la maternidad de forma plena y positiva (Yabar Pena 2014; Villar Villegas, 2005).

PARTE IV

La satisfacción

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. La satisfacción del paciente podría definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante responden a las expectativas del usuario.” (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes & Infante Ochoa (2008).

CAPÍTULO 10

La satisfacción

10.1 Satisfacción del paciente o usuario

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. La satisfacción del paciente podría definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante responden a las expectativas del usuario.” (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes & Infante Ochoa (2008).

En la literatura se encuentran diferentes interpretaciones de lo que sería una definición de la satisfacción del paciente. Para Vuori (1987), la satisfacción del consumidor se refiere a la satisfacción con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la asistencia sanitaria (Vuori, 1991; López-Valenzuela, 2005). En opinión de Caminal (2001), la satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. Ésta diferencia, dará a conocer las necesidades y experiencias de los usuarios. Otros autores definen la satisfacción del usuario como la evaluación subjetiva de los pacientes de su reacción cognitiva y emocional como resultado de la interacción entre sus expectativas en relación con lo que ellos consideran la atención ideal y sus percepciones sobre la atención real (Johansson, Oleni & Fridlund, 2002).

La satisfacción del paciente con la atención sanitaria recibida ha sido conceptualizada de diferentes formas que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En el pasado, el interés de los profesionales se centraba en conseguir la supervivencia del usuario, sin embargo, dadas las mejoras conseguidas en los últimos

años, aspectos como la rehabilitación, calidad de vida y satisfacción del paciente tienen más relevancia (Hernández Meca, Ochando García, Mora Canales, Lorenzo Martínez & López Revuelta, K., 2005).

Así en las décadas de los años setenta y ochenta, el concepto de satisfacción del paciente era concebido desde el punto de vista de los profesionales de la salud. Éstos consideraban cuales debían ser los factores que podían satisfacer en mayor medida a los pacientes, fundamentándose en los estándares y valoraciones profesionales, que podían coincidir o no con las prioridades de aquellos. En esta situación se desconocía la opinión de los pacientes sobre los factores que podían influir en su satisfacción (Staniszewska, S. & Ahmed, L. 1999; Romero Garcia et al. 2013).

En la década de los noventa se comienza a tener en cuenta las expectativas reales acerca de la satisfacción de los usuarios y aparecen más estudios sobre este tema. Una de las razones de este énfasis responde al nuevo enfoque de la asistencia sanitaria denominado "cuidados centrados en el paciente" que radica en que el rol del usuario adquiere mayor protagonismo y los profesionales de la salud comienzan a conocer y a asumir la atención sanitaria desde la perspectiva de los pacientes (Mira & Aranaz, 2000; López-Valenzuela, 2005; Romero Garcia et al. 2013). De esta forma, el ciudadano se convierte en motor y centro del sistema sanitario, las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales y la organización de los servicios hospitalarios (Hernández Meca et al. 2005). Esta idea, de tener en cuenta las opiniones de los ciudadanos, se expuso por primera en las recomendaciones que la OMS debatió en la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud en 1978. Entre las ideas y principios, se encuentra la *Participación de la Comunidad en el establecimiento de normas y en la planificación ejecución e inspección de programas de desarrollo* (Atención Primaria de Salud, 1978).

En la actualidad, los individuos ya no son seguidores pasivos de las órdenes y recomendaciones de los expertos, sino que son más activos de lo que hasta

ahora había considerado el sistema sanitario (Caminal, 2001). Si el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el usuario, es preciso conocer su opinión y su grado de satisfacción al respecto porque, en la medida en que sea posible, se podrán adaptar los servicios ofertados a sus necesidades reales, expectativas y prioridades. Además la satisfacción del paciente es un indicador fundamental de la calidad sistencial (López-Valenzuela, 2005; Romero Garcia et al. 2013; Gómez Juanola, Pérez Carvajal, Moya Rodríguez & Reyes Llanes, 2004). Este interés por adecuar los servicios a las necesidades reales del paciente ha llevado a algunos investigadores a plantearse el estudio de la satisfacción no solo de los usuarios sino también de los miembros de la familia que les acompañan (Holanda Peña et al. 2015).

Los estudios de opinión o de satisfacción de los usuarios aportan información sobre sus necesidades y expectativas, las cuales se convierten en requisitos y objetivos de calidad que sirven para reorientar los servicios y avanzar hacia la mejora de los mismos. En línea con esta idea se encuentran trabajos que tras su análisis dividen este componente de la calidad en varias dimensiones, cuyos aspectos más relevantes sobre este concepto son los interpersonales y de organización (Westaway, Rheeder, Van Zyl & Seager 2003; Tobar & Acuña, 2012). Se observa que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional y algunos investigadores formulan diferentes dimensiones de la misma como: relación interpersonal, competencia profesional, accesibilidad y disponibilidad, tiempo dedicado al usuario, eficacia, continuidad, entorno físico, información administrada (Johansson et al. 2002; López-Valenzuela, 2005).

Mira & Aranaz (2000), consideraron que las dimensiones más importantes son: la comunicación, (se deben dar explicaciones claras y concretas, en lenguaje asequible para que sean entendidas por el paciente, así como mantener intimidad en la conversación y que el usuario perciba que se le escucha con interés); las actitudes profesionales, (es importante no adoptar un rol dominante que haga sentir al paciente que no tiene opinión en cuanto a sus necesidades

de salud); la competencia técnica (los usuarios deben apreciar que los profesionales poseen los conocimientos propios de su especialidad y que van a ser capaces de resolver sus problemas de salud); clima de confianza (el paciente se siente seguro para poder discutir con el médico de sus problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (el usuario observa que hay un respeto mutuo) (Mira & Aranaz, 2000).

Este concepto multidimensional de la satisfacción pone de manifiesto que los componentes que la integran varían en función del tipo de prestación de que se trate. En general, no se producirá la misma satisfacción cuando la atención se realice en un hospital de agudos, que en una consulta crónicos, que la recibida en urgencias, etc. Cualquiera de estas prestaciones, estarán más directamente relacionadas con el componente afectivo de la actitud que tengan los usuarios hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (Mira & Aranaz, 2000).

Un aspecto a considerar será que un paciente satisfecho buscará activamente ayuda del personal sanitario y cumplirá con las recomendaciones y cuidados que éstos le prescriban (Mira & Aranaz, 2000). Además, esta satisfacción hará que continúe usando los servicios de salud y que mantenga vínculos específicos con sus proveedores. Incluso facilitará la cooperación con los profesionales de la salud (De los Ríos Castillo & Ávila Rojas, 2004), mediante la aportación de información precisa y útil que repercutirá en su propio beneficio (Massip Pérez et al. 2008)

En opinión de algunos investigadores la dificultad de integrar toda la gama de sentimientos, valores y experiencias de muchos pacientes en el concepto de satisfacción del usuario les lleva a defender que el foco de la investigación debería trascender de la satisfacción a la insatisfacción (Coyle & Williams, 2000; Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2015). Este enfoque está relacionado con mayor coste de la atención sanitaria (Pan, Liu & Ali, 2015; Mira & Aranaz, 2000), la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias (Mira & Aranaz, 2000).

10.2 Aspectos o factores que pueden influir en la satisfacción del paciente

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad (Caminal, 2001). Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a múltiples componentes, como factores individuales de los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario y a cómo se organiza este último. También influye en la satisfacción como se provee la atención sanitaria y las diferencias que puedan existir entre los proveedores (Mira & Aranaz, 2000).

Las personas que refieren estar satisfechas con los cuidados también dicen estar más satisfechas con otros aspectos de su vida, además, los pacientes que han participado en las decisiones con respecto a su proceso también están mucho más satisfechos (Pujiula-Masó, Suñer-Soler, Puigdemont-Guinart, Grau-Martín & Bertrán-Noguer, 2006).

Los resultados más relevantes acerca de la satisfacción de los enfermos muestran que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido (Pujiula-Masó et al. 2006).

En las últimas décadas, diversas investigaciones han intentado definir los determinantes o factores que pueden influir en la satisfacción del paciente, entre los que se encuentran las características sociodemográficas, el estado de salud del usuario, la interacción médico paciente, el tamaño del hospital y profesionales de la salud satisfechos con el desempeño de su trabajo (Hernández Meca et al. 2005; Lobos, Cardemil & Loézar, 2012; Mira & Aranaz, 2000; Kvist, Voutilainen, Mäntynen & Vehviläinen-Julkunen, 2014).

En cuanto a las características sociodemográficas, en general, expresan un mayor nivel de satisfacción los pacientes mayores de 65 años (Hernández Meca

et al. 2005; Quintana, González, Bilbao, Escobar et al. 2006; Hall & Dornan 1990; López-Valenzuela, 2005; Pujiula-Masó et al. 2006) y los de bajo nivel educativo (Hall & Dornan, 1990, Quintana et al. 2006).

Referente al sexo, algunos autores manifiestan que las mujeres con nivel educativo alto se sienten menos satisfechas con la atención recibida (González-Valentín, Padín López & De Ramón Garrido, 2005), mientras que otros investigadores, defienden que éstas suelen valorar en forma más positiva la atención sanitaria, y se muestran más satisfechas, sobre todo con las características relacionadas con el equipamiento de los centros (Mira & Aranaz, 2000). Sin embargo Lobos et al. (2012), obtuvieron que el ser hombre se relacionaba con mayor satisfacción.

En relación a los ingresos económicos, existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de ingresos económicos medios y superiores (Mira & Aranaz, 2000) y además exigen un elevado nivel de atención para su satisfacción (De los Ríos Castillo & Ávila Rojas, 2004). Aunque Pujiula-Masó et al. (2006), no encontraron diferencias significativas entre los pacientes con ingresos económicos altos y/o bajos.

Otro determinante lo constituye el estado de salud, algunos autores relacionan un buen estado de salud con una mayor satisfacción, aunque se cree que el nivel de satisfacción relatado por el paciente, se corresponde más con su estado de salud actual conseguido tras su tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo (Kane, Maciejewski & Finch, 1997). Este aspecto lo deben tener en cuenta los profesionales de la salud, porque se ha evidenciado que los pacientes deciden recibir un determinado tratamiento (en aquellos casos donde existe la posibilidad de elección) en base al nivel de satisfacción manifestado por otros pacientes (Mira & Aranaz, 2000).

También se considera un determinante de la satisfacción la interacción profesional sanitario y paciente. La satisfacción de los usuarios variará en función de una serie de factores como la duración de la consulta y la proporción del

tiempo en la que el profesional toma la palabra. Además, es significativa para los usuarios la actividad desarrollada por este profesional durante la misma, así como las habilidades de comunicación mostradas y la variedad y número de las preguntas que formula. De igual manera, también son valorados por los pacientes los comentarios expresados por los profesionales sobre aspectos no clínicos, durante la visita (Mira & Aranaz, 2000).

Igualmente influye la forma de realizar la entrevista clínica. Se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto, cuando durante la entrevista, se transmite bastante información y se permite que el paciente se exprese en ella con libertad. También cuando durante la misma, los usuarios se sienten suficientemente cómodos para preguntar al profesional de la salud todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al mismo cuando explica algo que no entienden. Otras características que deben considerarse son la propia satisfacción del profesional sanitario con su nivel y condiciones de trabajo y los estilos de práctica del sanitario que les atiende (Mira & Aranaz, 2000).

Otro determinante es el tamaño del hospital y si estos se dedican o no a la enseñanza. La mayoría de los estudios indican que los hospitales más grandes y dedicados a la enseñanza (Sjetne, Veenstra & Stavem, 2007; Young, Meterko & Desai, 2000), se asocian con niveles más bajos de satisfacción. Además, los hospitales rurales reciben puntuaciones de satisfacción más altos en comparación con los hospitales urbanos (Young et al. 2000). Aunque algunos investigadores obtuvieron diferencias significativas que demostraban que los usuarios estaban más satisfechos con la atención recibida en los centros docentes (Lobos et al. 2012).

Finalmente, cuando hay suficientes recursos humanos que hacen que el profesional de la salud se muestre satisfecho con su trabajo, esta satisfacción es percibida por los usuarios y repercute con un aumento del nivel de satisfacción en estos últimos (Kvist et al. 2014; Srivastava, Avan, Rajbangshi & Bhattacharyya, 2015).

10.3 Medida de la satisfacción

No se encuentra consenso en la literatura sobre todos los factores que constituyen la satisfacción del paciente. Sin embargo, este concepto se utiliza como un importante indicador de la calidad de la atención. Además, frecuentemente es incluido como variable de interés en la planificación y evaluación de los cuidados de la salud, es decir, en las mediciones de la calidad de la atención (Johansson et al. 2002).

El primer intento para evaluar la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud comenzó en USA en 1956 en el área de la enfermería. Posteriormente este tipo de prácticas se comenzaron a desarrollar en el Reino Unido (Merkouris, Ifantopoulos, Lanara & Lemonidou 1999). A mediados de los años setenta este deseo por conocer la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud se puso de manifiesto en todos los Estados Unidos de Norteamérica. Este interés aparece unido al surgimiento de los movimientos de usuarios, lo que conllevó a considerar la variable *satisfacción del paciente*, como una medida de la calidad que ofrecen los servicios de salud (De los Ríos Castillo & Ávila Rojas, 2004; Gómez Juanola, Pérez Carvajal, Moya Rodríguez M & Reyes Llanes, 2004).

Aunque han transcurrido unas décadas desde que Donabedian hablara de la *satisfacción de los pacientes*, este concepto sigue aún vigente. Actualmente se sigue entendiendo la *satisfacción del paciente* como medida de garantía de calidad, sobre todo, como resultado de la asistencia que prestan la enfermera y el médico. Sin embargo, desde otra óptica, algunos investigadores proponen que más que un aspecto objetivo de esa calidad, sería mejor describir la "calidad sentida por los pacientes", o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención (De los Ríos Castillo & Ávila Rojas, 2004).

La medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones y depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes. Por esta razón, es necesario conocer cuáles son esas

necesidades y cómo son las experiencias de los usuarios. Actualmente una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través del análisis de la satisfacción (Caminal, 2001).

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: en primer lugar, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. En segundo lugar, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, aportando a los gestores públicos información sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario proporciona información sobre la calidad del servicio relacionando al mismo tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es importante porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Serrano-del Rosal & Lorient-Arín 2008).

En opinión de Caminal (2001), el objetivo del análisis de la satisfacción es proporcionar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que la población los percibe como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes en las organizaciones que intervienen en el proceso asistencial.

Algunos investigadores en el tema han mostrado la alta correlación existente entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento de la primera para poder conocer mejor e incluso aumentar la segunda (Serrano-del Rosal & Lorient-Arín 2008).

Para comprender mejor cómo se forma la satisfacción del usuario de un servicio sanitario es preciso tener en cuenta que, como se dijo anteriormente, se trata de una realidad compleja y, de naturaleza multidimensional; de hecho, los sujetos son capaces de realizar un juicio global de la misma, así como de distinguir varias dimensiones del servicio y evaluarlas separadamente y así poder determinar cuál es la satisfacción en cada una de ellas (Serrano-del Rosal & Loriente-Arín 2008).

Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio recibido, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global. Aunque en un primer momento se podría decir que la satisfacción global es una suma de todas las satisfacciones parciales, pero ¿todas las dimensiones tienen igual importancia en la configuración de la satisfacción global? En realidad, la respuesta a este interrogante, sea en el sentido que sea, de no estar sustentado por la realidad empírica, no sería nada más que una hipótesis o supuesto teórico de partida (Serrano-del Rosal & Loriente-Arín 2008).

Una forma de medir la satisfacción de los usuarios es mediante escalas, encuestas o cuestionarios de satisfacción. Como la intensidad de la satisfacción del paciente es gradual, no hay que limitarse a respuestas dicotómicas (de "sí" o "no") como utilizan algunos cuestionarios, (Srivastava et al. 2015). Éstos deben contener preguntas directas que aborden adecuadamente el nivel de satisfacción. Se debe utilizar una escala de Likert con contestaciones que comprendan desde "muy satisfecho" hasta "muy insatisfecho" y así lograr un mejor conocimiento de la situación. De esta forma, se le da al encuestado una mayor oportunidad de expresar la naturaleza exacta de su punto de vista. Se ha comprobado que extender el número de categorías de respuesta a siete, aumenta muy poco la precisión o fiabilidad de la encuesta, por ello la mayoría de los cuestionarios usan cinco categorías de respuestas. Más avanzado el cuestionario se tiende a desarrollar medidas de actitud y las categorías de respuesta se encuentran entre "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo" (Fitzpatrick, 1991).

En todas las encuestas o cuestionarios también deben incluirse las variables sociodemográficas, éstas, como se describió anteriormente, tienen gran importancia en la investigación de la satisfacción de los pacientes. A menudo, es difícil clarificar si la relación entre tales variables y el nivel de satisfacción se debe a diferencias en expectativas y disponibilidad a expresar opiniones negativas o las verdaderas diferencias en la calidad de los servicios de salud recibidos (Fitzpatrick, 1991).

Para conocer si la versión final de la encuesta incluye demasiados ítems que puedan permitir respuestas uniformes, además de claridad y comprensión de los mismos, se recomienda pilotar un cuestionario. También es importante tener en cuenta aspectos como la presentación y la explicación de cómo debe cumplimentarse el cuestionario y finalmente, no debe olvidarse asegurar el anonimato y la confidencialidad de los participantes (Fitzpatrick, 1991).

Según algunos investigadores, aunque las encuestas de satisfacción del paciente son instrumentos ampliamente utilizados, también presentan algunas desventajas, la primera de ellas es la falta de consenso sobre el concepto de satisfacción del paciente (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards & Chandola 2002; Williams, Coyle & Healy 1998). Así mismo, es primordial ser consciente del tipo de satisfacción que se está evaluando en cualquier encuesta o cuestionario de satisfacción que se esté utilizando (Hekkert, Cihangir, Kleefstra, van den Berg & Kool, 2009). Al analizar la satisfacción, es importante considerar la distinción entre *satisfacción general*, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la *satisfacción específica*, que es el grado de satisfacción respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos (Massip Pérez et al. 2008; De los Ríos Castillo & Ávila Rojas 2004).

La segunda desventaja esgrimida es la presunción de que las encuestas de satisfacción tienen capacidades discriminativas bajas, es decir, pacientes que valoraron positivamente la atención recibida, indicaron cierta insatisfacción con su atención hospitalaria (Jenkinson et al. 2002). Sin embargo, no hay eviden-

cia empírica de esta afirmación (Hekkert et al. 2009). La tercera desventaja es la subjetividad, puesto que los estudios de satisfacción del paciente se basan en juicios subjetivos de los clientes (Merkouris, Papathanassoglou & Lemonidou, 2004; Hekkert et al. 2009).

Pese a las críticas, se ha demostrado que la satisfacción percibida es un indicador importante del grado de calidad de la atención. Más específicamente, los resultados obtenidos de los estudios de satisfacción del paciente, ayudan a identificar las áreas potenciales de mejora que a su vez, puede aumentar la eficacia de los sistemas de atención de salud (Hekkert et al. 2009).

10.4 Medida de la satisfacción con la atención al proceso del embarazo, parto y puerperio

En la literatura es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias, las consultas, etc. Toda esta información tiene como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes (Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín & Buil, 1999).

Posiblemente, uno de los aspectos menos explorados sea la satisfacción de las mujeres embarazadas, entendiendo como tal el grado de cumplimiento de sus expectativas. Los estudios realizados en nuestro ámbito muestran altos porcentajes de mujeres satisfechas, algunos abordan la satisfacción con la atención recibida a través de una única pregunta, otros se refieren a aspectos parciales del seguimiento de su embarazo, como la Educación Maternal, o presentan un tamaño muestral reducido (Marín Morales, Toro Molina & Carmona Monge, 2013; Vena & Revolo-Sánchez, 2011; Sainz-Maza-Aparicio, Sánchez-Yubero & Granados-Garrido, 2001; Guillén Rodríguez et al 1999).

La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de su hijo está relacionada con muchos factores. Hodnett (2002) 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 decisiones.

Las expectativas de las embarazadas y la discordancia con lo vivido durante el parto pueden afectar a la valoración que las mujeres realizan sobre el mismo (Melender, 2006).

La satisfacción de la madre con la experiencia del parto también tiene implicaciones para la salud y el bienestar de la mujer y su recién nacido (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). Cuando las mujeres tienen un parto insatisfactorio y lo viven como un evento traumático sus recuerdos serán de dolor, ira, miedo o tristeza, o incluso no recuerdan nada, lo cual sugiere una amnesia traumática. Estas mujeres sufren el trastorno de estrés post-traumático como consecuencia de su parto (Reynolds, 1997; Beck, 2004; Modarres, Afrasiabi, Rahnama & Montazeri, 2012).

Un alumbramiento insatisfactorio hace que las embarazadas tengan miedo a un parto vaginal y deseen tener un hijo por cesárea en gestaciones posteriores. La cercanía del alumbramiento activa en las mujeres experiencias previas traumáticas, abusos y trastornos psiquiátricos que pueden dar lugar a temor al parto vaginal (Nerum, Halvorsen, Sørli & Øian, 2006).

El interés por conocer la satisfacción de las mujeres con el trabajo de parto ha llevado a los profesionales a realizar investigaciones que en la mayoría de los casos, se han centrado en sus propios países y cuyos resultados son difíciles de generalizar debido a la gran variación en las prácticas obstétricas del parto (Christiaens & Bracke, 2009).

Destacamos los siguientes instrumentos que miden la satisfacción de las mujeres con el parto, entre ellos, el cuestionario desarrollado y validado por Omar, Schiffman & Bingham, (2001), para evaluar las expectativas de los pacientes y la

satisfacción con la atención prenatal (Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) en Estados Unidos.

La satisfacción con la experiencia del parto (Satisfaction with Childbirth Experience) (SWCBE) es una encuesta utilizada para conocer la experiencia con el parto de las madres jordanas (Oweis, 2009).

El cuestionario de experiencia del nacimiento (Childbirth Experience Questionnaire) (CEQ) cuyas dimensiones fueron etiquetadas de capacidad propia, apoyo profesional, seguridad percibida y participación, evaluaron la experiencia con el alumbramiento en mujeres suecas (Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja & Berg, 2010).

El Índice de satisfacción Mackey Childbirth Escala (Satisfaction with Childbirth Rating Scale) contiene cinco subescalas que recogen las dimensiones de auto-eficacia, el compañero, el recién nacido, la enfermera y el médico, fue utilizado con mujeres en Estados Unidos (Goodman et al.), en Bélgica, en Holanda (Christiaens & Bracke, 2009) y en España (Mas-Pons et al. 2012).

La escala de satisfacción CONFORTS fue aplicada en el BC Women's Hospital en Vancouver (British Columbia), para desarrollar y validar un cuestionario que midiese la satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante y después del parto en el hospital. Esta escala comprende seis dimensiones. Elección de la prestación, atención de enfermería en el postparto, enseñanza materna y cuidados del recién nacido, el respeto a la intimidad, el entono físico y la confianza relacionada con los cuidados del recién nacido (Janssen, Dennis & Reime, 2006).

Otro instrumento que mide la satisfacción de las mujeres con los cuidados recibidos durante el embarazo y el parto, es el cuestionario desarrollado en Francia, en la región del Auvergne, que contiene las siguientes dimensiones: facilidad de acceso a la atención maternal, acogida en consultas, tiempo de espera en la consulta, discreción del personal, parto, descanso e intimidad, recién nacido, amamantamiento, percepción de la actitud de los intervinientes, información y educación, regreso al domicilio (Antoniotti et al. 2009).

El cuestionario WOMBLSQ (Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire), es un instrumento que identifica la satisfacción acerca de la percepción que tienen las mujeres sobre el trabajo de parto y el alumbramiento. Esta escala mide, además de las dimensiones anteriores, la satisfacción con el parto, las relacionadas con el alivio del dolor durante y después del parto.

Este cuestionario fue desarrollado en el Reino Unido por Smith (2001) y consta de las siguientes dimensiones. Apoyo profesional en el parto, expectativas del parto, evaluación en el domicilio al principio del trabajo de parto, primer contacto con el recién nacido, apoyo de su esposo/compañero durante el parto, alivio del dolor durante el parto, alivio del dolor inmediatamente después del parto, conocimiento de los cuidadores durante el parto, entorno durante el parto y control del trabajo de parto. Además se finalizaba con dos preguntas que no fueron analizadas y que median la satisfacción general.

Con el fin de evaluar la satisfacción de las madres andaluzas con todo el proceso de trabajo de parto, esta escala WOMBLSQ4, se tradujo al español y se validó, ya que sus dimensiones reunían los parámetros y requisitos deseados para conocer las debilidades y fortalezas de nuestra atención.

Objetivos



1. **Objetivo general**

Conocer la satisfacción de las mujeres con el control del embarazo y la asistencia al parto.

2. **Objetivos específicos**

1. Describir la satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante el embarazo y con los profesionales que le atendieron
2. Analizar si existen diferencias significativas entre la satisfacción durante el control de la gestación y las variables sociodemográficas y clínicas
3. Determinar la estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario WOM-BLSQ4 de satisfacción de la mujer con la atención recibida en el parto
4. Identificar el nivel de satisfacción de las mujeres en el proceso del parto en aquellos estudios que validaron este instrumento
5. Analizar si existen diferencias significativas entre la satisfacción durante el parto y las variables sociodemográficas y clínicas
6. Identificar mediante la Escala de Edimburgo el riesgo de depresión postparto que pueden experimentar las mujeres de la muestra, así como las variables relacionados con el riesgo de depresión.

Metodología



1. **Diseño del estudio**

El diseño fue de tipo transversal descriptivo.

2. **Contexto**

El estudio se efectuó en los Hospitales Universitarios Públicos de la ciudad Granada (Hospital U. “Virgen de las Nieves” y Hospital U. “San Cecilio”) de Abril a Julio de 2012.

3. **Población de estudio**

La población de estudio fueron las mujeres que dieron a luz en los hospitales del Sistema Sanitario Público de la ciudad de Granada.

- **Selección de la muestra:** El tipo de muestreo fue intencional.
- **Criterios de inclusión:** Fueron incluidas en el estudio las mujeres hispano-parlantes, con edad igual o superior a 18 años, que aceptaron participar voluntariamente en el mismo y firmaron el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron las puérperas que no comprendían el idioma español.
- **Tamaño de la muestra:** La muestra estuvo constituida por 429 puérperas.

4. Variables

4.1 Variables sociodemográficas

- **Edad** (medida en años).
- **Lugar de nacimiento** (pueblo, provincia y país de nacimiento).
- **Municipio en el que vive actualmente** (pueblo o ciudad en la que vive en la actualidad).
- **Nivel de estudios máximo alcanzado** (universitarios, formación profesional, nivel secundario, estudios primarios y otros).
- **Situación laboral** (empresaria, trabajadora por cuenta ajena, en paro, ama de casa, otras circunstancias laborales).
- **Estado civil** (soltera, casada o con pareja y viuda o separada).

4.2 Variables clínicas

- **Asistencia al programa de Educación Maternal.**
- **Número de clases de Educación Maternal.** Números de clases de Educación Maternal a las que ha asistido la gestante.
- **Satisfacción con las clases de Educación Maternal.** Satisfacción percibida por las embarazadas sobre las clases de Educación Maternal, medida mediante una escala de Likert, cuyas respuestas oscilan entre muy satisfecha hasta muy insatisfecha.
- **Duración de la gestación** (medida en semanas).
- **Profesional o profesionales que le han atendido durante el embarazo** (ginecólogo, enfermera, médico de familia, matrona y otros, que fueron agrupados en Atención Primaria, Atención Especializada o ambos).

- **Satisfacción con el trato recibido durante su embarazo por los siguientes profesionales** (Matrona, Tocólogo, Médico de Familia y Enfermera), medida mediante una escala de Likert, cuyas respuestas oscilan entre muy satisfecha hasta muy insatisfecha.
- **Paridad** (medida mediante la fórmula obstétrica: número de embarazos, número de abortos, número de partos, número de hijos nacidos vivos y número de hijos que le viven).
- **Patología durante el embarazo** (enfermedad que tenga previamente la mujer o que desarrolle durante la gestación, que se dividió en las siguientes categorías: ninguna patología, patología propia del embarazo, patología materna, riesgo de afectación fetal, varias patologías y otros).
- **Riesgo del embarazo** (bajo, medio y alto riesgo. El riesgo se determinó teniendo en cuenta el baremo de riesgo que propone la Junta de Andalucía, que está recogida en el proceso asistencial integrado del embarazo, parto y puerperio) (Junta de Andalucía, 2005).
- **Tipo de inicio del parto** (espontáneo, inducido y cesárea electiva).
- **Tipo de finalización del parto** (espontáneo, vacuo, fórceps, espátulas y cesárea).
- **Motivo de cesárea** (causa por la que se realiza la cesárea: riesgo de pérdida de bienestar fetal [RPBF], estática fetal inadecuada, no progresión del parto, patología del embarazo, parto múltiple y otros; o, si es una cesárea electiva).
- **Analgesia epidural** (si y no).
- **Motivo de no epidural** (no quiso la gestante, no dio tiempo a ponérsela, se le administró analgesia general).
- **Destino del recién nacido** (el recién nacido se mantuvo con la madre, fue a cuidados mínimos, cuidados medios o cuidados intensivos).

- **Motivo del destino del recién nacido** (circunstancia o patología de la madre o del recién nacido que justificaron el lugar del destino, dividido en las siguientes categorías: cesárea, prematuridad, riesgo de pérdida de bienestar fetal [RPBF] y otros).
- **Peso del recién nacido** (peso del recién nacido expresado en gramos).
- **Sexo del recién nacido** (hombre o mujer).

4.3 Otras variables

- **Satisfacción percibida por las puérperas sobre la atención en el embarazo medida mediante el Cuestionario de Satisfacción con la Atención al embarazo** (Maderuelo, Haro, Pérez, Cercas, Valentín et al. 2006).
- **Satisfacción percibida por las puérperas sobre la asistencia al parto mediante la escala WOMBLSQ4** (Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire) (Cuestionario sobre la visión de las mujeres acerca de su satisfacción en el parto) (Smith, 2001; Floris, Mermillod, y Chastonay 2010; Marín-Morales, Carmona-Monge, Peñacoba-Puente, Olmos Albacete y Toro Molina, 2013).
- **Riesgo de depresión postparto medido mediante la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)** (García-Esteve, Ascaso, Ojuel, Navarro, 2003).

5. Procedimiento

El acceso a las mujeres se hizo a través de las plantas de puérperas de los hospitales que participaron en el estudio. La matrona identificaba a las mujeres que cumplían los criterios de inclusión. A continuación les informaba de los objetivos del estudio y les solicitaba su participación en el mismo, así como la firma del consentimiento informado. Seguidamente, se procedía a entregar el cuestionario que era autoadministrado y les rogaba, que una vez finalizado el

mismo, lo introdujeran en un sobre. La investigadora principal procedería a su recogida posteriormente.

6. Instrumentos de medida

Para este estudio se utilizó una encuesta que comprendía los cuatro cuestionarios que se exponen a continuación y que se encuentra recogida en el anexo I.

6.1 Cuestionario construido para esta investigación

La primera parte del cuestionario está compuesto por las variables sociodemográficas y clínicas, así como de satisfacción con los profesionales, descritas anteriormente.

6.2 Cuestionario de satisfacción con la atención al embarazo (Maderuelo et al. 2006)

El cuestionario de satisfacción con la atención al embarazo fue diseñado y validado por Maderuelo et al. (2006) Este cuestionario fue administrado a 498 mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario de Salamanca y está constituido por 28 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: equipamiento, accesibilidad, organización de la consulta y atención y competencia profesional.

Las preguntas están redactadas para expresar aspectos positivos y negativos. Cada una tiene 5 opciones de respuesta valorada mediante una escala de Likert, otorgándose el valor de 1 cuando la respuesta seleccionada expresa el mayor grado de insatisfacción o la percepción más desfavorable del servicio, y se otorga el valor de 5 cuando la contestación expresa la mayor satisfacción o la percepción más favorable.

La satisfacción global se define como la suma de las puntuaciones otorgadas a cada una de las sentencias, dividida por 28. Se calculó la satisfacción en cada dimensión mediante la suma de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que

componen cada dimensión dividida por el número de preguntas integrantes de cada una de ellas. En ambos casos el rango es de 1 a 5. Se considera que una mujer está satisfecha con el seguimiento de su embarazo si obtiene una satisfacción global > 3 , y claramente satisfecha si la puntuación es > 4 .

Los autores del trabajo hicieron un estudio piloto con 50 mujeres y demostraron que el instrumento presentaba un buen grado de comprensión y un tiempo de cumplimentación adecuado.

Para determinar la consistencia interna del mismo se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.92 para el total del cuestionario y varió entre 0.71 y 0.93 según la dimensión.

6.3 La escala WOMBLSQ (Cuestionario sobre la visión de las mujeres acerca de su satisfacción en el parto)

La escala WOMBLSQ, (Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire) (Cuestionario de satisfacción de las opiniones de las mujeres sobre el trabajo de parto) (Smith, 2001; Floris et al. 2010; Marín-Morales et al. 2013), es una herramienta, diseñada por Smith (2001) en el Reino Unido. La primera versión se realizó en 1995 y constaba de catorce dimensiones, pero las siguientes investigaciones realizadas por su autor hicieron que evolucionara hasta la versión WOMBLSQ4 publicada en 2001.

El desarrollo de esta herramienta se hizo en varias etapas, consiguiéndose encuestar a 2400 mujeres del Reino Unido. Se confirmó la validez factorial de la escala, así como una adecuada fiabilidad tanto global (alfa de Cronbach 0.89), como en las subescalas (los valores alfa de Cronbach oscilaron entre 0.62 y 0.91).

La escala consta de 32 preguntas con 7 alternativas de respuesta tipo Likert y 10 dimensiones: apoyo profesional en el parto (5 preguntas), expectativas del parto, (4 preguntas), evaluación en el domicilio al principio del trabajo de parto (3 preguntas), primer contacto con el recién nacido (3 preguntas)

apoyo del esposo/ compañero durante el parto (3 preguntas), alivio del dolor durante el parto (3 preguntas), alivio del dolor inmediatamente después del parto (3 preguntas), continuidad (2 preguntas), entorno durante el parto (2 preguntas), control (2 preguntas). La medida de la satisfacción general se hizo mediante dos preguntas.

La puntuación de cada dimensión se obtiene sumando los valores obtenidos en cada pregunta (algunas de ellas formuladas de manera negativa). Para la comparación con los otros estudios, los resultados de éstos se transformaron de forma que la puntuación mínima posible era 0 y la máxima posible 100 (satisfacción total en la dimensión) (Smith, 2001; Floris et al. 2010 y Marin-Morales et al. 2013). Las puntuaciones más altas indicaban mayor satisfacción por parte de las madres.

Para esta investigación la escala desarrollada por Smith fue traducida al español por dos traductores jurados en el idioma inglés y consensuado su redacción final con tres matronas con amplia experiencia en la asistencia al parto. Se pilotó el cuestionario traducido a 50 mujeres y se demostró que el instrumento presentaba un buen grado de comprensión y un tiempo de cumplimentación adecuado.

6.4 Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) (García-Esteve et al. 2003)

La Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) creada por Cox, Holden & Sagovsky (1987), fue desarrollada para ayudar a los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el cribado de la depresión postparto y ha sido utilizada en más de 23 países. En España fue adaptada y validada por García-Esteve et al. (2003). Estos autores, propusieron que el mejor punto de corte para la validación de la EPDS fue 10/11. Con este punto de corte, todos los casos de depresión mayor fueron detectados. La sensibilidad fue del 79% y la especifici-

dad del 95.5% con un valor predictivo positivo del 63.2% y un valor predictivo negativo del 97.7%.

La Escala de Depresión postparto de Edimburgo consta de 10 preguntas cortas que hacen referencia a como se han sentido las mujeres en los últimos siete días, con 4 alternativas de respuesta cuya puntuación oscila entre 0 y 3, obteniendo la puntuación global con la suma de todas ellas. Una puntuación superior o igual a 11 muestra la probabilidad de una depresión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Los datos fueran tratados según la Declaración de Helsinki (1964). Se obtuvo permiso del Comité Ético y de Investigación de las Instituciones Sanitarias para realizar dicho estudio. Además, se incluyó un documento que describía los objetivos del estudio y la metodología empleada, y otro que representaba el consentimiento informado. En este último, se especificaba que su participación era anónima y voluntaria y el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos obtenidos, según la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

7. Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó a partir del programa estadístico SPSS 20.0 para Windows. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, así como las medias y las desviaciones típicas para las variables cuantitativas.

Con respecto al cuestionario de satisfacción con la atención al embarazo. Se realizó un análisis bivalente, mediante la t-Student, Coeficiente de correlación de Pearson, Kruskal-Wallis y ANOVA. Las diferencias se consideraron significativas a partir de una $p < .05$.

En cuanto a la escala WOMBLSQ4 (Cuestionario sobre la visión de las mujeres acerca de su satisfacción en el parto). En el análisis factorial no fueron incluidas

las mujeres con cesáreas electivas con el fin de realizar la comparación con los otros estudios en las condiciones más parecidas posibles, pero sí se tuvieron en cuenta cuando se realizó el análisis descriptivo, pues estas mujeres sí respondieron a las preguntas relacionadas con la satisfacción.

Para estudiar la estructura factorial de este cuestionario se realizó un análisis factorial con una extracción por componentes principales seguida de una rotación varimax. En el primer análisis se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin aceptándose como una medida buena la que es superior a 0.70. A continuación se hizo el test de esfericidad de Bartlett para demostrar que la matriz de correlaciones entre los ítems de la escala es significativamente diferente de la matriz unidad.

Seguidamente se estudiaron las comunalidades de cada una de los ítems de la escala y se eliminaron aquellos ítems de comunalidades menores que 0.30 por estar mal representados en el conjunto factorial obtenido. Una vez que fueron eliminados los ítems, se repitieron los pasos anteriores con el objeto de obtener la estructura factorial.

Se consideraron aquellos factores que tenían autovalores mayores que 1 y se midió el porcentaje de varianza explicada con esos factores determinando en ella el peso de cada uno de los mismos. Tras la rotación y estudiando la tabla de saturaciones de cada uno de los ítems en cada una de las dimensiones obtenidas, asignamos cada ítem a la dimensión en la que su saturación era mayor, siempre que esta fuera superior a 0.30.

Según la asignación anteriormente descrita, se intentaron identificar las dimensiones según los ítems que las integraban, eliminando de ellas aquellos ítems que tenían más bajas saturaciones y que claramente no pertenecían a esa dimensión, en función de los ítems con altas saturaciones.

Tras la eliminación de los ítems, cuando la hubiera, se repitió el proceso hasta finalizarlo con la estructura factorial definitiva. La consistencia interna de cada una de las subescalas se midió con el alpha de Cronbach.

Se realizó un análisis bivalente entre la satisfacción y las variables utilizadas en el estudio mediante la t-Student, Coeficiente de correlación de Pearson, Krukal-Walis y ANOVA. Las diferencias se han considerado significativas a partir de una $p < .05$.

Respecto la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS). Para estudiar las variables relacionadas con riesgo de depresión, se realizó un análisis bivalente, mediante la t-Student, Coeficiente de correlación de Pearson y ANOVA. Las diferencias se han considerado significativas a partir de una $p < .05$.

Resultados



Se administraron 500 encuestas, 12 mujeres rehusaron realizarla, 19 solo cumplimentaron los datos sociodemográficos y algunas preguntas por lo que se desecharon, 29 no conocían el idioma y 6 no la entregaron, 5 no firmaron el documento de consentimiento informado y finalmente la muestra estuvo constituida por 429 mujeres y el porcentaje de respuesta fue el 85.8%.

De las 429 mujeres que formaban la muestra, 253 habían dado a luz en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" y el resto, 176 en el Hospital Universitario "San Cecilio", ambos de la ciudad de Granada.

Los resultados de las variables sociodemográficas fueron:

- Con respecto a la "edad", la media fue de 31.93 años (5.285 DT), las más jóvenes tenían 18 años y la mayor de ellas 46 años.
- En cuanto al "nivel de estudios", casi la mitad, 198 (46.5%), poseían estudios universitarios, seguidos de formación profesional 94 (22.1%), nivel de enseñanza secundaria 74 (17.4 %) y estudios primarios 60 (14.1%).
- En relación al "estado civil" la mayoría estaban casadas o con pareja 400 (93.5%), solteras 26 (6.1%) y viudas o separadas 2 (0.5%).
- Referente a la "situación laboral" 30 mujeres (7%) eran empresarias, el grupo mayoritario estaba constituido por trabajadoras por cuenta ajena 207 (48.3%), que representan casi la mitad de la muestra, 76 (17.7%) eran amas de casa, 100 (23.3%) estaban en paro y 15 (3.5%) mujeres tenían otras circunstancias laborales, (estar estudiando, estar jubiladas. etc.).

La tabla número 1 muestra los resultados de frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas y valores máximo y mínimo de variables clínicas.

Tabla n° 1: Resultados de las variables clínicas

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
N° de embarazadas que asistieron a las clases de Educación Maternal	200 (46.6)	
N° de clases de Educación Maternal a las que asistieron las mujeres		2.52 (3.089) [1 - 17]
Satisfacción con las clases de EM		4.20 (0.842)
Profesionales		
Atención Especializada	6 (1.4)	
Atención Primaria	77 (18.0)	
Ambas	345 (80.6)	
Patología		
Ninguna P.	289 (68.8)	
Pat. Embarazo.	53 (12.6)	
Pat. materna	21 (5.0)	
Riesgo de afectación fetal	4 (1.0)	
Varias patologías	22 (5.2)	
Otros	31 (7.4)	
Tipo de riesgo embarazo		
Bajo riesgo	291 (69.3)	
Medio riesgo	70 (16.7)	
Alto riesgo	40 (10.0)	
Muy alto riesgo	17 (4.0)	
Semana de gestación		39.45 (1.796) [27-42]

» » *Tabla n° 1*

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Tipo de inicio parto		
Espontáneo	285 (68.2)	
Inducido	89 (21.3)	
Cesárea electiva	44 (10.5)	
Tipo de finalización del parto		
Espontáneo	239 (56.9)	
Vacuo	29 (6.9)	
Fórceps	16 (3.8)	
Espátulas	8 (1.9)	
Cesáreas	128 (30.5)	
Motivo cesárea		
RPBF	22 (17.5)	
Estática fetal inadecuada	26 (20.6)	
No progresión del parto	44 (34.9)	
Pat. del embarazo	4 (3.2)	
Parto múltiple	6 (4.8)	
Otros	24 (19.0)	
Epidural	324 (77.3)	
Motivo No epidural		
No dio tiempo	40 (58.0)	
No quise	22 (31.9)	
Anestesia General	7 (10.1)	
Destino RN		
Con la madre	304 (72.4)	
Cuidados mínimos	94 (22.4)	
Cuidados intermedios	12 (2.9)	
Cuidados intensivos	10 (2.4)	

» » *Tabla n° 1*

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Motivo destino		
Cesárea	67 (61.5)	
Prematuridad	22 (20.2)	
RPBF	6 (5.5)	
Otros	14 (12.8)	
Peso RN		3.22 (0.566) [1.10-5.00]
Sexo RN		
Mujer	192 (45.8)	
Varón	227 (54.2)	
N° Embarazos		0.90 (1.091) [0-6]
N° Abortos		0.27 (0.605) [0-4]
N° partos		0.64 (0.789) [0-6]
N° hijos nacidos vivos		0.64 (0.792) [0-6]
N° Hijos que viven		0.64 (0.783) [0-6]

En relación al objetivo **describir la satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante el embarazo y con los profesionales que le atendieron.**

Las tablas número 2 (a, b, c y d) muestran las frecuencias, porcentajes, medias (M), desviaciones típicas (DT) y valores mínimos y máximos de la satisfacción de las mujeres. Esta satisfacción se mide mediante las dimensiones de *equipoamiento* (2.a), *accesibilidad* (2.b), *organización de la consulta* (2.c) y *atención y competencia profesional* (2.d).

Tabla nº 2.a: Satisfacción con equipamiento

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Equipamiento		4.01 (0.549) [2-5]
Lugar agradable centro o consulta		3.92 (0.747) [1-5]
1 Muy desagradable	2 (0.5)	
2 Desagradable	4 (0.9)	
3 Ni agradable ni desagradable	114 (26.7)	
4 Agradable	214 (50.1)	
5 muy agradable	93 (21.8)	
Comodidad centro/consulta		3.89 (0.728) [1-5]
1 Muy incómoda	3 (0.7)	
2 Incómoda	5 (1.2)	
3 Ni cómoda ni incómoda	107 (25.1)	
4 Cómoda	234 (54.9)	
5 Muy cómoda	77 (18.1)	
Limpieza centro/consulta		4.31 (0.579) [2-5]
1 Muy inadecuada	0	
2 Inadecuada	2 (0.5)	
3 Ni adecuada ni inadecuada	19 (4.5)	
4 Adecuada	245 (58.2)	
5 Muy adecuada	155 (36.8)	
Medios materiales adecuados		3.92 (0.826) [1-5]
1 Muy inadecuados	3 (0.7)	
2 Inadecuados	33 (7.9)	
3 Ni adecuados ni inadecuados	42 (10.0)	
4 Adecuados	255 (60.7)	
5 Muy adecuados	87 (20.7)	

En la dimensión *equipamiento* el valor de la media es 4.01, lo que indica un alto nivel de satisfacción, siendo el ítem “limpieza de su centro o consulta” la más valorada con una media de 4.31.

Tabla n° 2.b: Satisfacción con accesibilidad

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Accesibilidad		3.82 (0.692) [1.25-5]
Dificultad en conseguir cita primera vez		3.99 (0.887) [1-5]
1 Muy difícil	3 (0.7)	
2 Difícil	33 (7.9)	
3 Ni difícil ni fácil	42 (10.0)	
4 Fácil	255 (60.7)	
5 Muy fácil	87 (20.7)	
Tiempo entre conocimiento embarazo y cita en semanas		5.20 (3.991) [0-21]
Días desde que solicitó primera cita hasta que fue vista		10.67 (14.878) [0-90]
Horario de las consultas		3.69 (0.9649) [1-5]
1 Muy en desacuerdo	15 (3.6)	
2 En desacuerdo	36 (8.6)	
3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	80 (19.1)	
4 De acuerdo	219 (52.4)	
5 Muy de acuerdo	68 (16.3)	
Tiempo en llegar a centro/consulta		3.92 (0.770) [1-5]
1 Muy inadecuado	3 (0.7)	
2 Inadecuado	13 (3.1)	
3 Ni mucho ni poco	82 (19.1)	
4 Adecuado	230 (55.6)	
5 Muy adecuado	86 (20.8)	
Posibilidad de fijar citas por teléfono		3.67 (1.446) [1-5]
1 Nunca	60 (14.0)	
2 Casi nunca	30 (7.2)	
3 A veces	74 (17.9)	
4 Casi siempre	74 (17.9)	
5 Siempre	176 (42.5)	

La dimensión *accesibilidad* es la que alcanza menor puntuación (3.82) de las dimensiones analizadas. En cuanto a los ítems, el mejor valorado es el que expresa la “facilidad para conseguir cita por primera vez” con una media de 3.99.

Tabla nº 2.c: Satisfacción con organización de la consulta

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Organización de la consulta		3.83 (0.624) [1.75-5]
Tiempo espera para acceder a la consulta		3.30 (1.072) [1-5]
1 Muy inadecuado	26 (6.2)	
2 Inadecuado	78 (18.2)	
3 Ni mucho ni poco	100 (23.9)	
4 Adecuado	174 (41.6)	
5 Muy adecuado	40 (9.6)	
Satisfacción tiempo dedicado en la consulta		3.85 (0.950) [1-5]
1 Muy insatisfecha	11 (2.6)	
2 insatisfecha	37 (8.8)	
3 Ni satisfecha ni insatisfecha	48 (11.5)	
4 Satisfecha	231 (55.1)	
5 Muy satisfecha	92 (22.0)	
Prisa profesionales en terminar la consulta		3.96 (1.097) [1-5]
1 Siempre	15 (3.6)	
2 Casi siempre	23 (5.5)	
3 A veces	101 (24.1)	
4 Casi nunca	104 (24.8)	
5 Nunca	176 (42.0)	
Interrupciones consulta		4.04 (0.910) [1-5]
1 Siempre	6 (1.4)	
2 Casi siempre	14 (3.3)	
3 A veces	88 (21.0)	
4 Casi nunca	162 (38.7)	
5 Nunca	149 (35.6)	

» » Tabla n° 2.c

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Número de consultas		3.60 (1.039) [1-5]
1 Muy inadecuado	14 (3.3)	
2 Inadecuado	68 (16.3)	
3 Ni mucho ni poco	54 (12.9)	
4 Adecuado	217 (51.9)	
5 Muy adecuado	65 (15.6)	
Número de pruebas		3.60 (1.071) [1-5]
1 Muy inadecuado	14 (3.3)	
2 Inadecuado	73 (17.6)	
3 Ni mucho ni poco	51 (12.3)	
4 Adecuado	204 (49.2)	
5 Muy adecuado	73 (17.6)	
Intimidad consulta		4.51 (0.800) [1-5]
1 Nunca	5 (1.2)	
2 Casi nunca	5 (1.2)	
3 A veces	36 (8.7)	
4 Casi siempre	97 (23.3)	
5 Siempre	273 (65.6)	

En la dimensión *organización de la consulta*, en el ítem “interrupciones en la consulta” se observa que las mujeres están muy satisfechas porque nunca o casi nunca se producen interrupciones en la consulta y también se obtuvo un alto nivel de satisfacción con respecto al ítem “intimidad en la consulta” porque siempre o casi siempre se mantiene la intimidad en la misma.

Tabla n° 2.d Satisfacción con la atención y competencia profesional

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Atención y competencia profesional		4.34 (0.664) [1.17-5]
Satisfecha trato de profesionales		4.13 (0.781) [1-5]
1 Muy insatisfecha	3 (0.7)	
2 insatisfecha	16 (3.8)	
3 Ni satisfecha ni insatisfecha	37 (8.9)	
4 Satisfecha	228 (54.5)	
5 Muy satisfecha	134 (32.1)	
Equipo educado y agradable		4.51 (0.709) [1-5]
1 Nunca	2 (0.5)	
2 Casi nunca	3 (0.7)	
3 A veces	31 (7.5)	
4 Casi siempre	126 (30.4)	
5 Siempre	252 (60.9)	
Equipo escucha a la mujer		4.45 (0.782) [1-5]
1 Nunca	2 (0.5)	
2 Casi nunca	7 (1.7)	
3 A veces	42 (10.1)	
4 Casi siempre	115 (27.8)	
5 Siempre	248 (59.9)	
Interés profesionales por consultas a la mujer		4.42 (0.841) [1-5]
1 Nunca	3 (0.7)	
2 Casi nunca	8 (1.9)	
3 A veces	58 (14.0)	
4 Casi siempre	95 (22.9)	
5 Siempre	251 (60.5)	
Equipo contesta con claridad		4.41 (0.851) [1-5]
1 Nunca	2 (0.5)	
2 Casi nunca	11 (2.7)	
3 A veces	51 (12.3)	
4 Casi siempre	99 (23.9)	
5 Siempre	252 (60.7)	

» » *Tabla n° 2.d*

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Explicaciones equipo		4.20 (0.992) [1-5]
1 Nunca	10 (2.4)	
2 Casi nunca	11 (2.6)	
3 A veces	79 (18.9)	
4 Casi siempre	103 (24.6)	
5 Siempre	216 (51.6)	
Confianza para preguntar		4.35 (0.953) [1-5]
1 Nunca	8 (1.99)	
2 Casi nunca	12 (82.9)	
3 A veces	58 (13.8)	
4 Casi siempre	88 (21.0)	
5 Siempre	253 (60.4)	
Equipo preparado		4.51 (0.809) [1-5]
1 Nunca	4 (1.0)	
2 Casi nunca	7 (1.7)	
3 A veces	39 (9.4)	
4 Casi siempre	89 (21.3)	
5 Siempre	278 (66.7)	
Conocimientos equipo		4.54 (0.767) [1-5]
1 Nunca	2 (0.5)	
2 Casi nunca	7 (1.7)	
3 A veces	37 (8.9)	
4 Casi siempre	88 (21.3)	
5 Siempre	280 (67.6)	
Equipo habilidoso		4.50 (0.794) [1-5]
1 Nunca	3 (0.7)	
2 Casi nunca	6 (1.4)	
3 A veces	43 (10.3)	
4 Casi siempre	92 (22.1)	
5 Siempre	273 (65.5)	

» » *Tabla n° 2.d*

	n (%)	M (DT) [VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO]
Comentar Exploraciones		4.32 (0.940) [1-5]
1 Nunca	4 (1.0)	
2 Casi nunca	16 (3.9)	
3 A veces	63 (15.5)	
4 Casi siempre	87 (21.4)	
5 Siempre	236 (58.1)	
Mismo equipo		3.65 (1.226) [1-5]
1 Nunca	30 (7.4)	
2 Casi nunca	46 (11.4)	
3 A veces	79 (19.6)	
4 Casi siempre	128 (31.7)	
5 Siempre	121 (30.0)	

La dimensión *atención y competencia profesional* es la que obtuvo el resultado más elevado (4.34), con respecto al resto de dimensiones. Lo que más valoraron las mujeres fue el "equipo educado y agradable" así como la "preparación, conocimientos y habilidad" mostrados por el equipo que las atendió durante el control del embarazo.

En cuanto a la satisfacción de las puérperas con la atención prestada por los profesionales que controlan el embarazo, en la tabla 3 se exponen los resultados alcanzados:

Tabla n° 3 satisfacción con los distintos profesionales

GRADO DE SATISFACCIÓN	MATRONA n (%)	TOCÓLOGO n (%)	M. DE FAMILIA n (%)	ENFERMERA n (%)
Muy Satisfecha	208 (53.34)	74 (18.00)	129 (30.65)	95 (24.73)
Satisfecha	146 (37.44)	217 (52.80)	182 (43.24)	152 (39.58)
Indiferente	17 (4.38)	73 (17.77)	59 (14.01)	103 (26.82)
Poco Satisfecha	15 (3.84)	44 (10.71)	34 (8.07)	18 (4.68)
Nada Satisfecha	4 (10.25)	3 (0.72)	17 (4.03)	16 (4.16)
TOTAL	390 (100)	411 (100)	421 (100)	384 (100)

Si consideramos el grado de satisfacción como la suma de satisfecha y muy satisfecha, para los distintos profesionales, la matrona alcanzó el mayor nivel 90.78% seguida del médico de familia 73.89%, el médico especialista en Obstetricia y Ginecología (tocólogo) el 70.80%, y la enfermera generalista 64.31%.

En relación al objetivo: **Analizar si existen diferencias significativas entre la satisfacción y las variables sociodemográficas y clínicas**, la tabla número 4 muestra los resultados obtenidos en relación a la satisfacción de las mujeres, medida con las dimensiones de *equipamiento, accesibilidad, organización de la consulta y atención y competencia profesional*.

Tabla nº 4 . Satisfacción y variables sociodemográficas

	SATISFACCIÓN							
	EQUIPAMIENTO		ACCESIBILIDAD		ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA		ATENCIÓN	
	P		P		P		P	
Edad*	r=-0.078	[0.111]	r=-0.012	[0.813]	r=-0.018	[0.725]	r=-0.014	[0.782]
Nivel de estudios **	0.259		[0.603]		[0.388]		[0.177]	
Universitarios	3.96	(0.574)	3.81	(0.704)	3.78	(0.636)	4.27	(0.695)
FP ⁽¹⁾	4.01	(0.485)	3.89	(0.658)	3.87	(0.582)	4.35	(0.675)
Nivel secundario	4.11	(0.522)	3.83	(0.663)	3.90	(0.590)	4.44	(0.542)
Primarios	4.04	(0.586)	3.73	(0.745)	3.90	(0.671)	4.46	(0.656)
Estado civil **	0.125		[0.105]		[0.357]		[0.869]	
Soltera	4.21	(0.579)	4.00	(0.730)	3.96	(0.598)	4.41	(0.600)
Casada/pareja	4.00	(0.547)	3.81	(0.686)	3.83	(0.626)	4.34	(0.669)
Viuda/separada	3.62	(0.177)	3.00	(1.061)	3.36	(0.505)	4.21	(0.530)
Situación laboral **	[0.062]		[0.386]		[0.355]		[0.103]	
Empresaria	3.77	(0.665)	3.71	(0.685)	3.63	(0.820)	4.06	(0.752)
Trabajadora cuenta ajena	3.99	(0.544)	3.84	(0.654)	3.82	(0.640)	4.33	(0.664)
En paro	4.05	(0.470)	3.84	(0.696)	3.90	(0.516)	4.39	(0.609)
Ama de casa	4.11	(0.570)	3.82	(0.713)	3.86	(0.631)	4.45	(0.695)
Otros	4.05	(0.614)	3.48	(1.007)	3.87	(0.573)	4.18	(0.531)

⁽¹⁾ Formación profesional

*Correlación de Pearson

**ANOVA

En la tabla número 4, se observa que no existe significación estadística entre la satisfacción de las mujeres y las variables sociodemográficas medida con las dimensiones *equipamiento*, *accesibilidad*, *organización de la consulta* y *atención y competencia profesional*.

La tabla número 5 muestra los resultados obtenidos en relación a la satisfacción percibida por las puerperas con las variables clínicas durante el control de la gestación, medida mediante las dimensiones de *equipamiento*, *accesibilidad*, *organización de la consulta y atención* y *competencia profesional*.

Tabla n° 5. Satisfacción y variables clínicas

	SATISFACCIÓN							
	EQUIPAMIENTO		ACCESIBILIDAD		ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA		ATENCIÓN Y COMPE- TENCIA PROFESIONAL	
		P		P		P		P
N° de clases de EM*	r=0.054	0.284	r=0.055	0.279	r=0.000	0.992	r=-0.014	0.787
Profesionales **	M (DT)	0.469	M (DT)	0.012	M (DT)	0.013	M (DT)	0.510
Atención Especializada	3.75 (0.316)		3.04 (0.980)		3.14 (0.808)		4.32 (0.684)	
Atención Primaria	4.03 (0.579)		3.75 (0.677)		3.92 (0.619)		4.43 (0.706)	
Ambas	4.01 (0.545)		3.85 (0.682)		3.83 (0.615)		4.32 (0.655)	
Patología **	M (DT)	0.421	M (DT)	0.116	M (DT)	0.414	M (DT)	0.440
Ninguna Patología	4.03 (0.542)		3.87 (0.682)		3.85 (0.620)		4.36 (0.692)	
Patología embarazo	4.04 (0.601)		3.89 (0.610)		3.85 (0.658)		4.30 (0.662)	
Patología materna	3.79 (0.482)		3.73 (0.688)		3.56 (0.704)		4.11 (0.495)	
Riesgo de afectación fetal	3.75 (0.645)		3.81 (0.657)		4.00 (0.261)		4.75 (0.118)	
Varias patologías	4.02 (0.547)		3.53 (0.870)		3.93 (0.632)		4.25 (0.627)	
Otros	3.98 (0.508)		3.59 (0.137)		3.83 (0.554)		4.44 (0.590)	
Tipo de embarazo**	M (DT)	0.467	M (DT)	0.144	M (DT)	0.418	M (DT)	0.262
Bajo riesgo	4.02 (0.537)		3.86 (0.679)		3.85 (0.615)		4.37 (0.673)	
Medio riesgo	3.98 (0.610)		3.65 (0.639)		3.73 (0.684)		4.19 (0.713)	
Alto riesgo	3.98 (0.501)		3.81 (0.802)		3.89 (0.625)		4.41 (0.588)	
Muy alto riesgo	4.21 (0.525)		3.94 (0.748)		3.94 (0.506)		4.32 (0.532)	
Semana de gestación *	r=-0.055	0.259	r=-0.075	0.132	r=0.004	0.930	r=-0.032	0.537

*Correlación de Pearson / **ANOVA

En la tabla número 5 se puede observar que: En la dimensión *accesibilidad*, existe significación estadística con respecto a la variable “profesionales que atienden a las mujeres” ($p=0.012$). Las embarazadas refieren estar más satisfechas cuando son atendidas los profesionales de atención primaria y especializada conjuntamente y describen menor satisfacción cuando esta atención es proporcionada solamente por los profesionales de atención especializada.

Con relación a la dimensión *organización de la consulta*, también existe significación estadística con la variable “profesionales que atienden a las mujeres” ($p=0.013$). Al igual que en la dimensión anterior, las embarazadas perciben mayor nivel de satisfacción con los profesionales de atención primaria y especializada conjuntamente y relatan menor nivel de satisfacción con los profesionales de atención especializada.

Referente al objetivo **determinar la estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario WOMBLSQ4 sobre la visión de las mujeres acerca de su satisfacción en el parto.**

En primer lugar se consideraron todos los ítems de la escala y se realizó el análisis factorial como se presentó en análisis estadístico. La medida de adecuación muestral de KMO tiene un valor de 0.801 que al ser superior a 0.70 nos indica que hay una buena adecuación muestral de la estructura factorial. El test de esfericidad de Bartlett dio claramente significativo $p<0.001$.

La mayoría de las comunalidades son altas, por encima de 0.50, por el tipo de cuestionario empleado, sin embargo hay tres ítems que tienen comunalidades por debajo de esta cifra 0.50. Éstos son el 25 (Estoy satisfecha con solo una o dos cosas de los cuidados que recibí en el parto, 0.441), el 31 (No necesité muchos analgésicos después del nacimiento, 0.475) y el 12 (El modo en que se me proporcionaron los cuidados del parto no pudo ser mejor, 0.476). Aunque en principio esto no nos llevará a eliminar los ítems, sí que nos anuncia posibles problemas con ellos.

El número de factores que se han extraído por el método de componentes principales y que tenían autovalores mayores que 1 fue de 9. Éstos 9 factores acogen el 68% de la varianza global.

Una vez hecha la rotación varimax de los componentes, se observa que hay una fracción de la varianza que es capaz de explicar cada uno de estos factores, así la primera dimensión acoge el 14.02% de la varianza total, el segundo explica el 9.19% y así sucesivamente (el 3° factor el 8.75%, el 4° factor el 7.52%, el 5° factor el 6.80%, el 6° factor el 6.74%, el 7° factor el 5.21%, el 8° factor el 4.97% y el 9° factor el 4.76%).

La tabla número 6 muestra el Alpha de Cronbach y cada fracción de la varianza que es capaz de explicar cada uno de estos factores y las saturaciones de cada uno de los ítems realizada la rotación varimax.

Tabla nº 6: Resultados del análisis factorial

1 APOYO PROFESIONAL (Alpha de Cronbach =0.867. % varianza explicada =14.02)		COEFICIENTE
Q19	Durante la dilatación siempre hubo un profesional disponible para explicarme las cosas de modo que pudiera entenderlas	0.843
Q7	Los profesionales me proporcionaron una gran apoyo durante la dilatación	0.834
Q13	Los profesionales escucharon siempre muy atentamente todo lo que tenía que decir	0.808
Q27	Los profesionales me trataron de la forma más amable y educada posible	0.778
Q32	Los profesionales no pudieron ayudarme más	0.733
Q12	Los cuidados durante el proceso del parto no podrían haber sido mejores	0.556
2 EXPECTATIVAS (Alpha de Cronbach =0. 861. % varianza explicada =9.19)		
Q17	El parto se produjo casi por completo del modo en que esperaba	0.809
Q11	La dilatación transcurrió de forma casi idéntica a como esperaba	0.794
Q22	Mi parto tuvo prácticamente la duración adecuada	0.719
Q1	Mi parto transcurrió de forma totalmente normal	0.710
3 DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO (Alpha de Cronbach =0. 781. % varianza explicada =8.75)		
Q26	Mi parto hubiera sido más fácil si se me hubieran administrado más medios para el alivio del dolor (–)	0.719
Q6	Se me deberían haber ofrecido más medios para aliviar el dolor que sentía tras el nacimiento de mi bebé (–)	0.702
Q16	Sentía bastante dolor justo después del nacimiento (–)	0.669
Q9	Deberían de haberme ofrecido más medios para aliviar mis dolores de parto. (–)	0.668
Q20	Se me proporcionaron unos excelentes medios para el alivio del dolor durante el parto	0.586
Q31	No necesité muchos analgésicos después del nacimiento	0.399

» » Tabla nº 6

4 EVALUACIÓN EN CASA (Alpha de Cronbach =0.843. % varianza explicada =7.52)		
Q15	Me hubiera gustado que una matrona viniera a verme a casa y confirmara que mi parto había comenzado cuando yo creía que éste se había iniciado (–)	0.914
Q28	Habría sido útil una evaluación de mi estado en los comienzos del parto en casa (–)	0.904
Q8	Debería haber tenido una evaluación en casa en las primeras fases del parto (–)	0.761
5 APOYO DEL MARIDO/COMPAÑERO (Alpha de Cronbach =0.750. % varianza explicada =6.80)		
Q2	Mi compañero/marido me ayudó a entender lo que sucedía durante el parto	0.937
Q23	Mi compañero/marido no pudo darme un mejor apoyo	0.920
Q29	Hubiera preferido tener más apoyo por parte de mi compañero/marido (–)	0.511
6 PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO (Alpha de Cronbach =0.675. % varianza explicada =6.74)		
Q18	Hubiera necesitado coger a mi bebé un poco antes de lo que lo hice (–)	0.842
Q10	Después de nacer mi bebé no me lo dieron tan pronto como deseaba (–)	0.786
Q3	Pude ver a mi bebé justo en el momento adecuado después de que naciera	0.577
7 CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIONALES DURANTE EL PARTO (Alpha de Cronbach =0.797. % varianza explicada =5.21)		
Q24	Conocía a los profesionales presentes en el nacimiento de mi bebé	0.855
Q5	Al comienzo del parto ya conocía muy bien a los profesionales que me atendían	0.844
8 ENTORNO (Alpha de Cronbach =0.711. % varianza explicada =4.97)		
Q4	La habitación donde di a luz era un poco medicalizada e impersonal (–)	0.810
Q14	La habitación en la que di a luz era muy agradable y relajante	0.764
9 CONTROL (Alpha de Cronbach =0.436. % varianza explicada =4.76)		
Q21	Durante la dilatación tuve la impresión de que todo el mundo me decía lo que debía hacer (–)	0.753
Q30	El parto consistió en hacer lo que me decían los profesionales que me atendían (–)	0.729
Q25	Estoy satisfecha con solo una o dos cosas de los cuidados que recibí en el proceso del parto (–)	0.460

En cuanto a las saturaciones de cada uno de los ítems, en cada una de las dimensiones empíricas obtenidas, se observa que la dimensión número uno *Apoyo profesional* estaría integrada por los ítems, de mayor a menor saturación 19, 7, 13, 27, 32 y 12. Todos ellos superan el valor de 0.7, a excepción del ítem 12 (El modo en que se me proporcionaron los cuidados del parto no pudo ser mejor) que tiene una saturación de 0.556. Este ítem presenta un enunciado generalizado que podría resultar poco claro para las mujeres, posteriormente se repitió el análisis eliminando este ítem. El valor del alfa de Cronbach fue de 0.867.

La segunda dimensión *Expectativas*, tiene un alfa de Cronbach de 0.861 y está integrada por los ítems 17, 11, 22 y 1 cuyas saturaciones son superiores a 0.70.

El valor del alfa de Cronbach de la tercera dimensión *Dolor durante y después del parto*, fue 0.781. Ésta, comprende los ítems 26, 6, 16, 9, 20 y 31 todos con saturaciones altas excepto el ítems 31 (No necesité muchos analgésicos después del nacimiento) cuya saturación es baja (0.475) pero no se elimina de la escala porque el contenido de la pregunta responde a la dimensión de dolor

Con respecto a la cuarta dimensión, *Evaluación en casa*, el valor de su alfa de Cronbach fue de 0.843 y tiene los ítems 15, 28 y 8 que presentan un alto índice de saturación.

La dimensión quinta *Apoyo del compañero/ marido* comprende los ítems 2, 23 con un alto índice de saturación y el 29 que tiene un índice de saturación algo más bajo. El valor de alfa de Cronbach es de 0.750

Referente a la sexta dimensión *Primer contacto con el recién nacido*, es la que presenta el alfa de Cronbach más bajo 0.675, pero el índice de saturación de sus ítems 18 y 10 es alto, sin embargo el ítems 3 resultó ser algo más bajo, aunque apropiado.

En cuanto a la séptima dimensión *Conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto*, comprende los ítems 24 y 5 con niveles altos de saturación y un alfa de Cronbach de 0.797

La octava dimensión *Entorno* consta de los ítems 4 y 14 con un elevado nivel de saturación y un alfa de Cronbach de 0.711.

Finalmente la novena dimensión *Control* está formada por los ítems 21 y 30 con unas saturaciones importantes, sin embargo el ítem 25 satura mal con respecto a los otros dos. Este último ítem, por su enunciado (estoy satisfecha solo con una o dos cosas de los cuidados que recibí en el proceso del parto) parece no corresponder a la dimensión de los dos ítems anteriores. Por este motivo se eliminará este ítem y se hará de nuevo el análisis factorial con el objeto de verificar si se mantiene la estructura factorial. El valor del alfa de Cronbach fue de 0.481.

Se repitió el análisis y fueron considerados todos los ítems de la escala, excepto el 12 y 25 eliminados tras el paso anterior y se efectuó el análisis factorial como se indicó en el método estadístico. La medida de adecuación muestral de KMO fue de 0.863 que al ser superior a 0.70 nos informa que existe una buena adecuación muestral de la estructura factorial. El test de esfericidad de Bartlett dio claramente significativo $p < 0.001$.

Las comunalidades obtenidas tras la realización del proceso descrito anteriormente, son superiores a 0.50 debido al tipo de cuestionario que se está utilizando, no obstante hay dos ítems algo inferiores a esta cifra, el 3 (0.444) y el 31 (0.474) que decidimos mantener en el modelo.

En este caso, el número de factores que se han extraído por el método de componentes principales y que tenían autovalores mayores que 1 fue igualmente de 9. Éstos 9 factores explican el 70% de la varianza global, que como se puede apreciar es un valor alto.

A continuación la tabla número 7 muestra las saturaciones en los componentes rotados, los alfas de Cronbach correspondientes y la varianza explicada por cada factor.

Tabla nº 7: Resultados del análisis factorial

1 APOYO PROFESIONAL (Alpha de Cronbach =0.869. % varianza explicada =13.403)		COEFICIENTE
Q19	Durante la dilatación siempre hubo un profesional disponible para explicarme las cosas de modo que pudiera entenderlas	0.836
Q7	Los profesionales me proporcionaron una gran apoyo durante la dilatación	0.830
Q13	Los profesionales escucharon siempre muy atentamente todo lo que tenía que decir	0.801
Q27	Los profesionales me trataron de la forma más amable y educada posible	0.772
Q32	Los profesionales no pudieron ayudarme más	0.722
2 EXPECTATIVAS (Alpha de Cronbach = 0. 861. % varianza explicada =9.817)		
Q17	El parto se produjo casi por completo del modo en que esperaba	0.819
Q11	La dilatación transcurrió de forma casi idéntica a como esperaba	0.808
Q22	Mi parto tuvo prácticamente la duración adecuada	0.725
Q1	Mi parto transcurrió de forma totalmente normal	0.719
3 DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO (Alpha de Cronbach = 0. 749. % varianza explicada =9.085)		
Q6	Se me deberían haber ofrecido más medios para aliviar el dolor que sentía tras el nacimiento de mi bebé (-)	0.717
Q26	Mi parto hubiera sido más fácil si se me hubieran administrado más medios para el alivio del dolor (-)	0.716
Q16	Sentía bastante dolor justo después del nacimiento (-)	0.682
Q9	Deberían de haberme ofrecido más medios para aliviar mis dolores de parto (-)	0.660
Q20	Se me proporcionaron unos excelentes medios para el alivio del dolor durante el parto	0.575
Q31	No necesité muchos analgésicos después del nacimiento.	0.418

» » Tabla nº 7

4 EVALUACIÓN EN CASA (Alpha de Cronbach =0.843. % varianza explicada =8.026)		
Q15	Me hubiera gustado que una matrona viniera a verme a casa y confirmara que mi parto había comenzado cuando yo creía que éste se había iniciado (–)	0.912
Q28	Habría sido útil una evaluación de mi estado en los comienzos del parto en casa (–)	0.903
Q8	Debería haber tenido una evaluación en casa en las primeras fases del parto (–)	0.762
5 APOYO DEL MARIDO/COMPAÑERO (Alpha de Cronbach =0.750. % varianza explicada =7.209)		
Q2	Mi compañero/marido me ayudó a entender lo que sucedía durante el parto	0.940
Q23	Mi compañero/marido no pudo darme un mejor apoyo	0.927
Q29	Hubiera preferido tener más apoyo por parte de mi compañero/marido (–)	0.498
6 PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO (Alpha de Cronbach =0.675. % varianza explicada =7.042)		
Q18	Hubiera necesitado coger a mi bebé un poco antes de lo que lo hice (–)	0.842
Q10	Después de nacer mi bebé no me lo dieron tan pronto como deseaba (–)	0.784
Q3	Pude ver a mi bebé justo en el momento adecuado después de que naciera	0.579
7 CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIONALES DURANTE EL PARTO (Alpha Cronbach =0.797. % varianza explicada =5.532)		
Q24	Conocía a los profesionales presentes en el nacimiento de mi bebé	0.855
Q5	Al comienzo del parto ya conocía muy bien a los profesionales que me atendían	0.847
8 ENTORNO (Alpha de Cronbach =0.711. % varianza explicada =5.297)		
Q4	La habitación donde di a luz era un poco medicalizada e impersonal (–)	0.834
Q14	La habitación en la que di a luz era muy agradable y relajante	0.771
9 CONTROL (Alpha de Cronbach =0.481. % varianza explicada =4.646)		
Q30	El parto consistió en hacer lo que me decían los profesionales que me atendían (–)	0.789
Q21	Durante la dilatación tuve la impresión de que todo el mundo me decía lo que debía hacer (–)	0.778

En la tabla número 7 se puede observar que la dimensión del dolor aparece de nuevo fusionada. El ítem 31 (No necesité muchos analgésicos después del nacimiento), tiene una saturación cercana a 0.50 y se sigue manteniendo en la escala, aunque se asocia mal con los otros ítems, porque sus contenidos pertenecen a esta dimensión.

Con respecto al objetivo **identificar el nivel de satisfacción de las mujeres en el proceso del parto en aquellos estudios que validaron este instrumento**.

En la tabla número 8 se muestran los valores de Alpha de Cronbach, en las distintas investigaciones: la validación realizada en este estudio, en la versión inglesa, en la adaptación francesa y la realizada en el centro de España.

Tabla nº 8: Alpha de Cronbach de los diferentes estudios

	V. SUR DE ESPAÑA Alpha de Cronbach	V. ORIGINAL Alpha de Cronbach	V. EN FRANCÉS Alpha de Cronbach	V. CENTRO DE ESPAÑA Alpha de Cronbach
1. Apoyo profesional	0.869	0.91	0.84	0.74
2. Expectativas	0.861	0.90	0.86	0.80
3. Dolor durante y después del parto	0.749	0.83 y 0.65	0.79 y 0.59	0.68
4. Evaluación en casa	0.843	0.90	0.87	0.83
5. Apoyo del marido/compañero	0.750	0.83	0.56	0.61
6. Primer contacto con el recién nacido	0.675	0.87	0.78	0.51
7. Conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto	0.797	0.82	0.84	0.36
8. Entorno	0.711	0.80	0.67	0.43
9. Control	0.481	0.62	0.53	-----
10. Satisfacción general	0.421	0.75	0.85	-----

En la tabla número 8 se puede observar que las dimensiones más valoradas en los cuatro estudios fueron *Apoyo profesional* y *Expectativas* y la menos valorada fue *Control*. En la misma tabla también se observa que los resultados del alfa de Cronbach obtenidos en nuestro estudio están en el rango de las otras investigaciones y e incluso más altos en algunas dimensiones.

En la tabla número 9 se muestran los resultados en las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones en las distintas versiones. Solo en esta tabla, los valores se han ponderado a 100, al igual que el resto de los estudios que validaron esta escala.

Tabla n° 9: Puntuaciones medias en las distintas versiones

DIMENSIONES	V. SUR SPAIN	V. ORIGINAL	V. EN FRANCÉS	V. CENTRO SPAIN
1. Apoyo profesional	83.71	72.3	80.9	91.35
2. Expectativas	64.16	59.0	64.2	60.88
3. Dolor durante y después del parto	65.59	60.8 (64.0 y 57.6)	65.15 (63.8 y 66.5)	64.98
4. Evaluación en casa	60.16	54.3	64.6	69.31
5. Apoyo del marido/compañero	80.42	72.7	75.2	90.48
6. Primer contacto con el recién nacido	78.09	74.2	78.1	82.61
7. Conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto	51.75	38.8	38.0	67.49
8. Entorno	56.74	61.6	59.6	40.18
9. Control	49,31	53	46.5	-----
10. Satisfacción general	70.11	53.1	66.5	83.33

Siendo la estructura factorial similar en las distintas versiones, incluidas las versiones españolas, el cuestionario refleja una importante sensibilidad para apreciar las diferencias entre poblaciones y realidades distintas.

En cuanto al objetivo **analizar si existen diferencias significativas entre la satisfacción durante el parto y las variables sociodemográficas y clínicas.**

La tabla número 10.a mide esta satisfacción con variables mencionadas mediante las dimensiones *apoyo profesional, expectativas, evaluación en casa y primer contacto con el recién nacido.*

Tabla n° 10.a: Satisfacción y variables sociodemográficas

	SATISFACCIÓN							
	APOYO PROFESIONAL		EXPECTATIVAS		EVALUACIÓN EN CASA		PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO	
		P		P		P		P
Edad *	r=0.059	0.259	r=-0.050	0.342	r=-0.082	0.124	r=-0.036	0.483
Nivel de estudios**	M (DT)	0.063	M (DT)	0.046	M (DT)	0.057	M (DT)	0.850
Universitarios	6.27 (0.830)		4.85 (1.663)		3.58 (1.677)		5.37 (1.642)	
F.P.	6.16 (1.208)		5.11 (1.660)		4.00 (1.507)		5.53 (1.630)	
Nivel secundario	6.44 (0.847)		5.42 (1.554)		3.78 (1.418)		5.45 (1.505)	
Primarios	6.55 (0.768)		5.39 (1.618)		3.28 (1.381)		5.32 (1.615)	
Estado civil **	M (DT)	0.483	M (DT)	0.413	M (DT)	0.740	M (DT)	0.210
Soltera	6.11 (1.062)		4.62 (1.531)		3.63 (1.490)		4.86 (1.562)	
Casada/pareja	6.33 (0.921)		5.11 (1.651)		3.69 (1.569)		5.45 (1.608)	
Viuda/separada	6.60 (0.566)		5.12 (2.652)		2.83 (2.593)		6.17 (1.179)	
Situación laboral **	M (DT)	0.474	M (DT)	0.295	M (DT)	0.118	M (DT)	0.340
Empresaria	6.35 (0.701)		4.86 (1.534)		3.32 (1.646)		5.42 (1.728)	
Trabajadora por cuenta ajena	6.28 (0.917)		5.02 (1.653)		3.71 (1.555)		5.54 (1.523)	
En paro	6.24 (1.184)		5.10 (1.691)		3.99 (1.480)		5.10 (1.758)	
Ama de casa	6.46 (0.696)		5.45 (1.523)		3.42 (1.676)		5.38 (1.580)	
Otros	6.60 (0.594)		4.63 (2.022)		3.21 (1.224)		5.59 (1.645)	

*Correlación de Pearson

** ANOVA

En la dimensión *expectativas* existe significación estadística con respecto a la variable "nivel de estudios" ($p=0.046$). Las mujeres que poseen un nivel secundario de estudios son las que perciben mayor nivel de satisfacción, mientras que las universitarias son las que perciben menos.

Con respecto a la dimensión *evaluación en casa*, también hay significación estadística con la variable "nivel de estudios" ($p=0.057$). En este caso son las mujeres con "formación profesional" las que perciben mayor nivel de satisfacción y las de que tienen nivel de estudios primarios las que perciben menos satisfacción.

Tabla número 10.b mide la satisfacción con las variables sociodemográficas mediante las dimensiones *apoyo del compañero/marido*, *dolor durante y después del parto* y *Conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto*.

Tabla n° 10.b: Satisfacción y variables sociodemográficas

	SATISFACCIÓN					
	APOYO DEL COMPAÑERO/MARIDO		DOLOR DURANTE EL Y DESPUÉS DEL PARTO		CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIONALES DURANTE EL PARTO	
		P		P		P
Edad*	r=-0.063	0.224	r=-0.009	0.868	r=0.019	0.712
Nivel de estudios **	M (DT)	0.891	M (DT)	0.914	M (DT)	0.314
Universitarios	5.90 (1.305)		5.01 (1.289)		4.37 (2.003)	
Formación profesional	5.79 (1.359)		4.92 (1.463)		4.32 (1.933)	
Nivel secundario	5.77 (1.280)		5.01 (1.315)		4.16 (2.014)	
Primarios	5.84 (1.202)		5.09 (1.315)		4.83 (1.823)	
Estado civil **	M (DT)	0.667	M (DT)	0.901	M (DT)	0.049
Soltera	5.84 (1.288)		5.03 (1.198)		3.46 (1.858)	
Casada/pareja	5.82 (1.318)		5.00 (1.341)		4.44 (1.962)	
Viuda/separada	6.67 (0.471)		5.42 (2.239)		5.50 (2.121)	
Situación laboral **	M (DT)	0.306	M (DT)	0.702	M (DT)	0.502
Empresaria	5.76 (1.208)		4.93 (1.596)		4.48 (2.021)	
Trabajadora cuenta ajena	5.96 (1.258)		4.99 (1.344)		4.37 (2.063)	
En paro	5.79 (1.265)		4.91 (1.263)		4.23 (1.910)	
Ama de casa	5.58 (1.539)		5.08 (1.331)		4.73 (1.773)	
Otros	5.57 (1.510)		5.46 (1.095)		3.93 (1.817)	

*Correlación de Pearson

** ANOVA

En la dimensión *conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto* existe significación estadística con respecto a la variable "estado civil" ($p= 0.049$). Las mujeres más satisfechas son las viudas o separadas y las menos las solteras.

La tabla número 10.c mide la satisfacción con las variables sociodemográficas mediante las dimensiones *entorno*, *control* y *satisfacción general*.

Tabla 10.c: Satisfacción y variables sociodemográficas

	SATISFACCIÓN					
	ENTORNO		CONTROL		SATISFACCIÓN EN GENERAL	
		P		P		P
Edad*	r=-0.122	0.018	r=0.034	0.521	r=0.077	0.141
Nivel de estudios**	M (DT)	0.000	M (DT)	0.000	M (DT)	0.975
Universitarios	4.24 (1.584)		3.60 (1.429)		5.44 (1.349)	
Formación profesional	5.05 (1.524)		3.51 (1.514)		5.47 (1.550)	
Nivel secundario	4.75 (1.629)		3.33 (1.336)		5.37 (1.601)	
Primarios	4.86 (1.531)		2.42 (1.297)		5.46 (1.215)	
Estado civil**	M (DT)	0.866	M (DT)	0.558	M (DT)	0.249
Soltera	4.64 (1.663)		3.36 (1.334)		5.05 (1.299)	
Casada/pareja	4.58 (1.606)		3.39 (1.458)		5.45 (1.428)	
Viuda/separada	4.00 (0.000)		4.50 (2.828)		6.50 (0.707)	
Situación laboral**	M (DT)	0.025	M (DT)	0.337	M (DT)	0.548
Empresaria	3.90 (1.334)		3.58 (1.426)		5.77 (1.032)	
Trabajadora cuenta ajena	4.59 (1.504)		3.44 (1.432)		5.48 (1.456)	
En paro	4.43 (1.775)		3.23 (1.526)		5.32 (1.464)	
Ama de casa	5.04 (1.682)		3.21 (1.459)		5.40 (1.353)	
Otros	4.90 (1.559)		3.96 (1.464)		5.07 (1.616)	

*Correlación de Pearson

** ANOVA

En la dimensión *entorno*, se encuentra significación estadística con respecto a la variable "edad" ($p=0.018$). Cuanto menor es la edad de las gestantes, éstas perciben mayor nivel de satisfacción y viceversa. Así mismo hay significación estadística entre esta dimensión y la variable "nivel de estudios" ($p=0.000$). Las

mujeres con formación profesional son las que describen mayor nivel de satisfacción y las universitarias las que menos. También existe significación estadística ($p=0.025$) entre esta dimensión y la variable "situación laboral". Las amas de casa son las mujeres más satisfechas, mientras que las empresarias son las que perciben menor nivel de satisfacción.

En cuanto a la dimensión "control", hay significación estadística con la variable "nivel de estudios" ($p=0.000$). En esta ocasión son las gestantes universitarias las que perciben mayor nivel de satisfacción y las mujeres de estudios primarios las que menos.

La tabla número 11.a muestra la satisfacción de las mujeres con las variables clínicas, medidas mediante las dimensiones *apoyo profesional*, *expectativas*, *evaluación en casa* y *primer contacto con el recién nacido*.

Tabla n° 11.a: Satisfacción y variables clínicas

	SATISFACCIÓN							
	APOYO PROFESIONAL		EXPECTATIVAS		EVALUACIÓN EN CASA		PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO	
		P		P		P		P
N° de clases de EM*	r=-0.088	0.092	r=-0.182	0.000	r=0.025	0.640	r=-0.145	0.005
Patología **	M (DT)	0.482	M (DT)	0.302	M (DT)	0.129	M (DT)	0.347
Ninguna Patología	6.29 (0.949)		5.14 (1.608)		3.65 (1.560)		5.47 (1.597)	
Patología embarazo	6.32 (1.067)		4.69 (1.739)		3.65 (1.492)		4.96 (1.469)	
Patología materna	6.20 (0.668)		4.46 (1.445)		3.08 (1.359)		5.44 (1.697)	
Interés fetal	5.80 (1.131)		4.75 (2.121)		5.50 (0.707)		5.58 (2.217)	
Varias patología	6.53 (0.722)		5.15 (2.174)		3.81 (1.605)		5.88 (1.708)	
Otros	6.63 (0.768)		5.32 (1.645)		4.28 (1.970)		5.26 (1.705)	
Tipo de embarazo**	M (DT)	0.404	M (DT)	0.256	M (DT)	0.807	M (DT)	0.079
Bajo riesgo	6.31 (0.939)		5.17 (1.621)		3.64 (1.597)		5.55(1.581)	
Medio riesgo	6.23 (1.086)		4.81 (1.434)		3.62 (1.539)		5.00 (1.625)	
Alto riesgo	6.35 (0.723)		4.70 (2.127)		3.81 (1.394)		5.19 (1.746)	
Muy alto riesgo	6.70 (0.469)		4.87 (1.798)		4.03 (1.784)		5.13 (1.378)	
Semana de gestación *	r=-0.139	0.007	r=-0.072	0.162	r=-0.043	0.417	r=0.156	0.002
Tipo de inicio parto **	M (DT)	0.892	M (DT)	0.000	M (DT)	0.044	M (DT)	0.000
Espontáneo	6.33 (0.945)		5.30 (1.544)		3.55 (1.582)		5.60 (1.626)	
Inducido	6.28 (0.957)		4.41 (1.846)		4.06 (1.600)		5.22 (1.459)	
Cesárea	6.27 (0.767)		4.61 (1.422)		3.67 (1.258)		4.49 (1.460)	
Tipo de finalización parto**	M (DT)	0.001	M (DT)	0.000	M (DT)	0.636	M (DT)	0.000
Espontáneo	6.49 (0.803)		5.75 (1.241)		3.58 (1.597)		5.98 (1.391)	
Vacuo	6.11 (1.019)		4.22 (1.728)		3.77 (1.438)		5.10 (1.756)	
Fórceps	6.16 (0.753)		4.14 (1.540)		3.36 (1.873)		5.81 (1.299)	
Espátulas	6.13 (0.766)		4.81 (0.914)		4.04 (1.419)		4.79 (1.727)	
Cesáreas	6.03 (1.110)		3.86 (1.693)		3.82 (1.541)		4.34 (1.430)	

» » Tabla n° 11a

	SATISFACCIÓN							
	APOYO PROFESIONAL		EXPECTATIVAS		EVALUACIÓN EN CASA		PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO	
		P		P		P		P
Motivo cesárea***	M (DT)	0.646	M (DT)	0.021	M (DT)	0.228	M (DT)	0.744
RPF	6.18 (1.105)		3.68 (1.433)		3.17 (1.366)		4.17 (1.404)	
Estática fetal inadecuada	5.96 (0.852)		4.39 (1.522)		3.70 (1.396)		4.11 (1.587)	
No progresión de parto	5.99 (0.966)		3.29 (1.679)		4.09 (1.603)		4.48 (1.253)	
Pat. del embarazo	6.67 (0.577)		NO HAY MUJERES		4.00 (0.000)		4.33 (0.000)	
Parto múltiple	6.20 (0.849)		5.00 (1.683)		4.00 (0.000)		4.58 (1.708)	
Otros	5.79 (1.815)		4.71 (1.915)		4.06 (1.941)		4.40 (1.664)	
Epidural****	M (DT)	0.820	M (DT)	0.00	M (DT)	0.059	M (DT)	0.001
Si	6.31 (0.928)		4.90 (1.721)		3.76 (1.549)		5.26 (1.631)	
No	6.33 (0.953)		5.64 (1.235)		3.39 (1.622)		5.92 (1.419)	
Motivo de No epidural ***	M (DT)	0.849	M (DT)	0.017	M (DT)	0.767	M (DT)	0.000
No dio tiempo	6.10 (1.217)		5.28 (1.235)		3.25 (1.495)		5.80 (1.476)	
No quise	6.54 (0.486)		6.04 (1.135)		3.47 (2.071)		6.67 (0.871)	
Anestesia General	5.87 (1.500)		4.75 (1.021)		3.87 (1.726)		3.53 (1.121)	
Peso RN*	r=-0.077	0.141	r=-0.126	0.016	r=-0.049	0.359	r=0.040	0.446
Destino RN **	M (DT)	0.074	M (DT)	0.000	M (DT)	0.144	M (DT)	0.000
La madre	6.37 (0.934)		5.33 (1.520)		3.57 (1.565)		5.88 (1.370)	
Cuidados mínimos	6.09 (0.959)		4.12 (1.761)		4.00 (1.549)		4.09 (1.557)	
Cuidados intermedios	6.27 (0.735)		4.73 (1.935)		4.03 (1.829)		4.61 (1.613)	
Cuidados intensivos	6.70 (0.466)		4.96 (1.845)		3.22 (1.470)		4.19 (1.345)	
N° de abortos*	r=0.002	0.971	r=-0.026	0.624	r=-0.024	0.660	r=-0.008	0.879
N° de embarazos *	r=107	0.042	r=0.180	0.001	r=-0.015	0.777	r=0.095	0.068
N° de partos*	r=0.146	0.005	r=0.254	0.000	r=0.006	0.916	r=0.140	0.007
N° de hijos nacidos vivos*	r=0.146	0.005	r=0.251	0.000	r=0.006	0.916	r=0.140	0.007
N° hijos que viven*	r=0.144	0.006	r=0.247	0.000	r=0.006	0.916	r=0.137	0.008

*Correlación Pearson / **ANOVA / ***Kukral Walis / **** t-Student

Con respecto a la dimensión *apoyo profesional*, existe significación estadística con la variable "semana de gestación" ($p=0.007$). Cuanto menor es la semana de gestación mayor nivel de satisfacción refieren las embarazadas y viceversa. Nuevamente existe significación estadística entre esta dimensión y la variable "tipo de finalización del parto" ($p=0.001$). Las mujeres manifiestan mayor nivel de satisfacción cuando su parto finaliza de forma espontánea y menor cuando éste termina mediante la práctica de una cesárea. También hay significación estadística entre esta dimensión y las variables que conforman la paridad, así con la variable "número de embarazos" ($p=0.042$). Cuanto mayor es el número de embarazos, mayor satisfacción expresan las gestantes. Con respecto a la variable "número de partos" ($p=0.005$). Al igual que en la variable anterior a mayor número de partos, las mujeres refieren mayor nivel de satisfacción. Referente a la variable "número de hijos nacidos vivos", ($p=0.005$), nuevamente las mujeres indican mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de hijos nacidos vivos. Finalmente la variable "número de hijos que viven" ($p=0.006$). De la misma manera que las variables anteriores, cuanto mayor es el número de hijos que viven, mayor es la satisfacción manifestada por las embarazadas.

En la dimensión *expectativas* se obtiene significación estadística con respecto a las siguientes variables: "número de clases de Educación Maternal" ($p=0.000$). Las mujeres definen menor satisfacción cuanto mayor es el número de clases de Educación Maternal a las que asisten. También con la variable "tipo de inicio de parto" ($p=0.000$). Las gestantes refieren mayor nivel de satisfacción cuando el parto se inicia de forma espontánea y menor cuando éste es inducido. La variable "tipo de finalización de parto" cuyo valor es de ($p=0.000$). Las embarazadas perciben mayor nivel de satisfacción cuando su parto finaliza de forma espontánea y menor si éste termina en cesárea. En cuanto a la variable "motivo de cesárea" ($p=0.021$). Las mujeres cuya cesárea se practica por un parto múltiple, son las más satisfechas y las menos cuando la causa de la cesárea es la no progresión del parto. En la variable "epidural" también obtiene significación estadística ($p=0.000$). El mayor nivel de satisfacción se encuentra en las mujeres que

no recibieron analgesia epidural. Referente a la variable "motivo de no epidural" ($p=0.017$) La categoría más alta fue no quise, es decir la mayor satisfacción fue percibida por las gestantes que no desearon hacer uso de la analgesia epidural. En la variable "peso del recién nacido" ($p=0.016$). Cuanto menor es el peso del recién nacido, mayor es el nivel de satisfacción referida por las madres. En cuanto a la variable "destino del recién nacido" ($p=0.000$). Las puérperas expresan mayor satisfacción cuando el bebe permanece con la madre o con los familiares y menos satisfechas cuando estos van a cuidados mínimos.

También en esta dimensión *expectativas*, existe significación estadística y correlación positiva, en relación a la variables que constituyen la paridad. Las variables "número de embarazos" ($p=0.001$), "número de partos" ($p=0.000$), "números de hijos nacidos vivos" ($p=0.000$) y "número de hijos que le viven" ($p=0.000$). Las mujeres perciben mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de embarazos, mayor número partos, mayor número de hijos nacidos vivos y mayor número de hijos que le viven.

Referente a la dimensión *evaluación en casa*, se obtuvo significación estadística ($p= 0.044$) con la variable "tipo de inicio de parto". Las puérperas relatan estar más satisfechas cuando el inicio del parto es inducido y menos si este es espontáneo.

En cuanto a la dimensión *primer contacto con el recién nacido*, se observa una correlación negativa con respecto a la variable "número de clases de Educación Maternal", es decir, a mayor número de clases menor satisfacción de las encuestadas. Referente a la variable "semanas de gestación", presenta una correlación positiva, cuanto más avanzada estaba la gestación, mayor era la satisfacción de las mujeres al tener el primer contacto con su hijo. Existe significación estadística ($p=0.000$) con la variable "tipo de inicio del parto". Las madres definen mayor nivel de satisfacción cuando el parto se inicia de forma espontánea que cuando éste comienza con una cesárea electiva. Igualmente sucede con la variable "tipo de finalización del parto", nuevamente las puérperas están más satisfechas

cuando el parto finaliza de forma espontánea y menos cuando lo hace mediante cesárea. También se obtuvo significación estadística ($p= 0.001$) en relación a la variable "Epidural". Son las mujeres que no hicieron uso de esta analgesia las que expresan mayor nivel de satisfacción. La variable "motivo de no epidural" muestra significación estadística ($p= 0.000$). Se observa que las puérperas están más satisfechas cuando no quisieron hacer uso de esta analgesia y las menos satisfechas aquellas mujeres a las que se les administró anestesia general. En relación a la variable "destino del recién nacido" existe significación estadística ($p= 0.000$). Las madres están más satisfechas cuando el recién nacido permanece con ellas y menos cuando este va a cuidados mínimos. También hay significación estadística con respecto a las variables "número de partos" ($p=0.007$), "número de hijos nacidos vivos" ($p=0.007$) y número de hijos que le viven" ($p=0.008$) que forman parte de la paridad y correlación positiva, es decir, a mayor número de partos, hijos nacidos vivos e hijos que le viven, mayor satisfacción

La tabla número 11.b muestra la satisfacción de las mujeres con las variables clínicas, medidas mediante las dimensiones *apoyo del compañero/ marido*, *dolor durante y después del parto*, *conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto*.

Tabla n° 11.b: Satisfacción y variables clínicas

	SATISFACCIÓN					
	APOYO DEL COMPAÑERO/ MARIDO		DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO		CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIO- NALES DURANTE EL PARTO	
		P		P		P
N° de clases de EM*	r=-0.009	0.864	r=0.012	0.821	r=-0.085	0.100
Profesionales **	M (DT)	0.142	M (DT)	0.983	M (DT)	0.953
Atención Especializada	4.73 (2.521)		4.92 (1.518)		4.30 (2.253)	
Atención Primaria	5.93 (1.203)		4.98 (1.332)		4.46 (1.938)	
Ambas	5.82 (1.311)		5.00 (1.334)		4.38 (1.978)	

	SATISFACCIÓN					
	APOYO DEL COMPAÑERO/ MARIDO		DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO		CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIO- NALES DURANTE EL PARTO	
		<i>P</i>		<i>P</i>		<i>P</i>
Patología **	M (DT)	0.708	M (DT)	0.184	M (DT)	0.948
Ninguna Patología	5.78 (1.345)		4.92 (1.356)		4.34 (1.983)	
Patología embarazo	5.96 (1.233)		5.23 (1.205)		4.48 (1.902)	
Patología maternal	5.65 (1.231)		4.67 (1.288)		4.57 (1.502)	
Riesgo de afectación fetal	5.83 (1.179)		5.94 (0.419)		4.75 (1.708)	
Varias patologías	5.94 (1.233)		5.16 (1.356)		4.42 (2.219)	
Otros	6.17 (1.355)		5.42 (1.317)		4.71 (2.274)	
Tipo de embarazo**	M (DT)	0.624	M (DT)	0.188	M (DT)	0.621
Bajo riesgo	5.79 (1.348)		4.94 (1.378)		4.37 (1.964)	
Medio riesgo	5.80 (1.259)		5.10 (1.083)		4.47 (1.986)	
Alto riesgo	6.10 (1.189)		4.96 (1.309)		4.32 (2.085)	
Muy alto riesgo	5.84 (1.327)		5.70 (1.381)		5.03 (1.777)	
Semana de gestación*	<i>r</i> =0.057	0.269	<i>r</i> =-0.026	0.623	<i>r</i> =-0.154	0.002
Tipo de inicio parto **	M (DT)	0.001	M (DT)	0.497	M (DT)	0.419
Espontáneo	5.86 (1.249)		5.03 (1.306)		4.31 (2.025)	
Inducido	6.02 (1.254)		5.00 (1.430)		4.53 (1.857)	
Cesárea	5.03 (1.717)		4.72 (1.326)		4.71 (1.864)	
Tipo de finalización parto**	M (DT)	0.000	M (DT)	0.000	M (DT)	0.153
Espontáneo	6.06 (1.121)		5.25 (1.329)		4.58 (2.031)	
Vacuo	5.90 (1.368)		4.49 (1.141)		4.29 (1.843)	
Fórceps	6.23 (1.066)		4.39 (1.315)		3.37 (1.920)	
Espátulas	6.00 (1.208)		5.33 (1.257)		4.31 (1.223)	
Cesáreas	5.26 (1.544)		4.68 (1.291)		4.17 (1.898)	
Motivo cesárea***	M (DT)	0.696	M (DT)	0.892	M (DT)	0.258
RPBF	5.14 (1.504)		4.59 (1.111)		3.50 (1.956)	
Estática fetal inadecuada	5.14 (1.681)		4.59 (1.080)		4.15 (2.056)	
No progresión de parto	5.51 (1.414)		4.79 (1.385)		4.15 (1.655)	
Pat. del embarazo	5.22 (1.575)		5.58 (1.768)		5.50 (1.500)	
Parto múltiple	5.47 (2.556)		4.30 (1.341)		4.00 (2.121)	
Otros	4.93 (1.585)		4.62 (1.668)		4.89 (2.076)	

» » Tabla n° 11b

	APOYO DEL COMPAÑERO/ MARIDO		SATISFACCIÓN		CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE LOS PROFESIO- NALES DURANTE EL PARTO	
		P		P		P
Epidural****	M (DT)	0.117	M (DT)	0.081	M (DT)	0.538
Si	5.77 (1.356)		5.07 (1.321)		4.44 (1.959)	
No	6.02 (1.153)		4.77 (1.353)		4.29 (2.015)	
Motivo de No epidural***	M (DT)	0.645	M (DT)	0.046	M (DT)	0.629
No dio tiempo	5.95 (1.311)		4.25 (1.402)		4.24 (2.053)	
No quise	5.89 (1.257)		5.28 (1.305)		4.81 (1.677)	
Anestesia General	5.33 (1.466)		4.67 (1.458)		4.00 (2.318)	
Peso RN*	r=-0.025	0.635	r=-0.028	0.601	r=-0.023	0.648
Destino RN **	M (DT)	0.005	M (DT)	0.252	M (DT)	0.752
La madre	5.92 (1.264)		5.08 (1.321)		4.44 (2.015)	
Cuidados mínimos	5.60 (1.382)		4.75 (1.325)		4.22 (1.913)	
Cuidados intermedios	6.11 (0.967)		5.10 (1.507)		4.17 (1.482)	
Cuidados intensivos	4.38 (1.880)		4.69 (1.56)		4.75 (1.558)	
N° de abortos*	r=-0.105	0.044	r=-0.022	0.672	r=0.019	0.716
N° de embarazos*	r=-0.096	0.066	r=0.055	0.300	r=0.122	0.017
N° de partos*	r=-0.046	0.380	r=0.090	0.090	r=0.153	0.003
N° de hijos nacidos vivos *	r=-0.053	0.307	r=0.090	0.090	r=0.153	0.003
N° hijos que viven*	r=-0.056	0.285	r=0.088	0.095	r=0.146	0.004

*Correlación Pearson / **ANOVA / ***Kukral Walis / **** t-Student

En la dimensión *apoyo del compañero/marido*, existe significación estadística en relación a la variable "tipo de inicio de parto" ($p=0.001$). La categoría más alta corresponde al parto inducido y la más baja a la indicación de cesárea electiva. También hay significación estadística entre esta dimensión y la variable

“tipo de finalización del parto” ($p=0.000$). Las mujeres manifiestan mayor nivel de satisfacción cuando su parto finaliza mediante la aplicación de fórceps y menos cuando finaliza por cesárea. Igualmente hay significación estadística con la variable “destino del recién nacido” ($p=0.005$). Las gestantes definen mayor satisfacción cuando el recién nacido ingresa en cuidados intermedios y menos cuando lo hace en cuidados intensivos. Del mismo modo se obtuvo significación estadística con la variable “número de abortos” ($p=0.044$). Las embarazadas refieren mayor satisfacción cuanto menor es el número de abortos y viceversa.

Con respecto a la dimensión *dolor durante y después del parto*, se obtuvo significación estadística en relación a la variable “tipo de finalización del parto” ($p=0.000$). Las mujeres comunican mayor nivel de satisfacción cuando el parto finaliza mediante la aplicación de espátulas y menor satisfacción cuando finaliza mediante fórceps. En cuanto a la variable “motivo de no epidural” también existe significación estadística con esta dimensión ($p=0.046$). Las mujeres refieren mayor satisfacción cuando ellas no quisieron recurrir a la analgesia epidural y las menos satisfechas son aquellas a las que no dio tiempo a administrársela.

En cuanto a la dimensión *conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto* hay significación estadística con respecto a la variable “semana de gestación” ($p=0.002$). Las mujeres indican mayor satisfacción cuanto menor es la edad gestacional. Igualmente existe significación estadística y correlación positiva con las variables que componen la paridad. En la variable “número de embarazos” ($p=0.017$). Las mujeres perciben mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de embarazos. En cuanto a la variable “número de partos” ($p=0.003$), De igual manera que la variable anterior, cuanto mayor es el número de partos mayor es la satisfacción de las embarazadas. También hay significación estadística con la variable “número de hijos nacidos vivos” ($p=0.003$). Las gestantes refieren mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de hijos nacidos vivos. Referente a la variable “número de hijos que le viven” ($p=0.004$). Las mujeres perciben mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de hijos nacidos vivos.

La tabla número 11.c muestra la satisfacción de las mujeres con las variables clínicas, medidas mediante las dimensiones, *entorno*, *control* y *satisfacción general*.

Tabla n° 11.c: Satisfacción y variables clínicas

	SATISFACCIÓN					
	ENTORNO		CONTROL		SATISFACCIÓN EN GENERAL	
		P		P		P
N° de clases de EM*	r=-0.123	0.018	r=0.066	0.211	r=-0.090	0.086
Patología**	M (DT)	0.665	M (DT)	0.280	M (DT)	0.648
Ninguna Patología	4.58 (1.683)		3.36 (1.495)		5.39 (1.446)	
Patología embarazo	4.47 (1.498)		3.11 (1.242)		5.44 (1.477)	
Patología maternal	4.21 (1.505)		3.62 (1.266)		5.29 (1.157)	
Riesgo de afectación fetal	4.17 (0.289)		3.00 (0.707)		6.37 (0.750)	
Varias patologías	4.95 (1.490)		4.00 (1.505)		5.58 (1.583)	
Otros	4.87 (1.189)		3.64 (1.526)		5.73 (1.182)	
Tipo de embarazo**	M (DT)	0.954	M (DT)	0.940	M (DT)	0.627
Bajo riesgo	4.61 (1.661)		3.36 (1.488)		5.41 (1.444)	
Medio riesgo	4.55 (1.574)		3.40 (1.362)		5.31 (1.355)	
Alto riesgo	4.51 (1.391)		3.53 (1.487)		5.64 (1.386)	
Muy alto riesgo	4.40 (1.378)		3.43 (1.269)		5.68 (1.395)	
Semana de gestación*	r=-0.059	0.256	r=-0.011	0.839	r=-0.072	0.162
Tipo de inicio parto**	M (DT)	0.138	M (DT)	0.026	M (DT)	0.079
Espontáneo	4.69 (1.629)		3.48 (1.511)		5.52 (1.407)	
Inducido	4.45 (1.544)		3.02 (1.332)		5.11 (1.551)	
Cesárea	4.15 (1.475)		3.69 (1.078)		5.50 (1.125)	
Tipo de finalización parto**	M (DT)	0.000	M (DT)	0.180	M (DT)	0.000
Espontáneo	5.00 (1.561)		3.34 (1.559)		5.74 (1.344)	
Vacuo	4.11 (1.838)		3.17 (1.587)		4.87 (1.625)	
Fórceps	4.50 (1.128)		2.96 (1.117)		4.67 (1.303)	
Espátulas	4.25 (1.254)		4.31 (1.487)		4.64 (1.144)	
Cesáreas	3.87 (1.433)		3.54 (1.183)		5.09 (1.393)	

» » Tabla n° 11c

	SATISFACCIÓN					
	ENTORNO		CONTROL		SATISFACCION EN GENERAL	
		P		P		P
Motivo cesárea***	M (DT)	0.108	M (DT)	0.889	M (DT)	0.742
RPF	4.97 (1.369)		3.42 (1.484)		4.97 (1.369)	
Estática fetal inadecuada	4.91 (1.094)		3.67 (0.963)		4.91 (1.094)	
No progresión de parto	5.07 (1.595)		3.62 (0.963)		5.07 (1.595)	
Pat. del embarazo	6.00 (1.414)		3.50 (0.707)		6.00 (1.414)	
Parto múltiple	5.60 (1.084)		3.25 (0.866)		5.60 (1.084)	
Otros	5.18 (1.520)		3.36 (1.737)		5.18 (1.520)	
Epidural****	M (DT)	0.038	M (DT)	0.003	M (DT)	0.927
Si	4.49 (1.608)		3.25 (1.368)		5.43 (1.405)	
No	4.90 (1.508)		3.85 (1.640)		5.42 (1.479)	
Motivo de No epidural***	M (DT)	0.964	M (DT)	0.383	M (DT)	0.012
No dio tiempo	4.93 (1.770)		3.75 (1.578)		5.12 (1.499)	
No quise	4.90 (1.611)		4.47 (1.867)		6.00 (1.257)	
Anestesia General	4.90 (1.084)		4.00 (0.935)		3.90 (1.432)	
Peso RN*	r=-0.042	0.419	r=-0.031	0.555	r=-0.132	0.012
Destino RN **	M (DT)	0.006	M (DT)	0.799	M (DT)	0.029
La madre	4.76 (1.607)		3.43 (1.512)		5.52 (1.408)	
Cuidados mínimos	4.07 (1.633)		3.35 (1.335)		5.03 (1.461)	
Cuidados intermedios	4.33 (0.888)		3.29 (0.838)		5.67 (1.212)	
Cuidados intensivos	4.22 (1.202)		2.93 (1.367)		5.94 (1.116)	
N° de abortos*	r=0.022	0.669	r=-0.078	0.142	r=0.030	0.574
N° de embarazos*	r=0.032	0.543	r=-0.040	0.448	r=0.082	0.119
N° de partos*	r=0.033	0.531	r=0.007	0.895	r=0.089	0.088
N° de hijos nacidos vivos*	r=0.033	0.531	r=0.007	0.895	r=0.089	0.088
N° hijos que viven*	r=0.031	0.549	r=0.010	0.843	r=0.083	0.115

*Correlación Pearson / **ANOVA / ***Kukral Walis / **** t-Student

En la dimensión *entorno* se obtuvo significación estadística en relación con la variable "número de clases de educación maternal" ($p=0.018$). Cuanto menor es el número de clases de Educación Maternal a la que asisten las embarazadas, mayor es la satisfacción percibida por las mujeres. También existe significación estadística entre esta dimensión y la variable "tipo de finalización del parto" ($p=0.000$). Las mujeres perciben mayor nivel de satisfacción cuando el parto finaliza de forma espontánea y menor cuando este acaba mediante cesárea. Igualmente hay significación estadística con la variable "epidural" ($p=0.038$). Las gestantes indican mayor nivel de satisfacción cuando no se les administra la analgesia epidural. De igual manera existe significación estadística con la variable "destino del recién nacido" ($p=0.006$). Las púerperas refieren mayor satisfacción cuando el recién nacido se mantiene con la madre y menor satisfacción cuando éste ingresa en cuidados mínimos.

En cuanto a la dimensión *control* hay significación estadística con la variable "tipo de inicio de parto" ($p=0.026$). Las mujeres definen mayor nivel de satisfacción cuando el inicio del parto es mediante cesárea electiva y menor cuando el parto es inducido. Así mismo, existe significación estadística con la variable "epidural" ($p=0.003$). Nuevamente están más satisfechas las embarazadas a las que no se le administró analgesia epidural y menos las que sí las recibieron.

Finalmente con respecto a la dimensión *satisfacción en general*, se obtuvo significación estadística en relación a la variable "tipo de finalización del parto" ($p=0.000$). La puntuación más alta correspondió a la categoría finalización espontánea del parto y la más baja finalización del parto mediante la aplicación de espátulas. Con respecto a la variable "peso del recién nacido", también hay significación estadística con esta dimensión ($p=0.012$). Las mujeres manifiestan mayor nivel de satisfacción cuanto menor es el peso del recién nacido. Igualmente existe significación estadística con respecto a la variable "destino del recién nacido" ($p=0.029$). Las mujeres refieren mayor nivel de satisfacción cuando el recién nacido ingresa en cuidados intensivos y menor satisfacción cuando el destino de éste es cuidados mínimos.

En cuanto al objetivo **identificar mediante la Escala de Edimburgo el riesgo de depresión postparto en las puerperas del estudio, así como las variables relacionadas con el riesgo de depresión.**

Los valores resultantes de esta Escala fueron 0 de mínimo y 25 de máximo, la media fue de 6.12 y la desviación típica de 4.928. Las mujeres que obtuvieron puntuaciones iguales o menores que 10 fueron 314 (84.9%) y 56 (15.10%) presentaron puntuaciones iguales o superiores a 11.

La tabla número 12.a muestra la relación entre las variables sociodemográficas y la puntuación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Tabla nº 12.a: Relación entre variables sociodemográficas y EPDS

	EPDS	P
Edad*	r=0.048	0.356
Nivel de estudios**		0.258
Universitarios	6.05 (4.919)	
Formación profesional	5.84 (4.757)	
Nivel secundario	5.72 (3.627)	
Primarios	7.42 (6.510)	
Estado civil **		0.196
Soltera	8.05 (7.280)	
Casada/pareja	6.00 (4.760)	
Viuda/separada	6.00	
Situación laboral**		0.101
Empresaria	6.25 (4.265)	
Trabajadora por cuenta ajena	5.61 (4.970)	
En paro	6.04 (6.040)	
Ama de casa	7.57 (4.825)	
Otros	7.00 (5.081)	

*T student / ** ANOVA / ***Correlación Pearson

Según los resultados que se encuentran en la tabla 12.a no existe significación estadística entre las variables sociodemográficas y la puntuación obtenida en la Escala de Edimburgo.

La tabla número 12.b muestra la relación entre las variables clínicas y la puntuación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

La Tabla nº 11.b: Relación entre las variables clínicas y EPDS

	EPDS	P
Nº de clases de EM*	r= -0.099	0.061
Profesionales**		0.631
Atención Especializada	8.67 (5.033)	
Atención Primaria	6.30 (4.901)	
Ambas	6.06 (4,942)	
Patología**		0.545
Ninguna Patología	5.95 (4.958)	
Patología embarazo	6.67 (5.121)	
Patología maternal	7.19 (4.057)	
Riesgo de afectación fetal	3.50 (2.646)	
Varias patología	5.56 (4.693)	
Otros	7.04 (5.431)	
Tipo de embarazo**		0.151
Bajo riesgo	5.80 (4.647)	
Medio riesgo	6.42 (5.123)	
Alto riesgo	7.68 (6.005)	
Muy alto riesgo	6.71 (5.511)	
Semana de gestión *	r=0.112	0.031
Tipo de inicio parto **		0.000
Espontáneo	5.67 (4.460)	
Inducido	5.99 (4.892)	
Cesárea	9.36 (6.749)	

» » Tabla n° 11.b

	EPDS	P
Tipo de finalización parto**		
Espontáneo	5.89 (4.723)	0.110
Vacuo	5.26 (4.919)	
Fórceps	4.09 (3.300)	
Espátulas	5.13 (3.182)	
Cesáreas	7.07 (5.453)	
Motivo cesárea***		
RPBF	5.58 (4.753)	0.045
Estática fetal inadecuada	8.17 (6.372)	
No progresión de parto	5.30 (3.915)	
Pat. del embarazo	12.33 (4.726)	
Parto múltiple	11.00 (7.483)	
Otros	8.33 (5.921)	
Epidural****		
Sí	6.33 (4,883)	0.155
No	5.46 (5,079)	
Motivo de No epidural ***		
No dio tiempo	4.75 (3,767)	0.038
No quise	6.52 (6.080)	
Anestesia General	10.14 (7.841)	
Peso RN*	r= -0.034	0.520
Destino RN**		
La madre	5.78 (4.772)	0.070
Cuidados mínimos	7.26 (5.347)	
Cuidados intermedios	4.64 (4.225)	
Cuidados intensivos	7.43 (5.563)	
N° de abortos*	r=0.127	0.017
N° de embarazos*	r=0.154	0.003
N° de partos*	r=0.128	0.015
N° de hijos nacidos vivos*	r=0.128	0.015
N° hijos que viven*	r=0.119	0.024

Referente a la variable “semana de gestación” (SG), existe significación estadística ($p=0.031$) con la EPDS. Las mujeres tienen mayor riesgo de depresión cuanto mayor sea la semana de gestación.

En cuanto a la variable “tipo de inicio de parto”, igualmente hay significación estadística con la EPDS ($p=0.000$). Las puérperas manifiestan menor riesgo de depresión cuando su parto se inicia de forma espontánea y mayor riesgo si este comienza mediante la práctica de una cesárea.

En la variable “motivo de cesárea” en relación con la EPDS, el nivel de significación estadística fue ($p=0.045$). Las madres definen mayor riesgo de depresión postparto cuando el motivo de la práctica de la cesárea se debe a patología del embarazo que cuando ésta se realiza por no progresión del parto.

Con respecto a la variable “motivo de no uso de la epidural” se obtuvo significación estadística en relación a la EPDS ($p=0.038$). Las mujeres relatan mayor riesgo de depresión cuando se les administra anestesia general y menos cuando no da tiempo a que le administren la analgesia epidural

Con respecto a las variables que componen la paridad, presentan correlación positiva y significación estadística las variables “número de abortos” ($p=0.017$), “número de embarazos” ($p=0.003$), “número de partos” ($p=0.015$), “número de hijos nacidos vivos” ($p=0.015$) y “número de hijos que le viven” ($p=0.024$). Es decir, a mayor número de abortos, embarazos, partos, número de hijos nacidos vivos y número de hijos que le viven, mayor es el riesgo de depresión.

Discusión



1. Discusión

En general los resultados de nuestro estudio reflejan una satisfacción alta con la atención sanitaria recibida con el control del embarazo y la asistencia al parto, similar a la bibliografía consultada.

Además numerosos autores exponen la importancia de la satisfacción de la mujer con el proceso del parto, porque ésta influye en aspectos tan importantes como el mantenimiento de la lactancia materna (Aguilar-Cordero et al. 2013) tan trascendental en la salud de las madres y de los recién nacidos (Ip et al. 2007; Deoni et al. 2013).

En este estudio el porcentaje de respuesta fue del 85.8%, algo superior al encontrado por otros autores que también midieron la satisfacción de la mujer. (Maderuelo et al. 2006; Marin Morales et al. 2013; Smith, 2001; Hildingsson, Haines, Cross, Pallant & Rubertsson, 2013) y ligeramente inferior a la de otros Investigadores (Hildingsson, Andersson & Christensson, 2014; Floris et al. 2010). Estas diferencias en el porcentaje de respuesta se explican por el método utilizado en la administración de las encuestas.

La media de edad de las encuestadas fue cercana a la obtenida por otros autores que realizaron una investigación análoga (Maderuelo et al 2006; (Floris et al.2010; Smith, 2001). Otros estudios que igualmente midieron satisfacción también hallaron medias de edades similares a la obtenida en nuestro trabajo (Mas-Pons et al. 2012; Marín Morales & Toro Molina, 2013) y en algunos inferio-

res, porque se midieron en otro contexto (Santos Prudêncio, Villela Mamede, Spadoti Dantas, de Souza & Villela Mamede, 2013). En cuanto a los investigadores que evaluaron riesgo de depresión en nuestro país, también encontraron edades similares (García-Esteve, Ascaso, Ojuel & Navarro, 2003). Esto se explica porque la media de edad de las madres de la muestra está cercana a la media de edad de tener hijos en España (Instituto Nacional de Estadística [INE] 2014).

En relación a los estudios realizados por las personas que integran, nuestra muestra, la proporción de púerperas universitarias con respecto a los trabajos que utilizaron el mismo instrumento de medida, era algo superior a la obtenida por Maderuelo et al. (2006) y con menor proporción de mujeres con estudios primarios (Smith, (2001; Marín Morales et al. 2013). Así mismo, otros investigadores que también midieron la satisfacción, expusieron que el grupo mayoritario fueron las mujeres con estudios secundarios (Mas-Pons et al. 2012). Probablemente esta diferencia con respecto a nuestro estudio se deba a que las mujeres univesitarias de nuestro entorno estén más dispuestas a colaborar con los estudios de investigación.

La mayoría de las mujeres de la muestra estaban casadas o con pareja, proporción similar a la encontrada por algunos autores (Maderuelo et al. 2006; Hildingsson et al. 2013; Mas-Pons et al. 2012). En cuanto a los otros investigadores que utilizaron las mismas escalas de medida, no formularon esta pregunta.

Referente a la situación laboral, la población de mujeres en paro obtenida en nuestra investigación fue cercana, aunque inferior, a la hallada por Smith (2001) en el Reino Unido. Los otros investigadores que utilizaron cuestionarios similares no formularon esta pregunta.

Como se describió anteriormente, son numerosas y conocidas las ventajas de la Educación Maternal para la salud Materno-Infantil, (Baglio et al. 2000; Gagnon & Sandall, 2008; Martínez Galiano, 2012), a pesar de ello, menos de la mitad de las mujeres de nuestro estudio se beneficiaron de la misma, resultados parecidos

a los obtenidos por otros autores (Martínez Galiano, Molina García & Hernández Díez, 2012). Incluso cuando en nuestro país existe una legislación que ampara la asistencia a estas clases (Ley 39/1999). No obstante, algunos autores comunican que esta tendencia está cambiando al alza, (Fernández y Fernández-Arroyo, 2014). Aunque otros investigadores (Márquez García et al. 2001) encontraron diversos motivos para no asistir, como tener hijos previos, lugar de residencia, mujeres con alto riesgo social, horarios, etc.

También manifiestan su satisfacción los padres que han participado en las clases de Educación Maternal (Bergström, Kieler & Waldenström, 2011), quizás esta sería una estrategia a desarrollar para que mayor número de embarazadas acudieran a estos cursos, buscando horarios que fueran compatibles para ambos. Las mujeres que asistieron a las clases de Educación Maternal expresan un alto nivel de satisfacción global, estos resultados coinciden con los de otros autores que obtuvieron también altos niveles de satisfacción. Esto se explica porque la mayor parte de las mujeres evaluaron su satisfacción en función de su utilidad durante el parto (Baglio et al. 2000; Guillen Rodríguez, Sanchez Ramos, Toscano Márquez, Garrido Fernández, 1999).

Así mismo, sería necesario identificar las barreras que impiden a las gestantes con alto riesgo médico o social asistir a estos cursos y establecer otras estrategias para que estas madres puedan beneficiarse de este tipo de formación. Como indican Gagnon & Sandall (2008), poder conocer y evaluar los efectos de los programas educativos en una población de este tipo de riesgo médico o social, puede ser importante en términos de salud pública y de mayor interés para los profesionales de la salud.

1.1 La satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante el embarazo y con los profesionales

En la dimensión *Equipamiento*, las puérperas muestran más satisfacción con “la limpieza de su centro o consulta”, esto coincide con la apreciación de otros

autores que comunican que las mujeres valoran más las condiciones de hostelería y de restauración de los centros hospitalarios. (Mira & Aranaz, 2000; Vena & Revolo-Sanchez, 2011; Srivastava et al. 2015).

En cuanto a la dimensión *Accesibilidad*, en nuestro estudio, los resultados obtenidos con esta dimensión son los más bajos de toda la escala, pero concuerdan con los hallados en la investigación de Maderuelo et al. (2006), cuyos autores validaron uno de los cuestionarios utilizados en nuestro trabajo. En su investigación, esta dimensión es también la menos valorada por las usuarias, sin embargo, las mujeres otorgan una alta puntuación al ítem de la escala “facilidad para conseguir cita por primera vez”, esto se justifica porque, según el Proceso Asistencial Integrado del embarazo, parto y puerperio del Sistema Sanitario Público Andaluz (Junta de Andalucía 2005; Junta de Andalucía 2014), la primera consulta del embarazo se realiza en el Centro de Salud y para la mujer es más fácil contactar con el primer nivel de atención. Aunque estos resultados no coinciden con los obtenidos en otros trabajos en los que la cuarta parte de las embarazadas manifiestan mayor insatisfacción con la demora para obtener la primera cita (Vena & Revolo-Sanchez, 2011).

En relación a la dimensión *Organización de la consulta*, se observa que las mujeres otorgan una alta puntuación a que “nunca o casi nunca haya interrupciones en la consulta”, esto se explica porque en opinión de Mira & Aranaz, (2000) se crea un clima de confianza que favorece que las usuarias se sientan atendidas y escuchadas sin temor a posibles interrupciones. También es importante para las mujeres mantener la “intimidad en la consulta”, este es un determinante de la satisfacción descrito por otros investigadores incluso en países diferentes al nuestro, (Srivastava et al. 2015). El pudor inherente al ser humano se manifiesta en todos los ambientes.

Referente a la dimensión *atención y competencia profesional*, es la dimensión que obtuvo el resultado más elevado de todas las dimensiones de esta escala. Esta dimensión, es también la más valorada en el estudio de Maderue-

lo et al. (2006). La mayoría de las investigaciones sobre este tema, coinciden en relacionar la mayor satisfacción con el trato recibido, puesto de manifiesto por el ítem “el equipo que las atiende es educado y agradable” (Srivastava et al. 2015). Resultados similares a los nuestros fueron los obtenidos por otros autores que refieren la importancia que las mujeres otorgan a que haya una comunicación eficaz con sus proveedores de salud, así como que exista información adecuada acerca de su condición y de los cuidados que pueda necesitar (Srivastava et al. 2015).

En cuanto al ítem “preparación, conocimientos y habilidades que muestren los profesionales de la salud que les atienden”, son numerosos los estudios en los que las mujeres también manifestaron estar muy satisfechas por estos motivos (Pujiula-Masó et al. 2006; Hildingsson & Thomas, 2007; Rilby, Jansson,, Lindblom & Martensson, 2012; Díaz-Sáez, Catalán-Matamoros, Fernández-Martínez, & Granados-Gámez 2011; Hildingsson, Andersson & Christensson , 2014).

Con respecto a la satisfacción de las puérperas con los distintos profesionales por la atención recibida durante el embarazo, los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que, aunque haya diferencias entre los profesionales, ésta satisfacción es muy elevada, lo que coincide con otros trabajos realizados dentro y fuera de nuestro país (Sainz-Maza-Aparicio, Sánchez-Yubero & Granados-Garrido. 2001; Maderuelo et al. 2006; Villar, Carroli, Khan-Neelofur, Piaggio & Gülmezoglu, 2007; Vena & Revolo-Sánchez 2011; Díaz-Sáez et al. 2011).

1.2 La satisfacción y las variables sociodemográficas y clínicas

En la dimensión *Accesibilidad*, las puérperas describen menor nivel satisfacción cuando son atendidas por los profesionales de atención especializada. Estas diferencias podrían explicarse porque las visitas en atención especializada se realizan en las consultas externas de los hospitales de referencia que están más lejos del domicilio de las gestantes que sus centros de salud y tardan más tiempo en acceder a las mismas. Por otra parte, los horarios no siempre se ajustan

tan a sus preferencias y las embarazadas tienen menos posibilidad de cambiarlos. (Junta de Andalucía 2005; Junta de Andalucía 2014).

En relación a la dimensión *organización de la consulta*, las embarazadas perciben mayor satisfacción cuando son atendidas por los profesionales de Atención primaria. Esto se explicaría porque las mujeres prefieren ser atendidas siempre por el mismo profesional y en atención especializada no suelen coincidir con el mismo especialista y ellas lo viven como una desorganización en la consulta. (Díaz Saez et al. 2011; Hildingsson et al. 2014; Hildingsson, Haines, Cross, Pallant & Rubertsson, 2013). Otro motivo puede deberse a que consideran que reciben una atención más despersonalizada al tener menos confianza con estos profesionales, se sienten menos comunicativas y el tiempo de visita es menor. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por otros investigadores (Vena & Revolo-Sánchez, 2011; Díaz Saez et al. 2011).

El tiempo de espera, (aspecto considerado en esta dimensión) para ser atendidas en consulta es otro determinante de la satisfacción de las embarazadas con los servicios de salud. Srivastava et al. (2015) obtuvieron que para las mujeres era más importante disminuir este tiempo de espera que incluso aumentar el tiempo de la consulta.

1.3 La estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario WOMBLSQ4 sobre la visión de las mujeres acerca de su satisfacción en el parto

El cuestionario WOMBLSQ4, había sido validado en mujeres de habla inglesa, francesa y española del centro del País. Este instrumento demostró ser válido para mujeres del sur de España y nos permitió evaluar la satisfacción de éstas en nuestro contexto sociocultural demostrando unas buenas características psicométricas. Aunque el estudio de Smith (2001), indica que esta herramienta es útil para mujeres que dan a luz en diferentes entornos (hogar, unidades de la comunidad y grandes hospitales), en este estudio se utilizó en hospitales a los que acuden gestantes con embarazos normales y patológicos, con parto en

curso o que necesiten inducción del mismo, así como mujeres con distinto nivel socioeconómico o cultural. Esta escala ha demostrado ser efectiva para evaluar la satisfacción en todos estos casos.

Así mismo, esta escala puede utilizarse en primíparas, multíparas, embarazadas de bajo, mediano y alto riesgo, mujeres que hayan tenido partos vaginales, ya sean espontáneos o instrumentales, e incluso en cesáreas no programadas. Sin embargo, tiene menor aplicación en cesáreas programadas (electivas), pues en la mayoría de los casos estas mujeres no tendrían criterio para cumplimentar algunos ítems. En estas circunstancias, deben considerarse otras dimensiones no contempladas en la escala original.

En relación a la primera dimensión, *apoyo profesional* las características psicométricas de nuestro estudio son ligeramente inferiores a la de Smith (2001), pero superior al logrado por Floris et al. (2010) y Marín-Morales et al. (2013).

Este es el primer factor identificado en todos estos estudios y es el que más explica la satisfacción en las mujeres. Está integrado por cinco ítems y todos ellos están enunciados en forma positiva. En otros estudios se obtienen resultados similares (CY Chan, Wong, Lam, Wong & Kwok, 2014; Díaz-Sáez et al. 2011; Fernández, Fernández, Pavón & López, 2003), que demuestran que el trato amable y correcto de los profesionales y una buena comunicación favorecen la satisfacción de las mujeres. Además, la mayoría sitúan a la matrona como el profesional que más apoyo les ha proporcionado durante el proceso del parto, la describen como "*competente*", "*inspiradora de confianza*," o "*maravillosa*" (Rilby et al. 2012).

En la dimensión, *expectativas*, los resultados obtenidos son similares a la dimensión anterior. Ésta comprende cuatro preguntas expresadas en forma positiva. Melender (2006), postula en su investigación que si las expectativas de las gestantes concuerdan con las experiencias vividas durante el parto, la valoración que hacen del mismo es satisfactoria.

Muchas mujeres buscan información sobre las sensaciones que pueden experimentar durante el proceso del parto e idealizan como debe ser el transcurso del mismo. En las sesiones de preparación al parto las expectativas creadas, las informaciones de otras madres, las experiencias previas, señales del propio cuerpo, favorecen la elaboración una imagen mental de su parto (Beebe & Humphreys, 2006).

En otros casos, a pesar de las experiencias de dolor o complicaciones graves durante un parto anterior diferente a sus expectativas, las mujeres se sienten motivadas y alentadas a tener otro hijo por haber recibido un buen apoyo de la matrona durante el proceso (Rilby et al. 2012).

La dimensión *Dolor durante y después del parto* integra dos dimensiones de la versión original, que también aparecen en la versión francesa. Nuestro resultado coincide con el estudio realizado en mujeres españolas pero del centro de España. En ambos casos los ítems están relacionados con el dolor.

En esta nueva dimensión hay 2 ítems enunciados en forma positiva y 4 de forma negativa, que coinciden con las versiones original y la francesa. La fiabilidad de la versión original es superior a los otros estudios, mientras que los resultados de esta investigación son superiores a la versión realizada con mujeres del centro de España y parcialmente superior a la versión francesa.

El ítems 31 “no necesité muchos analgésicos después del nacimiento” es el único de esta nueva dimensión que en nuestro estudio tiene un valor ajustado. Probablemente esto se explique porque la mayoría de las mujeres de nuestra muestra recibieron analgesia epidural para el parto. Los efectos de esta analgesia permanecen en el posparto inmediato (Martinez Galiano & Delgado Rodriguez 2013; Biedma Velázquez, García de Diego & Serrano del Rosal, 2010; Fernández-Guisasola et al. 2004). Este hecho permite que las puérperas no necesiten muchos analgésicos en este periodo.

En el puerperio precoz (desde las tres horas del alumbramiento hasta los diez-quince días) (Aviño, 2008), las mujeres pueden sufrir dolor por la involución uterina, por la presencia de hemorroides e incluso dolor en las mamas (Eshkevari, Trout & Damore, 2013). También puede haber dolor perineal con o sin episiotomía (Eshkevari et al. 2013; Karbanova et al. 2014), pero en ningún caso son necesarios muchos analgésicos. Por otra parte, este ítem podría excluir a aquellas mujeres que deseaban un parto natural y por tanto considerarlo innecesario. Por consiguiente, este ítem podría tratarse de una pregunta potencialmente mejorable.

La dimensión, *evaluación en casa* presenta un alfa de Cronbach muy similar en las cuatro versiones, siendo el más alto de ellos el correspondiente a la versión original. En todas las versiones, esta dimensión consta de tres ítems redactados en forma negativa, a excepción de la versión realizada con mujeres del centro de España. Los coeficientes obtenidos en nuestro estudio son ligeramente inferiores al de Smith (2001), pero superiores a los hallados por Marin- Morales et al. (2013).

Sin embargo esta dimensión, no sería muy pertinente porque en España, como en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Escuriel et al. 2014), no hay cultura de atención maternal a domicilio, excepto en Holanda que tiene un alto porcentaje de partos domiciliarios, (Van der Kooy et al. 2011), y en el Reino Unido. En el Sistema Sanitario Español, tanto público como privado, las embarazadas acuden al hospital cuando tienen las primeras contracciones para ser valoradas al comienzo del trabajo de parto.

Referente a la dimensión *apoyo del marido/compañero* los parámetros psicométricos obtenidos son similares a la versión original. El ítem 29 "hubiera preferido tener más apoyo por parte de mi marido/compañero" es negativo y su valor es el más bajo de nuestra escala.

Este factor identificado en el análisis es un componente de la satisfacción que en nuestro entorno está favorecido por la legislación. En esta línea de humanización, en 1995, se legisla en la Comunidad Autónoma Andaluza (Decreto 101/1995), que la embarazada tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza, durante el parto, parto y posparto. Este apoyo legal a la figura del acompañante es muy valorado en numerosos estudios (Porrett, Barkla, Knights, de Costa & Harmen, 2013; Rilby et al. 2012; Fernández et al. 2003).

Las características psicométrica de la dimensión, *Primer contacto con el recién nacido*, halladas en nuestro estudio es algo superior al realizado en el centro de España. Consta de dos ítems negativos y uno positivo con respecto a la escala original.

El contacto precoz con el recién nacido además de ser un indicador de satisfacción de la mujer, favorece el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo. La búsqueda del mayor protagonismo que se concede a la mujer en nuestro Sistema Sanitario Público a través de la implantación del Plan de parto y nacimiento: Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía (2009), proporciona a las madres la posibilidad de poder expresar sus preferencias durante el nacimiento, como derecho a tener a su lado a su hijo o hija durante la estancia en el hospital (Decreto 101/1995).

Siempre que el estado del recién nacido y de la madre lo permitan, se debe propiciar el contacto piel con piel entre ambos (De Alba-Romero et al. 2014). Esta práctica es muy beneficiosa tanto para la madre (Srivastava, Gupta, Bhatnagar & Dutta, 2014), como para el recién nacido que mantiene una buena temperatura corporal (Lucchini Raies, Márquez Doren & Uribe Torres. 2012; Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012; Srivastava et al. 2014), aumenta sus niveles de glucemia (Moore et al. 2012) y ayuda a mantener la lactancia materna y el peso (Srivastava et al. 2014).

La dimensión, *Conocimiento de las mujeres de sus cuidadores durante el parto*, tiene un alfa de Cronbach adecuado. El título de esta dimensión está formulada

en el mismo sentido que en la versión francesa y ambas de forma diferente a la versión original. El contenido de las preguntas están enfocadas a la continuidad planteada por los autores australianos (Jenkins et al. 2015; Jenkins, Ford, Morris & Roberts, 2014) y adaptado al título formulado en nuestra investigación.

Los parámetros obtenidos en la dimensión, *Entorno*. Son adecuados y la mayor parte superiores al estudio del Centro de España (Marín-Morales et al. 2013). Ésta consta de dos preguntas y una de ellas es negativa.

El entorno que facilita la intimidad, (Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain & Guillemin 2014) el silencio, la calidez ambiental y la ausencia de mobiliario medicalizado contribuye a la satisfacción de las mujeres (Hodnett, Stremmler, Weston & McKeever 2009). Sin embargo en el estudio de Jenkins et al. (2014), las mujeres no destacaron el entorno como uno de los tres aspectos más importantes en su atención.

La dimensión, *Control* está también muy relacionada con la satisfacción de las mujeres y su experiencia en el parto, algunos autores defienden que, cuando ellas perciben que controlan la situación su satisfacción es mucho mayor (Lankin, Begley & Devane, 2009). Son numerosas las publicaciones anglosajonas que la incluyen en sus investigaciones (Guittier et al. 2014; Jenkins et al. 2014; Lankin et al. 2009; Lally, Thomson, Mc Phail & Exley 2014; Snowden, Martin, Jomeen & Hollins Martin, 2011; Namey & Lyerly 2010).

En nuestro estudio y en el de Smith (2001) y Floris et al. (2010), la dimensión, *Satisfacción general*, es la última que aparece como factor y también la que menos porcentaje explica. Probablemente este sea el motivo de que fuera excluida en la versión española (Marín-Morales et al. 2013).

Las dos preguntas sobre satisfacción general, nº 12 "los cuidados durante el proceso del parto no podrían haber sido mejores" y nº 25, "estoy satisfecha solo con una o dos cosas de los cuidados que recibí en el proceso del parto", son analizadas de igual modo que en el estudio original. Ambas preguntas, al ser tan

generales, sugieren cierta ambigüedad, sobre todo la última, porque es difícil evaluar la satisfacción por una o dos cosas.

1.4 La satisfacción de las mujeres en el proceso del parto en aquellos estudios que validaron este instrumento

Los resultados del análisis factorial de nuestro estudio explican un porcentaje alto de la satisfacción de las mujeres con su atención en el proceso del parto. Aunque la versión original inglesa (Smith, 2001) obtuvo una proporción un poco más elevada, el resultado obtenido en esta investigación es adecuado para identificar aquellos aspectos que pueden mejorarse en la atención al parto, contribuyendo a una mayor satisfacción de las mujeres.

A pesar de que el tamaño de la muestra de nuestro estudio fue inferior a la utilizada por Smith (2001), pero superior a la empleada por Floris et al. (2010) en la versión francesa y Marin-Morales et al. (2013) en la escala española, los resultados obtenidos muestran que el mayor nivel de satisfacción de las puérperas coincidió en las mismas dimensiones que en el resto de los estudios.

Pero existen diferencias en los niveles de todas las dimensiones, lo que refleja una importante sensibilidad para apreciar las características de las poblaciones y las distintas realidades.

También demuestra que las mujeres tienen las mismas expectativas y necesidades en un momento tan trascendental en su vida como es el parto. Y comparten el mismo deseo de tener un buen apoyo por parte de los profesionales que las atienden.

1.5 La satisfacción durante el parto y las variables sociodemográficas y clínicas

En la dimensión *expectativas*, las puérperas que poseen mayor nivel de estudios muestran menor satisfacción. Estos resultados concuerdan con los que

comunican otros autores, que los pacientes con alto nivel de estudios son los que se muestran más insatisfechos (González-Valentín, Padin López & De Ramón Garrido, 2005). Estas mujeres suelen estar más y mejor informadas con los aspectos relacionados con el parto, por lo tanto, muestran mayores expectativas con respecto a éste y eso haría que se sientan más defraudadas. Por otra parte, aunque sean las más dispuestas a colaborar, también son las más exigentes. Aunque otros investigadores (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radesstad 2004), obtuvieron que las mujeres con nivel de estudios primarios eran las que con mayor frecuencia tenían experiencias negativas de su parto. También, algunos autores relatan que esta categoría de la variable nivel de estudios, era un factor de riesgo que se relacionaba con la insatisfacción en el parto (Waldenström Rudman & Hildingsson 2006).

Sin embargo en cuanto a la dimensión *evaluación en casa*, las puérperas con estudios primarios son las que refieren menor satisfacción. Con el desarrollismo hospitalario español de los años 70 (Alemany Anchel. 2014), la atención domiciliaria pasa a ser percibida como de menor calidad (Andina Díaz & Siles González, 2015). En general, los usuarios consideran que una atención eficaz es la que se realiza en atención hospitalaria, sobre todo en el caso del parto en el que finalmente la mujer deberá ir al hospital para dar a luz a su hijo.

Con respecto a la dimensión *conocimiento que las mujeres tienen de los profesionales que las atienden* durante el parto, para las mujeres viudas o separadas de la muestra la continuidad de los cuidados que supone conocer a los profesionales durante todo el proceso hace que se sientan más acompañadas y atendidas por el personal sanitario que las asiste, al no estar con ellas el marido o compañero. La relación establecida con los profesionales durante la dilatación y el parto hizo que estas mujeres vivieran esta etapa con mayor tranquilidad. Algunos autores refieren que mantener la tranquilidad durante este proceso es una de las expectativas claves para las embarazadas y el cumplimiento de éstas, está totalmente vinculado a una mayor satisfacción (Huber & Sandall 2009).

Sin embargo las puérperas solteras son las que perciben menor satisfacción quizás porque tenían mayores expectativas con respecto al acompañamiento de los profesionales sanitarios. En cambio, otros investigadores obtuvieron buen nivel de satisfacción en gestantes solteras (Waldenstrom et al. 2004).

Con respecto a la dimensión *entorno*, se observa que cuanto menor es la edad de las mujeres mayor nivel de satisfacción tienen y viceversa. Estos resultados no coinciden con los obtenidos en otros estudios que refieren que los jóvenes obtienen menor nivel de satisfacción que los mayores, porque en general, las personas jóvenes aunque son más participativas, también son menos conformistas que los mayores. (Lopez-Valenzuela, 2005). Algunos investigadores obtuvieron que, para algunas mujeres, el entorno en el nacimiento era un factor de riesgo de la satisfacción en el parto (Waldenström et al. 2006).

Como en dimensiones anteriores se observa la influencia del nivel de estudios de las mujeres en la satisfacción y una vez más las puérperas universitarias son las que expresan sentirse más insatisfechas con el entorno, hecho que coincide con otros estudios analizados. (González-Valentín MA 2005). También presentan menor nivel de satisfacción las empresarias, esto puede deberse a que estas mujeres suelen ser más inconformistas y más exigentes en todos los ámbitos. Algunos estudios también detectan la importancia del entorno en cuanto a la satisfacción de las gestantes, ellas valoran mucho la intimidad, así como que haya pocas personas alrededor (Guittier et al. 2014; Hodnett et al. 2009).

Sin embargo con respecto a la dimensión *control*, las puérperas universitarias son las que relatan mayor nivel de satisfacción, estas mujeres generalmente están mejor informadas acerca de lo que les va a suceder, bien porque hayan hecho Educación Maternal o bien porque se han informado por su cuenta y perciben que controlan la situación y eso les proporciona tranquilidad y viven mejor su parto. El control personal ha demostrado ser el más fuerte predictor con la satisfacción en el parto (Christiaens & Bracke 2007).

En cuanto a la dimensión *apoyo profesional*, las embarazadas que tenían una edad gestacional menor estaban más satisfechas con el apoyo recibido por los profesionales que las atienden, esto probablemente se deba a que las mujeres están más preocupadas porque piensan que las condiciones de salud en que nacerá su hijo serán peores cuanto más pequeño sea y se sientan muy apoyadas, animadas y acompañadas por los profesionales de la salud que las atienden (Díaz-Sáez et al. 2011; Christiaens & Bracke 2007).

Las mujeres están más satisfechas cuando su parto finaliza de forma espontánea, es decir sin instrumentos que la ayuden, ellas perciben mayor apoyo por parte de los profesionales que las han animado a ser capaces de ayudar a su hijo a nacer y sobre todo, han tenido un parto “sin complicaciones”. Por otra parte como señalan algunos investigadores, el uso de las palabras de alabanza por parte del personal sanitario que alentó a las gestantes durante el parto hizo que aumentara su autoestima y estas mujeres indicaron que repetirían otro parto con los mismos profesionales de la salud si su atención fuera igual de reconfortante y alentadora como fue en el primero (Kabakian-Khasholian, Campbell, Shediak-Rizkallah & Ghorayeb, 2000; Srivastava et al. 2015).

Mientras que la finalización por cesárea produce mayor insatisfacción en las púerperas, porque perciben que los profesionales no la han ayudado lo suficiente para que su parto finalice por vía vaginal y esto les puede producir frustración al no cumplirse sus expectativas. También puede deberse a que la satisfacción disminuye cuando hay intervenciones médicas (Christiaens & Bracke, 2007) y sobre todo si se practica una cesárea que no estaba programada, las mujeres lo asocian a una mala experiencia en el parto (Waldenstrom et al. 2004).

En cuanto a la paridad, las púerperas que expresaron mayor nivel de satisfacción con la atención de los profesionales son las que tienen mayor número de embarazos y de partos. Los partos de primíparas tienen una fase prodrómica más larga y tediosa que los de mujeres que han tenido hijos, estas últimas borran cuello y dilatan al mismo tiempo por lo que su parto, en la mayoría de

las ocasiones, es más rápido y lo viven mejor, sobre todo si lo comparan con el primero. En general la mayoría de autores refieren que las mujeres que ya han tenido al menos un hijo, manifiestan mayor satisfacción que las que las primíparas (Christiaens & Bracke, 2007).

También es mayor la satisfacción expresada por las puérperas cuanto mayor es el número de hijos nacidos vivos y de hijos que le viven, probablemente se deba a que estas mujeres al ser más expertas en estos aspectos se sientan más seguras y confiadas con la atención de los profesionales, en especial de las matronas (Christiaens & Bracke, 2007).

En la dimensión *expectativas*, se observa que las mujeres definen menor nivel de satisfacción cuanto asisten a mayor número de sesiones de Educación Maternal, sus expectativas son mayores que la respuesta encontrada, esto podría explicarse porque estos cursos no siempre son impartidos por profesionales especialistas y no dan respuesta a todos los interrogantes que les planteen las embarazadas y además lo vivido puede no concordar con lo aprendido en estos cursos (Junta de Andalucía 2005; Junta de Andalucía 2014).

En otro país, algunos investigadores obtuvieron que la no asistencia a las clases de Educación Maternal redujo el riesgo de tener una experiencia de parto negativo. Estos autores consideran que no existe una relación causal, sino que la mayoría de las gestantes que acuden a los cursos de Educación Maternal suelen ser madres primerizas cuyas expectativas, en la mayoría de los casos, son mayores que la realidad encontrada (Waldenstrom et al. 2004).

Las expectativas de un parto lo menos “medicalizado” posible también influye en las gestantes, para ellas lo ideal sería comenzar éste de forma espontánea, pues además de ser potencialmente de menor duración, en la mayoría de las ocasiones las causas de un inicio del parto inducido (Mozurkewich, Chilimigras, Koepke, Keeton & King VJ, 2009), ya sean maternas o fetales, indirectamente indican cierta patología y un parto más “medicalizado”. Además los partos

inducidos tienen mayor riesgo de terminar en una cesárea (Hernández Martínez, Pascual Pedreño, Baño Garnés, Melero Jiménez & Molina Alarcón, 2014).

Estas expectativas, de tener un parto lo menos “medicalizado” posible, es el principal deseo de las mujeres con respecto a la forma de cómo les gustaría que finalizase su alumbramiento, para ellas, lo ideal es que el pronóstico de éste sea espontáneo y si la experiencia vivida durante su parto, no concuerda con la imaginada, hace que la valoración de la finalización del mismo sea menos satisfactoria (Melender, 2006).

Un alto porcentaje de los embarazos múltiples se deben a técnicas de reproducción asistida (Aston, Peterson & Carrell, 2008), para estas mujeres que desean embarazo y finalmente lo consiguen, el tipo de finalización de parto no influye de manera decisiva en la percepción de su satisfacción. Mientras que cuando la indicación de cesárea es por no progresión del parto, la gestante lo vive con frustración y, como refieren otros autores, no se ajusta a la imagen que ella se había formado del proceso hace que su satisfacción sea menor (Beebe & Humphreys 2006; Christiaens & Bracke, 2007; Waldenstrom et al. 2004).

Las mujeres que no recibieron analgesia epidural son las que refieren mayor nivel de satisfacción. Este hecho, coincide con el estudio de Aguilar-Cordero et al. (2013). Esto se explica porque son las propias gestantes las que decidieron no hacer uso de este tipo de analgesia y se sintieron más satisfechas por haber superado el proceso de forma más natural. Estos resultados están en concordancia con lo referido por otros autores, para ellos, el cumplimiento de las expectativas fue un factor determinante muy consistente de la satisfacción con el parto. Las mujeres refieren estar más satisfechas cuando se han cumplido sus expectativas con respecto al parto. (Christiaens & Bracke, 2007).

En nuestros resultados las madres definen mayor satisfacción cuanto menor es el peso del recién nacido. El bajo peso al nacer se asocia a crecimiento uterino retardado o a prematuridad y aunque la mayoría de las madres desearían

tener un hijo con un buen peso, el que nazca sano o con pocas complicaciones, responde a las expectativas maternas y cuando esto sucede la satisfacción es mayor (Christiaens & Bracke, 2007).

Las madres refieren mayor satisfacción cuando el recién nacido permanece con ellas, esto coincide con sus expectativas de parto ideal (Beebe & Humphreys, 2006), que no se cumplen cuando sus hijos son destinados a cuidados mínimos. Probablemente consideren que no están "tan graves" como para separarlos de ellas y por ello indiquen menor nivel de satisfacción.

En cuanto a la paridad, cuanto mayor es ésta, mayor es el nivel de satisfacción de las madres, esto se explica porque las mujeres ya tienen experiencia de embarazos y partos anteriores y sus expectativas no serán las mismas que en el caso de las mujeres que no han vivido estas situaciones. Otros estudios muestran que las multíparas están más satisfechas que las primíparas (Srivastava et al. 2015), así como, que las mujeres que esperaban el primer hijo tenían expectativas más altas que las que tenían hijos previos, sobre todo acerca de la información (Hildingsson et al. 2014).

Referente a la dimensión *evaluación en casa*, las púerperas cuyo parto fue inducido refieren mayor nivel de satisfacción. Estas mujeres hubieran deseado iniciar su parto de forma espontánea y no mediante inducción del mismo. Mientras que aquellas mujeres que su parto comenzó de forma espontánea, son las que expresan menor satisfacción. En nuestro país no hay cultura de atención maternal domiciliaria (Escuriet et al. 2014), y estas embarazadas no consideran necesaria esta evaluación.

En cuanto a la dimensión *primer contacto con el recién nacido*, las madres que asisten a mayor número de clases de Educación Maternal deben tener unas determinadas expectativas con respecto al primer contacto que tienen con su hijo y quizás por el cansancio, por las emociones o por las circunstancias que rodean el parto, éstas no se cumplan en la medida que ellas deseaban. Mientras

que un estudio realizado con mujeres suecas refiere que cuanto mayor número de clases de Educación Maternal reciben, mayor es la utilidad de las mismas y las que más le han ayudado a la preparación para el parto y para la paternidad (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2005). Esto puede deberse a que los contenidos y los mensajes que recibieron estas mujeres les crearon unas expectativas que estaban en consonancia con las vivencias que tuvieron en su parto. Cuando se compararon la valoración que hacían de la preparación al parto las mujeres australianas con las suecas se obtuvo que las primeras refieren encontrarle mayor utilidad a estos cursos, que la hallada por las madres suecas (Hildingsson et al. 2013). Probablemente deberíamos plantearnos como son los cursos de Educación Maternal en nuestra provincia.

Cuanto mayor es la edad gestacional de las puérperas del estudio mayor nivel de satisfacción relatan estas madres cuando ven y/o tienen por primera vez a su hijo, esto puede deberse a que cuanto más maduro esté el recién nacido más precozmente se producirá este primer contacto y más tranquilidad producirá a estas madres. Por otra parte, las mujeres cuanto más cercano está el momento del parto sienten más miedo de cómo nacerá su hijo. En línea con nuestros resultados, otros investigadores refieren que una necesidad común en las mujeres analizadas fue la oportunidad de ver a su hijo inmediatamente después del parto, además del alojamiento conjunto, es decir que este permaneciera con ella durante toda su estancia en el hospital. (Kabakian-Khasholian et al. 2000).

Las madres definen mayor nivel de satisfacción cuando el inicio y la finalización del parto son espontáneos que cuando se le practica una cesárea. Esto se explica porque, en la mayoría de los casos, los recién nacidos permanecen con la madre cuando los partos son espontáneos, mientras que cuando se trata de una cesárea la madre apenas tiene contacto con el recién nacido y cuando consigue verlo ya han transcurrido varias horas, durante las cuales puede fantasear sobre cuál será su estado real de salud, sobre todo, cuando se les practica una

cesárea por interés fetal o por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Acorde con esta idea es la expresada por algunos autores, que refieren que las expectativas de las madres están muy relacionadas con el tipo de parto y la medicalización, las mujeres de su estudio manifestaron su deseo de tener un parto lo más natural posible y con las mínimas intervenciones (Guittier et al. 2014).

Nuevamente las puérperas que no recibieron analgesia epidural durante el parto son las más satisfechas con respecto al primer contacto con el recién nacido. Es de suponer que para estas mujeres el parto “no medicalizado” tenía suma importancia y por ello decidieron no hacer uso de esta analgesia o bien porque su duración fue tan corta que esta analgesia no fue necesaria. Otros autores relatan que para algunas mujeres, que incluso expresan el dolor como “insostenible”, la capacidad de soportarlo fue muy importante en su auto-valoración. Para estas madres ver a su hijo inmediatamente después de nacer fue la mejor recompensa de su parto (Guittier et al. 2014).

Aunque fueron pocas las mujeres a las que se les administró anestesia general, éstas definen menor nivel de satisfacción porque el primer contacto con el recién nacido se realizó más tarde de lo que ellas hubieran deseado. Un estudio realizado en nuestro país refiere que más de las tres cuartas partes de las madres hubieran preferido ver a su hijo nada más nacer. Por otra parte, en este mismo estudio, algo menos de la mitad tuvieron contacto “piel con piel”, lo que implicó mayor satisfacción para ellas (Tessier España et al 2013). Otros investigadores relatan que el contacto “piel con piel” después de una cesárea establece antes el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido y aumenta la satisfacción materna (Smith, Plaat & Fisk, 2008; Stevens, Schmied, Burns & Dahlen, 2014). Estas vivencias no pudieron experimentarlas las madres a las que se les administró anestesia general y si estas eran sus expectativas, estas mujeres pudieron sentir decepción y sentimientos de fracaso (Guittier et al. 2014).

Las madres refieren mayor nivel de satisfacción cuando el recién nacido permanece con ellas, es de suponer que el estado de salud de los mismos es tan

bueno que se sientan muy satisfechas al primer contacto con el mismo. Mientras que expresan menor grado de satisfacción cuando éste es enviado a cuidados mínimos, esto puede deberse a que este primer contacto es breve y no entiende que la separen tan pronto de su hijo cuando no necesita tanta atención como para ir a cuidados medios o intensivos. En consonancia con estos resultados algunos investigadores relatan que las mujeres viven de manera muy negativa la separación de su hijo, sobre todo, si el motivo del mismo es por cesárea (Guttier et al. 2014). Incluso en ambos casos (parto vaginal o por cesárea), algunos autores consideraron que este motivo era un importante factor de riesgo para no tener un parto satisfactorio, y en mayor proporción en el caso de cesárea (Waldenström et al. 2006).

La mayoría de los partos que se practicaron en los hospitales de referencia, siempre que las situaciones lo permitan, se realiza el contacto “piel con piel” con el recién nacido. Este contacto tiene innumerables beneficios para el recién nacido, pero también produce sentimientos muy positivos en la madre. Cuando las mujeres lo experimentan desean que su siguiente parto se produzca de la misma forma, porque además presentan un menor estado de ansiedad en los tres días después del nacimiento y más confianza de sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria (Moore et al. 2008). Probablemente las embarazadas que ya tenían hijos desearan este tipo de parto y apreciaran que se cumplieran sus expectativas con respecto al mismo, haciendo que se sintieran más satisfechas (Christiaens & Bracke, 2007).

En la dimensión *apoyo del compañero/marido*, las mujeres refieren mayor satisfacción cuando el parto es inducido, la gestante permanece más horas en dilatación y la presencia del marido hace más llevadera estas horas de espera y juntos viven el nacimiento de su hijo. Por otra parte, otros autores obtuvieron que las mujeres que estuvieron acompañadas por el compañero o marido tienen una vivencia del parto más positiva (Waldenstrom et al. 2004) y se sienten más y mejor atendidas si el acompañante estuvo con ellas durante la dilatación.

Este hecho es mejor valorado que cuando este acompañante estuvo durante el parto o el post parto (Fernández et al. 2003; Guittier et al 2014).

Existe evidencia significativa en los países en desarrollo que la duración del parto es menor y que hay alivio del dolor en el mismo, si la parturienta está acompañada durante el nacimiento por la persona en quien ella confía y le proporcione seguridad y apoyo emocional, ya sea algún familiar, la madre o el marido (Srivastava et al. 2015). Este acompañamiento está asociado también a un mayor nivel de satisfacción durante el parto, e incluso estas mujeres muestran menor propensión al alivio farmacológico del dolor (Khresheh, 2010).

El acompañamiento por parte del marido es algo relativamente normal, en España incluso está facilitado por la ley (Decreto 101/1995; Plan de parto y nacimiento: Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía, 2009). En algunos países, en ambientes rurales esta presencia no siempre es deseada, sobre todo si las mujeres se sienten bien apoyadas por los profesionales, e incluso algunas mujeres refieren que se sentirían incómodas y retraídas, sin embargo en las grandes ciudades, estas mujeres consideran la presencia del marido como un apoyo necesario (Kabakian-Khasholian 2000). Algunos autores relatan que más de la mitad de las parturientas prefirieron el acompañamiento de su madre al de otros familiares, incluyendo a sus propios esposos (Changole et al. 2010).

Aunque la valoración que las mujeres hacen del apoyo del compañero o marido, es alta, éstas refieren menor satisfacción cuando el inicio del parto es por cesárea, esto se explica porque al ser ésta una cesárea electiva, el marido permanece muy poco tiempo con ellas.

Las mujeres están más satisfechas con el apoyo de su marido o compañero cuando la finalización del parto es mediante fórceps, probablemente al tratarse de un instrumento que sirve para ayudar a la finalización del segundo periodo, la gestante perciba que el marido o compañero se esfuerce más en apoyar a su mujer para que esta no lo viva de forma negativa, a pesar de que los proce-

dimientos médicos como el parto instrumental se asocian con una experiencia negativa del nacimiento (Waldenstrom et al 2004).

Cuando el recién nacido ingresa en cuidados intensivos, probablemente el compañero o marido de la puérpera, queriendo consolar a ésta, quiera restar importancia a este hecho y la mujer lo percibe como menor apoyo por parte del marido. Esto se explica porque algunos investigadores obtuvieron que entre las expectativas para las madres, una de las prioritarias era la salud del recién nacido (Hildingsson et al. 2014). Por otra parte en estas mujeres probablemente no solamente no se produjo el contacto su hijo, sino que es posible que casi no le viera y como no se cumplieron sus expectativas con respecto al recién nacido, la satisfacción disminuyó influyendo en la satisfacción con el compañero/marido (Christiaens & Bracke, 2007; Guittier et al. 2014).

Cuanto mayor es el número de abortos menor nivel de satisfacción refieren las mujeres, quizás se deba a que tengan más miedo por las vivencias anteriores y esperen mayor atención por parte de su compañero/marido. De hecho, algunos autores describen que un tercio de las mujeres de su estudio vivieron el embarazo con miedo al aborto involuntario y el presentimiento de que “algo andaba mal con su bebé” y una cuarta parte refirieron grandes preocupaciones relacionados con el parto (Hildingsson et al. 2014).

Con respecto a la dimensión *dolor durante y después del parto*, las puérperas relatan mayor nivel de satisfacción cuando el parto es finalizado mediante la aplicación de espátulas, quizás estas mujeres esperaban sentir mayor dolor o molestias por la utilización de este instrumento y no fue así. Mientras que con la aplicación del fórceps, la episiotomía debió ser mayor y estas madres debieron tener más molestias y/o dolor, sobre todo después del nacimiento del recién nacido. Aunque para algunas mujeres el dolor es lo menos importante, para ellas el fórceps pudo suponer una frustración al no estar de acuerdo con sus expectativas (Christiaens & Bracke 2007).

Aunque el porcentaje de mujeres que no desearon analgesia epidural es inferior al hallado por otros autores en los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (Biedma Velázquez et al. 2010), las puérperas que no quisieron recurrir a este método de alivio del dolor son las que refieren estar más satisfechas con su parto. Esto puede deberse a que utilizaron otras alternativas de las que se ofertan en los hospitales donde se realizó el estudio para aminorar el dolor (Muñoz-Sellés & Goberna-Tricas, 2012; Lally, Murtagh, MacPhail & Thomson, 2008).

También puede explicarse porque para algunas mujeres el concepto del dolor en el parto es diferente al dolor en una enfermedad y lo asumen como parte de lo que ellas consideran un parto totalmente fisiológico, aunque algunas puérperas describen este dolor con términos contradictorios, expresado como: *“creo que es un dolor que proporciona felicidad aunque te sientas como en el infierno”* (Lally, et al. 2008). Las expectativas de un parto natural hacen que algunas mujeres consideren que el dolor las acerca más a su hijo y crean que vivirlo sin medicación les perjudicará menos a ellos (Lally, et al. 2008).

Otro estudio obtuvo que las puérperas no desearon ningún tipo de alivio farmacológico del dolor porque temían disminuir su sensación de control durante la dilatación y el parto. Bien porque consiguieron controlar éste con ayuda de la matrona o bien porque, como en el caso de la epidural, ellas no deseaban perder el control de sus propios cuerpos (Lally et al. 2014).

Mientras que aquellas embarazadas a las que no dio tiempo a administrarle la analgesia epidural son las que refieren menor nivel de satisfacción, esto se puede deber a que ellas confiaban en esta analgesia para el alivio del dolor y aunque su parto fuera corto, lo vivieron como muy doloroso. En línea con esta idea algunos autores concluyen que las embarazadas modernas y bien informadas esperan tener un alivio efectivo del dolor y se muestran más decepcionadas si no se cumplen estas expectativas (Lally et al. 2008).

En cuanto a la dimensión *conocimiento de las mujeres de los profesionales durante el parto*. Como dijimos anteriormente las preguntas están enfocadas a la continuidad, es decir, que suelen ser los mismos profesionales los que atienden a gestante durante la dilatación y el parto. Esta continuidad es muy valorada por las gestantes con embarazos prematuros y pretermino. Es de suponer que estas mujeres están más preocupadas por su futuro hijo y el conocimiento de los profesionales que la están acompañando y atendiendo les produce mayor tranquilidad. En consonancia con esta idea otros investigadores exponen el deseo de la mujer de que sea siempre el mismo profesional quien la atienda y explore (Díaz-Sáez J, 2011).

Algunos investigadores refieren que las mujeres con miedo severo al parto, cuando conocen a la matrona que les acompaña durante el mismo, presentan menor nivel de ansiedad y manifiestan mejor vivencia de lo que esperaban con su experiencia en el parto, en relación a las que no tienen este miedo (Sydsjö et al. 2015).

Las puérperas definen mayor nivel de satisfacción cuanto mayor es el número de embarazos, partos, hijos nacidos vivos y que le viven porque valoran muy positivamente que sean los mismos profesionales los que permanezcan con ellas durante todo el proceso del parto. El conocimiento de estos últimos les proporciona seguridad y tranquilidad para afrontar el parto con serenidad. De hecho, algunos investigadores obtuvieron que cuando es la misma matrona la que acompaña a las gestantes durante todo el proceso, éstas, refieren tener una experiencia muy positiva del parto (Waldenstrom et al. 2004).

En la dimensión *Entorno*, las puérperas que habían asistido a más clases de Educación Maternal esperaban un entorno con mayor intimidad (Guitier et al. 2014) y con un mobiliario poco "medicalizado" (Jenkins et al. 2014).

La mayor satisfacción definida por las puérperas con respecto al entorno en los partos espontáneos, se debe a que en el paritorio hay más intimidad y menor

número de personas, mientras que cuando el parto finaliza mediante cesárea, el quirófano es un lugar muy “medicalizado” y hay mayor número de profesionales que en la mayoría de los casos, la gestante no conoce, por ello las mujeres relatan menor nivel de satisfacción (Jenkins et al. 2014).

Algunos investigadores refieren que las mujeres de ambientes rurales, de Líbano, consideran satisfactorio el nivel de privacidad que se les proporcionó en el Hospital, si el personal que les atendió en el mismo era de sexo femenino y no superaron el número de tres o cuatro enfermeras y un médico. Mientras que en Beirut, la mayoría de las mujeres que dieron a luz en grandes hospitales docentes, se quejó de los exámenes vaginales realizadas por los residentes, enfermeras y matronas durante el parto (Kabakian-Khasholian et al. 2000).

Como en dimensiones anteriores las puérperas refieren mayor satisfacción cuando no se les instaura la analgesia epidural en el parto. Estas mujeres desean un entorno “desmedilazado”, son partidarias de un parto lo menos “medicalizado” posible y por ello se sienten más satisfechas si no recurren a la analgesia epidural. Para ellas, estas actitudes positivas frente al dolor probablemente sean una expresión de satisfacción por “luchar” con el dolor, en lugar de la satisfacción con el dolor en sí mismo (Lally et al. 2008).

Nuevamente las mujeres se sienten más satisfechas cuando el recién nacido permanece con ellas. Estas mujeres deben considerar que el mejor entorno para el recién nacido es la permanencia con la madre, que si éstos van a cuidados mínimos. Las expectativas de estas madres era que permanecieran con ellas en la misma habitación y como no se han cumplido, este hecho les produce insatisfacción, pues el cumplimiento de las expectativas mejora la percepción de satisfacción (Christiaens & Bracke, 2007). Por otra parte, estas madres no entienden que su hijo vaya a cuidados mínimos y como ellas no han participado de esta decisión, esta situación les crea insatisfacción (Lally et al. 2008).

Con respecto a la dimensión *control*, Lankin, Begley & Devane (2009), postulan que la satisfacción percibida por las mujeres es mayor cuando ellas aprecian que controlan la situación, quizás sea esta la razón por la que las puérperas de nuestro estudio definen mayor nivel de satisfacción cuando el parto se realiza mediante cesárea electiva. También puede deberse a lo que algunos investigadores denominan “control externo” que se equipara a la participación en la toma de decisiones (Green & Baston, 2003). Es de suponer que la decisión de realizar esta cesárea fue una medida compartida y justificada.

Como en dimensiones anteriores, las mujeres se sienten más satisfechas cuando no se les ha administrado anestesia epidural, esto puede deberse a que con esta última las gestantes no controlan sus movimientos, ni las contracciones. En línea con estos resultados, Green & Baston, (2003) obtuvieron que para las mujeres era importante sentir el control con las contracciones así como ser capaces de encontrar las posiciones más cómodas.

Finalmente las dos preguntas sobre *la satisfacción general*. Las mujeres en general están más satisfechas cuando su parto finaliza de forma espontánea y menos cuando este último lo hace mediante espátulas. Se cumplieron las expectativas de un parto fisiológico y por tanto la satisfacción fue mayor (Melender, 2006). Christiaens & Bracke, (2007), definen que la satisfacción general expresada por las puérperas, va mejorando, a medida que se cumplen los determinantes de la psicología social: expectativas, control personal y autoeficacia.

1.6 Riesgo de depresión postparto

En las distintas investigaciones que indagan el riesgo de depresión postparto mediante la Escala de Edimburgo, se usan diferentes puntos de corte. Matthey, Henshaw, Elliott & Barnett, (2006), proponen utilizar aquellos que estén validados y adecuados para evitar llegar a una diferencia clínicamente significativa en la interpretación de los tipos de depresión perinatal. También aconseja que en las mujeres de habla no inglesa se utilicen los puntos de corte propuestos

por aquellos estudios que tengan en cuenta la cultura y origen étnico de estas mujeres (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price & Gray, 2009). Nosotros usamos el punto de corte 10/11 aconsejado por García Esteve et al. (2003), en una investigación realizada en nuestro país, este punto es superior al indicado por Cox et al. (1987), cuando desarrollaron y validaron la Escala de Edimburgo. El punto de corte propuesto por García Esteve et al. (2003), facilita la identificación del 100% de las mujeres con depresión mayor. El punto de corte (10/11) también fue utilizado por otros autores en mujeres de lengua alemana, para maximizar la sensibilidad y la especificidad (Klier, Rosenblum, Zeller, Steinhardt, Bergemann & Muzik. 2008). Mientras que en Francia otros investigadores (Jardri et al. 2006), utilizaron un punto de corte más bajo, >8.

En nuestro estudio el 84.9% de las mujeres de la muestra tuvieron puntuaciones inferiores a 10, concretamente una puntuación media en la Escala de Edimburgo de 6.12, valores cercanos a los encontrados por otros investigadores, 5.84 obtuvieron Ascaso Terren et al. (2003) 6.4 Teissedre & Chabrol, (2004), y 6.8 Jardri et al. (2006). Todas estas medias están por debajo de los puntos de corte propuesto por los distintos autores que han utilizado la Escala de Edimburgo. Sin embargo otros investigadores (Urdaneta et al. 2011), obtuvieron una media de 15.86 puntos. Esta diferencia en las puntuaciones medias pueden explicarse porque los primeros estudios referenciados se hicieron en España y Francia y éste último en Venezuela donde las costumbres y la cultura son diferentes, así como los distintos factores de riesgo involucrados en la en la génesis de la depresión postparto.

1.7 Variables relacionadas con el riesgo de depresión postparto

Referente al estado civil, en nuestro trabajo no encontramos significación estadística entre las solteras y casadas o en pareja, aunque la media resultante de la Escala de Edimburgo fue superior en las primeras. Sin embargo, como esta situación es considerada un factor de riesgo por algunos investigadores

(Stewart, Robertson, Dennis & Grace, 2004), podría ser un coadyuvante que sumado a otros factores de riesgo derivarían en una depresión postparto

En cuanto a la situación laboral, pensamos que estar en el paro, podría influir en la posible sintomatología depresiva de las mujeres, ya que otros autores encontraron asociación entre esta entidad con el desempleo (Jardri et al. 2006) y la pérdida de trabajo durante la gestación (Sierra Manzano, Carro García & Ladrón Moreno, 2002). En nuestro estudio no se encontró significación estadística entre esta variable y la posible depresión postparto. Sin embargo, la media resultante de la escala de Edimburgo fue más alta en las amas de casa, situación que otros investigadores han identificado como asociada a la depresión, sobre todo, si son amas de casa a tiempo completo y además tienen hijos pequeños (Urdaneta et al. 2011).

Con respecto a las variables relacionadas con el proceso del embarazo y parto y que han sido analizadas en nuestro estudio, obtuvimos que el aumento en las semanas de gestación se correlaciona positivamente con niveles superiores en la Escala de Edimburgo.

Respecto al nacimiento del bebé, hallamos diferencias entre el tipo de inicio y finalización del parto y la puntuación obtenida en la Escala. En concreto en las cesáreas, sobre todo en las cesáreas electivas, cuyas puntuaciones en la Escala de Edimburgo fueron más altas que en el resto. En consonancia con nuestros hallazgos Urdaneta et al. (2011), refieren que las mujeres cuyo parto finaliza en cesárea presentaban tres veces más riesgo de desarrollar depresión.

En nuestro estudio a las puérperas que se les administró anestesia general, obtuvieron una puntuación media, en la Escala de Edimburgo, similar al punto de corte, este dato agregado a los resultados alcanzados en las cesáreas, puede ser indicativo de que ambos factores se refuerzan para propiciar el riesgo de depresión postparto. Otros investigadores obtuvieron hallazgos similares, pero en relación con la anestesia epidural. (Sierra Manzano et al. 2002).

En cuanto al destino del recién nacido, encontramos datos cercanos a la significación estadística, siendo la media de la EDPS, más alta en el caso de los recién nacidos destinados a cuidados mínimos. Sin embargo, la puntuación en la escala es menor en puérperas cuyos hijos se ingresan en cuidados intermedios e intensivos y aquellos que permanecen con sus madres. Estos datos podrían explicarse porque las mujeres perciben que sus hijos están adecuadamente atendidos en las unidades más especializadas y con ellas mismas. Otros autores (Arranz Lara et al. 2012), encontraron un alto porcentaje de mujeres que sufrieron depresión después de haber tenido a sus hijos hospitalizados en comparación con no los tuvieron (Evans, Vicuña & Marín, 2003) e incluso hallaron una correlación positiva y significativa entre las madres que tuvieron dificultad para establecer un buen vínculo afectivo con sus hijos y la depresión posparto. Sin embargo otros investigadores no encontraron significación estadística entre esta entidad y las complicaciones neonatales (Póo et al. 2008).

En cuanto a la paridad, hemos recogido el número de embarazos, abortos, partos, los hijos nacidos vivos y los hijos que le viven. Los resultados de nuestro estudio muestran que existe una correlación positiva y significativa, entre esta fórmula obstétrica y el riesgo de depresión postparto. Otros autores no encontraron asociación estadísticamente significativa entre la paridad y el riesgo de depresión postparto. (Urdaneta et al 2010; Moreno Zaconeta, Domingues Casulari da Motta & Sergio França. 2004). Ante estos resultados habría que continuar con la investigación de esta posible asociación.

2. Limitaciones y líneas de futuras investigaciones

2.1 *Limitaciones a nuestro estudio*

En relación a la muestra de nuestro estudio. Ésta no incluye mujeres inmigrantes, cuyas valoraciones hubieran sido importantes. Por este motivo tampoco hemos podido conocer el riesgo de depresión en estas madres. Estas mujeres tiene una fecundidad seis veces superior a las españolas y algunas de ellas podrían tener los factores riesgo relacionados con la depresión postparto que han sido estudiados y demostrados por diversos investigadores como: acontecimientos vitales estresantes recientes, escaso apoyo social y nivel socioeconómico bajo.

Otra de las limitaciones la encontramos en aquellas mujeres que no quisieron participar en el estudio y cuyas vivencias y percepciones no hemos podido conocer y habrían enriquecido nuestro trabajo.

Dada la buena comprensión de los items de la escala y la buena adaptación de la misma hubiera sido necesario haber ampliado la muestra a otros ámbitos de habla hispana.

En relación a las variables estudiadas, en la Educación Maternal, no sabemos cuáles fueron los motivos por lo que no asistieron a dichos cursos.

2.2 *Líneas de investigación futura*

En relación con las limitaciones expuestas anteriormente planteamos para futuras investigaciones identificar las barreras que impiden a las mujeres la asistencia a los cursos de Educación Maternal, definir los factores de riesgo que inciden sobre el riesgo de la depresión postparto en las mujeres de nuestro entorno, indagar sobre la prevalencia del riesgo de depresión postparto en mujeres inmigrantes.

2.3 Recomendaciones para futuras investigaciones

En relación a la escala WOMBLSQ4 sería recomendable que en las futuras investigaciones se fusionaran en una sola las dimensiones 6 "*dolor durante el parto*" y la 7 "*dolor inmediatamente después del parto*". Ambas dimensiones están relacionadas con el alivio del dolor. En esta dimensión se encuentra el ítem 31 que pregunta sobre la necesidad de aliviar el dolor inmediatamente después del parto, creemos que se debería cambiar el enunciado de esta pregunta, indicando que no son necesarios muchos analgésicos inmediatamente después del parto, sino solamente si necesitó analgésicos en el postparto.

Conclusiones



De los resultados obtenidos en este estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones :

- 1.** El porcentaje de respuestas en nuestro estudio ha sido del 85,8 %, este porcentaje se encuentra entre los índices más elevados en estudios de este tipo.
- 2.** Las puérperas de nuestro estudio definieron un alto nivel de satisfacción con la atención recibida durante el embarazo. Estas mujeres consideran que la atención y competencia profesional mostrada por los profesionales de la salud que las atendieron era muy elevada. Igualmente las mujeres refieren alta satisfacción con los profesionales de la salud que las atendieron (matrona, tocólogo, médico de familia y enfermera). En este estudio la más valorada de todos ellos fue la matrona.
- 3.** No se encontraron diferencias significativas entre la satisfacción con el control de la gestación y las variables sociodemográficas. Las mujeres relatan tener mayor satisfacción en la dimensión accesibilidad cuando la atención es realizada por los profesionales de ambos niveles asistenciales. Igualmente la puntuación es mayor en la dimensión organización de la consulta cuando la asistencia es realizada por los profesionales de Atención Primaria.
- 4.** En nuestro estudio menos de la mitad de las embarazadas acuden a las clases de Educación Maternal. Es necesario identificar las barreras que dificultan a las gestantes asistir a estos cursos y establecer estrategias que favorezcan la accesibilidad a este modelo de formación

5. El cuestionario WOMBLSQ4 ha demostrado ser válido cuando se ha aplicado a nuestra población, en el medio hospitalario, tanto en gestantes con embarazos normales como patológicos, en mujeres con partos en curso o inducidos y en distinto nivel sociocultural.
6. La satisfacción en las distintas dimensiones evaluadas es similar en los distintos países, pero se aprecian matices importantes en los niveles obtenidos.
7. De las diez dimensiones que integran la satisfacción con la atención al parto encontramos diferencias significativas en la dimensión que analiza el entorno y las variables demográficas. Igualmente en relación a las variables clínicas encontramos más diferencias estadísticas en las dimensiones expectativas y primer contacto con el recién nacido.
8. La mayoría de las puérperas de la muestra presentan niveles inferiores a la puntuación identificada por los investigadores como nivel de riesgo en la depresión posparto. Sería aconsejable entregar un documento informativo a las mujeres cuyas puntuaciones resultantes en la Escala de Edimburgo, fueran de riesgo.
9. En nuestro estudio las variables relacionadas con el riesgo de depresión posparto son la semana de gestación, el tipo de inicio del parto, el motivo de la cesárea, las razones por los que no se administra anestesia epidural y la paridad.

Bibliografía



- Acien, M.D., Arcas, M.J., Barrio, R., Ortega & Parrilla, F. (1979). "Asistencia compartida". En: Enrique Cabrera Garrido editor. *III Reunión de Psicoprofilaxis Obstétrica*. Granada.
- Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M. ... Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*, 24(2),51-62.
- Aguilar-Cordero, M. J., Sáez-Martín, I., Menor-Rodríguez, M. J., Mur-Villar, N., Expósito- Ruiz, M., Hervás-Pérez, A. & González Mendoza, JL. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp*, 28(3),920-926.
- Alarcón-Nivia, M. A., Sepúlveda-Agudelo, J. & Alarcón-Amaya, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 62 (2),188-195.
- Albizu, L., Goñi, J. & Mejías, A. (2000). Educación Maternal y reconocimiento del inicio del parto. *Anales del Sis San Navarra*, 23(2), 337-342.
- Alemaný Anchel, M. J. (2014). Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Disponible en: [http://mobirodueriv.uv.es/bitstream/handle/10550/37250/TESIS%20final%2013_05_2014_%20Format%20Carta%20\(1\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://mobirodueriv.uv.es/bitstream/handle/10550/37250/TESIS%20final%2013_05_2014_%20Format%20Carta%20(1).pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Alós, J.I., Adreu, A., Arribas L., Cabero, L., de Cueto, M. & López, J. (2012). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Documento de consenso SEIMC/SEGO/SEN/SEQ/SEMFYC. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Disponible en. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.03.013>.
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Ana Berthina Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha, S.G., ... Sandoval-Herrera F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*, 146(1),1-9.
- Andina Díaz, E. & Siles González, J. (2015). La historia de una "partera" en la España rural de mediados del siglo XX. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2015; 24(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v24n1-2/9629.php>> Consultado el 27 de Octubre de 2015.
- Antoniotti, S., Baumstarck-Barrau, K., Siméoni, M.C., Sapin, C., Labarère, J., Gerbaud, L., ... Auquier, P. (2009). Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45. *Int J Qual Health Care*, 21(4),243-52.
- Arencibia Jorge, R., Operación Cesárea: Recuento Histórico. (2002) *Rev. salud pública*, 4(2), 170 -185.
- Arranz Lara, L., Ruiz Ornelas, J., Aguirre Rivera, W., Carsi Bocanegra, E., Ochoa Madriga, G., Camacho Díaz, M., Gaviño Ambriz, S. & Cervantes Chávez, J.F. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Méd Quir*, 17(2),100-108.
- Ascaso Terrén, C., Garcia Esteve, L., Navarro, P., Aguado, Ojuel J & Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120(9), 326-329.

- Aston, K.I., Peterson, C.M. & Carrell, D.T. (2008). Monozygotic twinning associated with assisted reproductive technologies: a review. *Reproduction*, 136(4),377-86. doi: 10.1530/REP-08-0206.
- Atención Primaria de Salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS6-12(1978)*. OMS Ginebra 1978. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf> [consultado 10 Septiembre 2005]
- Aviño, J. (2008). Tema 10. Puerperio fisiológico y lactancia. En: Bonilla Musoles F, Pellicer A, autores. *Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas*. 197-207. 1ª ed. Madrid: Panamericana.
- Azcoitia Moraila, F., Lombard García, M.E. & Flores Domínguez, C. (2014). Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. Recuento histórico. *Cir Gen*, 36(3),186-191.
- Baglio, G., Spinelli, A., Donati, S., Grandolfo, M.E. & Osborn, J. (2000). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Ann Ist Super Sanita*, 36(4), 465-78.
- Becerro de Bengoa, C. (1993). *Educación Maternal y Beta endorfinas en plasma materno durante el parto*. (Tesis Doctoral no 168/93). Universidad Complutense, Madrid, España.
- Beck, C.T. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth: The Aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- Beebe, K.R. & Humphreys, J. (2006). Expectations, Perceptions, and Management of Labor in Nulliparas Prior to Hospitalization *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 347-53.
- Beltrán Muñoz, C. (2014). El saber obstétrico y ginecológico de las mujeres curanderas y de las matronas de los siglos XV y XVI: investigación histórica a través de "La Celestina". *Matronas Prof*, 15(3), 62-72.

- Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. (2011). A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27,195-200.
- Biedma Velázquez, L., García de Diego, J.M. & Serrano del Rosal R, (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Rev Soc Esp Dolor*, 17(1), 3-15.
- Bifulco, M., Capunzo, M., Marasco, M. & Pisanti S. (2014). The basis of the modern medical hygiene in the medieval Medical School of Salerno. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 30,1-3.
- Bifulco, M., Ciaglia, E., Marasco, M. & Gangemi G. (2014). A focus on Trotula de Ruggiero: a pioneer in women's and children's health in history of medicine. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 27(2),204-5.
- Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof*, 14(2), 62-66.
- Bonani, V. & Munthe, K. (2012). Relevance of the Practice of Medicine by Trotula de Ruggiero (11C-12C), a Magistra Mulier Sapiens (female wisdom teacher). Medicine and pharmacy today rediscover the remedies of the Medical School of Salerno. *J Med Biogr*, 20(2),47-8.
- Bruggemann, O.M., Parpinelli, M.A., Osis, M.J.D., Cecatti, J.G. & Neto, A.S.C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reprod Health*, 6(4),5.
- Bru-Martin, C., Martínez-Galiano, J.M. & de Dios-Berlanga, S. (2008). Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. *Matronas Prof*, 9 (1),11-4.

- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S. & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health*, 59(2),192-7. doi: 10.1111/jmwh.12075.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 276-9.
- Campbell, S. (2013). A short History of Sonography in Obstetrics and Gynaecology. *Facts Views Vis Obgyn*, 5 (3), 213-229.
- Carbón D. Transcripción de Francisco Susarte Molina. (1995). *Libro del arte de las comadres o madrinas, del regimiento de las preñadas, y de los niños*. Universidad de Alicante. Secretariado de publicaciones.
- Changole, J., Bandawe, C., Makanani, B., Nkanaunena, K., Taulo, F., Malunga, E. & Kafulafula G. (2010). Patien's satisfaction with reproductive health services a Gogo Chatinkha Maternity Unit, Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. *Malawi Med J.*, 22(1),5-9.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25 (2), 11- 19.
- Christiaens, W.& Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7,26 doi:10.1186/1471-2393-7-26.
- Collins, M. (2015). A Case Report on the Anxiolytic Properties of Nitrous Oxide during Labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 44(1),87-92.
- Consejería de Salud. Formulario de información y consentimiento informado escrito. Analgesia epidural [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía; [consultado 24/07/2015]. URL: goo.gl/3vFle3.

- Cox, J. L., Holden, J.M. & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786 doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
- Coyle, J. & Williams, B. (2000). An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *J Adv Nurs*, 31,1235-43.
- Cueva Barrao, P. Recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones para la atención al embarazo, parto y nacimiento. (Consultado 23 Julio 2015). www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.../pdf/.../recomendaciones.pdf.
- Cy Chan, Z., Wong, K.S., Lam, W.M., Wong, K.Y. & Kwok, Y.C. (2014). An exploration of postpartum women's perspective on desired obstetric nursing qualities. *J Clin Nurs*, 23(1-2), 103-112. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23714115>.
- Dasen; V. (2010). Greek nannies in Rome? *Paedagog Hist*, 46 (6),699-713.
- De Alba-Romero, .C, Camaño-Gutiérrez, I., López-Hernández, P., Castro-Fernández, J., Barbero-Casado, P., Salcedo-Vázquez, M.L.,... Pallás-Alonso, C.R. (2014). Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 283-286.
- De Los Ríos Castillo, J. L. & Ávila Rojas, T. L. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Invest Educ Enferm*; 22 (2), 128-137.
- Decreto 101/1995, de 18 de abril. Por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 72, (17-05-1995).

- Den Hertog, C.E.C., de Groot, A.N.J.A. & van Dongen, P.W.J. (2001). History and use of oxytocics. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1, 315-319.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 81.
- Deoni, S.C.L., Dean, D.C., Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J, Waskiewicz, N..... Holly Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*, 82(100), 77-86.
- Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D., Fernández-Martínez, M.M. & Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*, 25(6),483-489.
- Dueñas-García, OF & Díaz-Sotomayor, M. (2011). Controversias e historia del monitoreo cardíaco fetal. *Rev Invest Clin*, 63 (6), 659-663.
- Dulia Ortega, T. D. & Solange Seguel, B. (2004). Historia del ultrasonido: el caso chileno. *Revista Chilena de Radiología*, 10(2),89-92.
- Educación Maternal. (2009). *Preparación para el nacimiento*. Departament de Salut Generalitat de Catalunya.
- Escudero, M., Barrón, E. (1993). Placenta previa. En: Botella Llusíá J. *La placenta. Fisiología y patología*. 313-325. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Escuriat, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M.,... Ortún,V. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof*, 15(2), 62-70.
- Eshkevari, L., Trout, K.K. & Damore, J. (2013). Management of Postpartum Pain. *J Midwifery Womens Health*, 58, 622-631.

- Estrada-Altamirano, A., Figueroa-Damián, R. & Villagrana-Zesati, R. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatal Reprod Hum*, 24 (3), 182-6.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. (2007) Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Evans, M. G, Vicuña M. & Marín, R. (2003). Depresion postparto realidad en el sistema publico de atencion de salud. *Rev chil obstet ginecol*, 68(6), 491-494
- Éxodo 1 15-19.
- Fabian, H.M., Rådestad, I.J. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(5),436-43.
- Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2013). Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 22(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8043.php>>. (Consultado el 17/5/20015).
- Fernández y Fernández-Arroyo, M., Muñoz San Roque, I. & Torres Lucas, J. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Prof*, 15(1), 20-26.
- Fernández, M.^a A., Fernández, R., Pavón, I. & López, L. (2003). La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. *Matronas Prof*, 4(13), 29-34.
- Fernández-Castillo, A, Vílchez-Lara, M.J. (2015). Factors related to dissatisfaction and anger in parents of children treated at paediatric emergency services. *An Pediatr*, 82(1),12-18.

- Ferraris, Z.A., Ferraris, V.A. (1997). The women of Salerno: contribution to the origins of surgery from medieval Italy. *Ann Thorac Surg*, 64(6),1855-7.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction. II- Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*, 11,302(6785),1129-32.
- Florido, J. (2010). *Depressive symptoms in pregnancy and puerperium*. 16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Venecia (Italia).
- Floris, L., Mermillod, B. & Chastonay, P. (2010). Translation and validation in French of a multidimensional scale to evaluate the degree of satisfaction during childbirth. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 58(1),13-22.
- Franco, A., Cortés, J., Diz, C. & Álvarez, J. (2011). Historia de la anestesia epidural sacra. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 58, 42-47.
- Franco, A., Diz, J.C. (2000). The history of the epidural block. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 11(5), 274-276.
- Frøen, J.F. (2004). A kick from within - fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal care. *J Perinat Med*, 32(1),13-24.
- Gagnon, A.J, Sandall, J. (2008). *Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- García Martínez, M.J. & García Martínez, A.C. (1999). Fechas claves para la historia de las Matronas en España. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, 5-6, 243-260.

- García Martínez, M.J. & García Martínez, A.C. (2004). Las funciones asistencial y docente de la partera en los siglos XVI y XVII. Su reflejo en el tratado Libro del parto humano. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9,581-605.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. & Navarro, P. (2003). Validation of de Edinburgh Posnatal Depression Scala (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*, 75(1),71-6.
- Gayeski, E.M. & Brüggemann, O. M. (2009). Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17 (2), 153-159.
- Génesis 35:17.
- Génesis 38: 28-29.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, 119, 350-364.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, 119 (5), 350-64.
- Gómez Juanola, M. (2004). Alexis Pérez Carvajal A., Moya Rodríguez, M. & Reyes Llanes, M.). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 20 (3).
- Gómez, M.S. (2002). Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis Puerperal. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 65,32-46.

- González-Sanz, J.D., Barquero-González, A., González-Losada, S., Higuero-Macías, J.C. & Lagares-Rojas, F.M. (2014). Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Universidad de Huelva; Universidad de Sevilla. www.enfermeriasoria.com/docs/.../PreparacionAlNacimiento_2014.pdf.
- González-Valentín, M.A., Padín López, S. & De Ramón Garrido, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin*, 15(3), 147-55.
- Gonzalo Rodríguez, V., Rivero Martínez, M.D., Pérez Albacete, M., López López, A.I. & Maluff Torres, (2007). A. Historia de la raquianestesia y de la anestesia epidural en España Historia de la Urología Española. *Arch. Esp. Urol*, 60 (8), 973-978.
- Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219
- Green, J.M. & Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30, 235-247.
- Green, J.M., Renfrew, M.J. & Curtis, P.A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16, 186-96.
- Green, M.H. The Sources of Eucharius Rösslin's 'Rosegarden for Pregnant Women and Midwives' (1513), (2009). *Medical History*, 53, 167-192.
- Guerrero-Peral, A.L. & de Frutos-González, V. (2010). De secretis mulierum, de chirurgia et de modo medendi libri septem. Neurology and women in mediaeval medical literatura. *Rev Neurol*, 50(6), 365-70.

- Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio. (2014). *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf. Consultado 21/05/2015.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. (2011). *Guías de práctica clínica en el SNS*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía para la educación grupal en el embarazo parto y puerperio. (2004). *La aventura de ser padres*. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- Guillén Rodríguez, M., Sánchez Ramos, J.L., Toscano Márquez, T. & Garrido Fernández, M.I. (1999). Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Atención Primaria*, 24(2).
- Guittier, M.J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M. & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 254 doi:10.1186/1471-2393-14-254.
- Haas, M., Finning, K., Massey, E. & Roberts D.J. (2014). Anti-D prophylaxis: past, present and future. *Transfusion Medicine*, 24(1), 1-7.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. Patient (1990). Sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*, 30(7), 811-8.
- Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., van den Berg, B. & Kool, R.B. (2009). Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med*, 69(1), 68-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.016.

- Hernández Martínez, A., Pascual Pedreño, A.I., Baño Garnés, A.B., Melero Jiménez, M.R. & Molina Alarcón M. (2014). Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. *Revista Española de Salud Pública*. 88, 383-393.
- Hernández Meca, M.E., Ochando García, A., Mora Canales, J., Lorenzo Martínez, S. y López Revuelta, K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [online], 8(2), 90-96. ISSN 1139-1375.
- Herruzo, A., Puertas, A., Mozas, J. (2003). Evolución de la asistencia obstétrica durante el último tercio del siglo XX. En: Herruzo, A., Puertas, A., Mozas, J. editores. *Dirección Médica del Parto*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; p. 27-46.
- Hildingsson, I. & Thomas, J.E. (2007). Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *J Midwifery Womens Health*, 52 (2), 26-33.
- Hildingsson, I., Andersson, E. & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - a comparative study of two cohorts of women. *Sex Reprod Healthc*, 5(2),51-7. doi: 10.1016/j.srhc.2014.01.001.
- Hildingsson, I., Haines, H., Cross, M., Pallant, J.F. & Rubertsson, C. (2013). Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth*, 26(1),9-14.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186,160-72.
- Hodnett, E.D., Stremmler, R., Weston, J.A. & McKeever, P. (2009). Re-Conceptualizing the Hospital Labor Room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) Pilot Trial. *Birth*, 36, 159-166.

- Holanda Peña, M.S., Ots Ruiz, E., Domínguez Artiga, M.J., García Miguelez, A., Ruiz Ruiz, A., Castellanos Ortega, A., ...Llorca Díaz, J. (2015). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Medicina Intensiva*, 39(1), 4-12
- Huber, U.S., Sandall, J. (2009). A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25(6), 613-21.
- Hunter, L.A., Gibbins, K.J. (2011). Magnesium Sulfate: Past, Present, and Future. *J Midwifery Womens Health*, 56(6),566-74. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00121.x.
- Instituto nacional de estadística (INE). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N. DeVine, D.,...Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess*, 153,1-186.
- Jadresic, E. (2004). Postpartum depression. *Medwave*, 4(9),1922 doi: 10.5867/medwave.2004.09.1922.
- Jardri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X., Goude- mand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*, 93(1-3),169-76.
- Jenkins MG, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW - What women highlight as most important. *Women and Birth*, 27(3), 214-219. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.03.002.
- Jenkins, M.G., Ford JB Todd AL, Forsyth R, Morris JM, Roberts CL. (2015). Women's views about maternity care: How do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*; 31(1):25-30.

- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 335-339
- Jiménez, F. Merino, V. Sánchez, G. (1992). *Efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica; una experiencia en la provincia y ciudad de Zamora*. I Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, 5-10 de Julio.
- Jiménez, M. & Pérez, A. (2008). El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Matronas Prof.*, 9(2), 5-11.
- Jiménez-Roldan, M.F., Alvarez-Calero, M., Monroy-Perez, R.E., Sanchez-Calama, A.M., Torralbo Higuera, A. & Angulo-Concepción, M.B. (2014). La "gabila": historia de la matrona olvidada de al-Andalus (siglos VIII-XV). *Matronas Prof.*, 15(1), 2-8.
- Johansson, P. Oleni, M., Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-44.
- Junta de Andalucía. (2005). Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado al embarazo parto y puerperio*. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud.
- Junta de Andalucía. (2014). *Embarazo, parto y puerperio. Proceso de Atención Integrado (PAI)*. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 3ª Edición.
- Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M. & Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med*, 51(1), 103-13.
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*, 35,714-730.

- Karamanou M, Tsoucalas G, Creatsas G, Androutsos G. (2013). The effect of Soranus of Ephesus (98-138) on the work of midwives. *Women Birth*. 26(4),226-8.
- Karbanova, J., Rusavy, Z., Betincova, L., Jansova, M., Necesalova, P. & Kalis, V. (2014). Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *Int J Gynecol Obstet*, 127(2),152-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.05.025.
- Kavanagh, J., Kelly, A.J. & Thomas, J. (2001). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, (2),CD003093.
- Khresheh, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26(6),21-4. doi: 10.1016/j.midw.2008.11.003.
- Khresheh, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26(6),21-4. doi: 10.1016/j.midw.2008.11.003.
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J. & Gruen, RL. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 15(6),CD005528.
- Klier, C.M., Rosenblum, K.L., Zeller, M., Steinhardt, K., Bergemann, N. & Muzik, M. (2008). A multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depress Anxiety*, 25(8), 718-24. doi: 10.1002/da.20419.
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res*, 18(14), 466. doi: 10.1186/1472-6963-14-466.

- Ladewig, P.W. London, M. L., Moberly, S. M., Olds, S.B. (2006). *Enfermería materna y del recién nacido*. (5ª Edición). Madrid: McGraw-Hill- Interamericana.
- Laín Entralgo, P. *La Medicina Hipocrática*. Biblioteca virtual Miguel Cervantes, disponible en http://hhttp.www.cervantesvirtual.com/obra-visor/la-medicina-hipocratica/html/eb4cdfa6-c5c0-11e1-b1fb-00163ebf5e63_2.html (consultado 15-XII-2013).
- Laios K, Karamanou M, Tsoucalas G, Androutsos G. (2014). Soranus of Ephesus (98-138) on postpartum depression. *Acta Med Hist Adriat*, 12(1):153-6
- Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*, 14(6),7. doi: 10.1186/1741-7015-6-7.
- Lally, J.E., Thomson, R.G., MacPhail, S., Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8,14-6.
- Lankin, P, Begley, C.M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2)49-59.
- Lattus Olmos, J. & Carreño, C. E. (2010). El asiento del nacimiento. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 5 (1), 41-50.
- Lattus Olmos, J. (2008). El fórceps, su exótica e interesante historia. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 3 (2), 155-168.
- Lefrère, J.J. & Berche, P. (2010). Karl Landsteiner découvre les groupes sanguins. *Transfusion Clinique et Biologique*, 17, 1-8.
- Letourneau, N.L., Dennis, C.L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D. & Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues Ment Health Nurs*, 33(7),445-57. doi: 10.3109/01612840.2012.673054.

- Ley 39/1999. Ministerio de Empleo y Seguridad Social., de 5 de noviembre. BOE 6 noviembre 1999, núm. 266. *Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras*. Capítulo III. Artículo 10.5 Protección de la maternidad. Disponible en <http://www.empleo.gob.es/es/guia/leyes/L3999.html> Consultado 20/05/2015.
- Linares Abad, M. (2009). Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género. *I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres 15- 31 Octubre* Disponible en: www.revistacodice.es/publi.../i...h_mujeres/.../ponenciaMLINARES.
- Lobos, A., Cardemil, F. & Loézar, C. (2012). Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. *Rev Chil de Salud pública*, 16(1), 16-25.
- Longo, L.D. (1995). Classic pages in obstetrics and gynecology. A Treatise of Midwifry, in Three Parts. Fielding Ould. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172 (4), 1317-1319.
- López, A., Arribas, L., Bailón, E., Iglesias, M.J., Ojuel, J. & Gutiérrez, B. (2012). Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria*, 44 (1), 65-80.
- López-Sáez, M.A. & Boucand, D. (2004). Maternidad y matronas en Francia. *Matronas Prof*, 5(18),30-34.
- López-Valenzuela, A. (2005). La satisfacción de los usuarios. Un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enferm*, 8(1), 53-56.
- Lucchini Raies, C, Márquez Doren, F. & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital), 21(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/7863.php>.

- Lugones Botell, M. & Ramírez Bermúdez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 38 (1),134-145.
- Lurie, S. (2004). Euphemia Maclean, Agnes Sampson and pain relief during labour in 16th century Edinburgh. *Anaesthesia*, 59 (8), 834-835.
- Maderuelo, J. A., Haro, A.M., Pérez, F., Cercas, L.J., Valentín, A.B. & Morán, E. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre dos dispositivos asistenciales. *Gac Sanit*, 20(1), 31-9.
- Marín Morales, D., Toro Molina, S. & Carmona Monge, F.J. (2013). Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. *NURE Inv* [Internet]. [citado 20 Septiembre 2015]; 10 (63):[aprox. 6 p.].
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F.J., Peñacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R. & Toro Molina, S. (2013). Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery*,29(12),1339-45.
- Márquez García, A., Pozo Muñoz, .F, Sierra Ruiz, M., Sierra Huerta, R., Aguado Taberné, C. & Jaramillo Martín, I. (2001). Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Medicina de Familia (And)*, 3, 239-243.
- Martinez Galiano, J.M. & Delgado Rodriguez, M. (2013). Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online], 78(4), 293-297 [citado 2014-08-27], <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400008>.
- Martínez Galiano, J.M. & Delgado Rodríguez, M. (2013). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*, 27(5), 447-449.

- Martínez Galiano, J.M. & Delgado Rodríguez, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254-257.
- Martínez Galiano, J.M. & Delgado Rodríguez, M. (2014). Contribución de la Educación Maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.*, 15(4), 137-141.
- Martínez Galiano, J.M., Molina García L. & Hernández Díez, G. (2012). Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. *Metas de Enferm*, 15(2), 59-65.
- Martínez Galiano, JM. (2012). *Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido*. Tesis Doctoral, Departamento de Medicina preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España.
- Martínez Rojo, C., Siles González, J., Martínez Roche, M. E. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index Enferm*, 23 (1-2), 106-110.
- Martínez-Galiano, J.M. & Delgado-Rodríguez M. (2013). Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex*, 81,706-710.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fonstad, L. & Escrivà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*, 26(3), 236-242.
- Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R.M., Llantá Abreu, M.C., Peña Fortes, M. e Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública*, 34(4) [consultado 1 Mayo 2015] Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es.

- Massoudi, P., Hwang, P. & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety infathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 149, 67-74.
- Matthey, S., Henshaw, C., Elliott, S. & Barnett, B. (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*, 9(6), 309-15.
- McSahned P M, Heyl PS, Epstein MF. (1985). Maternal and Perinatal Morbidity Resulting From Placenta Previa. *Obstet Gynecol*, 65 (2).176-82.
- Medicina Perinatal. Parto instrumental (2013). Consultado 26 Septiembre 2015. Disponible en: <http://www.prosego.com/?s=parto+instrumental+>.
- Mehdizadeh, A., Roosta, F., Chaichian, S. & Alaghebandan, R. (2005). Evaluation of the impact of birth preparation on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology*, 22(1), 7-9.
- Melender, HL. (2006). What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. *J Midwifery Womens Health*, 51, 331-339.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D. & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud*, 41(4),355-67.
- Merkouris, A., Ifantopoulos, J,, Lanara, V. & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag*, 7(1),19-28.
- Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G. & Makuch, M.Y. (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 29(13), 154. doi: 10.1186/1471-2393-13-154.

- Mira, J.J. & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114 (3), 26-33
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. & Buil, J.A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*. 74. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807>.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P. & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12,88.
- Monjok, E., Okokon, I. B., Opiah, M. M., Ingwu, J. A., Ekabua, J. E. & Essien, E. J. (2012). Obstructed Labour in Resource-poor Settings: The Need for Revival of Symphysiotomy in Nigeria. *Afr J Reprod Health*, 16[3], 93-100.
- Montoya, O.A. (1984). Ultrasonido en Ginecología y Obstetricia. *Rev. Med. Hondur*, 52, 165-168.
- Moore, E.R., Anderson, G.C. & Bergman, N. (2008). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, 5, 1-107.
- Moos, M.K. (2006). Prenatal Care: Limitations and Opportunities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2),278-85.

- Moreno Jiménez B. (1990). *La sexualidad humana: estudio y perspectiva histórica*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Universidad-Empresa. Madrid.
- Moreno Zaconeta, A., Domingues Casulari da Motta, L. & Sergio França, P. (2004). Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69(3), 209-213.
- Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K. & King, V.J. (2009). Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG*, 116(5), 626-36. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02065.
- Muñoz-Sellés, E. & Goberna-Tricas, J. (2012). Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto *Matronas Prof*, 13(2), 50-54.
- Myrfield, K., Brook, C, & Creedy D. (1997). Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. *Midwifery*, 13, 197-20.
- Namey, E.E. & Lyerly, A.D. (2010). The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine*, 71(4), 769-776.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Øian, P. (2006). Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? *Birth*, 33(3), 221-8.
- O'Dowd M J, Philipp E.E. (1995). *Historia de la ginecología y la Obstetricia* Barcelona, España: EDIKA MED
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum Depression: What We Know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–1269. doi: 10.1002/jclp.20644.

- Omar, M. A., Schiffman, R.F. & Bingham, C.R. (2001). Development and Testing of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Instrument. *Res Nurs Health*, 24(3), 218-29.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 2(4), 36-437.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Asistencia al parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida, Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf (acceso: 17/05/2015).
- Organización nacional de trasplantes. (2008). *Plan nacional de sangre de cordón umbilical*. [Internet] citado 23/04/2015.
- Ortiz Gomez, T. (2001). Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en España. En: Montserrat Cabré y Teresa Ortiz Editoras. *Sanadoras, matronas y médicas en España*. Siglos XII-XX, 165-188. Barcelona: Icaria.
- Otal-Lospaus, S., Morera-Liáñez, L., Bernal-Montañes M.J. & Tabueña-Acin, J. (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea *Matronas Prof*, 13(1), 3-8.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 525-533.
- Pan, J., Liu, D. & Ali, S. (2015). Patient dissatisfaction in China: What matters. *Soc Sci Med*, 1(143), 145-153. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.051.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364.

- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J.R. & Pére, J.R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12, 373-384.
- Phelps Walsh, K. (2014). Marketing Midwives in Seventeenth-Century London: A Re-examination of Jane Sharp's *The Midwives Book*. *Gender & History*, 26 (2), 223-241.
- Plan de parto y nacimiento: Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía*. (2009). Junta de Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud.
- Podesta, L., Alarcón, A.M. Muñoz, S., Legue C, M., Bustos L, Barría P, M. (2013). Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(4).
- Póo F, A.M., Espejo S, C., Godoy P, C., Gualda de la C, M., Tamara Hernández, O., Pérez H, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile*, 136, 44-52.
- Poobalan, A.S., Aucott, L.S., Ross, L., Smith, W.C., Helms, P.J., Williams J.H. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry*, 191,378-86.
- Porrett, L., Barkla, S., Knights, J., de Costa, C. & Harmen, S. (2013). An exploration of the perceptions of male partners involved in the birthing experience at a regional Australian hospital. *J Midwifery Womens Health*, 58(1), 92-7.
- Programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo: Instrucciones para profesionales. (2013). [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; [actualizado 05/03/2013; citado 23/04/2015. Disponible en: goo.gl/ioZJlc.

- Pujiula-Masó, J., Suñer-Soler, R., Puigdemont-Guinart, M., Grau-Martín, A., Bertrán-Noguer, C., Hortal-Gasull, G.,... Mascort, Z. (2006). La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*, 16(1),19-26.
- Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C.,... Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*, 16 (6),102.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*, 113(1-2), 77-87. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.003.
- Rengel Díaz, C. (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof*, 12(3),82-89.
- Reverte-Coma, J. M. Antropología médica del parto. El parto entre los pueblos primitivos. Museo de Antropología Médico-Forense Paleopatología y Criminalística. Disponible en www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/antropologia/parto.html (consultado 14-XII-2013).
- Reynolds, J.L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J*, 156 (6),831-5.
- Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B. & Martensson, L. B. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *J Midwifery Womens Health*, 57,120-125.
- Rodríguez Cabezas, A. (2012). Breve Recorrido Histórico del Arte de Ayudar al Buen Parir (De Lucy a los Parteros del S. XVIII). *Toko - Gin Pract*, 71 (1), 19-24.
- Rodríguez Ingelmo, J.M, Vico, M. & Rodríguez Vico, I. (2012). Indicaciones y contraindicaciones de los procedimientos tocúrgicos al finalizar el siglo XIX. *Toko - Gin Pract*, 71 (6), 148-153.

- Rodríguez Rozalen, M.A. (2003). Anexo V "Las 144 primeras semanas de tu hijo" Madrid: La esfera de los libros S.L.
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M.,... Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería intensiva*, 24(2), 51-62.
- Sainz-Maza-Aparicio, M., Sánchez-Yubero, S., Granados-Garrido, J.A. (2001). Encuesta de satisfacción en embarazadas captadas en Atención Primaria. *El trabajo en nuestros centros*, 506 -510.
- Salas, E. (2012). Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 23,1-7.
- Sampedro, A., Padilla, A., Mazuelas, P. & Rodríguez-Granger, J. (2010). Optimización de recursos en el cribado serológico de la embarazada. *Aten Primaria*, 42(10), 536-7.
- Santandreu Ojeda, A. & Sans Otero, R. (2009). Educación maternal y postparto. En: Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. *Enfermería de la Mujer. Colección Enfermería*, S.21. 2ª ed. 80-95 Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Santos Prudêncio, P., Villela Mamede, F., Spadoti Dantas, R.A., de Souza, L. & Villela Mamede, M. (2013). Adaptación y validación del *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* para embarazadas brasileñas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(3),704-710 [Internet]. [Citado 20 Septiembre 2015]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300704.
- Saraví, F.D. (2014). "El estetoscopio revoluciona la obstetricia: ". En: *Revista Médica Universitaria*, 10(2),31 Dirección URL del artículo: <http://bdigital.uncu.edu.ar/6410>. Fecha de consulta del artículo: 12/04/15.

- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J.,... Leontine Alkema, M.D. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2(6), 323-33.
- Sedano, L. M., Sedano, M. C. & Sedano M.R. Reseña histórica e hitos de la Obstetricia. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(6), 866-873.
- SEGO. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía práctica de asistencia.
- Serrano-del Rosal, R. & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex*, 50, 162-172.
- Sierra Manzano, J.M., Carro García, T & Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30(2), 103-111.
- Sjetne, I.S., Veenstra, M. & Stavem, K. (2007). The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care. *Medical Care*, 45 (3), 252-258.
- Smith, J., Plaat, F. & Fisk, N.M. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*, ;115(8),1037-42. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x.
- Smith, L.F. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care*, 10(1),17-22.
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., Hollins Martin, C. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1,11-40
- Solis Linares, H., Morales Alvarado, S. (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Horiz Med*, 12(2), 47-50.

- Srivastava, A., Avan, B.I., Rajbangshi, P. & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (15), 97. DOI 10.1186/s12884-015-0525-0.
- Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A. & Dutta, S. (2014). Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian J Public Health*, 58(1), 22-6.
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J Adv Nurs*, 29, 364-72.
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature *Matern Child Nutr*, 10(4), 456-73. doi: 10.1111/mcn.12128.
- Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.L. & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 3(2), 97-98.
- Susman, J.L. (1996). Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract*, 43, 17-24.
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(15), 115. doi: 10.1186/s12884-015-0548-6.
- Teissedre, F. & Chabrol, H. (2004). A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale*, 30(4), 376-81.
- Tejero-Lainez, C. (2013). Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Medicina Naturista*, 7(1), 7.

- Teleska, J. & Roffman, A. (2004). A continuum of hypnotherapeutic interactions: From formal hypnosis to hypnotic conservation. *Am J Clin Hypn*, 47(2), 103-115.
- Tessier España, E., Camaño Gutiérrez, .I, García Burguillo, A, Hernández García, J.M., Vellido Cotelo, R., de la Hera Lázaro, C. & Oliver Pérez, M. R. (2013). Cesárea humanizada. *Prog Obstet Ginecol*, 56(2),73-78.
- Tobar, M. & Acuña, O. (2012). Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev Chil de Salud pública*, 16(2), 131-136.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E.L. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4),384-94. doi: 10.1111/birt.12136.
- Towler, J. & Bramall, J. (1997). *Comadronas en la Historia y en la Sociedad*. Barcelona: Editorial Masson S. A.
- Urdaneta, M. J., Rivera, S. A., García, I. J., Guerra, V. M., Baabel, Z. N. & Contreras, B. A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 76(2), 102-112.
- Urdaneta, M. J., Rivera, S. A., García, I. J., Guerra, V. M., Baabel, Z. N. & Contreras, B. A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiples valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* , 75(5), 312 - 320.
- Usandizaga, M. (1944). *Historia de la Obstetricia y la Ginecología en España*. Barcelona: Editorial Labor S.A.

- Valle Racero, J.I. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Prof*, 9, 28-35.
- Van der Kooy, J., Poeran, J., de Graaf, J.P., Birnie, E., Denktasç, S., Steegers, E.A. & Bonsel, G.J. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*, 118(5),1037-46.
- Velásquez, N. (2009). Pruebas para diagnóstico de embarazo. *Rev Obstet Gynecol Venez*, 69(3),186-192.
- Vena, M. & Revolo-Sánchez, M. (2011). Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Med fam Andal*, 3, 273-85.
- Villar Villegas, R. (2007). Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en púerperas en el Cono Sur de Lima. *Rev Per Obst Enf.*, 3(2),82-85.
- Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G. & Gülmezoglu, M. (2008). Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus 2007*; 4. Oxford: Update Software Ltd.; Disponible en: URL:<http://www.update-software.com>.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Qual Rev Bull*, 13(3),106-8.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int JGynaecol Obstet*, 75(1), S25-37.
- Waldenstrom, U. Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31,17-27.

- Waldenström, U., Ann Rudman, A. & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(59), 551-560.
- Yabar Pena, M. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horiz. Med*, 14(2), 39-44.

Anexos



ANEXO 1

Encuesta de percepción de satisfacción en puerperas

10. ¿Cómo definiría su satisfacción con el trato recibido de su matrona durante su embarazo?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

11. ¿Cómo definiría su satisfacción con el trato recibido de su tocólogo durante su embarazo?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

12. ¿Cómo definiría su satisfacción con el trato recibido de su médico de familia durante su embarazo?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

13. ¿Cómo definiría su satisfacción con el trato recibido de su enfermera durante su embarazo?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

EQUIPAMIENTO

14. ¿Le parecía un lugar agradable el centro o consulta donde se realizó el seguimiento del embarazo?

MUY AGRADABLE	AGRADABLE	NI AGRADABLE NI DESAGRADABLE	DESAGRADABLE	MUY DESAGRADABLE

15. ¿Cómo era la comodidad de su centro/consulta?

MUY CÓMODA	CÓMODA	NI CÓMODA NI INCÓMODA	INCÓMODA	MUY INCÓMODA

16. ¿Cómo era la limpieza de su centro/consulta?

MUY ADECUADA	NI ADECUADA NI INADECUADA	ADECUADA	INADECUADA	MUY INADECUADA

17. ¿Cree usted que los medios materiales de los que disponía su consulta (aparato de tomar la tensión, balanza, etc.) era adecuados para realizar el seguimiento del embarazo?

MUY ADECUADOS	ADECUADOS	NI ADECUADO NI INADECUADO	INADECUADOS	MUY INADECUADOS

ACCESIBILIDAD

18. ¿Le resultó difícil conseguir cita con el equipo que realizó el control de su embarazo para que le atendiesen por primera vez?

MUY DIFÍCIL	DIFÍCIL	NI DIFÍCIL NI FÁCIL	FÁCIL	MUY FÁCIL

19. ¿Pasó mucho tiempo desde que supo que estaba embarazada hasta que fue vista por primera vez por el profesional que realizó el seguimiento del embarazo?

NÚMERO DE SEMANAS _____

20. Desde el día en que pidió cita para la primera consulta hasta el día en que fue vista ¿Cuánto tiempo pasó?

NÚMERO DE DÍAS _____

21. El horario en que se realizaban las consultas del seguimiento de su embarazo ¿Se ajustaba a sus preferencias?

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

22. El tiempo que tardaba en llegar a su centro /consulta le parece...

MUY ADECUADO	ADECUADO	NI MUCHO NI POCO	MUCHO	EXCESIVO

23. Tenía posibilidad de fijar citas por teléfono:

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTINÚE

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA

24. En general el tiempo que esperaba desde la hora en que estaba citada hasta que entraba en la consulta le parece...

MUY ADECUADO	ADECUADO	NI MUCHO NI POCO	MUCHO	EXCESIVO
<input type="text"/>				

25. ¿Está satisfecha con la cantidad de tiempo que le dedicaban el equipo de atención al embarazo durante la consulta?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. ¿Le daba la impresión de que el equipo de atención al embarazo tenían prisa por acabar la consulta?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
<input type="text"/>				

27. ¿Se producían muchas interrupciones durante la consulta, (llamadas de teléfono, entrada de personas, etc.)?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
<input type="text"/>				

28. El número de visitas que ha realizado el equipo que le controló el embarazo ¿le pareció?

MUY ADECUADO	ADECUADO	NI MUCHO NI POCO	POCOS	MUY POCOS
<input type="text"/>				

29. ¿Le pareció adecuado el nº de pruebas (análisis, ecografías...) que le han realizado durante su embarazo?

MUY ADECUADO	ADECUADO	NI MUCHO NI POCO	POCOS	MUY POCOS
<input type="text"/>				

30. El lugar en que el equipo que realizó el control de su embarazo pasaba consulta ¿le parece que guardaba su intimidad?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
<input type="text"/>				

ATENCIÓN Y COMPETENCIA PROFESIONAL

31. ¿Está satisfecha del trato personal recibido por el equipo que le controló el embarazo?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

32. Cree que el equipo que le controló el embarazo se mostró educado y agradable durante la consulta?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

33. ¿Se sintió escuchada por el equipo que le controló el embarazo?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

34. El equipo que le controló el embarazo ¿mostraba interés por las consultas que usted realizó?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

35. El equipo que le controló el embarazo ¿contestaba con claridad a sus preguntas?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

36. ¿Cree que las explicaciones del equipo que le controló el embarazo, le han servido para llevar mejor su gestación?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

37. El equipo que le controló el embarazo ¿le dio confianza para preguntarle dudas respecto a su gestación?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

38. ¿Cree que el equipo que le controló el embarazo estaba suficientemente preparado/a para realizar el seguimiento del mismo?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTINÚE

39. ¿Confiaba en los conocimientos del equipo que le controló el embarazo?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

40. ¿Considera que el equipo que le controló el embarazo tenía habilidad para realizar las exploraciones necesarias para la vigilancia del mismo?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

41. ¿Comentó con el equipo que le controló el embarazo los resultados de las exploraciones y pruebas diagnósticas realizadas?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

42. Durante el embarazo, ¿le atendió siempre el mismo equipo?

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA

EDUCACIÓN MATERNAL

43. ¿A qué número de clases de Educación Maternal ha asistido? _____

44. ¿Con las clases de Educación Maternal está?

MUY SATISFECHA	SATISFECHA	NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA AL PARTO

45. Mi parto transcurrió de forma totalmente normal:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI SÍ NI NO	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

46. Mi compañero / marido me ayudó a entender lo que sucedía durante el parto:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

47. Pude ver a mi bebe justo en el momento adecuado después de que naciera:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

48. La habitación en la que di a luz era un poco medicalizada e impersonal:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

49. Al comienzo del parto ya conocía muy bien a los profesionales que me atendían:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

50. Se me deberían haber ofrecido más medios para aliviar el dolor que sentía tras el nacimiento de mi bebe:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

51. Los profesionales me proporcionaron un gran apoyo durante la dilatación:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

52. Debería haber tenido una evaluación en casa en las primeras fases del parto:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTINÚE

53. Deberían haberme ofrecido más medios para aliviar mis dolores de parto:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

54. Después de nacer mi bebé, no me lo dieron tan pronto como deseaba:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

55. La dilatación transcurrió de forma casi idéntica a como esperaba:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

56. Los cuidados durante el proceso del parto no podrían haber sido mejores:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

57. Los profesionales escucharon siempre muy atentamente todo lo que tenía que decir:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

58. La habitación en la que di a luz era muy agradable y relajante:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

59. Me hubiera gustado que una matrona viniera a verme a casa y confirmara que mi parto había comenzado cuando yo creía que éste se había iniciado:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

60. Sentía bastante dolor justo después del nacimiento:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

61. El parto se produjo casi por completo del modo en que esperaba:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

62. Hubiera necesitado coger a mi bebé un poco antes de lo que lo hice:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

63. Durante la dilatación siempre hubo un profesional disponible para explicarme las cosas de modo que pudiera entenderlas:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

64. Se me proporcionaron unos excelentes medios para el alivio del dolor durante el parto:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

65. Durante la dilatación tuve la impresión de que todo el mundo me decía lo que debía hacer:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

66. Mi parto tuvo prácticamente la duración adecuada:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTINÚE

67. Mi compañero/ marido no pudo darme un mejor apoyo:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

68. Conocía a los profesionales presentes en el nacimiento de mi bebé:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

69. Estoy satisfecha con solo una o dos cosas de los cuidados que recibí en el proceso del parto:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

70. Mi parto hubiera sido más fácil si se me hubieran administrado más medios para el alivio del dolor:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

71. Los profesionales me trataron de la forma más amable y educada posible:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

72. Habría sido útil una evaluación de mi estado en los comienzos del parto en casa:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

73. Hubiera preferido tener más apoyo por parte de mi compañero/marido:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	Ni sí ni no	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

74. El parto consistió en hacer lo que me decían los profesionales que me atendían:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI SÍ NI NO	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

75. No necesité muchos analgésicos después del nacimiento:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI SÍ NI NO	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

76. Los profesionales no pudieron ayudarme más:

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	NI SÍ NI NO	MÁS BIEN EN DESACUERDO	NADA DE ACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

77. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:

IGUAL QUE SIEMPRE SIEMPRE	AHORA, NO TANTO COMO SIEMPRE	AHORA, MUCHO MENOS	No, NADA EN ABSOLUTO

78. He mirado las cosas con ilusión :

IGUAL QUE SIEMPRE	ALGO MENOS DE LO ES HABITUAL EN MI	BASTANTE MENOS DE LO QUE ES HABITUAL EN MI	MUCHO MENOS QUE ANTES

79. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal

SÍ, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SÍ, A VECES	NO MUY A MENUDO	NO, EN NINGÚN MOMENTO

AHORA VUELVA LA HOJA Y CONTINÚE

80. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:

NO, EN NINGÚN MOMENTO	CASI NUNCA	SÍ, ALGUNAS VECES	SÍ, CON MUCHA FRECUENCIA

81. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo :

SÍ, BASTANTE	SÍ, A VECES	NO, NO MUCHO	NO, EN ABSOLUTO

82. Las cosas me han agobiado:

SÍ, LA MAYORÍA DE LAS VECES NO HE SIDO CAPAZ DE AFRONTARLAS	SÍ, A VECES NO HE SIDO CAPAZ DE AFRONTARLAS	NO, LA MAYOR PARTE DE LAS VECES LAS HE AFRON- TADO BASTANTE BIEN	NO, HE AFRONTADO LAS COSAS TAN BIEN COMO SIEMPRE

83. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

SI, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SÍ, A VECES	NO MUY A MENUDO	NO, EN NINGÚN MOMENTO

84. Me he sentido triste o desgraciada:

SÍ, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SÍ, BASTANTE A MENUDO	NO CON MUCHA FRECUENCIA	NO, EN NINGÚN MOMENTO

85. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

SÍ, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SÍ, BASTANTE A MENUDO	SÓLO EN ALGUNA OCASIÓN	NO, EN NINGÚN MOMENTO

86. He tenido pensamientos de hacerme daño:

SÍ, BASTANTE A MENUDO	A VECES	CASI NUNCA	EN NINGÚN MOMENTO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

HOJA PARA RELLENAR POR LA MATRONA

FORMULA OBSTETRICA _____

PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO _____

EMBARAZO DE: Bajo riesgo _____ Medio _____ Alto _____

TIPO DE PARTO:

Espontáneo: _____

Instrumental: Vacuo _____ Fórceps _____ Espátulas _____

Cesárea: _____ Motivo _____

EPIDURAL: Si _____ No _____

MOTIVO DE NO EPIDURAL:

No quiso _____ No dio tiempo _____ Anestesia general _____

RN:

Con la Madre _____ Cuidados Mínimos _____ C Medios _____ C. Intensivos _____

Motivo _____

PESO DEL RN: _____ SEXO DEL RN: _____

OBSERVACIONES _____

HOJA INFORMATIVA A LA PACIENTE

Le solicito su conformidad para participar en el estudio, **Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo parto y puerperio.**

Este trabajo corresponde al proyecto de investigación para la elaboración de una tesis doctoral que se realiza dentro del Programa de Doctorado de la Universidad de Granada, dirigido por los Departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública, Obstetricia y Ginecología y Enfermería de la Universidad de Granada

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO son: Determinar la satisfacción percibida por las embarazadas con la atención recibida durante el control del embarazo, la asistencia al parto y al puerperio inmediato. Así como valorar y relacionar el grado de satisfacción de las puérperas en función de los factores sociodemográficos y clínicos, así como la sintomatología depresiva de las mismas

METODOLOGIA EMPLEADA:

Se trata de un estudio descriptivo y la recogida de información se hará mediante una encuesta anónima y voluntaria que solicito realice en la planta de puérperas, que una vez cumplimentada recogeré personalmente

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA y en cualquier momento puede revocar su consentimiento, sin necesidad de tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en el cuidado que va a recibir.

Me comprometo a MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD de los datos obtenidos de acuerdo a la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal y solo se utilizaran para los fines del presente estudio.

En caso de información de carácter personal que pueda ser identificable, será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Agradeciéndole de antemano su colaboración.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Título del estudio: **Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo parto y puerperio.**

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la responsable del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio:

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL INVESTIGADOR

ANEXO 2

Factores de riesgo del Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio en Andalucía

Factores de riesgo del Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio en Andalucía
(2ª Edición). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (CS, 2005).

RIESGO I O RIESGO MEDIO

Embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad. Los factores de riesgo de este grupo son bastante frecuentes y no se asocian necesariamente con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones. Estas gestantes no requieren por lo general recursos altamente especializados y deberían ser vigiladas con las Consultas Prenatales de los Dispositivos de Apoyo o Segundo Nivel.

1. Anemia leve o moderada
2. Anomalía pélvica
3. Cardiopatías I y II*
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea)
Condiciones socioeconómicas desfavorable
5. Control gestacional insuficiente:
primera visita > 20 SG o < 4 visitas
o sin pruebas complementarias
6. Diabetes gestacional con buen control
metabólico
7. Dispositivo intrauterino y gestación
8. Edad materna: < 16 o > 35 años
9. Edad gestacional incierta: FUR
desconocida, ciclos irregulares o
exploración obstétrica discordante
10. Embarazo gemelar
11. Embarazo no deseado: situación
clara de rechazo de la gestación
12. Esterilidad previa: pareja que
no ha conseguido gestación
en los dos años previos
13. Fumadora habitual
14. Hemorragia del primer trimestre (no activa)
15. Incompatibilidad D (Rh)*
16. Incremento de peso excesivo:
IMC > 20% o > de 15 K
17. Incremento de peso insuficiente < 5 K
18. Infecciones materna: Infecciones sin
repercusión fetal aparente
19. Infección urinaria: BA y cistitis
20. Intervalo reproductor anómalo: pe-
riodo intergenésico < de 12 meses
21. Multiparidad: 4 o más partos con
fetos > de 28 SG
22. Obesidad: IMC > de 29
23. Presentación fetal anormal:
Presentación no cefálica >32 <sg
24. Riesgo de crecimiento intrauterino retarda-
do: Factores de riesgo asociados a CIR
25. Riesgo de enfermedades de
transmisión sexual*
26. Riesgo Laboral: Trabajo en contacto
con sustancias tóxicas
27. Sospecha de malformación fetal: anteceden-
tes, alteraciones ecográficas o bioquímicas
28. Sospecha de macrosomía fetal:
Peso fetal estimado a término > 4 K
29. Talla baja: Estatura < de 1,50 m

RIESGO II o ALTO RIESGO

Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad. Estas gestantes tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, suelen requerir recursos sanitarios habitualmente no disponibles en los Centros de Primer y Segundo Nivel, por lo que el control sanitario del embarazo debería realizarse por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o Tercer Nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que aparezca el factor de riesgo. Dependiendo de la intensidad del proceso y de la edad gestacional, el control del embarazo podrá llevarse a cabo en Primer-Segundo Nivel.

1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 SG)
4. Anemia grave*: Hb < de 7,5
5. Cardiopatías grados III y IV *
6. Diabetes pregestacional*
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico
8. Embarazo múltiple: gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina
9. Endocrinopatías (otras*): alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo...
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestres
11. Trastorno hipertensivo del embarazo: Hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve
12. Infección materna*: Cualquier infección con repercusión maternal, fetal o en RN
13. Isoinmunización*
14. Malformación uterina
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...
16. Pielonefritis
17. Patología médica materna asociada*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular...)
18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal < que edad gestacional
19. Tumoración genital: uterina, anexial
20. Embarazo gemelar

RIESGO III o RIESGO MUY ALTO

Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas en la literatura en este grupo han sido reseñadas en los grupos de riesgo anteriores, pero ahora las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática.

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado
2. Malformación fetal confirmada
3. Incompetencia cervical confirmada
4. Placenta previa
5. Desprendimiento prematuro de placenta
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas)
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino
9. Embarazo prolongado
10. Patología materna asociada grave*
11. Muerte fetal anteparto
12. Otras

ANEXO 3

Difusión de la investigación

Artículos

"Satisfaction Level of New Mothers with Prenatal Care and the Healthcare Professionals who Provide It". *West Indian Med J.* 2014, Dec; 63(7):732-8. doi: 10.7727/wimj.2014.388

Comunicaciones a Congresos Internacionales

Comunicación en formato poster, presentada en las III Jornadas Internacionales y V Nacionales de Ciencias de La Salud. Celebradas en Granada del 7 al 9 de Marzo de 2013. Titulada: "*La depresión relacionada con el embarazo*".

Comunicación oral, presentada en el VI Encuentro Nacional y II Congreso Internacional de la Asociación Andaluza de Matronas "**Trilogía: Conocimiento, Cultura y Convicción**". Celebrado en Granada los días 13 y 14 de Junio de 2013. Titulada: "*Satisfacción percibida por las embarazadas con la asistencia al parto*".

Comunicación en formato poster, presentada en las III Jornadas Conmemorativas del Día Internacional de la Matrona. Celebrada en Antequera el 14 de Junio de 2014. Titulada: "*Identificar precozmente la depresión postparto: una competencia de las matronas*".

Comunicación presentada en la XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería - XIII Cienf. Celebrada Rio de Janeiro (Brasil) del 4 al 8 de Septiembre de 2015. Titulada: "*Indicadores de salud materno-infantil entre mujeres españolas e inmigrantes*".

Comunicación presentada en la XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería - XIII Cienf. Celebrada Rio de Janeiro (Brasil) del 4 al 8 de Septiembre de 20015. Titulada "Satisfacción de las mujeres españolas e inmigrantes con la atención al embarazo".

Premios concedidos

Premio a la comunicación en formato poster, titulada: "*La depresión relacionada con el embarazo*", presentada en las III Jornadas Internacionales y V Nacionales de Ciencias de la Salud, celebradas en Granada del 7 al 9 de Marzo de 2013.

Premio al mejor poster, titulado: "*Identificar precozmente la depresión postparto: una competencia de las matronas*", presentada en las III Jornadas Conmemorativas del Día Internacional de la Matrona, celebrada en Antequera el 14 de Junio de 2014.

ANEXO 4

Indicios de calidad



INDICIOS DE CALIDAD WEST INDIAN MEDICAL JOURNAL

- Indexado en JCR.
- Factor de Impacto: 0.332
- Q4 en Medicina General e Interna (138/154)

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
MEDICINE, GENERAL & INTERNAL	154	138	Q4

WEST INDIAN MEDICAL JOURNAL

Telephone: (876) 927-1214
 Fax: (876) 927-1846
 Website: <http://www.ojs.mona.uwi.edu/index.php/wimj>
<http://www.mona.uwi.edu/fms/wimj.www.scielo.org>
www.bireme.br
 E-mail: wimj@uwimona.edu.jm

Faculty of Medical Sciences
 The University of the West Indies
 Mona, Kingston 7
 Jamaica WI



March 11, 2015

Dr R Castillo
 Universidad de Granada
 Facultad de Ciencias de la Salud.
 Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud
 Avd de la ilustración s/n 18071
 Granada, Spain

Dear authors: Maria Dolores Pozo Cano, Rafael Fernandez Castillo, Jose Francisco Guillen Solvas,
 Jesus Florido Navio, Inmaculada Garcia Garcia:
 Your manuscript number **2014-388** entitled:

**“Satisfaction Level of New Mothers with Prenatal Care and the Healthcare Professionals who
 Provide It”**

has been accepted for publication in the West Indian Medical Journal. You may opt to fast-track your manuscript by publishing it in our open access journal, WIMJ Open, at a cost of US\$1000, payable before publication. Please visit <http://myspot.mona.uwi.edu/wimjopen/> for more information.

If you wish to have reprints of your paper, please give us a written order immediately, on receipt of this letter. Fifty (50) is the minimum number of reprints that can be bought. The cost of 50 reprints of 1–4 pages is US\$120.00 (most articles are between 1–4 pages). Articles exceeding four pages will cost US\$150.00.

If figures or photographs are included in your paper, please specify whether colour or black and white reproduction is required. There will be a charge of US\$50.00 for each colour figure or photograph. Payment for reprints or colour reproduction is not required if publishing in WIMJ Open.

Yours sincerely

Adenike Ovundah (Mrs.)
 Administrative Editor



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**DON MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ, EN CALIDAD
DE SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
DE LA PROVINCIA DE GRANADA,**

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado favorablemente, en su reunión celebrada el día 28 de marzo de 2012, el proyecto de investigación titulado: *Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación de proceso integrado del embarazo, parto y puerperio*, siendo la investigadora doña M^a Dolores Pozo Cano, y considera que,

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del proyecto.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el proyecto.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Lo que firmo en Granada, a 27 de abril de 2012.