

Resumen

Objetivo: analizar la satisfacción de las madres participantes en un ensayo clínico sobre la eficacia de las posturas manos-rodillas (MR) y decúbito lateral (DL) hacia la espalda fetal para conseguir la rotación del feto. Secundariamente se valoró la influencia en la satisfacción de los cuidados recibidos durante el parto, los factores obstétricos y los resultados materno-fetales.

Material y método: ensayo clínico multicéntrico con gestantes con posición fetal occipitoposterior que durante el parto adoptaron la postura manos-rodillas (MR) en un grupo y la postura decúbito lateral (DL) en otro grupo. Variables: satisfacción materna (medida con la escala COMFORTS adaptada), paridad, rotación fetal a occipitoanterior, analgesia epidural, tipo de parto y test de Apgar. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariable.

Resultados: treinta y ocho mujeres del grupo MR y cuarenta y siete del grupo DL participaron. La lesión abdominal o perineal obtuvo la puntuación de satisfacción más baja (media: 4,31 sobre 5; 49,4% de mujeres muy satisfechas); el fomento del vínculo afectivo madre-hijo obtuvo la puntuación más elevada (media: 4,92 sobre 5; 91,8% de mujeres muy satisfechas). La vivencia satisfactoria del parto fue superior en el grupo MR (92,1% vs. 87,2%), con Odds Ratio (OR) ajustada a las variables obstétricas de 5,18 (intervalo de confianza (IC) al 95%: 1,08-24,82); mayor satisfacción con test de Apgar al minuto > 8 frente a ≤ 8 (90,4% vs. 83,3%), (OR= 5,26; IC95%:1,68-16,51).

Conclusiones: la satisfacción materna fue muy elevada, pero la vivencia satisfactoria del parto fue superior para las mujeres que adoptaron la postura MR. Esta vivencia está influida por los cuidados aportados por la matrona y los resultados obstétricos, especialmente por el estado de salud del bebé.

Palabras clave

Satisfacción materna; COMFORTS; parto; occipitoposterior; matrona; gineco-obstetricia; ensayo clínico.

Abstract

Maternal satisfaction in the clinical trial "the efficacy of maternal posturing during labor on the prevention of fetal occiput posterior position"

Objective: to analyze the satisfaction of mothers participating in a clinical trial about the efficacy of the hands-knees (HK) and lateral decubitus (LD) postures towards the fetal back in order to achieve the rotation of the fetus. Secondly, the influence of satisfaction regarding care received during labor was also assessed, as well as obstetric factors and mother-fetus outcomes.

Materials and methods: multicenter clinical trial with pregnant women with fetal occiput posterior position, which adopted the hands-knees (HK) posture in one group, and the lateral decubitus (LD) posture in the other group. Variables: maternal satisfaction (measured with the adapted COMFORTS scale), parity, fetal rotation to occiput anterior, epidural analgesia, type of labor and Apgar Test. A multivariate logistic regression analysis was conducted.

Results: thirty-eight women in the HK group and forty-seven in the DL took part in the study. Abdominal or perineal lesion obtained the lowest satisfaction score (mean: 4.31 over 5; 49.4% of very satisfied women); the encouragement of mother-child bonding obtained the highest score (mean: 4.92 of 5; 91.8% of very satisfied women). The satisfactory experience of labor was higher in the HK group (92.1% vs. 87.2%), with Odds Ratio (OR) adjusted to obstetric variables of 5.18 (Confidence Interval (IC) at 95%: 1.08-24.82); higher satisfaction with Apgar Test at 1 minute >8 vs. ≤ 8 (90.4% vs. 83.3%), (OR= 5.26; IC95%:1.68-16.51).

Conclusions: maternal satisfaction was very high, but the satisfactory labor experience was higher in those women who adopted the HK position. This experience is influenced by the care provided by the midwife and the obstetric results, particularly by the health status of the baby.

Key words

Maternal satisfaction; COMFORTS; labor; occiput posterior; midwife; Gynecology-obstetrics; clinical trial.

Cómo citar este artículo:

Molina Reyes CY, Berral Gutiérrez MA, Huete Morales MD, Martínez García E, Castellano Ibáñez FD. Satisfacción materna en el ensayo clínico "Eficacia de la postura materna en partos con malposición fetal occipitoposterior" *Metas Enferm* 2013; 16(9):00.

Satisfacción materna en el ensayo clínico "Eficacia de la postura materna en partos con malposición fetal occipitoposterior"

Autores:

- ¹Cristina Y. Molina Reyes
^{1M}Asunción Berral Gutiérrez
^{2M}Dolores Huete Morales
³Encarnación Martínez García
^{1F}Daniel Castellano Ibáñez

¹Matrona. Unidad de Partos del Hospital de Baza.

²Licenciada en Estadística. Departamento de estadística. Universidad de Granada.

³Matrona. Unidad de Partos del Hospital de Guadix.

Dirección de contacto:

Cristina Y. Molina Reyes
Unidad de Partos. Hospital de Baza.
Carretera de Murcia, s/n. 18800 Granada.
E-mail: cristimolina66@hotmail.com

Fecha de recepción: el 31/05/2013.
Aceptada su publicación: el 1/10/2013.

Introducción

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo una reducción significativa de la mortalidad materna y neonatal en España gracias a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y de los avances científicos y tecnológicos. Esto conllevó un cambio en la atención al parto, pues pasó de un modelo asistencial en el entorno de la mujer a un modelo intervencionista en el ámbito hospitalario (1).

Este segundo modelo ha intentado justificar un mejor control del bienestar fetal y materno mediante la monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal, la restricción de movimientos de la mujer, la posición de litotomía y el incremento de episiotomías, partos instrumentales y cesáreas (1). Pero, el uso sistemático de estas prácticas no ha demostrado ser beneficioso para el binomio madre-hijo (1-4) y, por otro lado, provoca insatisfacción materna por la mayor incomodidad y la pérdida de protagonismo y capacidad de decisión de la mujer durante su parto (4).

En respuesta a ello, durante la última década se ha iniciado en España un nuevo cambio en el modelo de atención del parto, fruto de las demandas de asociaciones de mujeres que reclaman el derecho de esta a participar y dar su opinión sobre el parto que desean. Diversas asociaciones profesionales y organismos públicos se han hecho eco de estas reivindicaciones y, siguiendo las directrices de la OMS y la evidencia científica existente, han elaborado documentos de consenso como la "Iniciativa al Parto Normal" de la FAME (2), "Recomendaciones sobre la asistencia al parto" de la SEGO (5) o "Estrategia de actuación al parto normal" del Ministerio de Sanidad (1).

Según Linder-Pelz (6), la satisfacción con la asistencia sanitaria recibida es mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir es superada por lo ocurrido, mientras que la insatisfacción se produce cuando los cuidados y atenciones quedan por debajo de esta. Así, el bienestar y satisfacción maternos durante el parto están asociados a la atención obstétrica recibida, aumentando cuando se realizan pocos procedimientos invasivos y cuando la mujer participa en la toma de decisiones, asumiendo el rol de protagonista (4). Para ello, la sensibilización de los profesionales es clave, destacando el componente interpersonal relacionado con el buen trato hacia la mujer y su familia (4). Específicamente, como cuidadora principal de la mujer, la matrona tiene un papel fundamental en la vivencia satisfactoria del parto (2,4), de tal modo que factores como la información ofrecida, la comunicación, el respeto a sus decisiones, la cobertura de sus necesidades físicas y emocionales, el acompañamiento y la interacción precoz con el recién nacido parecen influir decisivamente en la vivencia satisfactoria del parto (7,8), incluso, por encima de los resultados obstétricos, tipo de parto, administración de analgesia epidural o posición materna en el expulsivo (9,10).

En relación al fomento del vínculo afectivo madre-hijo, el contacto piel con piel con el bebé tras el parto disminuye

los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas postparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna e incrementa los niveles de satisfacción de la madre (11,12). Sin embargo, si tras una cesárea no se favorece este vínculo, pueden verse afectados la salud emocional de la mujer (13) y el establecimiento de la lactancia materna (14).

Para conocer lo que opinan los usuarios del desarrollo y mejora continua de los servicios asistenciales se efectúan estudios de satisfacción mediante instrumentos de medición validados. La escala COMFORTS (*Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale*) está constituida por 40 ítems que valoran la satisfacción con la asistencia sanitaria hospitalaria durante el parto, cuidados puerperales, cuidados del RN, aspectos logísticos y respeto a la intimidad (15). En España, ha sido modificada para adaptarla al castellano y validada por L. Vivanco et al. (16).

Los partos distócicos pueden generar gran insatisfacción materna por el alto grado de intervencionismo y los malos resultados materno-fetales acompañantes. Uno de los principales factores de distocia es la malposición fetal occipitoposterior (OP), asociada a mayor duración del parto e incremento de episiotomías, desgarros perineales graves, partos instrumentales, cesáreas y afectación del bienestar fetal (17).

Este estudio forma parte de un ensayo clínico sobre la eficacia de las posturas manos-rodillas (MR) y decúbito lateral (DL) hacia la espalda fetal para conseguir la rotación del feto de posición OP a occipitoanterior (OA) y mejorar los resultados del parto asociados a esta malposición fetal (18). Para su realización, la matrona debía informar a la gestante y solicitar su participación activa, ayudándole, junto con su acompañante, a adoptar y mantener la postura asignada aleatoriamente durante un mínimo de 30 min, favoreciendo su máxima intimidad y confortabilidad. Por ello, el objetivo principal del presente estudio es analizar la satisfacción de las madres participantes en este ensayo clínico en relación a la adopción de las posturas maternas manos-rodillas (MR) y decúbito lateral (DL) hacia la espalda fetal. Se han planteado como objetivos secundarios analizar la satisfacción materna del conjunto de mujeres participantes y valorar cómo influyen los cuidados recibidos durante el parto, los factores obstétricos y los resultados materno-fetales en la vivencia satisfactoria del mismo.

Material y método

Se diseñó un ensayo clínico multicéntrico con gestantes con posición fetal OP persistente durante el parto, atendidas desde enero de 2010 a junio de 2011, ambos meses incluidos, en los hospitales de Baza y Guadix, en Granada, y Úbeda en Jaén.

El diagnóstico se desarrolló mediante tacto vaginal por la matrona que atendía a la gestante. Se consideró posición fetal OP persistente cuando la dilatación cervical fue igual

o superior a 8 cm sin rotación fetal espontánea a OA o inferior a 8 cm, si existía estancamiento de la progresión del parto durante al menos 2 horas de dinámica uterina adecuada (mínimo de tres contracciones cada 10 min).

Criterios de inclusión

Gestación no gemelar mayor de 37 semanas y diagnóstico de posición fetal OP durante el parto.

Criterios de exclusión

- Situaciones materno-fetales que impidieran la adopción de las posturas de estudio (p. ej.: metrorragia activa, indicación de cesárea urgente por sufrimiento fetal...).
- No poder adoptar o mantener la posición asignada un mínimo de 30 min, si durante este tiempo, el feto no había rotado a OA.
- Dificultad idiomática (solamente para la entrega del cuestionario de satisfacción).

Las mujeres que aceptaban participar eran destinadas a los grupos de estudio mediante un listado de asignación aleatoria de tratamientos para cada centro con una tasa de asignación de 1:1. En el grupo MR las mujeres debían adoptar dicha postura y en el grupo DL la postura DL hacia la espalda fetal.

Tras la firma del consentimiento informado y la asignación aleatoria de la postura de intervención, la matrona ayudaba a la gestante a adoptarla, recogiendo los datos en un cuaderno construido *ad hoc*, pilotado previamente mediante su aplicación en gestantes que cumplían las condiciones de los sujetos de estudio.

Para la medición de la satisfacción materna, se ha usado el cuestionario adaptado al español de la escala COMFORTS (17) y modificado para nuestro estudio. Este cuestionario autocumplimentado consta de 15 ítems centrados en los cuidados durante el parto, con respuestas tipo Likert de 5 puntos de valoración (1 = muy insatisfecha, 2 = insatisfecha, 3 = medianamente satisfecha, 4 = satisfecha y 5 = muy satisfecha). Para no influir en la respuesta de la participante, se le ofrecía el cuestionario a la salida de la unidad de partos. Tras su cumplimentación, debía entregarlo al personal de Enfermería de la unidad de puérperas, donde era recogido por un miembro del equipo de investigación.

Variables del estudio

- Variables independientes principales o de intervención: postura materna MR y postura materna DL hacia la espalda fetal.
- Variables independientes secundarias o moderadoras: nacionalidad, edad materna, paridad, administración de analgesia epidural, rotación fetal durante la intervención, tipo de parto (eutócico, instrumental, cesárea) y Apgar al minuto del recién nacido.
- Variable dependiente principal o de resultado: satisfacción materna con la vivencia personal del parto medida

a través del cuestionario adaptado al español de la escala COMFORTS (17).

Tratamiento de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los grupos con medias, desviación estándar y rango para las variables cuantitativas; y frecuencias con porcentajes para las cualitativas. Para valorar la influencia de las distintas variables analizadas en las variables de satisfacción materna, se recodificaron los valores *muy insatisfecha*, *insatisfecha* y *medianamente satisfecha* en *insatisfecha*, y los valores *satisfecha* y *muy satisfecha* en *satisfecha*. También se recodificaron los ítems de la variable *terminación del parto* en *parto eutócico* y *parto distócico* (*parto instrumental* y *cesárea*), de paridad en *primípara* (ningún parto anterior) y *multípara* (con partos anteriores) y del test de Apgar al primer minuto del recién nacido en *menor o igual de 8* y *mayor de 8*. Para el análisis bivariante, se han realizado test de asociación/independencia entre variables cualitativas (test Chi-cuadrado y test exacto de Fisher) mediante la construcción de tablas de contingencia, clasificando como valores estadísticamente significativos aquellos que obtienen un valor de $p < 0,05$. Como medida de fuerza de asociación, se usó la *Odds Ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Por último, para obtener una estimación no sesgada de los resultados de *satisfacción materna con la vivencia del parto*, por el posible efecto confusor de variables obstétricas independientes, se ha creado un modelo de regresión logística multivariante. Para realizar análisis se han usado los paquetes estadísticos SPSS 15.0 para Windows y EpiInfo™7.

Consideraciones éticas

Los datos fueron tratados de forma confidencial según los principios de la bioética en investigación con seres humanos expuestos en la Ley 14/2007, de Investigación Biomédica y de la ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal 15/1999 vigente en España. Este estudio se ha realizado con la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de los hospitales participantes.

Resultados

Descripción de la muestra

De las 135 participantes, entregaron el cuestionario 85, 47 de las 70 del grupo DL y 38 de las 65 del grupo MR.

La edad media y los porcentajes de *paridad*, *tipo de parto*, *episiotomía* y *test de Apgar al minuto* de los grupos DL y MR con cuestionario de satisfacción materna eran muy similares a los de los grupos DL y MR del conjunto del estudio. El porcentaje de *analgesia epidural* fue levemente superior en ambos grupos de la muestra de satisfacción; se redujo el porcentaje de *no españolas* en el grupo DL (11,42% frente al 6,38%) y el de *rotaciones fetales* del grupo MR (55,38% frente al 47,36%). Según la prueba de asociación Chi-cuadrado, los grupos DL y MR no eran homogéneos para las variables *analgesia epidural* y *paridad*, tanto de la muestra de satisfacción materna como del total de participantes en el ensayo clínico (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptiva de los grupos de estudio de satisfacción materna

Variables cuantitativas	Decúbito lateral (n= 47)	Manos-rodillas (n= 38)	p-valor(**)
	Media (rango)	Media (rango)	
Edad(*)	30,70 (18-41)	27,81 (19-38)	
Variables cualitativas	# (%)	# (%)	
Nacionalidad			0,471
Española	44 (93,61)	38 (100,00)	
No española	3 (06,38)	0 (0,00)	
Paridad			0,044
Nulípara	26 (55,32)	29 (76,32)	
Múltipara	21 (46,68)	9 (23,68)	
A. Epidural			0,005
No	13 (27,66)	22 (57,89)	
Sí	34 (72,34)	16 (42,11)	
Rotación fetal durante la intervención 0,300			
No	20 (42,55)	20 (52,63)	
Sí	27 (57,45)	18 (47,36)	
Tipo de parto			0,262
Eutócico	34 (72,34)	25 (65,78)	
Instrumental	9 (19,15)	12 (31,58)	
Cesárea	4 (8,51)	1 (2,63)	
Episiotomía			0,468
No	32 (68,09)	23 (60,53)	
Sí	15 (31,91)	15 (39,47)	
Apgar			0,691
Igual o < 8	6 (12,77)	6 (15,79)	
> 8	41 (87,23)	32 (89,47)	

(*) Años

(**) Grupos no homogéneos para variables con $p < 0,050$

Análisis de la satisfacción del conjunto de la muestra

Variables de satisfacción materna de la escala COMFORT

De las 15 variables analizadas, la *satisfacción materna con las molestias en el periné (episiotomía, desgarros) o de la cicatriz de cesárea* obtuvo la puntuación más baja, con media de 4,31 y 49,4% de mujeres *muy satisfechas*. La *satisfacción con el fomento de los profesionales del vínculo afectivo madre-hijo (contacto piel con piel, apoyo a la lactancia materna)* obtuvo la puntuación más elevada, con media de 4,92 y 91,8% de mujeres *muy satisfechas* (Tabla 2).

Influencia del tipo de parto en la satisfacción materna:

- Mujeres *muy satisfechas* con el tipo de terminación del parto: 75,9% con parto eutócico, 71,4% con parto instrumental y 20% con cesárea ($p = 0,013$).
- Mujeres *muy satisfechas* con el resultado de lesiones del periné o cicatriz de cesárea: 55,9% con parto eutócico, 42,9% con parto instrumental y 0% con cesárea ($p = 0,008$). El 92,3% de mujeres con periné íntegro se

sintieron *muy satisfechas* frente al 46% de mujeres con episiotomía ($p = 0,023$).

- Mujeres *muy satisfechas* con el número de personas presentes durante el nacimiento: 81,4% con parto eutócico, 71,4% con parto instrumental y 40% con cesárea ($p = 0,005$).

Análisis de satisfacción materna entre los grupos de estudio

Análisis de las variables de Satisfacción Materna de la escala COMFORT

- El 100% de las mujeres de ambos grupos se sintieron *satisfechas* (satisfechas o muy satisfechas) con el *respeto de sus decisiones por los profesionales*. El 100% del grupo MR se sintieron *satisfechas* con la *información recibida, los resultados de terminación del parto, el estado de salud del bebé al nacimiento y el fomento del vínculo con el bebé por los profesionales*. La no existencia de mujeres insatisfechas de este grupo para dichas variables impidió el cálculo de su OR respecto al grupo DL.

Tabla 2. Descriptiva de las variables de satisfacción materna de la Escala COMFORT del conjunto de la muestra

Variables de satisfacción materna	Media (desv. estándar) (*)	Rango (*)	Muy satisfecha # (%)
Los profesionales le han ofrecido la información que usted necesitaba en cada momento	4,76 (0,454)	3-5	66 (77,6)
Los profesionales han respetado sus decisiones en cada momento	4,78 (0,419)	4-5	66 (77,6)
Los profesionales han fomentado el papel activo de su acompañante	4,76 (0,610)	2-5	72 (84,7)
Su satisfacción en referencia al respeto a su intimidad y privacidad	4,69 (0,578)	2-5	63 (74,1)
Su satisfacción con las instalaciones del paritorio (entorno, ruidos, iluminación, limpieza)	4,34 (0,765)	2-5	43 (50,6)
Su satisfacción con las medidas de alivio del dolor que se le han ofertado	4,60 (0,658)	2-5	57 (67,1)
Su satisfacción con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas y fisiológicas	4,72 (0,526)	3-5	64 (75,3)
Su satisfacción con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales	4,75 (0,486)	3-5	66 (77,6)
Su satisfacción con el número de personas presentes durante el nacimiento	4,66 (0,733)	1-5	65 (76,5)
Su satisfacción con el resultado final del parto (parto normal, cesárea, ventosa...)	4,67 (0,588)	2-5	60 (70,6)
Su satisfacción con el resultado o molestias en el periné (episiotomía, desgarros, periné íntegro) o molestias de la cicatriz de cesárea	4,31 (0,845)	1-5	42 (49,4)
Su satisfacción con el estado de salud del bebé al nacer (necesidad de reanimación, ingreso en la unidad neonatal...)	4,82 (0,441)	3-5	72 (84,7)
Los profesionales fomentaron el vínculo entre usted y su bebé (contacto piel con piel, apoyo a la lactancia materna)	4,92 (0,318)	3-5	78 (91,8)
Satisfacción con su vivencia personal del parto	4,47 (0,749)	2-5	51 (60,0)
Su satisfacción con el servicio recibido en general	4,75 (0,460)	3-5	65 (76,5)

(*)Valoración mediante escala tipo Likert: 1. Muy insatisfecha, 2. Insatisfecha, 3. Medianamente satisfecha, 4. Satisfecha, 5. Muy satisfecha

- La *satisfacción con las instalaciones del paritorio* fue menor en el grupo MR respecto al grupo DL (OR= 0,19; IC 95%:0,04-0,75) ($p= 0,015$).
- Para el resto de las variables de satisfacción materna, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 3).

Análisis de la Satisfacción con la Vivencia del Parto

El 92,1% de las mujeres del grupo MR y el 87,2% del grupo DL se sintieron *satisfechas o muy satisfechas* con la *vivencia personal de su parto*.

Modelo de Regresión Logística de Satisfacción Materna con la Vivencia del Parto: la probabilidad de satisfacción con la vivencia del parto fue superior para el grupo MR respecto al grupo DL (OR= 5,18; IC 95%:1,08-11,14). También lo fue para el test de Apgar al minuto > 8 frente a ≤ 8 (OR= 5,26; IC 95%:1,68-16,51). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para paridad, administración de analgesia epidural, rotación fetal, tipo de terminación del parto y realización de episiotomía (Tabla 4).

Esta satisfacción se incrementaba cuando la mujer estaba satisfecha con:

- Los *resultados del parto* (OR= 21,43; IC 95%:1,72-266,95).
- *Sentir cubiertas sus necesidades físicas y fisiológicas por la matrona* (OR= 21,43; IC 95%:1,72-266,95).

- El *número de personas presentes en el nacimiento* (OR= 12,16; IC 95%:2,00-73,88).
- El *fomento del papel activo del acompañante por la matrona* (OR= 12,16; IC 95%:2,00-73,88).
- Las *medidas de alivio del dolor ofertadas* (OR= 10,57; IC 95%:1,28-86,99).

Discusión y conclusiones

A pesar de la elevada intervención y los malos resultados obstétricos asociados a partos con malposición fetal OP (15), las mujeres participantes en nuestro estudio mostraron una alta satisfacción para el total de las variables de satisfacción materna de la escala COMFORT.

Si el bienestar de la mujer aumenta cuando siente que participa y asume el rol de protagonista (4), la información dada para su participación en el ensayo clínico y su papel activo adoptando una postura que pueda mejorar la evolución de su parto, ha favorecido que percibiera como compartidas con los profesionales las decisiones adoptadas, y ello se corrobora con la alta satisfacción con el *respeto de sus decisiones por el personal que las atendió*.

Por otro lado, la rotación fetal a OA al adoptar la postura asignada incrementa los partos eutócicos, lo que favorece el buen estado materno y del recién nacido. Esto ha conllevado un alto grado de satisfacción con el fomento del vínculo afectivo de la madre con su hijo/hija, por las altas tasas

Tabla 3. Satisfacción materna del grupo Manos-rodilla (MR) respecto al grupo Decúbito lateral (DL) (*)

Variables de satisfacción materna	Grupo DL	Grupo MR	OR (IC)	p-valor
	n= 47	n= 38		
	# (%)	# (%)	(**)	(***)
Los profesionales le han ofrecido la información que usted necesitaba en cada momento	46 (97,9)	38 (100,0)	(****)	0,999
Los profesionales han respetado sus decisiones en cada momento	47(100,0)	38 (100,0)	(****)	(****)
Los profesionales han fomentado el papel activo de su acompañante	43 (91,5)	36 (94,7)	0,63 (0,29-9,67)	0,687
Su satisfacción en referencia al respeto a su intimidad y privacidad	45 (95,7)	37 (97,4)	1,64 (0,14-18,86)	0,999
Su satisfacción con las instalaciones del partitorio (entorno, ruidos, iluminación, limpieza)	44 (93,6)	28 (73,7)	0,19 (0,04-0,75)	0,015
Su satisfacción con las medidas de alivio del dolor que se le han ofertado	44 (93,6)	37 (97,4)	2,52 (0,25-25,29)	0,625
Su satisfacción con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas y fisiológicas	45 (95,7)	37 (97,4)	1,64 (0,14-18,86)	0,999
Su satisfacción con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales	46 (97,8)	37 (97,4)	0,80 (0,04-13,30)	0,999
Su satisfacción con el número de personas presentes durante el nacimiento	44 (93,6)	35 (92,1)	0,79 (0,15-4,19)	0,999
Su satisfacción con el resultado final del parto (parto normal, cesárea, ventosa...)	44 (93,6)	38 (100,0)	(****)	0,249
Su satisfacción con el resultado o molestias en el periné (episiotomía, desgarros, periné íntegro) o molestias de la cicatriz de cesárea	40 (85,1)	33 (86,8)	1,15 (0,33-3,97)	0,999
Su satisfacción con el estado de salud del bebé al nacer (necesidad de reanimación, ingreso en la unidad neonatal...)	45 (95,7)	38 (100,0)	(****)	0,499
Los profesionales fomentaron el vínculo entre usted y su bebé (contacto piel con piel, apoyo a la lactancia materna)	46 (97,9)	38 (100,0)	(****)	0,999
Satisfacción con su vivencia personal del parto	41 (87,2)	35 (92,1)	1,71 (0,40-7,33)	0,725
Satisfacción con el servicio recibido en general	47 (100,0)	37 (98,8)	(****)	0,447

(*) Satisfacción materna: mujeres satisfechas o muy satisfechas
(**) OR(IC95%) Odds Ratio (Intervalo de Confianza al 95% de confianza)
(***) Test exacto de Fisher para tablas 2x2, valores estadísticamente significativos para p< 0,050
(****) Imposibilidad del cálculo de OR ante frecuencias de insatisfacción de 0

de contacto piel con piel e inicio precoz de lactancia materna durante las dos primeras horas postparto, factores muy influyentes en la satisfacción materna (11-14).

Si analizamos los resultados por grupos, hay una reducción estadísticamente significativa de la *satisfacción con las instalaciones del paritorio (entorno, ruidos, iluminación...)* en el grupo MR. Debemos considerar que la postura MR requiere mayor apoyo del acompañante y de la matrona, pero también mayor intimidad y tranquilidad de la mujer, por lo que la iluminación y los ruidos excesivos pueden reducir su confortabilidad durante la adopción de esta postura. Además, mientras que el parto eutócico se realiza frecuentemente en la sala de dilatación que ocupa la mujer y en la postura que ella prefiera, para la realización de un parto instrumental, más frecuente en el grupo MR, la mujer debe trasladarse al paritorio y adoptar la posición de litotomía, entorno menos agradable y más estresante.

Para el resto de variables de satisfacción materna no se

han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por ello, como De Jonge (10) expone, consideramos que la adopción de estas posturas, en sí mismas, no influye en la satisfacción de las participantes, sino otros determinantes, como son los resultados del parto. Pues, si la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que se espera y lo obtenido (6), las expectativas de parto eutócico con las mínimas lesiones y en un entorno de intimidad influyen en la satisfacción con la vivencia de este.

Los factores de satisfacción más influyentes en la vivencia positiva del parto han sido: la satisfacción con los resultados del parto, la cobertura de las necesidades físicas, el número de personas presentes en el nacimiento, el fomento del papel activo del acompañante y las medidas de alivio del dolor ofrecidas. A su vez, en estos factores influye considerablemente el tipo de parto. Así, el instrumental y, muy especialmente la cesárea, reducen la satisfacción con la forma de terminación del parto y con el resultado de lesiones

Tabla 4. Influencia de las variables obstétricas en la Satisfacción con la Vivencia del Parto (Modelo de regresión logística multivariable)

	Insatisfecha n= 9		Satisfecha n= 76		OR _{ajustada} (***)	IC 95% (**)
	#	%	#	%		
Paridad						
	Primípara	6	10,9	49	89,1	
	Múltipara	3	10,0	27	90,0	1,59 0,36-7,13
Analgésia epidural						
	No	3	8,6	32	91,4	
	Sí	6	12,0	44	88,0	3,08 0,85-11,14
Intervención materna						
	Decúbito lateral	6	12,8	41	87,2	
	Manos-rodillas	3	7,9	35	92,1	5,18 1,08-24,82
Rotación fetal durante la intervención						
	Sí	2	4,4	43	95,6	
	No	7	17,9	32	82,1	0,45 0,10-1,97
Terminación del parto						
	Eutócico	4	6,8	55	93,2	
	Distócico	5	19,2	21	80,8	1,28 0,24-6,90
Episiotomía						
	No	3	5,5	52	94,5	
	Sí	6	20,0	24	80,0	0,36 0,07-1,94
Apgar al minuto						
	Menor o igual a 8	2	16,7	10	83,3	
	Mayor a 8	7	9,6	66	90,4	5,26 1,68-16,51

(*) *Odds Ratio* (OR) de satisfacción con la vivencia del parto en relación a la segunda categoría de cada variable obstétrica respecto a la primera categoría (ej: OR de satisfacción con la vivencia del parto de las mujeres múltiples frente a las primíparas)

(**) IC 95%: intervalo de confianza al 95%

(***) OR ajustada en el modelo de regresión logística multivariante a partir de las variables dicotómicas paridad, analgesia epidural, grupo de intervención, tipo de terminación del parto, realización de episiotomía y puntuación del test de Apgar al minuto

perineales o abdominales, donde la episiotomía redujo a la mitad la satisfacción frente al periné sin lesiones. También se reduce con el incremento de personas presentes en relación a los partos eutócicos, donde solamente están presentes el acompañante, la matrona y la auxiliar de Enfermería.

Teniendo en cuenta otros factores potencialmente confusores (*tipo de terminación del parto, paridad, administración de analgesia epidural, rotación fetal durante la adopción de la postura asignada, realización de episiotomía y test de Apgar al minuto*), los resultados del presente estudio muestran que la *satisfacción con la vivencia del parto* es muy superior para las mujeres que adoptaron la postura MR respecto a las que adoptaron la postura DL, a pesar del mayor porcentaje de partos instrumentales, y para aquellas que su bebé obtuvo una puntuación del test de Apgar superior de 8 al minuto de vida. Posiblemente sea por el menor porcentaje de cesáreas, factor muy importante en la reducción de la satisfacción.

Factores como la administración de analgesia epidural, la rotación fetal, el tipo de terminación del parto muestran una tendencia en su influencia sobre la vivencia del mismo que no fueron estadísticamente significativos. Aunque se partió de una muestra mayor, la autocumplimentación de los cuestionarios de satisfacción fuera de la unidad de partos provocó una pérdida de casos. Posiblemente, un mayor número de casos analizados reduciría el p-valor y la amplitud de los intervalos de confianza, incrementando la significación estadística de los resultados obtenidos. Por otra parte, esta pérdida de casos puede conllevar la falta de representatividad de la muestra de satisfacción materna respecto al total de casos del estudio. Sin embargo, al comparar las variables sociodemográficas y de resultados del parto se observa que las diferencias son prácticamente inexistentes; por lo que se puede considerar que el grupo con cuestionario de satisfacción materna es representativo del conjunto total de participantes.

Concluyendo, la satisfacción de las participantes en este

estudio ha sido muy elevada, especialmente para las mujeres que adoptaron la postura MR respecto a las que adoptaron la postura DL. Además, la vivencia satisfactoria del alumbramiento está asociada a los resultados obstétricos obtenidos y al estado de salud del bebé. Pero también es muy dependiente de las actitudes y filosofía de cuidados del personal que atiende a la mujer, del apoyo e información dados por la matrona, así como de la calidad, calidez y humanización de los cuidados perinatales prestados.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las mujeres participantes y a sus familiares, así como a las matronas que han participado en la realización del mismo de los hospitales de Baza y Guadix en Granada y Úbeda en Jaén.

También nuestro agradecimiento a las agencias financiadoras del estudio y a FIBAO, por su ayuda en la obtención y gestión de la financiación económica.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en el IX Congreso Nacional de la FAME, noviembre de 2012.

Financiación

Este estudio pertenece al proyecto de investigación denominado "Eficacia de la intervención en la posición materna durante el parto para corregir la malposición fetal occipitoposterior", financiado por el Ministerio de Innovación y Ciencia de España, Convocatoria Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud (PI09/90739) y por la Consejería de Salud de Andalucía (PI-0336). El protocolo del proyecto de investigación está disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0556.php>

Conflicto de intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

encuentra@
ENFERMERIA INTELIGENTE

Satisfacción materna; COMFORTS; parto; occipitoposterior; matrona; gineco-obstetricia; ensayo clínico.



Contacta con los autores en:

cristimolina66@hotmail.com

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 núm. 3. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 8 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *IndexEnferm* (ed digital) 2011; 20(4). [En línea] [fecha de acceso: 8 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/7550.php>.
- SEGO. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. Documento de consenso. Madrid: SEGO; 2008.
- Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16(5):577-582.
- Díaz Sáez J, Catalán Matamoros D, Fernández Martínez M, Granados Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit* 2011; 25(6):483-489.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000; 114(Supl 3):26-33.
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Núm. 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 8 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- De Jonge A, Rijnders M, Diem MT. Birthing Positions During Second Stage of Labor and Long-Term Psychological Outcomes in Low-Risk Women. *Int J Childbirth* 2011; 1(4):242-253.
- Sánchez A, Martínez Carrasco MT, Hernández Pérez MC. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. *Matronas Prof* 2004; 5(15):12-18.
- Rivara Dávila G, Rivara Dávila P, Cabrejos K. Early skin to skin contact: effect on mother's anxiety and depression levels after delivery and on early neonatal adaptation to early breastfeeding. *Rev Peru Pediatr* 2007; 60(3).
- Bayes S. 'Off everyone's radar': Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. *Midwifery* 2012; 28(6):900-909.
- Otal Lospaus S, Morera Liáñez L, Bernal Montañes MJ, Tabuela Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof* 2012; 13(1):3-8.
- Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health* 2006; 29:51-60.
- Vivanco Montes ML, Solís Muñoz M, Magdaleno del Rey G. Adaptación cultural y validación al español de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas Enferm* 2012; 15(2):18-26.
- Molina Reyes C, Muñoz Martínez AL. La malposición fetal occipitoposterior. Revisión bibliográfica. *Metas Enferm* 2009; 12(7):22-26.
- Molina Reyes C, Muñoz Martínez AL, Huete Morales MD, Herrera Cabrerizo BM, Burgos Sánchez JA, Bernal Gutiérrez MA et al. Eficacia de la intervención en la posición materna durante el parto para corregir la malposición fetal occipitoposterior. *Biblioteca Lascasas*. 2010; 6(3). [En línea] [fecha de acceso: 8 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0556.php>

Copyright of Metas de Enfermería is the property of Difusion Avances de Enfermeria (DAE) and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.