



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

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

### Como citar este artículo:

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

-  Rocío Navas Arrebola<sup>1</sup>
-  Laura Peteiro Mahía<sup>2</sup>
-  Susana Blanco López<sup>2</sup>
-  Noelia López Castiñeira<sup>2</sup>
-  Teresa Seoane Pillado<sup>3</sup>
-  Sonia Pertega Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Salud Dr. Ignacio Osuna, Córdoba, España.

<sup>2</sup> Paritorio del Hospital Lucus Agustí, Lugo, España.

<sup>3</sup> Universidad de A Coruña, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España.

### ABSTRACT

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

### DESCRIPTORS

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

### Autor correspondiente:

Rocío Navas Arrebola  
Centro de Salud Dr. Ignacio Osuna  
Calle Salvador Muñoz, 19  
14850 Baena, Córdoba, España  
[rocionavasarebola@gmail.com](mailto:rocionavasarebola@gmail.com)

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

## INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en su documento Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en España se produjeron en el año 2017, 4.862.352 altas hospitalarias, de las mismas un total de 448.738 han guardado relación con “episodios de embarazo, parto y puerperio”, lo que supone el 9,2% de todas las altas hospitalarias, el 5º Grupo de diagnóstico por número de altas, y el noveno en estancias totales hospitalarias. Los “episodios de embarazo, parto y puerperio” supusieron una media de 3,07 días de estancia. La mayor tasa de morbilidad en mujeres se dio en los episodios de embarazo, parto y puerperio<sup>(1)</sup>.

La satisfacción es parte integrante de una atención sanitaria de calidad, ya que los pacientes son capaces de evaluar la calidad de la atención; y esa satisfacción se puede medir<sup>(2)</sup>.

Se ha seleccionado la escala *Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale* COMFORTS<sup>(3)</sup> en su versión en Español<sup>(4)</sup>, por estar validada y tener un sistema de puntuación gráfico que permite su cumplimentación de forma sencilla en un tiempo estimado de aproximadamente 10 minutos. Además se incorporaron cuestiones para aportar mayor información de la experiencia, relacionadas con la asistencia a educación maternal, métodos de alivio del dolor, movimiento y posición escogida durante el parto, alimentación del recién nacido y entrega de plan de nacimiento.

Algunos autores relacionan la satisfacción materna con el apoyo continuo y personalizado de los cuidadores, especialmente la matrona, durante el parto<sup>(5-7)</sup>.

Otros relacionan la paridad, la medicalización del proceso de parto, el *piel con piel* con el bebé después del parto, la lactancia materna, el parto vaginal sin epidural, el inicio y la finalización del parto, la cesárea no programada, el número de cuidadores durante el parto o el estado psicológico con el nivel de satisfacción<sup>(8-12)</sup>.

La cobertura del sistema sanitario público Español es universal y gratuita. El sistema público está descentralizado y cada gobierno regional está a cargo del funcionamiento del sistema en su región. La asistencia al parto en el servicio público no permite la elección del método de parto, es decir las cesáreas electivas, sin causa médica justificada. La mayoría de los estudios llevados a cabo en España con escalas validadas se han realizado con mujeres de bajo riesgo y con finalización en parto vaginal normal, parece pertinente evaluar la satisfacción en mujeres de alto riesgo que finalizan el embarazo con cesáreas, o partos instrumentales<sup>(4,8-9)</sup>. Se plantea este estudio, con el objetivo de analizar la satisfacción en el parto y puerperio, tanto en mujeres de bajo riesgo, como de alto riesgo que finalizan con un parto normal, instrumental o una cesárea. Los cambios en la atención al nacimiento, la medicalización en el proceso del parto, nuevas ofertas en el alivio del dolor, los planes de nacimiento, el modo de inicio y el final del parto, la atención al recién nacido, ¿Cambiarán la experiencia del parto y su grado de satisfacción?

## MÉTODO

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional longitudinal prospectivo.

### ESCENARIO

Se estudiaron mujeres atendidas en el HULA, entre Enero y Noviembre de 2016, que consientan participar en el estudio.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

Gestantes que acuden a la consulta de monitorización fetal entre las semanas 37 y 40 de embarazo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Se incluyeron en el estudio las pacientes que acudieron consecutivamente a dicha consulta durante el período de estudio y que dieron su consentimiento para participar, excluyendo menores de 18 años y aquellas con barrera idiomática.

### DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

El total de mujeres estudiadas fue de 381 (Seguridad 95%, Precisión 5,5%), asumiendo un porcentaje de pérdida de información del 15%.

### COLETA DE DATOS

Se registraron antecedentes médicos, variables relacionados con la evolución del embarazo, asistencia a clases de preparación al nacimiento, información sobre el plan de nacimiento y decisión sobre el mismo. Variables clínicas relacionadas con el inicio, evolución y finalización del parto. Registro sobre los cuidados percibidos intraparto y postparto añadiendo algunas cuestiones relacionadas con la utilización de métodos no farmacológicos de alivio del dolor, movimiento en la dilatación, posición del expulsivo, piel con piel y lactancia materna. Se registró si el recién nacido precisó ingreso en unidad de cuidados intensivos o pudo cohabitar con la madre. Se obtuvieron los resultados del cuestionario STAI cuyo objetivo es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones. La ansiedad como estado: evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos. La ansiedad como rasgo: señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras<sup>(13)</sup>. Las pacientes cubrieron el cuestionario completo (ansiedad estado-rasgo) al término del embarazo en la consulta de monitorización fetal y volvieron a responder al cuestionario de ansiedad estado en la planta de maternidad transcurridas 24 horas del parto.

El cuestionario de satisfacción COMFORTS<sup>(4)</sup> modificado en su versión al Español<sup>(5)</sup> consiste en un cuestionario que consta de 40 ítems divididos en 4 áreas de cuidado. Se analizan cuidados durante el parto, el puerperio, cuidados del recién nacido y logística y entorno. Las opciones de respuesta son tipo Likert de 1 a 5 puntos con un intervalo de puntuación de 40 a 200, siendo mayor la satisfacción a mayor puntuación. La categorización para facilitar la interpretación de los resultados se divide en dos grupos, no

satisfecha o indiferente con los cuidados (puntuación entre 40 y 135 puntos) y satisfecha (puntuación entre 136 y 200 puntos). En la descripción de la escala, según las cuatro dimensiones establecidas y tras un proceso de reescalamiento, se clasificaron como no satisfechas o indiferentes puntuaciones de  $\leq 3,0$ .

### ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron analizados con el software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versión 22.0). Se realizó un análisis descriptivo, las variables cuantitativas se expresaron como media (SD), las variables cualitativas mediante valor absoluto (porcentaje). La posible asociación entre satisfacción (si/no-indiferencia) y las diferentes variables estudiadas se determinó utilizando el test Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. La comparación de valores medios se realizó con el test T-Student o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, comprobándose a priori si los datos seguían una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov). Se implementaron modelos de regresión logística para determinar los factores asociados a la insatisfacción o indiferencia de las mujeres en los periodos de parto y puerperio hospitalario.

### ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CAEIG) (2015/61) asegurando la confidencialidad de todos los datos recabados.

### RESULTADOS

La edad media de las mujeres es de 33,6 (4,4) años, siendo menores de 35 años el 57%. Respecto a los antecedentes médicos un 18,4% tenían consulta por salud mental previa al embarazo, de las variables gineco-obstétricas, destacamos que el 69,3% eran primíparas y un 10,2% tuvieron una cesárea anterior.

Un 39,4% de la muestra fue considerado embarazo de alto riesgo. Un 58,6% iniciaron el parto de manera espontánea, finalizando de manera eutócica un 54,5%, el 19,5% y 26,1% fueron parto instrumental y cesárea respectivamente. La mediana del tiempo de duración del trabajo de parto fue de 3,0 horas (rango: 0-14). El 77,8% de las mujeres optó por el uso de la analgesia epidural como método de alivio del dolor. Un 6,0% de los recién nacidos fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tuvieron contacto piel con piel con la madre el 70,0% de los recién nacidos y con el padre el 15,9%.

Respecto a la ansiedad como estado, en los datos recogidos en la consulta de monitorización fetal, se observó que un 13,5% de las mujeres presentan grado de ansiedad severo, un 35,2% ansiedad moderada, un 27,2% ansiedad leve y un 24,1% ansiedad mínima. Estos datos post-parto fueron 11,1%, 25,5%, 25,5% y 37,9% respectivamente. La ansiedad

como rasgo en las mujeres fue mínima en un 44,6%, leve en el 28,6%, moderada para el 18,4% y severa en el 8,4% de la muestra.

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

En el análisis por dimensiones, destacamos que los porcentajes de mujeres satisfechas son elevados en “logística y entorno” y en “cuidados en el parto” (99,0% y 97,6% respectivamente); y se observa que los aspectos con los que las gestantes mostraron mayor grado de insatisfacción o indiferencia fueron los cuidados del recién nacido (12,3%) y los cuidados en el puerperio (7,9%) (Tabla 1).

**Tabla 1** – Puntuación de satisfacción con los cuidados recibidos según la escala COMFORTS de las gestantes incluidas de Lugo – Lugo, ES, 2016.

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

Se demostró una relación significativa entre la satisfacción y el tipo de parto. Así, el 97,6% de los partos eutócicos refieren estar satisfechas, frente al 87,8% de los partos instrumentales y al 92,9% de las cesáreas ( $p=0,005$ ). Las pacientes que tienen al bebé con ellas están significativamente más satisfechas que las madres de bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos (95,7% vs. 77,3%;  $p=0,004$ ). El 96,6% de las pacientes que tienen contacto piel con piel con su hijo refieren estar satisfechas, frente al 89,4% de las que no lo realizan ( $p=0,012$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2** – Diferencias entre las mujeres satisfechas y no satisfechas, según características del inicio, evolución del parto y resultados perinatales de las gestantes incluidas de Lugo – Lugo, ES, 2016.

		No satisfecha (%)	Satisfecha(%)	p	OR (IC 95%)
<b>Inicio de parto</b>	Espontáneo	11 (5,0)	207 (95,0)	0,718	
	Inducido	8 (5,6)	135 (94,4)		
	Cesárea programada	0 (0,0)	11 (100,0)		
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal	14 (5,0)	267 (95,0)	0,447	1
	Cesárea	7 (7,1)	92 (92,9)		
<b>Finalización de parto</b>	Eutócico	5 (2,4)	202 (97,6)	0,004	1
	Distócico	16 (9,2)	157 (76,2)		
<b>Uso de epidural</b>	Si	18 (6,3)	266 (93,7)	0,432	1
	No	3 (3,6)	80 (96,4)		
<b>Destino del recién nacido</b>	Junto a la madre	15 (4,3)	332 (95,7)	0,004	1
	Cuidados intensivos	5 (22,7)	17 (77,3)		
<b>Piel con piel (madre-bebé)</b>	Si	9 (3,4)	255 (96,6)	0,012	1
	No	12 (10,6)	101 (89,4)		

IC Intervalo de Confianza; OD: Odds ratio

Un 96,7% de las que consideran cumplidas las expectativas que reflejaron en el plan de nacimiento se mostraron satisfechas con los cuidados recibidos, frente al 70% de aquellas en las que no se satisficieron sus deseos respecto al plan de nacimiento. El grado de ansiedad durante el embarazo se asocia de manera significativa con la satisfacción, el 86,3% de las pacientes con estado grave de ansiedad (estado) están satisfechas, este porcentaje se incrementa a

medida que disminuye el grado de ansiedad, el 100% de mujeres con ansiedad mínima están satisfechas ( $p=0,004$ ). La escala de ansiedad estado se volvió a responder transcurridas 24 horas postparto obteniendo resultados similares, un 88,1% de las mujeres con un estado moderado o grave de ansiedad refieren estar satisfechas frente a un 97,9% de las mujeres sin ansiedad o con ansiedad leve ( $p<0,001$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3** – Diferencias entre las mujeres satisfechas y no satisfechas, según la preparación a la maternidad, percepciones de la mujer y salud mental de las gestantes incluidas de Lugo – Lugo, ES, 2016.

		No satisfecha (%)	Satisfecha (%)	p	OR (IC 5%)
<b>Asistencia a educación maternal</b>	Si	16 (6,5)	232 (93,5)	0,350	1
	No	5 (3,8)	128 (96,2)		
<b>Entrega plan de parto</b>	Si	6 (5,9)	95 (94,1)	0,793	1
	No	13 (5,0)	248 (95,0)		
<b>Expectativas plan de parto</b>	Indecisa o en desacuerdo	3 (30,0)	7 (70,0)	0,013	1
	De Acuerdo	3 (3,3)	87 (96,7)		
<b>Ansiedad Estado Preparto</b>	Mínima- Leve	4 (2,1)	190 (97,9)	0,002	1
	Moderada- Grave	17 (9,2)	167 (90,8)		
<b>Ansiedad Rasgo Preparto</b>	Mínima-Leve	10 (3,7)	190 (97,9)	0,037	1
	Moderada- Grave	9 (9,1)	167 (90,8)		
<b>Ansiedad Estado Postparto</b>	Mínima-Leve	5 (2,1)	229 (97,9)	<0,001	1
	Moderada- Grave	16 (11,9)	119 (88,1)		

IC: Intervalo de Confianza; OD: Odds ratio

Teniendo en cuenta las variables que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado con una respuesta negativa o indiferente, se implementa un modelo de regresión logística multivariado. Se observa que presentar ansiedad moderada-severa preparto y postparto incrementa significativamente la probabilidad de insatisfacción o indiferencia ( $OR=3,5$   $IC95\%=(1,1-11,1)$ ;  $OR=4,0$   $IC95\%=(1,4-11,8)$ ,

respectivamente). Un parto instrumental incrementa la probabilidad de la respuesta negativa respecto a un parto eutócico ( $OR=4,3$   $IC95\%=(1,3-14,2)$ ) y se obtiene un resultado similar en cesárea respecto a partos eutócicos ( $OR=2,8$   $IC95\%=(0,8-9,9)$ ). El uso de la epidural no tiene un efecto significativo en una respuesta negativa o indiferente ( $OR=1,4$   $IC95\%=(0,4-5,4)$ ). Finalmente, destacamos que las mujeres

con riesgo de embarazo medio y con riesgo de embarazo alto o muy alto disminuyen la probabilidad de insatisfacción o indiferencia pero no de forma significativa (Tabla 4).

**Tabla 4** – Modelo de regresión logística multivariado de variables asociadas a insatisfacción o indiferencia con los cuidados en el parto y puerperio de las gestantes incluidas de Lugo – Lugo, ES, 2016.

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

Sig.: Significación; OD: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza.

## DISCUSIÓN

El apoyo de los cuidadores durante el parto<sup>(9)</sup>, especialmente si el profesional, generalmente la matrona, brinda un apoyo continuo y personalizado<sup>(5)</sup>, así como el acompañamiento por una persona de la elección por la mujer<sup>(14)</sup> han demostrado ser factores influyentes en la experiencia del parto. Las mujeres tienen necesidad de formar parte del proceso, teniendo sensación de control durante el parto<sup>(15)</sup>, participando en la toma de decisiones, y estando bien informadas sobre los acontecimientos. En las cuatro dimensiones de la escala COMFORTS, se valoran aspectos sobre los cuidados prestados, y la información que reciben, siendo la dimensión cuidados del recién nacido la que ha obtenido una puntuación menor.

La finalización del parto influye en la satisfacción percibida. La finalización como parto eutócico mejoró la satisfacción, comparando los resultados frente a parto instrumental y cesárea, al igual que en otras investigaciones<sup>(10,16)</sup>.

En este trabajo no se detectan diferencias en la satisfacción de las pacientes según la vía de nacimiento, vaginal vs. abdominal, desglosando los resultados en cesáreas programadas y no programadas, este hallazgo puede ser el resultado del efecto normalizador de los nacimientos por cesárea debido a la alta tasa que representan. Las cesáreas no programadas han obtenido sentimientos menos positivos en otros estudios<sup>(10)</sup>. En contraposición, otros trabajos no han detectado diferencias significativas según la vía de nacimiento<sup>(11)</sup>.

Los primeros momentos del recién nacido son cruciales, la realización del piel con piel, técnica sencilla que consiste en colocar al bebé desnudo sobre el abdomen materno, ha mostrado numerosos beneficios, tanto para la madre como para el bebé. Poder ver, sostener y alimentar al bebé tan pronto como sea posible se traduce en una experiencia de parto más satisfactoria<sup>(16)</sup>, la separación del bebé imposibilita la realización del piel con piel con el bebé, decayendo el nivel de satisfacción de manera significativa tal como se muestra en este trabajo, tanto al analizar la realización o no de la práctica piel con piel como al analizar la separación del recién nacido con ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Conocer las expectativas de la mujer frente al parto es un factor predictor importante relacionado con la satisfacción<sup>(11-12)</sup>. La información previa que tienen las mujeres es fundamental, ya que el grado de consistencia entre lo que la mujer espera y lo que realmente sucede está relacionado con la experiencia más o menos satisfactoria del proceso de nacimiento<sup>(17-18)</sup>. El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Ofrece información y alternativas si procede respecto al periodo de dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento y puerperio hospitalario. Facilita la comunicación entre las usuarias y los proveedores de cuidados, y a la vez promueve y facilita la toma de decisiones informadas por parte de la mujer<sup>(19)</sup>.

En el hospital que se ha realizado el estudio se ofrece una charla informativa sobre el plan de nacimiento, y se entrega el documento a todas las embarazadas que lo deseen, pudiendo entregarlo de manera voluntaria al momento del ingreso. Entregar o no el plan de nacimiento no arroja diferencias en la satisfacción percibida por la mujer, pero cuando se les pregunta respecto al cumplimiento de las expectativas reflejadas en ese plan, sí se observa que las mujeres que no estaban de acuerdo con las expectativas del plan aparecen como menos satisfechas, sin embargo otros autores concluyen que no hay suficiente evidencia para apoyar o refutar que los planes de parto puedan mejorar la experiencia<sup>(20)</sup>.

Según los datos obtenidos, altos niveles de ansiedad en el embarazo, así como en el posparto se relacionan con peores niveles de satisfacción. La percepción del parto tiene implicaciones para la salud materno-infantil y afecta la vivencia del mismo. La ansiedad en el embarazo explicaría diferencias en la experiencia del parto<sup>(21)</sup>.

En otros trabajos publicados se ha demostrado la asociación significativa entre la satisfacción de las pacientes y la duración del trabajo de parto, refieren estar menos satisfechas las mujeres que han tenido partos más largos<sup>(8)</sup>. Las mujeres en las que se utilizó oxitocina para acelerar el trabajo de parto<sup>(8)</sup> o se les realizaron mayor número de intervenciones médicas<sup>(11)</sup> están menos satisfechas. Aquellas mujeres que asistieron a un programa de preparación al parto están más satisfechas<sup>(22)</sup>. Estas variables no mostraron relación significativa en este estudio.

El método de alivio del dolor, tampoco ha mostrado diferencias en los niveles de satisfacción. A pesar de que se ofrecen métodos no farmacológicos para el alivio del dolor tales como hidroterapia o esferodinamia, un alto número de

mujeres optaron por la analgesia epidural. Aunque el alivio del dolor influye en la satisfacción, su alivio en mayor o menor medida no es el único factor influyente en la satisfacción percibida<sup>(14,23)</sup>.

Los resultados de este trabajo deben interpretarse teniendo en cuenta posibles limitaciones. El muestreo realizado fue no probabilístico. Sin embargo, las características de las pacientes y los resultados obtenidos en relación con la satisfacción han sido consistentes con la literatura publicada. El sesgo de información se minimizó utilizando cuestionarios validados, debemos destacar la dificultad de elegir el momento óptimo para entregar dicho cuestionario, los resultados podrían variar en función del momento elegido para la recogida, ya que durante el postparto inmediato un recién nacido sano borra o enmascara la parte negativa del proceso como consecuencia del efecto halo<sup>(10)</sup>. Para minimizar el sesgo de confusión se recogieron variables sociodemográficas y variables clínicas como paridad o nivel de riesgo de

embarazo, que pudiesen modificar los parámetros objetivos de medición de satisfacción.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la satisfacción en la experiencia del parto se ve influido por distintos factores, por un lado, tener un parto normal con un recién nacido que pueda permanecer con la madre, practicando piel con piel durante las primeras horas de vida y cohabitando con ella en la unidad de hospitalización, por otro lado mujeres con menor ansiedad en el embarazo así como en el posparto y usuarias con una buena información respecto al desarrollo del nacimiento que puedan cumplir y disfrutar unas expectativas reales de cara al nacimiento serán las mujeres con mayor satisfacción en el proceso de parto y puerperio. Fomentar las buenas prácticas de atención al parto normal, así como detectar mujeres con altos niveles de ansiedad durante el embarazo podría ser de gran ayuda de cara a mejorar la experiencia del nacimiento.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el grado de satisfacción en el parto y puerperio. **Método:** Estudio observacional longitudinal. Se recogieron variables clínicas de las pacientes y del parto, realizándose un análisis descriptivo e inferencial. Se utilizaron los cuestionarios validados de ansiedad estado y rasgo (STAI) y la encuesta de satisfacción *Care in Obstetrics Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS)* en Español. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 381 mujeres que se agruparon en satisfechas vs. no-satisfechas (94,54% vs. 5,46%). Las mujeres con un parto eutócico refieren estar más satisfechas ( $p=0,005$ ), así como aquellas que realizaron piel con piel con su recién nacido ( $p=0,012$ ). Las madres que se separaron de sus bebés refieren estar menos satisfechas ( $p=0,004$ ), al igual que las que no cumplieron las expectativas reflejadas en el plan de nacimiento ( $p=0,013$ ). El 100% de las mujeres con ansiedad mínima están satisfechas ( $p=0,004$ ), de igual manera sucede con el grado de ansiedad estado postparto ( $p<0,001$ ). **Conclusión:** El porcentaje de mujeres satisfechas es elevado, es necesario cuidar la atención al parto y puerperio, fomentando las buenas prácticas de atención al parto, así como el bienestar emocional de las mujeres.

## DESCRIPTORES

Parto Obstétrico, Periodo Posparto, Satisfacción del Paciente; Enfermería Obstétrica.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar o grau de satisfação no parto e puerpério. **Método:** Estudo observacional longitudinal. Foram coletadas variáveis clínicas das pacientes e do parto, realizando-se análise descritiva e inferencial. Foram utilizados os questionários validados de ansiedade como traço e estado (STAI) e a pesquisa de satisfação da *Care in Obstetrics Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS)* em espanhol. **Resultados:** 381 mulheres foram incluídas no estudo, agrupadas em satisfeitas vs. não satisfeitas (94,54% vs. 5,46%). Mulheres com parto eutócico relataram estar mais satisfeitas ( $p = 0,005$ ), assim como aquelas que realizaram contato pele-a-pele com o recém-nascido ( $p = 0,012$ ). As mães que se separaram de seus bebês relataram estar menos satisfeitas ( $p = 0,004$ ), assim como aquelas que não tiveram atendidas as expectativas refletidas no plano de parto ( $p = 0,013$ ). 100% das mulheres com ansiedade mínima estão satisfeitas ( $p = 0,004$ ), o mesmo ocorre com o grau de ansiedade pós-parto ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** O percentual de mulheres satisfeitas é alto, é necessário cuidar da assistência ao parto e puerpério, promovendo boas práticas na assistência ao parto, bem como o bem-estar emocional da mulher.

## DESCRITORES

Parto Obstétrico; Período Pós-Parto; Satisfação do Paciente; Enfermagem Obstétrica.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2017 [Internet]. Madrid; 2019 [citado 2019 feb. 13]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/emh\\_2017.pdf](https://www.ine.es/prensa/emh_2017.pdf)
2. Vaz NFM. Patient satisfaction. In: Rosiek-Kryszewska A, Leksowski K, organizators. Healthcare administration for patient safety and engagement. Hershey: IGI Global; 2018. p. 186-200.
3. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health*. 2006;29(1):51-60. doi: 10.1002/nur.20112
4. Vivanco Montes ML, Solís Muñoz M, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, García Plaza C, Millán Santos I, et al. 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.
5. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*. 2016;41:68-78. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.003>

6. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:97. doi: 10.1186/s12884-015-0525-0
7. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:28. doi: 10.1186/s12884-016-0798-y
8. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:372. doi: 10.1186/s12884-016-1100-z
9. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011362. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011362
10. Alderdice F, Henderson J, Opondo C, Lobel M, Quigley M, Redshaw M. Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: findings from a population-based survey. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):42. doi: 10.1186/s12905-019-0738-x
11. Chalmers BE, Dzakpasu S. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *J Reprod Infant Psychol*. 2015;33(4):374-87. doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>
12. Henderson J, Jomeen J, Redshaw M. Care and self-reported outcomes of care experienced by women with mental health problems in pregnancy: findings from a national survey. *Midwifery*. 2018;56:171-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.020>
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. Self-evaluation questionnaire. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
14. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(2):196-203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
15. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015;4:6. doi: 10.4103/2277-9531.151885
16. Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH. Early maternal-newborn contact and positive birth experience. *Birth*. 2019;46(1):42-50. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12378>
17. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):CD003766. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
18. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience – a mixed methods study. *Midwifery*. 2017;51:33-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
19. Plan de parto e nascimento. Plan de parto y nacimiento [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria; 2013 [citado 2019 feb. 13]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2607-ga.pdf>
20. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(4):e12722. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12722>
21. Congdon JL, Adler NE, Epel ES, Laraia BA, Bush NR. A prospective investigation of prenatal mood and childbirth perceptions in an ethnically diverse, low-income sample. *Birth*. 2016;43(2):159-66. doi: 10.1111/birt.12221
22. Akca A, Corbacioglu Esmir A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(5):1127-33. doi: 10.1007/s00404-017-4345-5
23. Richardson MG, Lopez BM, Baysinger CL, Shotwell MS, Chestnut DH. Nitrous oxide during labor: maternal satisfaction does not depend exclusively on analgesic effectiveness. *Anesth Analg*. 2017;124(2):548-53. doi: 10.1213/ANE.0000000000001680

