



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Master de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería***

Curso Académico 2021/22

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Experiencia y grado de satisfacción con la experiencia del parto en mujeres en la ciudad de Zaragoza. Estudio transversal

Women's experience and satisfaction with childbirth the city of Zaragoza. A cross-sectional study

Autor/a: Yasmina Frechilla Herrán

Director/a: Pr. Dra. Isabel Iguacel

Co-Director/a: Pr. Dra. Isabel Antón

Agradecimientos

Durante estos dos años de máster el esfuerzo y la constancia han sido las principales herramientas para conseguir llegar al final del camino. Pero, afortunadamente, personas nuevas en mi vida y en especial otras ya conocidas han sido un elemento vital en este recorrido. Por ello quiero agradecerles la labor de haber hecho estos años más fáciles, así como la ayuda y el apoyo que me han brindado en todo momento.

A mis directores del Trabajo de Fin de Máster, la Dra. Isabel Iguacel y la Dra. Isabel Antón por guiarme y animarme en todo momento en la realización de este trabajo, gracias por vuestras correcciones, dedicación, paciencia, sabiduría y vocación por la investigación.

A la matronas María Pilar Sola Corroza y M^a Jesús Bernal Montañes, por la oportunidad que me han ofrecido para llevar a cabo el presente estudio, por su colaboración e interés en el tema y compartir conmigo sus conocimientos desde dentro.

Y por último y no menos importante, quiero agradecer y además dedicar a mi familia la realización de este proyecto, en especial a mi pareja, Sergio y a mi hija Sofía durante su primer año de vida. A pesar de haber sido un año de cambios, ellos han sido constantemente, los encargados de animarme en no dejar de perseguir mis metas sobretodo en los momentos de flaqueza. Gracias por ser los pilares de mi vida.

Infinitas gracias por haber hecho esto posible.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. METODOLOGÍA.....	10
2.1 Diseño del estudio.....	10
2.2 Contexto geográfico/temporal.....	10
2.3 Descripción de las participantes.....	10
2.4 Métodos de recogida de datos.....	11
2.5 Análisis de datos.....	12
2.6 Consideraciones éticas.....	13
3. RESULTADOS.....	14
4. DISCUSIÓN.....	21
4.1 Fortalezas y limitaciones del estudio.....	23
5. CONCLUSIONES.....	24
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
7. ANEXOS.....	31

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

Art.	Artículo
CEEP	Cuestionario de Evaluación de Experiencia en el Parto
CEICA	Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón
COMFORTS	Care in Obstetrics: measure for testing satisfaction
CS	Centro de Salud
HUMS	Hospital Universitario Miguel Servet
INE	Instituto Nacional de Estadística
LA	Lactancia Artificial
LE+LA	Lactancia Mixta
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LO	Ley Orgánica
MCSRS	Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
QACE	Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience
RN	Recién Nacido
UE	Unión Europea
WOMBLSQ	Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire

RESUMEN

Introducción: La satisfacción de las madres durante el proceso de parto está relacionada con diversos factores como las características sociodemográficas y obstétricas de la madre, experiencias previas, los primeros momentos con el recién nacido y/o la atención recibida por los profesionales sanitarios. Conocer las necesidades y expectativas de las mujeres con su experiencia de parto es necesario así como analizar su satisfacción con el mismo para plantear posibles mejoras. Por ello, el objetivo del presente trabajo es conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y estudiar la relación con diferentes variables sociodemográficas y obstétricas.

Método: Se llevo a cabo un estudio transversal con 69 mujeres primíparas que dieron a luz en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante los meses de enero y abril de 2022. Se recogieron variables sociodemográficas y obstétricas y se utilizó el cuestionario para evaluar la experiencia del parto (QACE) en su versión española. Se llevó a cabo un análisis descriptivo e inferencial para estudiar la relación entre variables mediante tests paramétricos y no paramétricos, correlaciones y regresión múltiple con un nivel de confianza de 95%. Para los análisis estadísticos se utilizó el software RCommander.

Resultados: Un 68,87% de la presente muestra reportó estar satisfecha con el proceso de parto. El 62,31% de los partos se produjeron por vía vaginal normal, el 26,1% fue parto instrumental y el 11,6% por cesárea. Las mujeres que recibieron apoyo de los profesionales, que pudieron participar en la toma de decisiones durante el parto y que realizaron piel con piel los primeros momentos de vida del bebe refirieron mayor satisfacción. Las madres que se separaron de sus bebés al nacer y a quienes la idea de otro parto les asusta mostraron menor satisfacción, al igual que las que no cumplieron las expectativas de parto y las que consideraron que la atención recibida por el personal sanitario no fue la deseada.

Conclusiones: El porcentaje de mujeres satisfechas con su experiencia de parto no fue muy elevado. Es necesario cuidar la atención al parto y puerperio inmediato, fomentando las buenas prácticas de atención al parto, así como el bienestar emocional de las mujeres.

Palabras clave: Escala de satisfacción, asistencia al parto, práctica clínica, expectativas del parto

ABSTRACT

Background: Mothers' satisfaction during child delivery is related to various factors such as the socio-demographic and obstetric characteristics of the mother, previous childbirth experiences, the first moments with the newborn and/or the care received by healthcare professionals. It is important to understand women's needs, expectations and level of satisfaction with child delivery in order to identify areas of improvements. Therefore, the aim of this study was to determine the degree of satisfaction of women during childbirth and to study its relationship with different sociodemographic and obstetric variables.

Methods: A cross-sectional study was carried out with a total sample of 69 primiparous women who gave birth at the Miguel Servet University Hospital in Zaragoza between January and April 2022. Sociodemographic and obstetric variables were collected through an ad hoc questionnaire; their childbirth experience was assessed using the Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) in its Spanish version. Descriptive and inferential analyses were carried out to study the relationship between variables using parametric and non-parametric tests, correlations and multiple regression with a confidence level of 95%. The RCommander software was used for the statistical analyses.

Results: 68,87% of the present sample reported to be satisfied with the delivery process. 62,31% were normal vaginal deliveries, 26,1% were instrumental deliveries and 11,6% were caesarean deliveries. Women who received support from professionals, who were able to participate in decision-making during delivery and who had skin-to-skin contact during the first moments of the baby's life reported higher satisfaction. Mothers who were separated from their babies at birth and who were frightened by the idea of another birth showed lower satisfaction, as did those who did not meet their birth expectations and those who felt that the care received by health personnel was not as desired.

Conclusions: The percentage of women satisfied with their birth experience was not very high. It is necessary to take care of childbirth and immediate postpartum care, promoting good childbirth care practices, as well as the emotional wellbeing of women.

Key-words: Satisfaction scale, childbirth care, clinical practice, childbirth expectations.

INTRODUCCIÓN

El parto normal es el acontecimiento biológico con el que la mujer finaliza su gestación a término entre las semanas 37 y 42 con la expulsión de uno o varios fetos y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Aunque es un proceso fisiológico, se precisan cuidados y atenciones para desarrollarse sin grandes complicaciones, que marcarán la experiencia de parto (Aguilar Cordero et al., 2013).

La asistencia o atención al parto representa una parte muy importante de la actividad hospitalaria, suponiendo aproximadamente el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias (Salgado Barreira et al., 2010). La mayor parte de los partos en España se realizan en hospitales públicos y privados. Los partos en los hospitales permiten una monitorización continua del feto, la telemetría, la dinámica uterina, la analgesia epidural, la inducción farmacológica y nuevas técnicas quirúrgicas como los partos por cesárea (Alfirevic et al., 2017). Sin embargo, pueden llevarse a cabo siguiendo un modelo de atención intervencionista que conlleva mayor instrumentalización, fragmentación del cuidado, tecnologización o monopolio médico dónde la mujer representa un papel secundario y pasivo en salas de dilatación, paritorios y quirófanos (Sanidad, n.d.). Esta instrumentalización y monitorización del proceso ha producido un mayor grado de seguridad en los profesionales. No obstante en algunos casos, esto ha afectado a la prestación de asistencia sanitaria personalizada y adaptada a los sentimientos y/o necesidades de las mujeres, y ha disminuido la experiencia y grado de satisfacción con el parto (Uribe T. et al., 2018).

En 2020, hubo un total de 336.741 nacimientos en España de los cuales 252.964 (75%) fueron partos vaginales y 83.777 (25%) cesáreas. De los partos vaginales, un 15% fue instrumentalizado (INE, 2020a). Estas cifras son superiores al 10-15% de cesáreas recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo España uno de los países con mayor tasa de cesáreas de la Unión Europea (OMS, 2020). La situación en Aragón es similar al resto de regiones españolas. Concretamente en Aragón se registraron 8.783 partos en el 2020 (de los cuales 4.076 fueron en la provincia de Zaragoza siendo 876 cesáreas). Estas cifras suponen un 21% de cesáreas realizadas, superando también los porcentajes máximos de la OMS (INE, 2020b).

La vivencia que la mujer tiene de su parto, está condicionada principalmente por la calidad y organización de los cuidados y trato recibidos, el acompañamiento de los profesionales así como el cumplimiento de las expectativas previas al proceso (Mocumbi et al., 2019). La OMS relaciona la experiencia positiva del parto y la satisfacción percibida por las mujeres con numerosos factores. Estos factores incluyen el cumplimiento de las expectativas personales de las embarazadas, la tenencia de un ambiente seguro, el apoyo otorgado por la familia, su pareja y/o profesionales que la atienden, la preparación al parto, y los métodos utilizados para aliviar el dolor durante este proceso (OMS, 2018). En torno a un 5-7% de las mujeres que alumbran se muestran insatisfechas con su parto y esta percepción puede llegar a mantenerse hasta un año después del nacimiento (Marín-Morales, 2013). Las experiencias negativas se han asociado con desempoderamiento de la mujer, depresión postparto, trastorno de estrés postraumático (TEPT), vínculo materno-infantil disfuncional, reducción de las tasas de lactancia materna (LM), miedo al parto y aumento de deseo de cesáreas electivas en futuros embarazos (Taheri et al., 2018).

La satisfacción es un indicador empleado para medir la calidad de la atención sanitaria mediante encuestas y/o escalas y se define como la adecuación de las expectativas del paciente con la percepción final del servicio sanitario recibido (Fernández-Martín et al., 2016). En la actualidad, España se encuentra en un proceso de transformación sobre el modelo del parto, centrado en ofrecer una atención más personalizada e integral a las mujeres reforzando su papel y participando en la toma de decisiones. Por ello, resulta relevante conocer la valoración global actual por parte de la mujer sobre la atención recibida durante este proceso (Mas-Pons, 2012). Teniendo en consideración las repercusiones e impacto que tiene la experiencia vivida, es necesario como indicador de calidad asistencial utilizar herramientas fiables y útiles que permitan medir la satisfacción maternal, evaluando las percepciones de las madres tras el nacimiento e identificando si existen o no experiencias negativas en este proceso para la madre.

La mayoría de los estudios realizados en España con escalas validadas se han llevado a cabo con madres que presentaban embarazos de bajo riesgo cuya gestación finalizaba en parto vaginal natural de manera satisfactoria. Por ello, se considera relevante evaluar y analizar la satisfacción en mujeres cuyo embarazo finaliza mediante parto vaginal

instrumental (fórceps o dispositivo de aspiración) o cesáreas (Arrebola & Mahía, 2021; Conesa-Ferrer et al., 2016).

Es necesario medir y valorar el grado de satisfacción de la madre en partos diferentes al parto vaginal natural y detectar posibles malas experiencias derivadas. El presente estudio propone conocer mediante el Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y analizar los factores que influyen en él, para de esta manera, poder mejorar y orientar los servicios sanitarios hacia unos cuidados más integrales y centrados en las nuevas necesidades y expectativas de la mujer. Así, el objetivo principal de esta investigación es conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y analizar su relación con diferentes variables sociodemográficas y obstétricas.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal con mujeres que habían dado a luz entre enero y abril de 2022 en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza utilizando una herramienta para analizar su experiencia de parto, el QACE en su versión validada en español (Rodríguez Coll et al., 2021).

2.2 Contexto geográfico/temporal

El estudio se llevó a cabo durante el año 2022. La valoración de la experiencia de parto de las madres que habían dado a luz entre enero y abril se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo en el centro de salud (CS) San Pablo, CS Puerta del Carmen y CS Canal Imperial de la ciudad de Zaragoza, durante las visitas programadas de las madres con la matrona a partir de los primeros 40 días postparto hasta el bebe tener 4 meses incluidos.

2.3 Descripción de las participantes

La población de estudio estuvo compuesta por 69 madres que acudieron a la consulta de la matrona de los CS Puerta del Carmen, Canal Imperial y San Pablo entre el segundo y el tercer mes después de dar a luz en el HUMS de Zaragoza. Las participantes fueron seleccionadas mediante una estrategia de muestreo consecutiva, entre los meses de abril y mayo de 2022.

La elección del momento de las entrevistas, entre el segundo y cuarto mes postparto, se basó en resultados de estudios previos sobre las valoraciones del parto en las primeras horas del posparto (Bramadat & Driedger, 1993). El objetivo era evitar el postparto inmediato por las alteraciones emocionales que presenta la madre, como labilidad afectiva, euforia, estrés, melancolía, etc. y no estar lejos de la experiencia del parto para no olvidar las sensaciones y percepciones en ese proceso (Sharma et al., 2021).

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) mujeres puérperas primíparas que se encontraban entre el segundo y tercer mes postparto, 2) mayores de 18 años, 3) castellano parlantes y 4) con partos entre la semana 37 y 42. En base a la literatura científica se excluyeron las mujeres que: 1) tuvieron partos prematuros, por presentar varios factores negativos como mayor sufrimiento y niveles de estrés altos (Pohlmann, 2016), 2) las multíparas, por presentar trabajos de parto más cortos, dilataciones más

rápidas, menor percepción del dolor, complicaciones y expectativas más realistas por sus experiencias previas (Marín-Morales et al., 2013) y 3) aquellas que no dieron el consentimiento informado para participar en el estudio.

2.4 Métodos de recogida de datos

La identificación y el reclutamiento de las participantes se llevo a cabo a través de la matrona de los CS Puerta del Carmen, Canal Imperial y San Pablo de la ciudad de Zaragoza. La recogida de datos se efectuó de manera presencial en la consulta donde se recopilaban las variables sociodemográficas y los datos obstétricos (**Anexo I**). Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: edad materna, país de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, nivel económico (ingresos), estado civil de la madre, ingresos hospitalarios previos e intervenciones quirúrgicas. Las variables obstétricas y datos del parto reciente incluyeron: número de embarazos, número de abortos, tipo de parto, clases preparto, plan de parto, duración del parto, analgesia epidural, posición, episiotomía, piel con piel al nacer, acompañamiento de la madre durante el parto, número de días de ingreso, tipo de alimentación del recién nacido, medicación tras el parto y utilización de recursos sanitarios extra (fisioterapeuta y/o psicólogo).

La experiencia del parto se valoró a través del QACE en su versión validada al castellano (CEEP) (Rodríguez-Coll et al., 2021) en papel. Asimismo, las participantes completaron un cuestionario diseñado ad hoc con las variables sociodemográficas y obstétricas del estudio. Ambos se completaron en la propia consulta con la ayuda de la matrona en caso de ser necesario. El QACE fue desarrollado por Guittier en 2017 (Guittier et al., 2017). Es una herramienta autoadministrable que evalúa de forma general la experiencia en el parto en mujeres profundizando en cuatro aspectos importantes relacionados con la experiencia del parto: a) relación con el personal sanitario, b) estado emocional de la madre, c) primeros momentos con el bebé y d) sentimientos a partir del primer mes de nacimiento del bebé, e identifica experiencias negativas en este proceso (Guittier, 2017). Se puede encontrar en dos versiones. La versión completa (23 ítems) y la versión corta (13 ítems). El CEEP fue la herramienta utilizada en el estudio y consta de 23 ítems que evalúan cuatro dominios: a) capacidad propia (8 ítems relacionados con la sensación de control de las mujeres y el dolor del parto), b) apoyo profesional (5 ítems sobre la información y atención proporcionada por

la matrona), c) seguridad percibida (6 ítems relacionados con sensación de seguridad y recuerdos del parto), y d) participación (3 ítems sobre las posibilidades propias para influir en la posición, los movimientos y el alivio del dolor durante el parto). De los 23 ítems del cuestionario 20 se valoran utilizando una escala tipo Likert de cuatro respuestas: 1 (nada), 2 (no mucho), 3 (en parte) y 4 (totalmente) el 21 y 22 emplean una escala visual analógica (EVA) y el 23 ordena del 1 al 6 lo que es para la madre un parto ideal. Las puntuaciones más altas indican una mejor experiencia de parto y la puntuación de los ítems redactados negativamente (ítems del 16 al 20) se invierte. Las puntuaciones de la EVA se transformaron en valores categóricas: 0-2=1; 3-4=2; 5-7=3; y 8-10=4 y las puntuaciones del ítem negativo 21 medido mediante escala EVA se transforman a la inversa: 0-2=4; 3-4=3; 5-7=2; y 8-10=1. La puntuación total de la escala puede oscilar entre 23 y 92 y se analiza por apartados. Para facilitar la comprensión de la puntuación total del QACE se disgregó en base a la literatura (Chabbert et al., 2021) en una respuesta dicotómica: mala experiencia (1 al 6) buena experiencia (7 al 10).

2.5 Análisis de datos

Los datos se tabularon y codificaron en tablas bidimensionales realizadas con el programa Microsoft Excel, versión 16.51. Tras la recogida de los datos, se utilizaron para el análisis univariante y bivariante de los mismos el programa R-Commander (versión 4.0.3) y Jamovi (v.1.6.23)

En el análisis descriptivo univariante de las variables cualitativas se calculó la media y desviación típica y se realizaron las correspondientes distribuciones de frecuencias. Para las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

En el análisis bivariante, cuando se cruzó una variable cuantitativa con una cualitativa, se comprobó la normalidad de la distribución mediante el test de Shapiro-Wilk. Posteriormente, para valorar la asociación entre la variable cuantitativa y la cualitativa de dos categorías, y tras no asumir la normalidad de la distribución, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En el caso de que la variable cualitativa tuviera más de dos categorías, y no asumiendo la normalidad se empleó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Se realizaron análisis de correlación de Spearman entre la puntuación total del QACE y las distintas variables independientes (edad, dolor dilatación, dolor expulsivo, duración

del parto, nº días de ingreso, primeros momentos con el RN, participación de la madre y apoyo de los profesionales) y se utilizó el análisis de regresión múltiple para entender la relación entre la variable dependiente (puntuación total del QACE) y los distintos predictores (piel con piel, acompañamiento de la madre, duración del parto, apoyo de los profesionales, primeros momentos con el RN, participación de la madre, dolor dilatación y dolor expulsivo)..

El valor de significación aceptado durante todo el estudio fue de 0,05 asumiendo un nivel de confianza de 95%, por lo que se consideraron significativos los valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$)

2.6 Consideraciones éticas

El trabajo se realizó con el permiso de la matrona y los responsables de los centros de salud citados anteriormente. Asimismo, la investigación contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) con el número de identificador P122/168 (**Anexo II**).

El trabajo se desarrolló bajo las normas de buena práctica clínica, los principios éticos y los aspectos contenidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes, garantizando el anonimato y el uso legítimo de estos. Los datos fueron tratados de manera lícita, leal y transparente según lo establecido en el Art.5 del Reglamento (UE) 2016/679.

Además, previa participación en el estudio, se solicitó por parte de la matrona el consentimiento informado a las participantes antes de iniciar el proceso de recogida de datos (**Anexo III**). Todas las participantes participaron voluntariamente en los procedimientos de estudio tras la explicación del mismo, que incluyó información sobre su derecho a optar por no participar en el proceso y negarse a participar en el estudio sin ningún efecto.

3. RESULTADOS

De las 78 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado, 69 (95%) completaron los cuestionarios entre el segundo y cuarto mes después del parto (40 y 120 días postparto).

La edad de las madres se encontraba entre los 23 y los 45 años, con una media de 33,97 años (SD=4,63). El 73,92% estaban casadas o eran pareja de hecho. El 68,12% eran españolas y el resto extranjeras. Sobre el nivel de estudios, el porcentaje de madres con estudios universitarios (nivel alto) fue de 53,63% frente al 22,88% con nivel de estudios medio y 14,49% con educación secundaria obligatoria o sin estudios (nivel bajo). Respecto a la situación laboral previa al embarazo, el 65% de las mujeres tenían vida laboral activa en el momento de iniciar el embarazo de las cuales, el 81,15% estaban con jornada completa, el 14,5% jornada a tiempo parcial y solamente dos participantes se encontraban en situación de desempleo y otra en excedencia (**Tabla 1**).

Tabla 1: Características sociodemográficas de las madres (n=69) y puntuación total QACE por subgrupos de variables

Características	n	%	Puntuación total QACE, Media ± SD	p-valor
Datos sociodemográficos				
Edad				0,571
18 a 26	4	5,80%	74,5 ± 14,2	
26 a 34	31	44,93%	70,48 ± 13,96	
≥35	34	49,28%	70,08 ± 11,86	
Nacionalidad				p <0,05
Española	47	68,12%	67,78 ± 13,64	
Extranjera:	22	31,88%	76,36 ± 8,45	
Marruecos	10	14,49%	74,6 ± 8,75	
Ecuador	5	7,25%	83 ± 7,96	
Perú	3	4,35%	71,33 ± 9,6	
Otros	4	5,79%	76,25 ± NA	
Nivel de estudios				0,056
Alto	33	47,83%	66,33 ± 14,13	
Medio	23	33,33%	73,95 ± 9,9	
Bajo	13	18,84%	75,07 ± 11,19	

Estado civil					0,612
Casada	46	66,67%		71,30 ± 11,65	
Soltera	18	26,09%		69,27 ± 16,64	
Pareja de hecho	5	7,25%		67,80 ± 7,91	
Tipo de jornada laboral					0,706
Completa	56	81,15%		70,07 ± 13,51	
Tiempo parcial	10	14,49%		74,30 ± 8,68	
Excedencia	1	1,44%		70 ± NA	
Desempleo	2	2,89%		64,50 ± 14,84	

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los datos obstétricos (**Tabla 2**), de las 69 mujeres primíparas que formaban la muestra, 12 habían sufrido un aborto espontáneo previo al embarazo actual. En relación al tipo de parto, se observó que el porcentaje de parto vaginal normal fue el 62,31%, el de parto instrumental fue el 26%, el de cesárea de urgencia fue el 10,14%; tan solo hubo una cesárea programada. De todos ellos casi el 80% se desarrollaron de manera espontánea; en el resto de los casos se necesitó inducir el parto o aportar ayuda farmacológica con oxitocina por no progresar en la dilatación. La duración media del parto fue de 11,43 horas. La gran mayoría de las mujeres habían asistido a clases de preparación al parto, aunque solo 17 mujeres entregaron el plan de nacimiento en el hospital el día del parto; el plan de nacimiento fue respetado en 9 de los 17 casos. En el 40% de los partos vaginales se realizó una episiotomía, y más del 80% de las madres optaron por la anestesia epidural como método de control del dolor en los partos vaginales. Casi el 75% de los recién nacidos hicieron piel con piel con la madre. Finalmente, el porcentaje de bebés que recibían LME en el momento de la realización del cuestionario fue elevado (46 casos; 66,67%).

Tabla 2: Características obstétricas, alimentación del bebé (n=69) y puntuación total QACE por subgrupos de variables

Características	n	%	Puntuación total QACE Media ± SD	p-valor
Abortos				0,826
Si	16	23,19%	69,93 ± 11,64	
No	53	76,81%	70,69 ± 13,24	
Tipo de parto				0,556

Vaginal normal	43	62,31%	71,93 ± 12,05	
Vaginal instrumental	18	26,09%	68,66 ± 11,05	
Cesárea urgencia	7	10,14%	65,83 ± 15,39	
Cesárea programada	1	1,45%	70 ± NA	
Inducción				0,135
Si	14	20,29%	67,14 ± 11,32	
No	55	79,71%	71,38 ± 13,12	
Preparación al parto				0,952
Si	59	85,51%	70,50 ± 12,77	
No	10	14,49%	70,60 ± 13,76	
Plan de parto				0,351
Si	18	26,08%	68,29 ± 14,07	
No	51	73,91%	71,25 ± 12,43	
Respetado				p <0,05
Si	8	45,5%	76,5 ± 15,7	
No	10	55,5%	65,3 ± 10,56	
Episiotomía				0,229
Si	25	40,33%	68,16 ± 12,28	
No	37	59,67%	71,86 ± 13,05	
Epidural Vaginal				0,628
Si	51	82,25%	69,86 ± 13,35	
No	11	17,75%	74 ± 9,17	
Posición				0,486
Litotomía	61	88,41%	70,74 ± 13,02	
Otras	8	11,59%	68,57 ± 11,44	
Acompañamiento				p <0,05
Si	42	60,87%	73,21 ± 11,46	
No	27	39,13%	66,33 ± 13,87	
Piel con piel				p <0,001
Si	51	73,91%	74,01 ± 11,64	
No	18	26,09%	60,61 ± 10,83	
Alimentación bebe				0,602
LME	46	66,67%	70,84 ± 12,09	
LE+LA	20	28,99%	71 ± 13,87	
LA	3	4,35%	62,33 ± 19,03	
Asistencia postparto				0,061
Si	45	65,22%	67,86 ± 14,07	
No	24	34,78%	75,5 ± 8,19	

Fuente: elaboración propia

Respecto a la valoración general sobre la experiencia del parto, se ha obtenido una puntuación media de 70,52 puntos (SD=12,81). La escala numérica que se utilizó para evaluar la experiencia del parto que va de 0 a 10 indicó que el 30,43% de las participantes evaluó su experiencia de parto como negativa, mientras que el 69,57% evaluó la experiencia como positiva. Los 3 ítems mejor valorados con satisfacción total fueron el 1, el 3 y el 4, correspondientes a los cuidados intraparto por el profesional sanitario (con un 71%, 69% y 66%). El ítem 10 fue el peor valorado correspondiente a los primeros momentos con el bebé (con un 55% de total satisfacción y un 45% insatisfechas).

Las respuestas de las mujeres a sus representaciones de un parto ideal (ítem 23) que ocuparon el primer y segundo lugar, fueron “parto vaginal” 34/69 (49,3%) y “parto espontáneo” 31/69 (44,9%). “Sin dolor” 49/69 (71%) fue tercero, “con el profesional de mi elección” 29/69 (42%) fue cuarto, “programada” 42/69 (60,8%) fue quinto y “por cesárea” 39/69 (56,5%) fue sexto.

No se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones del QACE y las características sociodemográficas de las madres, excepto en el caso de la nacionalidad ($p < 0,05$). En madres españolas se obtuvo 67,78 puntos sobre 92 (63% satisfacción) frente a 76,36 puntos sobre 92 (76,8% satisfacción) de las madres extranjeras. Dentro de las madres extranjeras, las ecuatorianas fueron las que mejor grado de satisfacción obtuvieron 83 puntos sobre 92 (82,6% satisfacción). Sin embargo, entre las características obstétricas sí se encuentran diferencias con el acompañamiento de la madre durante el parto, el plan de parto respetado o la realización de la técnica piel con piel al nacer. Las madres cuyo plan de parto fue respetado, estuvieron acompañadas o realizaron la técnica piel con piel obtuvieron una mayor puntuación en el QACE.

La **Tabla 3** muestra las covariables que demostraron relaciones significativas con la puntuación del QACE. Cuando las puntuaciones de las distintas variables se correlacionaron con las puntuaciones del QACE, se observó una débil correlación negativa, significativa entre el dolor en la dilatación y la puntuación total del QACE lo que indicaba que a medida que el dolor aumentaba la puntuación del QACE disminuía.

Al analizar tres subgrupos de la escala QACE, se observaron correlaciones positivas; el poder de participación de las madres en el proceso del parto (libertad de movimiento, posición, elección de analgesia, toma de decisiones, etc.), los primeros momentos con el

recién nacido y el apoyo de los profesionales sanitarios estaban correlacionados positivamente con la puntuación total del cuestionario.

Tabla 3: Correlaciones bivariantes

Variables	Edad	Dolor dilatación	Dolor expulsivo	Duración del parto	Nº días de ingreso	Primeros momentos con el RN	Participación	Apoyo de los profesionales	QACE
Edad		0,131	-0,078	0,114	-0,005	-0,076	-0,062	-0,136	-0,177
Dolor dilatación			0,128	0,2215	-0,108	0,115	-0,018	0,081	-0,127*
Dolor expulsivo				-0,225	0,038	-0,046	0,013	-0,073	-0,211
Duración del parto					-0,018	-0,172	0,153	0,016	-0,066
Nº días de ingreso						-0,137	0,021	-0,054	0,017
Primeros momentos con el RN							0,434***	0,451***	0,759***
Participación								0,307**	0,668***
Apoyo de los prof.									0,789***
QACE									

*p <0,05. **p <0,01. ***p < 0,001. Fuente: elaboración propia

Para el modelo de regresión múltiple presentado en la **Tabla 4 y 5**, integramos las variables que mostraron efectos significativos sobre la puntuación total del QACE.

El modelo final demostró que los principales predictores de la experiencia de la positiva del parto eran el realizar la técnica de piel con piel y los primeros momentos con el recién nacido (RN), el apoyo de los profesionales y el poder de participación y toma de decisiones durante el parto y el dolor en la fase de dilatación.

La experiencia del parto tanto de manera categórica como cuantitativa, se consideraba mejor entre las participantes que realizaron piel con piel, tuvieron buen control del dolor en la fase de dilatación, obtuvieron un apoyo de los profesionales satisfactorio y pudieron tomar decisiones y moverse con libertad.

Tabla 4: Análisis de regresión múltiple para predecir la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto

QACE. β

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de determinación R ²	0,843
R ² ajustado	0,822

Predictores	β	t	p-valor	Intervalo de confianza al 95%
Piel con piel	2,867	1,458	0,014	(-1,065 ; 6,799)
Acompañamiento de la madre	-0,621	-0,408	0,684	(-3,667 ; 2,425)
Duración del parto	-0,0839	-1,155	0,252	(-0,229 ; 0,061)
Apoyo de los profesionales	4,811	5,238	p < 0,001	(2,974 ; 6,647)
Primeros momentos con el RN	4,551	5,611	p < 0,001	(2,928 ; 6,174)
Participación	3,253	4,411	p < 0,001	(1,778 ; 4,729)
Dolor en la dilatación	-0,876	-0,728	p < 0,001	(-0,614 ; 0,286)
Dolor en el expulsivo	-0,164	-3,833	0,469	(-1,188 ; -0,373)

Fuente: elaboración propia

Tabla 5: Análisis de regresión múltiple para predecir la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto

QACE. Categorizado

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de determinación R ²	0,748
R ² ajustado	0,715

Predictores	Coefficientes	t	p-valor	Intervalo de confianza al 95%
Piel con piel	0,333	3,715	p < 0,001	(0,138 ; 0,483)
Acompañamiento de la madre	-0,127	-1,828	0,072	(-0,127 ; -0,032)
Duración del parto	-0,003	-1,054	0,297	(-0,011 ; 0,003)
Apoyo de los profesionales	0,061	1,461	p < 0,001	(-0,031 ; 0,134)
Primeros momentos con el RN	0,141	3,891	p < 0,001	(0,064 ; 0,208)
Participación	0,125	3,783	p < 0,001	(0,070 ; 0,201)
Dolor en la dilatación	-0,012	-0,354	p < 0,001	(-0,070 ; 0,046)
Dolor en el expulsivo	0,081	2,932	0,724	(0,028 ; 0,138)

Fuente: elaboración propia

4. DISCUSIÓN

El grado de satisfacción de las mujeres con el proceso del parto estaba por debajo del 70%, es decir más baja que en otros estudios similares que muestran valores por encima del 80% (Arrebola & Mahía, 2021; Moudi & Tavousi, 2016).

En este estudio, las madres primíparas presentaban una edad media mayor de 30 años, siendo el grupo más numeroso el de las madres mayor o igual de 35 años, representando un 53% (n=37) similar a la de otros estudios realizados en España (Arrebola & Mahía, 2021; Fernández & Novo, 2019). La tasa de cesáreas fue baja 11% (n=8) comparado con los datos recogidos en INE que en el año 2020 muestran el 25% de los partos en España (INE, 2020a). Sobre el porcentajes de episiotomías España cuenta con el 43%, similar al del presente estudio el cual resultó obtener un 40% de episiotomías (García & Ballesteros et al., 2020). La posición de litotomía con las piernas de la mujer fijadas en estribos fue empleada en el 100% de los partos vaginales tanto espontáneos como instrumentalizados de este estudio. Se ha observado que la atención al parto vertical conlleva menos complicaciones para la madre y el recién nacido frente a las posiciones horizontales (Gupta et al., 2017). Se debería estimular a las mujeres a que tengan su parto en la posición más cómoda para ellas, solo el 21% de las madres de esta investigación pudieron moverse o elegir la postura con libertad.

Respecto a la alimentación del bebé el 66,67% lo hacían con LME. Comparando estos datos con los resultados de otros autores, se aprecia similitud en el porcentaje de lactancia materna en los primeros meses de vida del bebé. En un estudio de prevalencia y duración de la lactancia materna se ve reflejado que de 366 mujeres, el 66,2% de las madres continúan dando el pecho al mes de dar a luz (López de Aberasturi Ibáñez de Garayo et al., 2021). Los niveles están muy por debajo de los recomendados por la OMS (75-80%) y de otros estudios publicados tanto en España como en el extranjero (Prósper Gisbert et al., 2021; Gupta et al., 2017; López de Aberasturi Ibáñez de Garayo et al., 2021). Las diferencias de datos sobre la satisfacción de las mujeres en el parto recogidos con otros estudios (Arrebola & Mahía, 2021; Moudi & Tavousi, 2016) pueden deberse a las diferencias sociodemográficas de la muestra y a que en el presente estudio se realizó con mujeres primíparas. Según la evidencia encontrada, la vivencia del parto cambia en base a las costumbres culturales de la madre y ser primípara contribuye significativamente a las puntuaciones negativas en la experiencia del parto (Chabbert et al., 2021).

La satisfacción con la experiencia del parto tuvo una fuerte asociación con el cumplimiento de las expectativas. Al igual que en estudios previos, las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban se mostraban más satisfechas que aquellas cuyas expectativas no se cumplieron, valorando la experiencia de parto en función de si se cumplieron o no sus expectativas (Ong et al., 2005; Oribe et al., 2015).

El tipo de parto influyó en la presencia de acompañante para la madre pero no influyó significativamente en la satisfacción de la parturienta. En otras investigaciones se concluye que la finalización como parto eutócico mejora la satisfacción, comparando los resultados frente a parto instrumental y cesárea (Camacho-Morell et al., 2018).

Por otro lado las madres que realizaron el contacto piel con piel valoraron la experiencia del parto de manera satisfactoria. La separación de la madre y el bebé imposibilita la realización del contacto piel con piel decayendo el nivel de satisfacción de manera significativa tal como se muestra en este trabajo. Los primeros momentos con el recién nacido tienen mucho peso sobre la satisfacción global del parto (Camacho-Morell et al., 2018). Otros autores afirman los numerosos beneficios de esta técnica, en primer lugar ayuda a la estimulación de hormonas como la oxitocina esencial en crear el vínculo materno-filial y en la producción de leche (Camacho-Morell et al., 2018; Markosyan, 2020).

El disponer de información y apoyo por parte de los trabajadores sanitarios estaba muy relacionado con la satisfacción durante el parto. Aquellas mujeres que no habían podido expresarse con total libertad y/o desconocían lo que sucedía durante el proceso valoraron la experiencia del parto negativamente. En el estudio de Díaz-Sáez et al. (Díaz-Sáez & Catalán-Matamoros, 2011) se concluye el personal sanitario ha de conseguir un equilibrio entre mantener informada a la paciente, la seguridad y el menor grado de intervención posible.

Según los resultados obtenidos en el ítem 19 del QACE “la idea de otro parto me asusta”, una experiencia negativa en el momento del parto podría llevar a la mujer a generar sentimientos de miedo y rechazo ante un siguiente parto. En un estudio previo, Cheryl Beck expone el impacto de la insatisfacción y la experiencia traumática durante el parto en varios de sus estudios, los cuales pueden llevar a depresión postparto, síndrome de estrés postraumático, deterioro del vínculo madre-hijo, etc. (Beck, 2004; Beck & Casavant, 2019).

Cabe destacar que el QACE es un instrumento útil para identificar la existencia o no de experiencias negativas del parto pudiendo detectar los déficits en los cuidados intraparto

y facilitar la planificación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido (Igúzquiza, 2013). Debido a la escasez de datos relacionados con la experiencia de las mujeres en su proceso de parto en España, es necesario continuar investigando con herramientas que identifiquen experiencias negativas en el parto o midan la satisfacción de dicho proceso.

El uso de cuestionarios autocumplimentados permite verificar que la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto es un concepto complejo y multidimensional (Igúzquiza, 2013). Según Rodríguez Coll et al. (Beck & Casavant, 2019) los porcentajes que muestren insatisfacción deberían ser revisados para mejora.

La satisfacción de las mujeres con el parto hospitalario puede ser uno de los indicadores de calidad asistencial, ya que permite reforzar aquellas áreas de actuación exitosas e introducir posibles mejoras en aquellos aspectos débiles en los cuales las madres no han estado satisfechas.

De esta forma, tras este estudio, se propone un cambio de actitud y de enfoque hacia un modelo médico más humanista que respete y reconozca la opinión de la paciente, que esté abierto a la escucha, a la libertad de movimiento y que tenga en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que la rodean así como la importancia de los primeros momentos de vida con el recién nacido.

4. 1 Fortalezas y limitaciones del estudio

El estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas el reducido tamaño de la muestra. Por otro lado, la población pertenecía a tres centros de atención primaria de Zaragoza de diferentes niveles socioeconómicos y culturales. Los aspectos culturales que rodean al proceso del parto resultan una limitación a la hora de establecer relaciones entre las variables ya que cada cultura percibe el parto de manera diferente (Beck & Casavant, 2019) aunque en este estudio no se han observado diferencias significativas. Finalmente, la validez externa de la muestra está limitada a las mujeres que acuden al hospital del estudio, puesto que había mujeres que eran atendidas en otros centros o incluso que no acudían a la consulta de revisión de la matrona y resultaba más accesible la captación en las consulta de pediatría.

Por otro lado, una de las fortalezas del estudio fue el periodo elegido para la valoración del parto. No se han encontrado estudios en los que se valore el grado de satisfacción de la madre fuera del postparto inmediato. La gran mayoría de estudios encontrados

realizan la valoración tras dar a luz (Arrebola R, Mahía L, 2021) y en este estudio se desechó el postparto inmediato por el gran número de alteraciones físicas y emocionales que presenta la madre (Agrati & Lonstein, 2016; Hodgkinson et al., 2014).

5. CONCLUSIÓN

- Se concluye que la presencia de la madre con el recién nacido los primeros minutos de vida, la actitud del personal sanitario y la participación de la embarazada en el proceso del parto, favorece la opinión satisfactoria de las madres. Todas las variables expuestas anteriormente influyen positivamente con mayor o menor medida en la satisfacción global de la madre sobre el parto.
- El perfil sociodemográfico predominante de las mujeres participantes en esta investigación, es el de una mujer española, casada y con nivel de estudios alto. En relación a la edad, pudimos observar que más de la mitad de la muestra eran mayores de 35 años, lo que refleja una tendencia generalizada en la sociedad a retrasar la edad de la maternidad, aspecto que se refuerza con la característica de la muestra al ser solo mujeres primíparas.
- El nivel de satisfacción con el parto de las participantes está por debajo del 70%.
- Los primeros momentos con el recién nacido son cruciales para que el grado de satisfacción sea elevado.
- En el HUMS, se utiliza la posición de litotomía como primera opción a pesar de que la posición vertical conlleva menores complicaciones.
- Es necesario cuidar la atención al parto fomentando las buenas prácticas de atención al parto, así como el bienestar emocional de las mujeres evitando así experiencias negativas durante este proceso.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Prósper Gisbert et al. (2021). *C-6. Estudio sobre la prevalencia de lactancia materna en nuestra zona básica*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400032
- Agrati, D., & Lonstein, J. S. (2016). Affective changes during the postpartum period: Influences of genetic and experiential factors. *Hormones and Behavior*, 77, 141–152. <https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2015.07.016>
- Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., & González Mendoza, J. L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 920–926. <https://doi.org/10.3305/NH.2013.28.3.6395>
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.PUB3/FULL/ES>
- Arrebola R, Mahía L, L. S. et al. (2021). *Women's Satisfaction with Childbirth and Postpartum Care and Associated Variables*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020006603720>
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T., & Casavant, S. (2019). Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(4), 385–397. <https://doi.org/10.1016/J.JOBN.2019.02.004>
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 20(1), 22–29. <https://doi.org/10.1111/J.1523-536X.1993.TB00175.X>
- Camacho Morell, F., Romero Martín, M. J., Camacho Morell, F., & Romero Martín, M. J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 17(49), 324–347. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.16.4.276061>
- Chabbert, M., Rozenberg, P., & Wendland, J. (2021). Predictors of Negative Childbirth

- Experiences Among French Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 450–463. <https://doi.org/10.1016/J.JOBN.2021.02.004>
- Conesa Ferrer, M. B., Canteras Jordana, M., Ballesteros Meseguer, C., Carrillo García, C., & Martínez Roche, M. E. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8), e011362. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-011362>
- Díaz-Sáeza, Jorge. Catalán-Matamoros, D. M. M. F.-M. y G. G.-G. (2011). *La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008
- Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M., & Mirón Canelo, J. A. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254–261. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2015.12.006>
- Fernández Méndez F, Novo Muñoz M, R. G. J. et al. (2019). *La satisfacción de las mujeres con el manejo de su parto en roturas prematuras de membranas - Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7283439>
- García AViguera MBallester C et al. (2020). *Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100059
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.PUB4>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- INE. (2020a). *Partos por edad de la madre , tipo de parto y maduridad*. Partos Por Edad de La Madre, Tipo de Parto y Maduridad. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=50546>
- INE. (2020b). *Partos por residencia de la madre (capitales), tipo de parto y periodo de gestación*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=50567>

- López de Aberasturi Ibáñez de Garayo, A., SantosIbáñez, N., Ramos Castro, Y., García Franco, M., Artola Gutiérrez, C., Arara Vidal, I., López de Aberasturi Ibáñez de Garayo, A., SantosIbáñez, N., Ramos Castro, Y., García Franco, M., Artola Gutiérrez, C., & Arara Vidal, I. (2021). Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 50–59. <https://doi.org/10.20960/NH.03329>
- Marín-Morales, D. (2013). *Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7666075>
- 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), 1339–1345. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2012.12.015>
- Markosyan, L. A. C. G. C. (2020). *Expectativas y grado de satisfacción de las gestantes sobre la atención sanitaria recibida en el parto | Investigación & Cuidados*. <https://ciberindex.com/index.php/ic/article/view/4034ic>
- Mocumbi, S., Högberg, U., Lampa, E., Sacoor, C., Valá, A., Bergström, A., Von Dadelszen, P., Munguambe, K., Hanson, C., Sevene, E., Mocumbi, S., Högberg, U., Lampa, E., Sacoor, C., Valá, A., Bergström, A., Munguambe, K., Hanson, C., & Sevene, E. (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12884-019-2449-6/TABLES/6>
- Moudi, Z., & Tavousi, M. (2016). Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2). <https://doi.org/10.17795/NMSJOURNAL29952>
- OM. (2018). *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. <http://iris.paho.org>
- OMS. (2020). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Ong, G., Yap, M., Foo, L. L., & Tai, B. C. (2005). Impact of working status on breastfeeding in Singapore: Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *European Journal of Public Health*, 15(4), 424–430. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKI030>

- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P., & Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4–9. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2014.08.002>
- Pohlmann, F. C. (2016). *Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200014
- Rodríguez Coll, P., Casañas, R., Collado Palomares, A., Maldonado Aubian, G., Salgado Poveda, M. I., Espada-TresPalacios, X., Vicente Garcia, M., & Escuriel Peiro, R. (2021). Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 27. <https://doi.org/10.1016/J.SRHC.2020.100584>
- Rosa Mas-Pons. (2012). *Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300009
- Salgado Barreira, Á., Maceira Rozas, M., López Ratón, M., & Atienza Merino, G. (2010). Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(6), 215–222. <https://doi.org/10.1016/J.POG.2010.01.003>
- Sanidad, D. E. (n.d.). *Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones GOBIERNO MINISTERIO DE ESPAÑA*. Retrieved April 18, 2022, from www.msps.es
- Sharma, V., Singh, P., Baczynski, C., & Khan, M. (2021). A closer look at the nosological status of the highs (hypomanic symptoms) in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 24(1), 55–62. <https://doi.org/10.1007/S00737-020-01023-1>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12978-018-0511-X/FIGURES/6>

- Thomas, & Guittier. (2017). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017 17:1, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1462-X>
- Uribe T., C., Contreras M., A., Bravo V., P., Villarroel del Pino., L., Abarzúa C., F., Uribe T., C., Contreras M., A., Bravo V., P., Villarroel del Pino., L., & Abarzúa C., F. (2018). Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 266–276. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000300266>
- Vidal Díaz de Rada Igúzquiza. (2013). *Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet - Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3846220>

7. ANEXOS

Anexo I. Documento de recogida de datos de variables sociodemográficas y obstétricas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	
País de nacimiento	
Estado civil	Soltero Pareja de hecho Casado Separado/Divorciado
Nivel de estudios	Estudios universitarios Formación profesional Bachillerato Educación Secundaria Obligatoria Sin estudios
Profesión	
Situación laboral	Jornada completa Jornada tiempo parcial Baja Excedencia Desempleo
Nivel económico	Menos de 1000 Entre 1000 y 2000 Entre 2000 y 3000 Más de 3000
Experiencia personal de ingreso hospitalario	Si/No
Intervenciones quirúrgicas	Si/No

VARIABLES OBSTÉTRICAS	
Nº de embarazos	
Nº de abortos	
Tipo de parto	Cesárea programada Cesárea de urgencia Inducción Vaginal normal Vaginal instrumentalizado (fórceps, ventosa)
Asistencia a clases	Si/No
Plan de parto	Si/No
Semanas de gestación	
Duración del parto (horas)	
Analgesia epidural	
Episiotomía	Si/No
Piel con piel al nacer	Si/No
Acompañamiento a la madre durante el parto	Si/No
Nº de días de ingreso	
Tipo de alimentación del recién nacido	Lactancia materna exclusiva Lactancia mixta Lactancia artificial
¿Toma alguna medicación tras el parto? ¿Cuál?	Si/No
¿Has necesitado ayuda de algún profesional? (fisioterapeuta, psicólogo)	Si/No

Anexo II. Autorización del CEICA



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI22/168

20 de abril de 2022

Dña. María González Hinojosa, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 20/04/2022, Acta Nº 08/2022 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Experiencia y grado de satisfacción del parto en mujeres de la Comunidad de Aragón. Estudio transversal y cualitativo.

Alumna: Yasmina Frechilla Herrán

Tutoras: Isabel Iguacel e Isabel Antón

Versión protocolo: Versión 1. 08/04/2022

Versión documento de información y consentimiento: Versión 3, de 18/04/22

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del trabajo.**

Lo que firmo en Zaragoza

 **GONZALEZ**
HINJOS MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2022.04.22
11:15:28 +02'00'

María González Hinojosa
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo III. Documento informativo del estudio y consentimiento informado.

Título de la investigación: Experiencia y grado de satisfacción del parto en mujeres de la Comunidad de Aragón. Estudio transversal.

Investigador Principal: Yasmina Frechilla Herrán

Tfno:686204985

Mail:yfrechilla@gmail.com

Centro: Universidad de Zaragoza

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en la *Universidad de Zaragoza*, el cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón. Su participación es voluntaria, en ningún caso debe sentirse obligado a participar, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

Si decide participar la matrona le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su participación para realizar este trabajo de investigación puesto que ha sido madre recientemente en el Hospital Universitario Miguel Servet. Se considera interesante estudiar mediante la realización de un cuestionario Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) su experiencia en el parto para poder identificar a mujeres que hayan podido tener una mala experiencia durante el nacimiento de un hijo.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Con este estudio pretendemos:

- Conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto

- Analizar los factores que influyen en el grado de satisfacción
- Categorizar el tipo de experiencia en función del tipo de parto vivido

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a mejorar el grado de satisfacción de las madres en el proceso del parto analizando las causas que puedan convertir del parto una experiencia negativa.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si decide participar en este estudio de investigación, se le solicitará que rellene un cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario QACE para evaluar su experiencia de parto reciente que le llevará aproximadamente 5 minutos.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No está previsto que usted se enfrente a ningún riesgo al participar en este estudio de investigación.

Son libres de decidir qué información desea compartir en la entrevista personal y pueden abandonar la investigación en cualquier momento.

Se contabiliza como molestia el tiempo que requeriremos para realizar la entrevista y los desplazamientos al lugar de la misma.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio directo por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Por otro lado, la experiencia de compartir relatos, opiniones, experiencias y sensaciones puede resultar positiva y reconfortante para los participantes y con ello contribuir en la mejora de la atención sanitaria en estos casos.

Ustedes no recibirán ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: Yasmina Frechilla Herrán

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección 563078@unizar.es.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación.

A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no requiere financiación.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esta decisión tenga ninguna repercusión sobre usted. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. Si decide retirarse del estudio, podría exigir la destrucción de la información recogida sobre usted.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta y le reiteramos nuestro agradecimiento por contribuir a generar conocimiento científico.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Experiencia y grado de satisfacción del parto en mujeres de la Comunidad de Aragón. Estudio transversal y cualitativo.

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: María Pilar Sola Corroza (matrona) o María Jesús Bernal Montañes (matrona)

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 médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma de la matrona:

Fecha: