



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNA
INTEGRAL EN LA MUJER EMBARAZADA
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO,
NACIMIENTO Y PUERPERIO, EN LA
UMAE 48, DE LEÓN, GUANAJUATO**

**PERCEPTION OF INTEGRAL MATERNAL CARE IN
PREGNANT WOMEN DURING LABOR, BIRTH AND
POSTPARTUM, AT UMAE 48, LEÓN, GUANAJUATO**

Cinthia Elizabeth Davalos Vega

Unidad Médica de Alta Especialidad Número 48, México

José Luis Felipe Luna Anguiano

Unidad Médica de Alta Especialidad Número 48, México

Gloria Patricia Sosa Bustamante

Unidad Médica de Alta Especialidad Número 48, México

Alma Patricia González

Unidad Médica de Alta Especialidad Número 48, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16286

Percepción de la Atención Materna Integral en la Mujer Embarazada Durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Puerperio, en la UMAE 48, de León, Guanajuato

Cinthia Elizabeth Davalos Vega¹cinthia2894@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0001-2525-3894>Unidad Médica de Alta Especialidad
Número 48, Hospital Gineco-Pediatria
México**José Luis Felipe Luna Anguiano**jose.luna@imss.gob.mx<https://orcid.org/0000-0003-3739-8334>Unidad Médica de Alta Especialidad
Número 48, Hospital Gineco-Pediatria
México**Gloria Patricia Sosa Bustamante**gloria.sosa@imss.gob.mx<https://orcid.org/0000-0002-8460-4965>Unidad Médica de Alta Especialidad
Número 48, Hospital Gineco-Pediatria
México**Alma Patricia González**alma.gonzalez@imss.gob.mx<https://orcid.org/0000-0002-3401-7519>Unidad Médica de Alta Especialidad
Número 48, Hospital Gineco-Pediatria
México

RESUMEN

Antecedentes: El nacimiento es un proceso natural donde es fundamental que el personal de salud otorgue una atención integral. Objetivo: Analizar la percepción de la atención materna integral en la mujer embarazada durante el trabajo de parto, nacimiento y puerperio. Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Incluyeron mujeres de 18 años a 45 años, con embarazo único de 37 semanas o más, sin comorbilidades o discapacidad. Se realizaron cuatro cuestionarios (características demográficas, ansiedad, escala numérica del dolor y encuesta de satisfacción). Resultados: Se analizaron 332 embarazadas, la mediana de edad fue 26 años. Las primigestas presentaron mayor grado de ansiedad ($p=0.030$), así como aquellas pacientes en que inició el trabajo de parto con medicamento ($p=0.021$). Cuando se aplicó conducción con oxitócicos presentaron mayor grado de dolor OR de 2.6 (IC95%1.64-4.14), así como realización de episiotomía OR 3.2 (IC95%1.92-5.47), a diferencia, la aplicación de analgesia obstétrica es factor protector ($p=0.024$). Conclusión: La satisfacción global en la atención obstétrica fue buena satisfacción, donde resalta el acudir a curso psicoprofiláctico disminuye el grado de dolor percibido y mayor satisfacción en la atención obstétrica.

Palabras clave: parto humanizado, ansiedad, satisfacción del paciente

¹ Autor principal

Correspondencia: cinthia2894@hotmail.com

Perception of Integral Maternal Care in Pregnant Women During Labor, Birth and Postpartum, at UMAE 48, León, Guanajuato

ABSTRACT

Background: Birth is a natural process where it is essential that health personnel provide comprehensive care. Objective: To analyze the perception of comprehensive maternal care in pregnant women during labor, birth and postpartum. Material and methods: Prospective, observational, longitudinal and analytical study. Women aged 18 to 45 years, with a single pregnancy of 37 weeks or more, without comorbidities or disabilities, were included. Four questionnaires were completed (demographic characteristics, anxiety, numerical pain scale and satisfaction survey). Results: 332 pregnant women were analyzed, the median age was 26 years. Primigravidas presented a higher degree of anxiety ($p=0.030$), as well as those patients in whom labor was started with medication ($p=0.021$). When oxytocic augmentation was applied, they presented a higher degree of pain OR 2.6 (CI95% 1.64-4.14), as well as episiotomy OR 3.2 (CI95% 1.92-5.47), in contrast, the application of obstetric analgesia is a protective factor ($p=0.024$). Conclusion: Overall satisfaction with obstetric care was good, where attending a psychoprophylactic course decreased the degree of perceived pain and greater satisfaction with obstetric care.

Keywords: humanizing delivery, anxiety, patient satisfaction

Artículo recibido 05 diciembre 2024

Aceptado para publicación: 25 enero 2025



INTRODUCCIÓN

El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, donde es fundamental que el personal de salud encargado otorgue una atención integral con calidad, calidez y seguridad, ayudando a disminuir así la morbilidad y mortalidad materna, limitándose el uso de prácticas clínicas innecesarias y permitir a la madre a una reincorporación a su vida familiar, social y laboral, así como en el recién nacido, desarrollando un entorno familiar.¹

Hay que recordar que el parto es una profunda experiencia psicológica, donde dejan recuerdos vívidos para toda la vida de las mujeres, siendo estos positivos o negativos; independientemente la mujer necesita compartir de manera plena su experiencia tanto física como emocionalmente. Dado todo esto, los obstetras requieren comprender los aspectos emocionales que supone un trabajo de parto, brindando así una experiencia de parto positiva; una mala gestión en este proceso puede conducir a un nacimiento traumático, experimentando una falta de respeto, maltrato o una forma de abuso.³

Hay que tener en cuenta que, a menor edad, menor escolaridad, el nivel y el difícil acceso son algunos factores asociados a este problema de menor cobertura de control prenatal, siendo un patrón típico, incluyendo aquellos embarazos no planificados, siendo estos factores que influyen en la atención prenatal.¹⁷

Es por todos estos antecedentes sobre el trato hacia la embarazada, es que se necesita un plan donde se incorporen todas las recomendaciones implementadas por las diferentes instituciones gubernamentales, en conjunto con una atención prenatal incluyendo grupos y redes de apoyo, apoyo durante el proceso del parto y posterior a ello.²⁰

Debemos tener en cuenta todo lo que implica la realización de un procedimiento quirúrgico, en este caso el parto vía cesárea, presentando consecuencias a corto y largo plazo entre ellas podemos mencionar en cuanto a la madre riesgo de infección de herida quirúrgica y hemorragia obstétrica, ruptura uterina en un próximo embarazo; para el recién nacido menor adaptación al ambiente; hospitalario, mayores costos y estancia hospitalaria.

El objetivo general es analizar la percepción de la atención materna integral en la mujer embarazada durante el trabajo de parto, nacimiento y puerperio, en la UMAE 48, de León, Guanajuato.



METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, observacional, longitudinal y analítico, realizado en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48, Hospital de Gineco-Pediatría, Centro Médico Nacional del Bajío, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron mujeres de 18 años a 45 años cursando embarazo único de 37 semanas o más, sin comorbilidades o discapacidad. Se realizaron cuatro cuestionarios; características demográficas; valoración de ansiedad; escala numérica de valoración del dolor; y encuesta de satisfacción COMFORTS.

A fin de poder evaluar la percepción en la atención materna integral de la mujer embarazada se aplicaron cinco instrumentos de evaluación:

El primero evaluó los datos personales de las pacientes y resultados obstétricos donde se incluyeron: años cumplidos, estado civil, escolaridad, actividad laboral, número de gestaciones, número de consultas de control prenatal, asistencia a curso psicoprofiláctico de educación prenatal, aplicación de analgesia obstétrica, realización de episiotomía, uso de fórceps, vía de terminación del embarazo, el apego inmediato con contacto piel con piel al momento del nacimiento, resultado del test de Apgar a los 5 minutos (anexo 2).

El segundo cuestionario valoró el estado de ansiedad State-Trait Anxiety Inventory self evaluation questionnaire (STAI A-E) del autor Spielberge C., Gorsuch, R. y Lusheney, R., adaptación española Gualberto Buela-Casal, Alejandro Guillén Riquelme y Nicolas Seisdedos Cubero 1982, 2011 (anexo 3). Este estimó un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En el caso de la ansiedad, la escala va de 0 (nada) a 3 (mucho), un porcentaje de los reactivos está invertido y evalúa bienestar o ausencia de ansiedad, mientras que el resto de los reactivos se refieren a la presencia de ansiedad. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los reactivos tras la inversión de los que están redactados en positivo. Con un rango total de 0 a 60, correspondiendo una mayor puntuación a mayor ansiedad. En la adaptación al español de Spielberg et al, la media poblacional para la escala estado fue de 23,3. En la actualización que realizaron en 2011 Guillén-Riquelme y Buela-Casal, se halló una media de 18,20. Se considera ansiedad leve entre 20-25 puntos, moderada entre 26-32 puntos y alta si es mayor o igual a 33 puntos.



En seguida se aplicó la escala numérica de valoración del dolor con la escala visual durante el trabajo de parto. La "Escala Numérica", introducida por Downie en 1978 (anexo 4) es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). La graduación del dolor será de 1-3 leve, 4-6 moderado y mayor a 7 intenso.

Una vez terminada la atención del parto eutócico, la paciente ingresa a hospitalización en el tercer piso para continuar con la vigilancia del puerperio inmediato, una vez que la paciente ha permanecido por lo menos 24 horas en esta área, (estancia que permitió nuevamente interacción de la paciente con el personal de esta área).

Por último, en esta área se aplicó el cuestionario COMFORTS, con el cual evaluó la satisfacción que la paciente presentó respecto a la atención que recibió desde su ingreso al área de tococirugía hasta el momento de egreso (anexo 5). Consta de 40 ítems valoradas con una escala de Likert de 1 a 5 desde muy insatisfecha a muy satisfecha, según los autores la escala para calcular la satisfacción es la siguiente: 40-71 muy insatisfecha, 72-103 insatisfecha, 104-135 indiferente, 135-167 satisfecha, 166-200 muy satisfecha. Para evaluar la satisfacción global es buena satisfacción con puntuación de 136-200 (satisfecha y muy satisfecha) y mala satisfacción 40-135 (muy insatisfecha, insatisfecha e indiferente). Se reportaron frecuencias y porcentajes, así como, estadística descriptiva para todas las variables. Para comparar variables cualitativas, utilizamos prueba de chi cuadrada y exacta de Fisher de acuerdo a la frecuencia de las variables. Para comparar variables cuantitativas (se usó prueba U de Mann Whithney), de acuerdo a la distribución de las variables (se aplicó prueba de Kruskal Wallies).

Para evaluar la asociación se realizó análisis bivariado con prueba de Odds Ratio. Se consideró significancia estadística con valor de $p < 0.05$. Se utilizaron los paquetes estadísticos NCSS 2024 versión gratuita y Epidat 3.1 El estudio fue autorizado por el Comité de Ética para la Investigación en Salud y Comité Local de Investigación en Salud, con número de registro R-2024-1002-072. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17, el presente estudio se consideró como investigación con riesgo mínimo; se realizó cuestionarios hacia las pacientes embarazadas, siendo un grupo vulnerable; se requirió de carta de consentimiento informado el cual incluye los elementos requeridos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio incluyó un total de 332 pacientes embarazadas que atendieron su parto en UMAE 48 Hospital de Gineco-Pediatría cuya mediana de edad fue de 26 años.

En la Tabla 1 se analiza el grado de ansiedad y su asociación con las características sociodemográficas y gineco-obstétricas, donde se mostró significancia con un valor de P menor a 0.05 en las primigestas, presentando ansiedad grave en el trabajo de parto.

Tabla 1. Asociación de las características sociodemográficas y gineco-obstétricas y el grado de ansiedad en el trabajo de parto.

Variables	Todos n=332	Grado de ansiedad durante el trabajo de parto			Valor de p
		Leve n=201 (65.66)	Moderada n=114 (34.34)	Grave n=17 (5.12)	
Edad (años)^a	26 (22-29)	26 (22-29)	26 (22.75-31)	25 (23-29)	0.415
Estado civil ^b					
Soltera	36 (10.8)	21 (10.45)	11 (9.65)	4 (23.53)	0.392
Unión libre	160 (48.1)	93 (46.27)	60 (52.63)	7 (41.18)	
Casada	135 (40.6)	87 (43.28)	42 (36.84)	6 (35.29)	
Divorciada	1 (0.3)	0	1 (0.88)	0	
Escolaridad ^b					
Primaria	18 (5.4)	7 (3.48)	8 (38.6)	3 (17.65)	0.186
Secundaria	147 (44.2)	92 (45.77)	50 (43.86)	5 (29.41)	
Preparatoria	123 (37.05)	73 (36.32)	44 (38.60)	6 (35.29)	
Universidad	44 (13.2)	29 (14.43)	12 (10.53)	3 (17.65)	
Ocupación ^b					
Desempleado	149 (44.88)	89 (44.28)	53 (46.49)	7 (41.18)	0.885
Empleado	183 (55.12)	112 (55.72)	61 (53.51)	10 (58.82)	
Gestaciones ^b					
Primigesta	113 (34.04)	78 (38.81)	28 (24.56)	7 (41.18)	0.030
Secundigesta	119 (35.84)	73 (36.32)	40 (35.09)	6 (35.29)	
Multigesta	100 (30.12)	50 (24.88)	46 (40.35)	4 (23.53)	
Número de consultas de control prenatal ^b					
0-3	5 (1.51)	1 (0.50)	3 (2.63)	1 (5.88)	0.177
4-6	64 (19.28)	43 (21.39)	17 (14.91)	3 (17.65)	
7	263 (79.22)	57 (78.11)	94 (82.46)	13 (76.74)	
Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal ^b					
No	217 (65.36)	135 (67.17)	69 (60.53)	13 (76.47)	0.302
Si	115 (34.64)	66 (32.84)	45 (39.47)	4 (23.53)	

a Datos expresados en mediana y rangos intercuantiles. Variable numérica (distribución libre). Valor de P calculado en Kruskal-Wallis

b Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada



En la **Tabla 2**, se comparó el grado de ansiedad de las pacientes y su asociación con prácticas realizadas durante el trabajo de parto, presentando ansiedad grave aquellas pacientes que se les aplicó medicamento para el inicio del trabajo de parto.

Tabla 2. Asociación de las pacientes durante el trabajo de parto y el grado de ansiedad percibido.

Variables	Todos n=332	Grado de ansiedad durante el trabajo de parto			Valor de p
		Leve n=201 (65.66)	Moderada n=114 (34.34)	Grave n=17 (5.12)	
Edad gestacional ^a	39.1 (38.2-40)	39.2 (38.2-40)	39 (38-40)	39.6 (38.6-40.2)	0.257
Aplicación de medicamento para el inicio del parto ^b					0.021
No	70 (21.39)	35 (17.41)	34 (29.82)	2 (11.76)	
Si	261 (78.61)	166 (82.59)	80 (70.18)	15 (88.24)	
Aplicación de analgesia ^b					0.092
No	234 (70.48)	145 (72.14)	81 (71.05)	8 (47.06)	
Si	98 (29.59)	56 (27.86)	33 (28.95)	9 (52.94)	
Vía de terminación del embarazo ^b					0.539
Cesárea	120 (36.14)	74 (36.82)	42 (36.84)	4 (23.53)	
Parto	212 (63.86)	127 (63.18)	72 (63.16)	13 (76.47)	
Presencia de complicaciones ^b					0.255
No	285 (85.84)	170 (84.58)	102 (89.47)	13 (76.47)	
Si	47 (14.16)	31 (15.42)	12 (10.53)	4 (23.53)	

a Datos expresados en mediana y rangos intercuatílicos. Variable numérica (distribución libre). Valor de P calculado en Kruskal-Wallis

b Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada y exacta de Fisher

A continuación, en la Tabla 3, se examinó el grado de ansiedad y su relación a la asistencia de curso psicoprofiláctico de educación prenatal el cual se realiza en el Hospital, sin mostrar significancia estadística. Sin embargo, aquellas pacientes que no acuden al curso, tienden a presentar ansiedad grave.

Tabla 3. Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal y su relación con el grado de ansiedad según la encuesta STAI A-E.

Variable	Grado de ansiedad		OR (IC 95%)	Valor de p
	Grave n=17 (5.12)	Leve-moderado n=315 (94.88)		
Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal			1.76 (0.56-5.55)	0.435
No	13 (76.47)	204 (64.67)		
Si	4 (23.53)	111 (35.24)		

Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada.

Continuamos con la Tabla 4, donde se asocia el grado de dolor percibido con variables sociodemográficas y prácticas realizadas durante el trabajo de parto, dando como resultado, aquellas pacientes que se administró medicamento para la conducción del parto, presentó un OR 2.6 siendo un factor de riesgo para la presencia de dolor intenso, así como las pacientes que se realizó episiotomía en el parto con un OR 3.2. Además, aplicar analgesia es un factor protector para no presentar dolor durante el trabajo de parto.

Tabla 4. Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal, así como administración de medicamentos para inducción - conducción del trabajo de parto y posteriormente uso de episiotomía y fórceps y su asociación entre el grado de dolor percibido.

VARIABLES	Total n=332	Escala numérica de valoración del dolor con la escala visual		OR (IC 95%)	Valor de p	
		Intenso =210 (63.25)	Leve-moderado n=122 (36.75)			
Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal						
No	17 (5.36)	115 (54.29)	40 (64.52)	7 (35.48)	1.168 (0.73-1.86)	.512
Si	34.64	0 (60.87)	5 (60.87)			
Administración de medicamento para la inducción						
Si	4 (16.2)	1 (14.76)	3 (18.85)	3 (18.85)	0.74 (0.41-1.34)	.330
No	78 (83.7)	79 (85.24)	9 (81.15)	9 (81.15)		
Suministro de medicamento para la conducción del trabajo de parto						
Si	08 (62.65)	49 (70.95)	9 (48.36)	9 (48.36)	2.60 (1.64-4.14)	0.001
No	24 (37.35)	1 (70.95)	3 (51.64)	3 (51.64)		
Se realizó episiotomía en el parto						
Si	17 (35.24)	3 (44.29)	4 (19.67)	4 (19.67)	3.24 (1.92-5.47)	0.001
No	15 (64.76)	17 (55.71)	8 (80.33)	8 (80.33)		
Se aplicó analgesia						
No	234(70.48)	39 (66.19)	5 (22.13)	5 (22.13)	0.55 (0.33-0.93)	.024
Si	98 (29.59)	1 (33.81)	7 (77.87)	7 (77.87)		
Se usó fórceps para la atención del parto						
Si	(1.20)	(0.95)	(1.64)	(1.64)	1.15 (0.20-6.39)	.869
No	28 (98.80)	08 (99.05)	20 (98.36)	20 (98.36)		

Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada y exacta de Fisher.

En la tabla 5, se valora el grado de satisfacción con la atención obstétrica, se encontró valor de p significativo en la escolaridad, donde las pacientes con grado académico de secundaria se encuentran satisfechas o muy satisfechas en la atención obstétrica.

Tabla 5. Características sociodemográficas y el grado de satisfacción con la atención obstétrica.

Variable	Total n = 332	Satisfacción con la atención obstétrica					Valor de p
		Muy insatisfecha n=0	Insatisfecha n=1 (2.11)	Indiferente n=6 (1.81)	Satisfecha n=174 (52.41)	Muy satisfecha n=151 (45.48)	
Escolaridad							
Primaria	18 (5.4)	0	1 (100)	0	9 (5.17)	8 (5.30)	0.015
Secundaria	147 (44.2)	0	0	2 (33.33)	79 (45.40)	66 (43.71)	
Preparatoria	123 (37.05)	0	0	2 (33.33)	62 (35.63)	59 (39.07)	
Universidad	44 (13.2)	0	0	2 (33.33)	24 (13.79)	18 (11.92)	
Gestaciones							
Primigesta	113 (34.04)	0	0	2 (33.33)	62 (35.63)	49 (32.45)	0.677
Secundigesta	119 (35.84)	0	1 (100)	3 (50)	64 (36.78)	51 (33.77)	
Multigesta	100 (30.12)	0	0	1 (16.67)	48 (27.59)	51 (33.77)	
Edad gestacional							
	39.1 (38.2-40)	0	38.6 (38.6-38.6)	39.5 (38-40)	39.2 (38.2-40)	39.1 (38.1-40)	0.796
Número de consultas de control prenatal							
0-3	5 (1.51)	0	0	0	3 (1.72)	2 (1.32)	0.993
4-6	64 (19.28)	0	0	1 (16.67)	35 (20.11)	27 (17.88)	
7	263 (79.22)	0	1 (100)	5 (83.33)	136(78.16)	122 (80.79)	
Asistencia a curso profiláctico de educación prenatal							
No	217 (65.36)	0	1 (100)	4 (66.67)	115(66.09)	97 (64.24)	0.882
Si	115 (34.64)	0	0	2 (33.33)	59 (33.91)	54 (35.67)	
Aplicación de medicamento para el inicio del parto							
No	70 (21.39)	0	0	2 (33.33)	41 (23.56)	28 (18.54)	0.572
Si	261 (78.61)	0	1 (100)	4 (66.67)	133(76.44)	123 (81.46)	
Aplicación de analgesia							
No	234 (70.48)	0	1 (100)	5 (83.33)	127(72.99)	101 (66.89)	0.501
Si	98 (29.59)	0	0	1 (16.67)	47 (27.01)	50 (33.11)	
Vía de terminación del embarazo							
Cesárea	120 (36.14)	0	0	3 (50)	69 (39.66)	48 (31.79)	0.356
Parto	212 (63.86)	0	1 (100)	3 (50)	105(60.34)	103 (68.21)	
Presencia de complicaciones							
No	120 (36.14)	0	1 (100)	6 (100)	148(85.06)	130 (86.09)	0.740
Si	212 (63.86)	0	0	0	26 (14.94)	21 (13.91)	

Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada y exacta de Fisher.

En la Tabla 6, se compara el grado de satisfacción global de las pacientes, donde aquellas pacientes que no acudieron a curso profiláctico calificó como mala satisfacción obstétrica.



Tabla 6. Asistencia a curso psicoprofiláctico de educación prenatal, contacto piel con piel al nacimiento y Apgar a los 5 min, asociado con el grado de satisfacción global de las pacientes del estudio.

Variables	Grado de satisfacción global			OR (IC 95%)	Valor de p
	Total N=332	Mala satisfacción 7 (2.11)	Buena satisfacción 325 (97.89)		
Asistencia a curso psicoprofiláctico de educación prenatal	115 (34.64)	(28.57)	13 (34.77)	0.75	.733
Si	217 (65.36)	(71.43)	12 (65.23)	(0.14-3.92)	
No					
Realización de contacto piel con piel al momento del nacimiento	320 (96.39)	(100)	13 (96.31)		.604
Si	12 (3.61)		2 (3.69)		
No					
Resultado del test de Apgar a los 5 min	2 (0.60)		(0.62)		.835
5-7	330 (99.40)	(100)	23 (99.38)		
8-10					

Datos expresados en porcentaje. Variable nominal. Valor de P calculado en Chi cuadrada

En la presente investigación se identificó que las pacientes analizadas percibieron buena satisfacción de manera global, siendo el 97% del estudio versus 2% los cuales respondieron mala satisfacción.

Se analizó el grado de ansiedad y su asociación con las características sociodemográficas encontrando como resultado que aquellas pacientes primigestas presentaron grado de ansiedad grave, respecto a embarazadas con más de dos hijos, a diferencia del estudio Almeida R *et al.*,²¹ donde se encontró que las multigestas presentaron alta ansiedad, asociada con bajos ingresos y número de hijos.

Se comparó el grado de ansiedad a aquellas pacientes que se les aplicaba medicamento para inicio del trabajo parto versus las que no se aplicaba ningún medicamento, presentando ansiedad grave aquellas pacientes que se suministraba medicamento, como lo expresa el estudio Angarita AM, *et al.*,²² del impacto positivo del acompañamiento por parte del profesional aumenta los partos satisfactorios y la tranquilidad de la madre, ofreciendo un parto humanizado y sustentado en el conocimiento científico, holístico y ético, basado en el respeto por la gestante y por sus derechos y dignidad como mujer.

Se evaluó la asistencia a curso psicoprofiláctico de educación prenatal y el grado de ansiedad percibido, sin mostrar significancia estadística, pero se visualizó que aquellas pacientes que no acuden al curso, tienden a presentar ansiedad grave, tal como lo demuestra Viswasam K, *et al.*,²³ donde el asistir a curso psicoprofiláctico crea una disminución adicional de la ansiedad en el tercer semestre.

En cuanto al grado de dolor percibido, se demostró que aquellas pacientes que se encuentran en conducción con oxitócicos durante el trabajo de parto presentó el doble de riesgo para presentar dolor intenso, a diferencia del estudio Duncan L, *et al.*,⁵ donde aquellas pacientes que iniciaron un trabajo de parto espontáneo obtuvieron puntuaciones más altas de dolor. Así mismo a las pacientes que se les realizó episiotomía presentaron el triple de dolor en comparación con las que pacientes que no se realizó ningún procedimiento invasivo, tal como lo describe el estudio Veiga I, *et al.*,²⁴ donde en el puerperio inmediato más del 50% de las mujeres refirieron algún tipo de sensación dolorosa. Sin embargo, un factor protector para la percepción del dolor durante el trabajo de parto es la analgesia obstétrica, similar a lo que describe el estudio Rodríguez G, *et al.*,²⁵ donde se encontró que la terapia con mayor efectividad son las que involucran algún tipo de bloqueo neural.

En cuanto a la satisfacción de la atención obstétrica es un indicador de calidad de la atención, la cual se centra en cubrir las necesidades en salud de la población, así como sus expectativas. Se demostró que aquellas pacientes con grado académico secundaria se encuentran satisfechas o muy satisfecha en la atención obstétrica, en comparación con el estudio Sobeida M, *et al.*,²⁶ donde mostró la calificación más alta en relación a la satisfacción por parte de las usuarias que no cuentan con estudios. Del total de las siete pacientes que respondieron mala satisfacción, un mayor porcentaje no acudió a curso psicoprofiláctico de educación prenatal y las preguntas con menor puntaje obtenido fueron del apartado de cuidados del recién nacido, donde las pacientes refieren no saber cuándo él bebe se encuentra tomando suficiente leche, esto debido a que durante el puerperio inmediato es menor la cantidad de leche obtenida por la madre y desconocen la cantidad suficiente y el Hospital de Gineco-Pediatría No. 48, actualmente se encuentra acreditado lactancia materna exclusiva, para el beneficio del binomio, tal como lo describe el estudio Sobeida M, *et al.*,²⁶ la satisfacción depende de las expectativas que se tienen de acuerdo a la experiencia del usuario para determinar la calidad del servicio y los resultados obtenidos.

La fortaleza de este estudio demuestra que el programa de atención integral donde se presenta un curso psicoprofiláctico de educación prenatal, se refleja en el grado de satisfacción de las mujeres, donde se obtuvo buena satisfacción.



La limitante del estudio, es que el Hospital es lactancia materna exclusiva, debido a esto se presentó una mala satisfacción en el 2% de las pacientes, sin embargo, esto se debe a la falta de información, en estos casos sería importante introducir más folletos e información durante su estancia hospitalaria.

Una propuesta para futuro es comparar la vía de terminación en dos grupos: parto y cesárea, y así comparar el grado de ansiedad obtenido en este tipo de pacientes, ya que, en el presente estudio, solo se introdujo partos y el pequeño número de cesáreas fueron inducciones fallidas.

CONCLUSIONES

La evaluación de satisfacción global de como percibieron la atención obstétrica el cual es un indicador de calidad de la atención, fue buena satisfacción, siendo el mayor porcentaje de las usuarias, a diferencia de las pacientes (siete) que respondieron mala satisfacción se encuentra en el apartado de cuidados del recién nacido, debido a que en la UMAE 48, es un hospital donde se hace hincapié la lactancia materna exclusiva, siendo un hospital libre de sucedáneos de leche. Es importante resaltar que acudir a un curso psicoprofiláctico disminuye el grado de dolor percibido (en el trabajo de parto) y existe mayor satisfacción en la atención obstétrica, sin embargo, no se observó diferencia significativa en el grado de ansiedad y el dolor percibido, el cual influye por muchos factores (internos o externos) previos al trabajo de parto, así como también se visualizó que las pacientes primigestas son las que presentan mayor grado de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
2. Javier, M. G., Gandarilla, J. V., Laredo, M. M. M., & Del Carmen Montoya Díaz, M. (s/f). *Percepción de la embarazada en relación al cuidado humanizado: cualidades del hacer de enfermería*. Index-f.com. Recuperado el 17 de enero de 2025, de <https://www.index-f.com/para/n28/pdf/e033.pdf>
3. Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., &



- Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
4. Furtado, A. R., Gonçalves Machado, P. M., & Fernandes Carneiro, M. N. (2019). Técnica de Imaginación Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. *Enfermería global*, 18(1), 608–645. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>
 5. Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>
 6. Anon (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>).
 7. Colón Iriarte, C, Padauí, F y Romero del Río, Y. (2017). Valoración y atención holística de la mujer en trabajo de parto y parto normal hospitalario. Editorial Universitaria. Universidad de Cartagena. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11227/6017>
 8. Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica. (2022). AMIIMSS Atención Materna Integral.
 9. Amis, D. (2019). Healthy birth practice #1: Let labor begin on its own. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 68–80. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.68>
 10. Arguedas Ramírez, G., Berrio Palomo, L. R., Castro, R., Frías, S. M., García Presas, A. L., González, M. F., Herrera Vacaflor, C., Marques de Aguiar, J., Mattioli, M., Muñoz García, G. B., Pires Lucas D'Oliveira, A. F., Sadler, M., Sesia, P., Grilo Diniz, C. S., & Sibrian, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (P. Quattrocchi & N. Magnone, Eds.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
 11. Valdez-Santiago R, Rojas-Carmona A, Villanueva-Egan LA, Lomelin-Aragón P, Ortega AC, Del-RíoZolezzi A, et al. Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. *Rev CONAMED* 2018; 23(4): 190-197.
 12. Borges Damas, Lareisy, Sánchez Machado, Rolando, Domínguez Hernández, Roberto, & Sixto Pérez, Arahi. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la



- mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12. Recuperado en 16 de enero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002&lng=es&tlng=es.
13. Dávila Angélica, Márquez Alicia (2021). Inicio y fin de la vida, la humanización al centro. Análisis de normativas en torno al parto humanizado ya los cuidados paliativos en México. Tercer Milenio. *Revista Crítica de Sociología a Política*. Vol. 17 No. 2, pp 18-51. Disponible en: <https://revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/view/206/192>.
 14. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
 15. Montes-Hernandez, M. J., & Sañudo-Velázquez, M. E. (2021). *Ethical reflection on what is human within the social movement for a humanized birth*. [citado 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa_humanitatis/article/view/24041.
 16. Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1744–1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>
 17. Mendes, R. B., Santos, J. M. de J., Prado, D. S., Gurgel, R. Q., Bezerra, F. D., & Gurgel, R. Q. (2020). Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciencia & saude coletiva*, 25(3), 793–804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
 18. Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., & Otero-García, L. (2022). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta sanitaria*, 36(5), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>
 19. Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. de P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista gaucha de enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
 20. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. En E. Hodnett (Ed.), *The Cochrane Database of Systematic Reviews (Protocol)*. John



Wiley & Sons, Ltd. [citado 24 Sep 24]. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766>.

21. SCHIAVO, Rafaela de Almeida; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim and PEROSA, Gimol Benzaquen. Variables associated with gestational anxiety in primigravidas and multigravidas. *Temas psicol.* [online]. 2018, vol.26, n.4, pp.2091-2104. ISSN 1413-389X. <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt>.
22. Angarita Navarro, A. M. (2018). El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista investigación en salud Universidad de Boyacá*, 5(2), 323–344. <https://doi.org/10.24267/23897325.346>
23. Viswasam, K., Berle, D., & Starcevic, V. (2020). Trajectories and predictors of anxiety symptoms during pregnancy in an Australian sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(12), 1173–1181. <https://doi.org/10.1177/0004867420963743>
24. Asorey Veiga, I., Aparicio Rodríguez, I., & Macía Cortiñas, M. (2023). Dolor pélvico en mujeres con episiotomía versus mujeres con desgarro perineal de segundo grado. *Clinica e investigación en ginecología y obstetricia*, 50(2), 100848. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100848>
25. Rodríguez Nájera, G. F., Camacho Barquero, F. A., & Umaña Bermúdez, C. A. (2020). Analgesia obstétrica para el parto vaginal: eficacia y efectos adversos. *Revista Medica Sinergia*, 5(1), e332. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.332>
26. Blazquez Morales, M. S. L., Blazquez-Morales, M. S. L., Muñoz-Aguilar, K. L., Gutiérrez-Alba, G., & Siliceo-Murrieta, J. I. (2018). Satisfacción del trato recibido durante el embarazo, parto y puerperio en un hospital público. *Revista de salud pública*, 22(1), 8–19. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n1.18622>

