

**Análisis de la satisfacción de las madres  
durante el trabajo de parto y puerperio inmediato  
en un hospital público de tercer nivel  
de la Comunidad de Madrid.  
Validación y adaptación transcultural de la escala de  
satisfacción COMFORTS**

**María Leonor Vivanco Montes**

C/ Eloy Gonzalo nº 34. 5ª dcha. 28010 Madrid  
[mlvivanco Montes@yahoo.es](mailto:mlvivanco Montes@yahoo.es)

**Resumen:** La práctica clínica basada en la evidencia científica pretende garantizar la excelencia en la calidad de unos cuidados más personalizados. Objetivo: describir el nivel de satisfacción de las mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con relación a la asistencia recibida durante su ingreso para la atención de las diferentes etapas del parto, puerperio y cuidados neonatales. Se estudiará la población de mujeres que se atiende en el hospital desde noviembre de 2009 a octubre de 2011. Método: se desarrollará y validará la escala COMFORTS y se aplicará a las puérperas, que hayan tenido un parto vaginal. Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, recogiendo 40 variables, divididas en cuatro apartados: área 1 cuidados durante el periodo del parto, área 2 cuidados del puerperio en planta, área 3 cuidados del recién nacido, área 4 aspectos logísticos y respeto a la intimidad.

**Palabras clave:** Nacimiento. Parto. Puerperio. Satisfacción materna. Matrona.

## **INTRODUCCIÓN**

La búsqueda de la excelencia en la calidad de los cuidados prestados a la mujer en el periodo de trabajo de parto, puerperio hospitalario y cuidados al recién nacido es una labor esencial e intrínseca de la matrona. En los últimos años se ha establecido una corriente a favor de la recuperación del protagonismo y participación de la mujer en el proceso de parto y todo lo relacionado con su cuidado y la crianza de su hijo. Los profesionales sanitarios atendiendo a las demandas que la sociedad plantea desde una realidad en continuo proceso de cambio, nos vemos en la obligación de dar mejores cuidados en todos los aspectos que se ven implicados en la calidad de su atención.

Conscientes del proceso dinámico, cambiante y heterogéneo del concepto de la maternidad y la paternidad, diversas sociedades científicas han elaborado líneas de

actuación encaminadas a la consecución del *parto humanizado, parto normal o de baja intervención* en nuestro Sistema Nacional de Salud. Entre estas sociedades se encuentran: la Asociación Nacional de Matronas, con “La carta de Madrid”, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) mediante el documento de consenso “Iniciativa al Parto Normal”, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en sus “Recomendaciones sobre la asistencia al parto” y por parte del Sistema Nacional de Salud, el documento “Estrategia de actuación al parto normal”. Asimismo los grupos sociales también han querido participar y dar su opinión en lo referente a los derechos que tiene la mujer a la hora de decidir qué tipo de parto desea. Dentro de estas asociaciones destaca “El parto es nuestro” y “Plataforma pro derechos del Nacimiento”.

Actualmente, en los países sanitariamente desarrollados se diferencian tres formas de atención al parto, con el objetivo fundamental de humanizar la atención. La asistencia al parto de forma desinstitucionalizada se realiza en Holanda y Países Escandinavos, institucionalizado y humanizado en países como Alemania y Reino Unido e intervencionista institucionalizado es el caso de España, República Checa, Francia y Bélgica.

En la actualidad la mayor parte de los nacimientos en España se realiza en hospitales de la red pública y privada. La atención al parto en nuestro país es fundamentalmente del tipo intervencionista institucionalizado. En este tipo de parto es necesario reseñar que se han producido importantes avances técnicos entre los que cabe destacar la mejor monitorización del feto, la telemetría, la analgesia epidural, la inducción farmacológica y los avances derivados de la técnica quirúrgica en el parto por cesárea.

La matrona ha adquirido un mayor grado de especialización aún, pues a las funciones tradicionales de asistencia al parto y recién nacido, ha tenido que añadir otras derivadas de la necesidad de manejar e interpretar sistemas nuevos de monitorización y perfusiones farmacológicas, por vía sistémica o epidural. También asume parte de la reanimación del recién nacido, estando en un nivel de especialización técnica muy avanzado.

Todas estas circunstancias han proporcionado una mayor seguridad sanitaria al proceso del nacimiento, pero han ocasionado un cambio en el papel de la matrona que le ha exigido una mayor formación y capacitación en los aspectos técnicos que a veces va en detrimento de la asistencia personalizada al parto fisiológico y de los cuidados emocionales tan importantes en esta etapa de la vida de la mujer.

Hace unos años la matrona asumía los cuidados integrales de la madre y mantenía una relación más estrecha con la misma durante todo el trabajo de parto, entre otras cosas porque su presencia era la única forma de monitorización y control disponible. La relación entre matrona y madre era pues más intensa y la presencia de aquella permitía la asistencia al parto en un ambiente familiar y doméstico donde la

madre se encontraba en un medio que le reportaba seguridad y arropada por sus seres queridos. Hoy en día entran en juego muchas variables, que en ocasiones hacen perder la esencia de lo que en realidad es la asistencia al parto normal, como práctica natural unida a la especie humana.

La intensidad de los sentimientos de la madre durante un período tan sensible hace necesaria la presencia de profesionales formados capaces de apoyar y reforzar emocionalmente a la mujer, explicar, educar y dirigir la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla partícipe en la toma de decisiones, devolviéndole el papel protagonista de su parto, que parece haberle sido arrebatado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.

Resulta absolutamente indispensable establecer una forma de valoración de las opiniones de la madre, así como de lo que siente y cómo lo siente, pues de su situación emocional y de la optimización de la actuación obstétrica dependerá la creación de vínculos importantes no sólo en el período inmediato al nacimiento, sino durante el resto de su vida en la relación entre madre e hijo. En cualquier caso, muchas veces no es posible modificar determinados aspectos asistenciales, como el tipo de parto, y por otro lado es difícil cuantificar la intensidad de los sentimientos, motivo por el cual las herramientas que se han desarrollado van destinadas, más a medir la satisfacción de la madre con los cuidados recibidos, que con la experiencia del nacimiento o el desarrollo del mismo. Sin duda alguna, la opinión de las madres en este sentido ha servido, sirve y servirá para mejorar la calidad de la asistencia al parto.

No resulta fácil definir la satisfacción en sí misma. Linder y Pelz definen la satisfacción de un paciente como la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos propiamente dichos. Otros autores vinculan la satisfacción con la concordancia entre las expectativas y lo realmente experimentado. En cualquier caso, sí se ha demostrado una clara relación entre la insatisfacción y la no cobertura de expectativas. Las expectativas surgen de creencias previas desarrolladas y mantenidas a través de procesos cognitivos. Estas creencias pueden tener el rango de normas, cuando la madre considera que se trata de hechos que deberían o tienen necesariamente que ocurrir, o de probabilidades cuando derivan de experiencias ajenas o información recogida de diferentes medios y a través de la cual se configuran dichas convicciones.

El propósito de cualquier estudio de satisfacción es dar voz a los pacientes en el desarrollo y mejora continua de los servicios asistenciales. En un estudio realizado en el Reino Unido en 1.989 se tomaron en consideración y se introdujeron importantes modificaciones en el paritorio a partir de la opinión de las madres encuestadas durante el ingreso para el nacimiento de sus hijos.

Otros estudios realizados en Canadá y Australia, con 1.790 y 825 gestantes respectivamente permitieron definir mejor la satisfacción de la madre en relación

directa con el cuidado en la maternidad. Se identificaron áreas concretas en las que las madres condicionaban su nivel de satisfacción. Estas áreas son: el parto propiamente dicho, los cuidados médicos, los cuidados obstétricos relacionados con la matrona, la información recibida y la participación en el proceso de toma de decisiones, los aspectos estructurales y logísticos del paritorio y la disposición a ayudar por parte del personal sanitario. Finalmente, otro estudio realizado en Nueva Zelanda sobre 482 gestantes primíparas añade dos importantes áreas de identificación de la satisfacción de la madre, que son la analgesia adecuada durante el parto y una relación con la matrona estrecha y personalizada.

Se encontró a lo largo del desarrollo de los estudios arriba citados una clara diferenciación por parte de las madres entre el proceso asistencial propiamente dicho y los resultados, incluida la presencia de complicaciones. La calidad de los cuidados sanitarios, la extensión y precisión de la comunicación entre matrona y madre, la provisión de información, el soporte emocional y la interacción precoz con el recién nacido han demostrado ser las variables que más influyen en la sensación de satisfacción de la mujer, más que los resultados del procedimiento obstétrico, el tipo de parto, la monitorización fetal o el acto anestésico.

El desarrollo de herramientas de medida de la satisfacción de la mujer es un proceso complejo que debe tener en consideración múltiples variables. Muchas de las escalas desarrolladas sólo valoran la experiencia intraparto y excluyen el tiempo que pasa la madre en la habitación de la maternidad antes del período expulsivo y en el puerperio.

Un notable avance en este sentido fue el diseño y validación de una escala psicométrica destinada a medir la satisfacción de la madre en la aplicación de los cuidados obstétricos hospitalarios – Escala COMFORTS – (*Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale*).

Esta escala incluye 40 ítems que valoran diferentes áreas. Se evalúa el grado de satisfacción materno en relación a:

- La asistencia durante el período del parto.
- Los cuidados puerperales en planta.
- Los cuidados del recién nacido.
- Los aspectos logísticos y el respeto a la intimidad.

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas que determinan el grado de satisfacción desde el mínimo, equivalente a muy insatisfecha, al máximo, equivalente a muy satisfecha. La puntuación obtenida se suma, obteniendo un rango entre 40 y 200 correspondiendo las mayores puntuaciones a los mayores grados de satisfacción. La escala COMFORTS en su diseño original fue validada y considerada aplicable para medir la satisfacción con la atención hospitalaria recibida durante el ingreso para el parto, y los resultados obtenidos aplicables de cara a mejorar los cuidados obstétricos

hospitalarios tanto en sus aspectos clínicos como logísticos. La aplicación de escalas de calidad para medir la calidad percibida por las madres presenta dificultades importantes dependiente de las diferencias sociales, culturales y religiosas. No obstante, y a pesar de estas diferencias se han desarrollado escalas y subescalas de satisfacción de la madre eficaces en países como China que pretenden ser introducidas en la práctica clínica diaria como instrumento de análisis y mejora.

A partir de las escalas de medida de la satisfacción percibida existentes se han seguido desarrollando otras que, adaptándose a diferentes peculiaridades derivadas de las características sociales, religiosas o culturales en diferentes partes del mundo han permitido avanzar en la dirección ya propuesta de la necesidad de una cada vez mejor asistencia al parto.

La escala COSMOS, que toma como punto de partida otras ya existentes, ha evaluado la importancia de la presencia de la matrona en una asistencia individualizada *madre – matrona* no sólo en el grado de satisfacción percibida, sino en la incidencia que tiene este tipo de asistencia en la disminución de partos por cesárea. Este estudio resalta además la reducción en la morbilidad en embarazos posteriores por la elevada incidencia en placentas ácretas o pércretas tras un parto por cesárea. La presencia de una única matrona por mujer (*one - to - one* en el estudio) resulta fundamental en la satisfacción de la madre, medida a través de la propia escala, y de los indicadores de calidad independientes del proceso obstétrico hospitalario. El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de Melbourne (Australia) sobre 2.008 mujeres <sup>(15)</sup>. Países en los que como ya se dijo anteriormente la norma es el parto natural no institucionalizado han desarrollado encuestas similares para optimizar sus propios procedimientos obstétricos.

Un reciente estudio realizado en Holanda sobre 1.309 mujeres ofrece resultados sorprendentes, pues muestra que más del 16% de las mujeres recuerda de forma displacentera su experiencia de parto a los tres años, siendo esta proporción mucho más elevada en primíparas que en multíparas (relación 1:5). El sistema sanitario holandés y sobre todo la Sociedad Holandesa de Matronas han tomado en consideración estos resultados para proponer cambios en la asistencia obstétrica en ese país.

En Suecia, país donde también se practica el parto natural y desinstitucionalizado, una encuesta de satisfacción similar a la previa, muestra también un recuerdo negativo y de “falta de control” del período de parto, sobre todo del expulsivo a los dos años del nacimiento.

Basado en estos resultados se proponen acciones concretas que inciden directamente en una mayor presencia de la matrona, una personalización de la relación de ésta con la mujer y un mayor grado de educación maternal previo al parto para atenuar la sensación de falta de control. No obstante es necesario decir que un estudio previo, realizado con una muestra pequeña de mujeres suecas, y destinado

sólo a valorar la experiencia del parto en el propio domicilio, asistido por la matrona, mostró un elevado grado de satisfacción inmediato tanto por parte de la mujer como de la matrona. Este grado de satisfacción es todavía más evidente cuando se compara con el percibido por otras madres de similares características que dieron a luz en hospitales, clínicas o casas de partos.

También concluye, a la vista de los resultados, que de optarse o ser necesario el parto hospitalario, éste debería asemejarse al domiciliario, con una infraestructura que proporcionase a la madre un entorno tranquilo y lo más familiar posible, con la presencia de los familiares y amigos que hubiesen compartido con ella esa experiencia en su casa si esto hubiera sido posible. Sería necesaria una habitación amplia, luminosa, con música suave y en la que tuvieran cabida las personas que la mujer considerase que debieran estar presentes.

En cualquier caso y en cualquier país en el que el parto natural y fuera del hospital es la norma, se establece de forma evidente la necesidad de realizar encuestas de satisfacción a través de cuestionarios validados que tomen en consideración la opinión y el grado de satisfacción de la madre para mejorar la educación previa al parto, así como la asistencia al mismo y al recién nacido.

Estudios realizados en Estados Unidos, donde conviven los diferentes tipos de parto pero existe una fuerte tendencia al parto hospitalario intervenido, se ha destacado la importancia de la presencia de la matrona en la sensación de control por parte de la madre y en la satisfacción percibida por ella. Parece evidenciarse pues, a través de diferentes estudios con una base común, las escalas dirigidas a determinar la calidad percibida por las gestantes, la necesidad de contar con la opinión de la madre como medio indispensable para poder establecer y desarrollar áreas de mejora en la asistencia obstétrica y en puntos tan importantes como la calidad y la calidez en la atención.

Sin duda alguna, la excesiva instrumentalización y monitorización del proceso pueden llevar al profesional sanitario a un mayor grado de seguridad, pues tiene datos objetivos de qué está ocurriendo en cada momento, pero no así de la madre. El hecho de saber “que todo va bien” puede hacer que se relaje la comunicación entre el personal sanitario responsable de los cuidados del parto y de la madre.

Es fácil caer en la tentación de respuestas breves, que aseguran que todo discurre correctamente pero que no se acompañan de una explicación de qué es exactamente lo que ocurre y sobre todo qué es lo esperable que ocurra a partir de ese momento. Esto produce en la madre muchas veces sensación de falta de control, pues lo que va sucediendo es inesperado, por desconocido para ella.

Sin duda, y volviendo una vez más a lo ya anteriormente referido, la matrona juega un papel fundamental en esta fase; debe explicar y transmitir a la madre la información necesaria para que se sienta segura. En un sistema sanitario bien

desarrollado, esto debe venir precedido, sin duda alguna, por un plan estructurado y coherente de Educación para la Maternidad, que permita formar e informar a la mujer de qué es lo que va a suceder y cuáles son las expectativas reales antes del día del parto, así como hacerla partícipe y responsable de la toma de decisiones de todo lo que se refiere a su parto y los cuidados de su recién nacido. La matrona deberá reforzar esos conocimientos previos y explicar desde la perspectiva ideal de una relación individualizada y personalizada a la madre el discurrir de los acontecimientos a lo largo del ingreso hospitalario.

También es fundamental para cubrir y atender adecuadamente a las expectativas de la madre y generar así el adecuado nivel de satisfacción, asistir a los cuidados del recién nacido. Desde el principio debe favorecer la creación de fuertes vínculos entre madre e hijo, estimulando el contacto piel con piel y la lactancia materna precoz. En algunos países sudamericanos se han realizado encuestas que muestran la importancia del contacto precoz piel con piel de cara a favorecer la lactancia materna y combatir la depresión post parto. Debe además incidir en los conocimientos previos de la madre de cómo atender a su hijo recién nacido, descargando o atenuando la lógica ansiedad que suele aparecer en las puérperas fruto del desconocimiento muchas veces, y de la inseguridad otras.

La evaluación de todo el proceso referido, desde el ingreso de la madre en el servicio de obstetricia, a lo largo de los períodos de dilatación, expulsivo y alumbramiento, así como el puerperio inmediato generan en la madre multitud de sentimientos y sensaciones. Si las expectativas previstas se ven colmadas y la madre es capaz de vivir y recordar su parto de forma placentera, sin duda esto redundará en el establecimiento de un fuerte vínculo madre – hijo que va mucho más allá de los primeros años, y además permitirá a la mujer enfrentarse a sucesivas gestaciones con mayor seguridad y capacidad de resolución de problemas.

La detección de áreas de mejora en las que la madre pueda percibir carencias sólo es detectable mediante la realización de encuestas como la que permite la aplicación de la escala COMFORTS, que detecta las expectativas no cubiertas y permite establecer acciones correctoras destinadas a introducir mejoras asistenciales. Existen estudios que demuestran también la importancia de la educación de la pareja en el grado de satisfacción percibido por la madre. La necesidad emocional de la figura de la pareja y/o de las personas de apoyo de la mujer en todo el proceso, es una prueba más de la multitud de variables que pueden influir en la percepción positiva de la mujer respecto al nacimiento de su hijo.

La [escala COMFORTS](#), que hace referencia a la satisfacción de la madre en relación con el parto, se ve complementada por otras similares en su planteamiento y desarrollo, que analizan otros aspectos de gran importancia. Así pues, la [escala BSES \(Breast Feeding Self Efficacy\)](#) determina el éxito de la lactancia materna desde el puerperio inmediato (una semana después del parto), y lo relaciona con factores tan

importantes como la satisfacción materna post parto, la educación específica recibida, el apoyo de otras madres, el tipo de parto y el dolor durante el mismo.

La tendencia cada vez mayor a permanecer el menor tiempo posible de ingreso en el hospital, hace que los profesionales de enfermería al cuidado de las madres y sus recién nacidos lleven a cabo un protocolo de cuidados en un tiempo limitado, que aseguren su continuidad en el domicilio. La opinión de las madres usuarias de nuestro servicio es la principal fuente de información sobre el funcionamiento de éste y si los cuidados y la educación en el autocuidado que se prestan son los adecuados y necesarios para poder realizarlos en sus domicilios.

Sin duda alguna, los resultados de la aplicación de una escala de análisis de la satisfacción como la escala COMFORTS debe ser un eficaz instrumento para diagnosticar áreas de mejora y aplicar soluciones válidas y eficaces para mejorar la atención de las mujeres usuarias de los Servicios de Obstetricia de toda la comunidad o incluso de todo el país, o en ocasiones invitar a tomar actitudes concretas no sólo de cara a ese centro o área sanitaria.

El presente estudio está destinado a describir el grado de satisfacción de las madres que dan a luz en el área sanitaria noroeste de la Comunidad de Madrid mediante el desarrollo, validación y adaptación de la escala COMFORTS para su uso en español. Se trata de un hospital con una estructura nueva, de tercer nivel, integrado en la red pública del Servicio Madrileño de Salud. Sus infraestructuras son recientes y el grado de confort ambiental por tanto debe ser elevado.

El equipo obstétrico responsable de la asistencia, tanto médico como de matronas, enfermeras y personal auxiliar es un equipo experimentado. Dispone de Servicio de Neonatología y las historias están informatizadas. Sin duda alguna, la valoración del grado de satisfacción de las madres medido a través de la escala COMFORTS, permitirá detectar posibles deficiencias sobre las que se podrían establecer en un segundo tiempo las medidas correctoras oportunas. Además la escala podría aplicarse en otro tipo de situaciones de riesgo obstétrico y neonatal que en este estudio no se contemplan.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### Hipótesis

El grado de satisfacción de las mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel está relacionado con los cuidados asistenciales recibidos en el trabajo de parto, cuidados puerperales, cuidados neonatales, aspectos logísticos y de respeto a la intimidad.

La aplicación de la escala COMFORTS adaptada al español, servirá para detectar las áreas de mejora que nos permitan trabajar para garantizar unos cuidados personalizados de calidad centrados en las expectativas y necesidades de las mujeres que acuden a nuestro hospital para dar a luz.

### Objetivos Principales

- Describir el nivel de satisfacción de las mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con relación a la asistencia recibida durante su ingreso para la atención al parto y puerperio.
- Desarrollar, validar y adaptar para su uso al español la escala de satisfacción COMFORTS.

### Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de satisfacción de las mujeres que acuden a un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid en relación con aspectos asistenciales durante el trabajo de parto, cuidados puerperales, cuidados neonatales, aspectos logísticos y de respeto a la intimidad.
- Identificar, en función del grado de satisfacción evaluado, áreas susceptibles de mejora y plantear posibles estrategias para abordar su solución.
- Establecer, en relación a los resultados obtenidos, protocolos de actuación para disminuir las intervenciones innecesarias y la variabilidad en la práctica, que fomenten iniciativas de atención humanizada al parto normal en los que se consideren las recomendaciones de la OMS, la evidencia científica, el protagonismo de las mujeres y la adecuación del entorno físico para su comodidad, intimidad y seguridad.
- Detectar posibles errores de uniformidad de criterios para corregirlos, reforzar conocimientos de los profesionales que atienden a las mujeres y así proporcionar continuidad en la Educación para la Maternidad y cuidados del recién nacido, durante su estancia en el Hospital.

## METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

## **Diseño**

Estudio descriptivo de corte transversal con estudio de validación y adaptación transcultural de una escala.

## **Ámbito del estudio**

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Está ubicado en el área noroeste de la Comunidad de Madrid, y presenta una serie de connotaciones particulares; se trata de un hospital de tercer nivel, con habitaciones individuales polivalentes dónde permite realizar todo el proceso de dilatación y parto en el mismo espacio, con un equipamiento totalmente nuevo, pertenece al Servicio Madrileño de Salud.

Es un centro público que desarrolla una función asistencial, docente e investigadora. Sus infraestructuras son recientes y modernas, dispone de historias clínicas informatizadas y Servicio de Neonatología. El equipo obstétrico responsable de la asistencia y cuidados, tanto médico como de matronas, enfermeras y personal auxiliar, es un equipo experimentado.

## **Periodo de estudio**

Noviembre de 2009 a octubre de 2011.

## **Población de estudio**

Puérperas de parto vaginal mayores de 18 años, atendidas en el trabajo de parto e ingresadas en un servicio de obstetricia, con feto único en presentación cefálica y sin factores de riesgo durante la gestación.

## **Sujetos de estudio**

Mujeres con gestación a término mayores de 18 años, con feto único y en presentación cefálica, sin factores de riesgo durante la gestación que ingresan en el Servicio de Obstetricia del Hospital Puerta de Hierro - Majadahonda con trabajo de parto de inicio espontáneo, que se desarrolla y termina sin complicaciones y, que cumplan los criterios de inclusión.

## **Criterios de inclusión**

- Mujeres mayores de 18 años que ingresen:
- En fase activa de parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cm), de forma espontánea.
- Gestación entre la 37ª y 42ª semanas

- Evolución fisiológica de la dilatación y el parto.
- Nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.
- Embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal.
- Parto vaginal.

#### **Criterios de exclusión**

- Embarazo de alto riesgo, y/o riesgo neonatal elevado.
- Gestación múltiple
- No ser capaz de leer y escribir correctamente en castellano.
- No firmar el consentimiento informado (Anexo III).
- Complicaciones maternas puerperales graves que requieran estancia en unidades de cuidados críticos.
- Complicaciones neonatales que precisen ingreso de más de 24 horas en el Servicio de Neonatología.

#### **Tamaño muestral**

Se realiza una estimación del tamaño muestral en base a un nivel de confianza del 95%, para una proporción esperada de mujeres satisfechas del 60% (Claudia Uribe T, Aixa Contreras M, Luis Villarroel D, Soledad Rivera M, Paulina Bravo V, Mariela Cornejo A. Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73(1): 4-10) y considerando un error de precisión del 5,000%. El tamaño muestral final estimado es de 369 mujeres que cumplen criterios de inclusión.

#### **Selección muestral**

Se realizará una selección de las participantes por muestreo estratificado por mes consecutivo, a medida que vayan llegando al hospital para dar a luz y hasta alcanzar el tamaño muestral estimado.

#### **Variables**

- **Dependientes**

Nivel de satisfacción conseguido con la asistencia recibida durante el parto y el puerperio de forma global.

Se manejan 40 variables agrupadas en 4 áreas diferentes de la siguiente manera (Anexo I):

Área 1: cuidados durante el periodo del parto.

Área 2: cuidados del puerperio en planta.

Área 3: cuidados del recién nacido.

Área 4: aspectos logísticos y respeto a la intimidad.

Puede evaluarse de forma global informando de una visión de conjunto para establecer comparaciones en un plazo determinado de tiempo, dónde la puntuación oscila entre 40 'muy insatisfecha' y 200 'muy satisfecha' y, puede calificarse según las subpuntuaciones de cada dimensión de la escala, atendiendo a aspectos más concretos de los cuidados.

La puntuación global daría como resultado una clasificación de acuerdo con el siguiente esquema (Tabla 1):

40-71	72-103	104-135	136-167	168-200
Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy satisfactoria

**Tabla 1. Esquema de la escala de valoración de las variables dependientes de la escala COMFORTS.**

- **Independientes**

Fecha y hora del parto

Variables sociodemográficas:

Edad (años)

País de origen

Situación laboral:

1. Activa

2. Parada

Pareja estable:

1. Sí

2. No

Nivel de estudios

0. Sin estudios

1. Primarios

2. Formación profesional

3. Secundarios

4. Universitarios

Antecedentes personales:

Número de:

1. Embarazos:

2. Partos vaginales:

3. Cesáreas:

4. Abortos:

Hijos vivos: 1. Sí ( ) ¿cuántos?  
2. No ( )

¿Recibieron sus hijos lactancia materna?:

1. Sí
2. No
3. Unos sí y otros no

¿Su recién nacido se alimenta con lactancia materna?

1. Sí
2. No

### **PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA**

Se realizará un periodo de entrenamiento de los entrevistadores, con objeto de homogeneizar la metodología.

El día del alta a domicilio, el investigador explicará el estudio que se va a realizar y la encuesta a rellenar a la puérpera. Si la madre está de acuerdo en participar, firmará un consentimiento informado. Una vez contestada la encuesta en la que se recogen todas las variables anteriormente citadas, se guardará en un sobre cerrado y se depositará en un cajetín destinado a tal fin. Deberá responderse en presencia de un entrevistador o con la posibilidad de consulta si alguna de las preguntas no se entiende.

La distribución de tareas se realizará en los siguientes plazos:

- Junio de 2009: presentación del proyecto.
- Presentación del protocolo del trabajo en el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, obtención de permiso del Comité de Ética Asistencial.
- Noviembre de 2009: inicio de recogida de los datos del estudio.
- Mayo de 2010: elaboración de informe parcial para su presentación a tutor de tesis.
- Octubre de 2010: finalización de la recogida de datos.
- Noviembre de 2010 - abril de 2011: análisis de datos y confección definitiva del estudio.
- Octubre de 2011: informe final y presentación de resultados.

#### **Estudio de validación y adaptación transcultural de la escala COMFORTS**

##### **a. Instrumento**

Se utilizará la escala de medida de satisfacción COMFORTS (Anexo II). Puede evaluarse de forma global informando de una visión de conjunto para establecer comparaciones en un plazo determinado de tiempo, dónde el puntaje se considera 40

muy insatisfecha a 200 muy satisfecha y, puede calificarse según las subpuntuaciones de cada dimensión de la escala, atendiendo a aspectos más concretos de los cuidados.

#### **b. Traducción y adaptación transcultural de la escala COMFORTS**

Previo al inicio del estudio se llevará a cabo una adaptación transcultural de la escala COMFORTS mediante el método de traducción-retrotraducción. En primer lugar se realizará una traducción independiente del cuestionario por dos personas bilingües cuya lengua materna es el castellano. Los traductores y el equipo investigador revisarán conjuntamente ambas traducciones hasta consensuar una primera versión de la escala.

A continuación esta versión original se retraducirá al inglés por otro traductor bilingüe cuya lengua materna sea el inglés. Esta nueva versión inglesa se enviará al equipo investigador responsable del diseño original de la escala COMFORTS, que evaluará su equivalencia conceptual con el cuestionario original para, de esta manera, obtener el cuestionario definitivo.

Finalmente, una vez aprobada la versión definitiva, se realizará un estudio piloto en una muestra de 20 voluntarias del rango de edad y características similares a las consideradas en el estudio, para evaluar su comprensión y viabilidad. Si surgen problemas de comprensión con algún ítem, el entrevistador probará traducciones alternativas del ítem correspondiente, o bien preguntará a la voluntaria si se le ocurre otra alternativa.

Con este estudio piloto se podrá identificar si el enunciado de las preguntas es correcto y comprensible, si existen reticencias psicológicas o rechazo frente a alguna pregunta y si la duración está dentro de lo aceptable para las encuestadas. La metodología empleada para este pretest cognitivo será la entrevista informal con la paciente tras la cumplimentación del cuestionario y la valoración de la escala por parte de la misma.

#### **c. Validación**

Para la validación de la escala adaptada al español, se administrará la escala a una muestra consecutiva de 20 mujeres mayores de 18 años que cumplan los criterios de inclusión y sean ingresadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda con trabajo de parto.

#### **Análisis de fiabilidad**

La consistencia interna u homogeneidad entre ítems se analizará mediante el coeficiente alfa de Cronbach de todos los ítems frente a la puntuación global y entre cada ítem; en caso de no alcanzar el valor obtenido en la validación de la escala original (0,95) al menos se debe superar el valor de 0,7. Al eliminar los ítems uno a uno

el coeficiente no debe modificarse más de 0,1. Asimismo se calculará la matriz de correlación entre los ítems.

La reproducibilidad se evaluará mediante el análisis test-retest en una submuestra de 20 pacientes que lo cumplimenten en dos ocasiones, utilizando el coeficiente de correlación intraclase para las variables cuantitativas y el método gráfico de Bland-Altman. Se espera encontrar una correlación mínima del 70%.

#### **Análisis de validez**

La validez de constructo se evaluará mediante análisis factorial de los componentes principales, con objeto de encontrar grupos homogéneos de variables que se correlacionen mucho entre sí. Los grupos deben ser inicialmente independientes entre sí.

#### **Codificación y tabulación de los datos**

La codificación se realizará para todas aquellas variables que entran en el análisis como numéricas, en función del tipo. Las variables dicotómicas de presencia/ausencia de la característica como 1=sí, 2=no. Las variables cualitativas de varias categorías en orden ascendente a partir del 1. Las variables cuantitativas en su valor numérico.

La información se registrará en una base de datos diseñada en Excel para tal fin.

#### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizará en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda.

Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Las variables cuantitativas se resumirán con su media y su desviación estándar (DE) o IC 95% o bien con la mediana y el rango intercuartílico en caso de presentar una dispersión elevada. En todos los casos se comprobará la distribución de la variable frente a los modelos teóricos.

Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de  $\chi^2$ , o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados sean menores de 5. En el caso de variables ordinales se contrastará la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones. Se estimará la "odds ratio" (OR, razón de ventajas) junto a su intervalo de confianza al 95% según el método de Cornfield.

Se analizará el comportamiento de las variables cuantitativas por cada una de las variables independientes categorizadas mediante el test de la t de Student o el análisis de la variancia (ANOVA) o bien el test de la U de Mann-Whitney o el test de Kruskal Wallis en caso de que las variables cuantitativas no se ajusten a una distribución normal.

Se ajustará un modelo de regresión logística, con el objeto de identificar qué factores se asocian a la presencia de “satisfacción”, incluyendo en el modelo todas aquellas variables independientes que en el análisis crudo hayan mostrado una asociación clínicamente relevante o estadísticamente significativa ( $p < 0,15$ ). La existencia de interacciones se estudiará introduciendo las variables independientes multiplicativas con pruebas de significación estadística, manteniéndose en el modelo los términos de interacción estadísticamente significativos. Se presentarán los odds ratios ajustados junto a sus intervalos de confianza al 95%.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error  $\alpha$  menor a 0,05. Como herramientas para realizar el análisis estadístico se utilizarán SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

### **Ética**

El acceso a las bases de datos estará restringido, respetando con ello las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). Los investigadores responsables garantizarán la seguridad de las bases de datos, que no podrán ser utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

La participación en esta encuesta es totalmente libre, voluntaria y anónima. Se administrará una hoja de consentimiento informado a cada participante (Anexo III), previamente a la realización de la entrevista en el hospital. En ella se explicarán los objetivos y procedimientos del estudio y se asegurará la confidencialidad de los datos.

El estudio se presentará en el comité de ética del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda para su aprobación.

Se solicitará permiso a los autores de la escala COMFORTS.

### **Limitaciones**

Las limitaciones del estudio provienen del diseño epidemiológico elegido (estudio descriptivo de corte transversal); al tratarse de un estudio descriptivo, la falta de secuencia temporal entre los factores independientes y el efecto, imposibilita establecer inferencias causales, especialmente en lo relacionado a los resultados que se obtengan en el modelo de regresión logística.

Sin embargo, permitirá plantear nuevas hipótesis y, sobre todo, detectar áreas susceptibles de mejora que refuercen la necesidad de implementar medidas para solucionar los problemas detectados. Por otra parte, de este estudio se obtendrá un instrumento validado que permitirá evaluar el nivel de satisfacción en España, lo que

permitirá realizar nuevos estudios con diseños analíticos para comprobar hipótesis adicionales o incluso para evaluar la eficacia de medidas destinadas a la mejora en el nivel de satisfacción.

La participación voluntaria siempre puede incurrir en un potencial sesgo de selección, puesto que puede que las mujeres que deciden participar y contestar a la encuesta no sean comparables a las que no quieren participar en el estudio. Para ello, se recogerán determinadas variables de todas las mujeres que cumplen criterios de inclusión (variables sociodemográficas), con objeto de intentar evaluar la comparabilidad de ambos grupos.

La influencia de los factores de confusión se intentará controlar en el análisis mediante la creación de un modelo multivariado.

Finalmente, la validez externa de la muestra está limitada a las mujeres que acuden al hospital del estudio, puesto que no se trata de una selección aleatoria de todas las mujeres posibles del Área 6; habrá mujeres dentro de este mismo área que sean atendidas en otros hospitales o incluso en otras áreas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nursing*. 1995; 22:316-22.
- Borquez H, Wieggers TA. A comparison of labor and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*. 2006; 22(4):339-47.
- Brown S, Lumley F. Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994, 21: 4-13.
- Carlton T, Callister L, Christiaens G, Walker D. Labor and delivery nurses' perception of caring for childbearing women in nurse – managed birthing units. *Am J Mat/Child Nurs*. 2009; 34(1):50-6.
- Creedy D, Dennis C, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries S. Psychometric characteristics of the breast feeding self-efficacy scale: Data from an Australian sample. *Res Nurs Health*. 2003; 26:143-52.
- Dennis C, Faux S. Development and Psychometric testing of the breast feeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22:399-409.
- Dennis C. Identifying predictors of Breastfeeding self – efficacy in the immediate post partum period. *Res Nurs Health*. 2006; 29:256-68.

- Drew N, Salmon P, Webb L. Mothers, midwives and obstetricians view on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *BJOG*. 1989;96: 1084–8.
- Feldman R, Eildeman A, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002; 110: 16-26.
- Hsieh M, Doner-Kagle J. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work*. 1991; 16: 281–90.
- Hodnett E, Simmons-Tropea D. The Labor Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*. 1987;10:301–10.
- Ip WY, Chung TK, Tang CS. The Chinese childbirth self – efficacy inventory: the development of a short form. *J Clin Nurs*. 2008; 17(3):333-40.
- Janssen P, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health*. 2006; 29:51-60.
- Linder - Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med*. 1982; 16:583-9.
- Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*. 2005; 21:346-54.
- McLachlan H, Forster D, Davey M, Lumley J, Farrell T, Oats J et al. COSMOS: Comparing Standard Maternity Care with One-midwifery support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008; 8:35.
- Nicolás MD, Soto V, Garijo C, Valcárcel C. Satisfacción materna en el parto tras intervención educativa al padre. *Evidentia*. 2004; 1(3):15-20.
- Rijnders M, Baston H, Schönbeck, Y, Van der Pal K, Prins M, Green J et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008; 35(2):107-16.
- Rivara G, Rivara P. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna post parto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev Peru Pediatr*. 2007; 60(3):140-9.

- Sadler L, Davison T, McCrown L. Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial. *Birth*. 2001; 28: 225–35.
- Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*. 1989; 16: 109–13.
- Sjöblom I, Nordström B, Edberg A. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*. 2006; 22(4):348-55.
- Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: Dimensions, validity and internal reliability. *Quality in Health Care*. 2001;10:17–22.
- Thompson A, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care*. 1995; 7:127–41.
- Vargas Rueda A, Chaskel R. Neurobiología del apego. *Rev Avances (Col)*. 2007; 8(1):44-56.

#### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

- Bravo V, Mariela Cornejo A. Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Rev Chil Obstet Gineccl*. 2008; 73(1): 4-10.
- Dennis C, Faux S. Developement and Psychometric testing of the breast feeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22:399-409.
- Uribe C., Contreras A., Villarroel L., Rivera M.S., Bravo P., Cornejo M. Bienestar Materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 73 Nº1, 4-10, 2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2007.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema; 2008.
- Polit D F. Investigación científica en ciencias de la salud. México D.F.: Mc Graw Hill; 1997.
- Seclén Palacín J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de salud asociados. Perú 2000. *An Fac Lima*. 2005;66(2):127-41.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. Madrid: La Sociedad;2007.

SPSS para Windows (programa de ordenador). Versión 15.0.1. Chicago: SPSS Inc; 2006.

### **RECURSOS ELECTRÓNICOS**

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin – to - skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html>.

## **ANEXO I. VARIABLES DEPENDIENTES. ESCALA COMFORTS TRADUCIDA**

### **Área 1. Cuidados durante el Periodo del Parto**

1. Grado de satisfacción con la información recibida en la sala dilatación-paritorio.
2. Cantidad de información proporcionada por la matrona en paritorio / dilatación acerca de los cuidados que iba a recibir.
3. Grado de satisfacción con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por la matrona.
4. Grado de satisfacción con los cuidados recibidos.
5. Grado de satisfacción con la vivencia del nacimiento.
6. Grado de satisfacción con la analgesia durante el parto.
7. Grado de satisfacción con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento del Recién Nacido.
8. Grado de satisfacción con la comodidad de su pareja o persona de apoyo.
9. La iluminación de la habitación fue adecuada.
10. La habitación era espaciosa y adecuada a sus necesidades.
11. Grado de satisfacción con el número de personas que estuvo en el paritorio durante su parto.
12. Grado de satisfacción con el respeto a su intimidad por parte de las personas que intervinieron en el parto.
13. Grado de satisfacción con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales.
14. Grado de satisfacción con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas.
15. Grado de satisfacción con la matrona para responder a sus necesidades durante el parto.

### **Área 2. Cuidados del Puerperio en Planta**

1. Grado de satisfacción con el tiempo que la enfermera pasa con usted en los cuidados del puerperio para cubrir sus necesidades físicas.
2. Grado de satisfacción con el tiempo que la enfermera pasa enseñándole los cuidados del postparto.
3. Grado de satisfacción con el tiempo que la enfermera pasa atendiendo a los cuidados del bebé/es.
4. Grado de satisfacción con el tiempo que la enfermera pasa con usted para cubrir sus necesidades emocionales.
5. Grado de satisfacción con el tiempo que pasa enseñándole sus cuidados y los del bebé/es.
6. Grado de satisfacción con la respuesta eficaz a sus necesidades.
7. Grado de satisfacción con la información que recibe sobre cómo alimentar a su Recién Nacido.
8. Grado de satisfacción con la información que recibe de las enfermeras.
9. Grado de satisfacción con el número de enfermeras que cuidan de usted.

10. Grado de satisfacción con el número de personas del hospital que entra en su habitación.
11. Grado de satisfacción con el número de médicos incluyendo los residentes que le atienden.

### **Área 3. Cuidados del Recién Nacido**

1. Sé cuando el bebé está enfermo.
2. Sé cuando el bebé tiene hambre o está satisfecho.
3. Sé si el bebé está tomando leche suficiente.
4. Sé colocar al bebé durante la alimentación.
5. Sé qué hacer cuando el bebé llora.
6. Sé qué hacer cuando el bebé se atraganta.
7. Sé colocar al bebé para dormir.
8. Sé como bañar al bebé.
9. Sé cómo encontrar ayuda cuando la necesite.
10. Sé cuidar el cordón umbilical.

### **Área 4. Aspectos Logísticos y Derecho a la Intimidad**

11. La comida durante su estancia en el hospital es adecuada en la cantidad.
12. La comida es adecuada en la calidad.
13. Tiene acceso fácil a todo aquello que necesita durante su estancia en el hospital (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales...).
14. El personal de limpieza respeta su intimidad.

**ANEXO II. ESCALA COMFORTS (original en inglés)**

56

RESEARCH IN NURSING & HEALTH

Table 1. Items With Principal Components Varimax Factor Loadings

	Item	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
1	Know when the baby is ill	.75	.13	.05	.11	.01	.02
2	Know when the baby is full/hungry	.74	.12	.10	.04	.18	.03
3	Know that the baby is getting enough milk	.73	.12	.18	.02	.13	.11
4	Know how to position the baby to feed	.72	.19	.07	.05	.14	.09
5	Know how to cope when the baby cries	.69	.18	.12	.19	.06	.07
6	Know what to do if the baby gags or chokes	.68	.07	.08	.13	.11	.02
7	Know how to position the baby to sleep	.66	.09	.10	.01	.22	.10
8	Know how to give the baby a bath	.63	.21	.07	.19	.06	.07
9	Know how to find help in the community	.62	.29	.25	.14	.08	.07
10	Know how to care for the baby's cord	.58	.17	.19	.16	.15	.09
11	Time nurse spent with you in the postpartum period was adequate to take care of your physical needs	.22	.72	.16	.17	.18	.04
12	Time nurse spent teaching you in the postpartum period to care for yourself	.26	.71	.27	.20	.05	.09
13	Time nurse spent teaching you in the postpartum period to care for your baby	.28	.70	.28	.23	.15	.13
14	Time nurse spent with you in the postpartum period was adequate to take care of your emotional needs	.20	.70	.17	.20	.19	.19
15	Time nurse spent teaching your support person in the postpartum period to care for you and your baby	.24	.69	.28	.19	.11	.04
16	Nurse responded to your needs in the postpartum period in a timely manner	.15	.68	.11	.18	.17	.22
17	Time nurse spent helping you feed your baby	.30	.50	.24	.12	.22	.07
18	The information you received from different nurses was consistent	.32	.49	.18	.24	.30	.05
19	Satisfied with the extent to which caregivers gave you the information you needed to make informed choices about your care	.15	.26	.78	.08	.10	.15
20	Satisfied with the number of times caregivers asked for your opinion in planning your care	.16	.23	.75	.12	.07	.11
21	Satisfied with the degree to which caregivers supported your decisions	.15	.15	.74	.10	.15	.08
22	Satisfied with the assistance given by caregivers to support person	.12	.19	.71	.13	.20	.01
23	Satisfied with how the birth experience was viewed	.12	.17	.61	.04	.12	.06
24	Satisfied with the comfort measures you were given to deal with pain and discomfort of labor	.12	.01	.55	.08	.15	.32
25	Satisfied with the comfort measures you were given to deal with pain and discomfort after the baby was born	.18	.16	.51	.26	.14	.11
26	Your support person was comfortable	.12	.25	.16	.71	.04	.09
27	The lighting was adequate	.12	.20	.07	.71	.06	.01
28	The room was spacious and adequate for your needs	.01	.27	.08	.69	.00	.15

(Continued)

Table 1. (Continued)

	Item	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
29	The food was acceptable in quantity	.09	.02	.12	.65	.22	.08
30	The food was acceptable in quality	.13	.01	.06	.64	.19	.01
31	You were able to find the supplies that you needed	.14	.35	.11	.56	.14	.11
32	The housekeeping staff respected your privacy	.23	.25	.19	.54	.23	.04
33	The number of different physicians (including medical students) who looked after you during your hospital stay	.18	.22	.17	.21	.72	.15
34	The number of hospital staff who came into your room during labor	.12	.10	.24	.23	.67	.25
35	The number of hospital staff who came into your room during the postpartum period	.17	.35	.20	.16	.64	.09
36	The number of nurses who looked after you during your hospital stay	.19	.30	.27	.23	.58	.16
37	Respect shown by caregivers for your privacy needs	.10	.20	.40	.20	.56	.01
38	Time nurse spent with you in labor was adequate to take care of emotional needs	.13	.16	.19	.17	.09	.83
39	Time nurse spent with you in labor was adequate to take care of physical needs	.09	.11	.19	.14	.13	.80
40	Nurse responded to your in labor needs in a timely manner	.18	.22	.12	.02	.16	.74

Tomado de: Janssen P, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. Res Nurs Health 2006; 29:51-60.

### ANEXO III. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

*Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS.*

Promotora: M<sup>a</sup> Leonor Vivanco Montes

Un grupo de matronas del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda estamos realizando una encuesta a las madres que ingresan para dar a luz en nuestro hospital. El objetivo de la misma es comprobar el grado de satisfacción de la madre en relación al proceso de parto, alumbramiento e inmediatamente después del nacimiento, intentando identificar áreas de mejora que nos permitan introducir cambios en los protocolos de asistencia al parto.

Se trata de una encuesta anónima, de carácter voluntario. Si usted lo desea, podrá retirar el consentimiento para que nosotros procesemos la información que inicialmente nos ha ofrecido.

#### CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio cumple los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Presentamos un modelo de consentimiento informado, pues aunque no es un trabajo de tipo experimental, es preciso solicitarlo para la utilización de datos de carácter personal

Yo (nombre y apellidos)

.....  
He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio.  
He recibido suficiente información sobre el estudio.  
He hablado con:

.....  
(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA:

FECHA:

Recibido: 31 mayo 2009.

Aceptado: 12 junio 2009.