

## Artículo original

# Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona

*Satisfaction in low-risk postpartum: obstetrician versus midwife*

Eva Pérez-Martínez<sup>1</sup>, Diego Velasco-Vázquez<sup>2</sup>, Francisca Pacheco-Ardila<sup>3</sup>,  
Ramón del Gallego-Lastra<sup>4</sup>, Tomás Sebastián-Viana<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Profesora de Grado en Enfermería. Centro Universitario San Rafael-Nebrija (Madrid). Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. <sup>2</sup>Matrona. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Profesor doctor de Grado en Enfermería. Universidad Europea de Madrid. <sup>3</sup>Matrona supervisora. Área de Cuidados de la Mujer. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). <sup>4</sup>Profesor. Doctor titular. Facultad de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. <sup>5</sup>Supervisor Innovación y Desarrollo. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid). Doctor por la Universidad «Rey Juan Carlos». Madrid

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comparar la satisfacción percibida por las puérperas de bajo riesgo en el momento del alta hospitalaria según hubiesen sido atendidas por obstetras o matronas.

**Material y método:** Estudio cuasi-experimental de dos grupos sin asignación aleatoria. Se diseñó un cuestionario telefónico formado por ocho preguntas tipo Likert, que fue utilizado con puérperas atendidas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, a las que se realizó la encuesta entre mayo y junio de 2014. Considerando que un 70% de las encuestas tendrían respuestas positivas, con una precisión absoluta del 10% y un intervalo de confianza del 95%, se calcularon 71 casos necesarios. La fiabilidad se evaluó tanto por la consistencia interna (índice alfa de Cronbach) como con el procedimiento test-retest mediante el índice kappa y el coeficiente de correlación intraclass.

**Resultados:** El cuestionario resultó fiable y con una elevada consistencia interna. Se pasó la encuesta telefónica a una muestra aleatoria de 80 mujeres del grupo control (atendidas por ginecólogos) y 80 del grupo de intervención (atendidas por matronas). Se obtuvieron mejores puntuaciones en las mujeres atendidas por matronas, con diferencias estadísticamente significativas en algunos de los ítems valorados, como en la recomendación global del hospital, al que contestaron favorablemente las 80 mujeres atendidas por matronas (100%) frente a 74 atendidas por obstetras (92,5%) ( $p=0,028$ ), en la identificación de los profesionales ( $p<0,001$ ) y en la información sobre signos y síntomas de alarma ( $p=0,028$ ).

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study was to compare the perceived satisfaction of puerperal women with low risk of hospital discharge as they had been attended by obstetricians or midwives.

**Methods:** Quasi experimental study of two groups without random assignment. A telephone questionnaire was designed consisting of eight Likert-type questions that were used with puerperal patients attended at the Hospital Universitario de Fuenlabrada, where the survey was conducted between May and June 2014. Considering that 70% of the surveys would have positive responses with an absolute precision of 10% and a 95% confidence level, 71 cases were calculated. The telephone survey was passed to a random sample of 80 women in the control group (care by gynecologists) and 80 in the intervention group (care by midwives). Reliability was assessed both at internal consistency (Cronbach's alpha) and with test-retest using kappa index and intraclass correlation coefficient.

**Results:** The questionnaire was reliable and with high internal consistency. Higher scores were obtained in women attended by midwives, with these differences being statistically significant in some of the items evaluated, as in the hospital's overall recommendation, where the 80 women attended by midwives (100%) responded favorably to 74 midwives attended by obstetricians (92.5%) ( $p=0.028$ ), in the identification of professionals ( $p<0.001$ ) or in information on signs and symptoms of alarm ( $p=0.028$ ).

Comunicación oral presentada en el I Congreso de la Asociación de Matronas de Euskadi-XIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España, celebrado en Bilbao del 23 al 25 de octubre de 2014.

El presente trabajo forma parte de la tesis doctoral de E. Pérez Martínez titulada *Relación entre la atención exclusiva de la matrona al puerperio de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a la urgencia de obstetricia por complicaciones posparto*.

Pérez-Martínez E, Velasco-Vázquez D, Pacheco-Ardila F, Del Gallego-Lastra R, Sebastián-Viana T. Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 106-114.

Fecha de recepción: 22/08/16. Fecha de aceptación: 20/05/17.

Correspondencia: E. Pérez Martínez.  
Área de Cuidados de la Mujer. Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
Camino del Molino, 2. 28942 Fuenlabrada (Madrid).  
Correo electrónico: evpema5@hotmail.com

**Conclusiones:** El grupo de púerperas seguido por las matronas presentó mejores resultados globales en la percepción de la satisfacción con la atención recibida.

**Palabras clave:** Periodo posparto, satisfacción del paciente, matrona, educación para la salud.

**Conclusions:** The group of postpartum women followed by midwives had better overall results in the perception of satisfaction with the care received.

**Keywords:** Postpartum period, patient satisfaction, midwife, health education.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en España, la atención y el seguimiento de las mujeres púerperas de bajo riesgo en las unidades de hospitalización obstétrica se llevan a cabo por los equipos de obstetras y enfermeras no especialistas en la mayoría de los centros.

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) (Madrid) se implantó, en febrero de 2014, un nuevo protocolo de atención al puerperio de bajo riesgo en el que la atención a este grupo de mujeres durante su estancia hospitalaria pasó a cargo del equipo de matronas, incluida el alta clínica<sup>1</sup>. Este cambio de modelo partió del macroproyecto de atención a la gestación, el parto y el puerperio de bajo riesgo, iniciado por el hospital durante el año 2009 (trabajo financiado a través de la ayuda concedida por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la convocatoria de propuesta técnica para concesión de subvenciones relativas a la implementación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud en 2009. Real Decreto 924/2009, de 29 de mayo [BOE 16/06/2009]), en el que quedó recogido que la matrona debía ser el profesional indicado para liderar dicha atención, y reservar la actuación de los obstetras para las pacientes de alto riesgo y las tareas de alta especialización, adecuando así los recursos humanos disponibles, lo que permitiría a las matronas recuperar competencias perdidas en años anteriores a causa de la disminución de profesionales especialistas formados. Otro aspecto contemplado en dicho trabajo fue el mantenimiento de la calidad y la seguridad de la atención recibida por las mujeres y sus familias.

Algunos trabajos consultados, como el de Laurant et al.<sup>2</sup>, apoyan la ausencia de diferencias significativas en la calidad de la atención y los resultados de salud de pacientes estudiados cuando éstos fueron atendidos por médicos o cuando la atención la proporcionaron enfermeras (en atención primaria). También otros estudios, como el de Sandall et al.<sup>3</sup>, señalan que la atención continuada durante el proceso de parto y el puerperio por un mismo profesional aumentó la satisfacción de las mujeres y sus parejas sin alterar los resultados de salud perinatal (siempre en situaciones fisiológicas y sin complicaciones asociadas). Ambos trabajos refuerzan que el cambio que propuso

nuestro centro no debería suponer una disminución en la calidad de la atención proporcionada a las mujeres.

Durante el periodo de hospitalización posparto, la atención diaria de las mujeres fue a cargo de las matronas, que además de efectuar una exploración para descartar complicaciones, realizaron un refuerzo de educación para la salud (EpS) individualizado y protocolizado para cada púerpera. También emitieron y firmaron el informe de alta a las púerperas de bajo riesgo como competencia delegada del equipo médico, es decir, de manera independiente (sin rúbrica médica)<sup>4,5</sup>.

Este refuerzo de EpS contenía fundamentalmente aspectos relacionados con la correcta involución uterina, las diferentes técnicas de alimentación del recién nacido, el apoyo y fomento de la lactancia materna, el reconocimiento de los diferentes signos y síntomas de alarma relacionados con posibles complicaciones (mamarias, hemorrágicas, perineales, infecciosas...), el correcto establecimiento del vínculo materno/paterno-filial y la adaptación al rol de padres<sup>6-9</sup>. La EpS tuvo como objetivo proporcionar seguridad a la mujer y su familia, así como aumentar la capacidad de autocuidado (a través de la adquisición de conocimientos), tan necesaria para la etapa domiciliaria<sup>10</sup>. Esta actividad estableció una clara diferencia de actuación con los obstetras.

La bibliografía revisada sugiere que, durante la etapa puerperal, las mujeres y sus familias necesitan un refuerzo individual de EpS específica de este periodo, sobre todo si antes del parto no asistieron a clases de educación maternal o en el caso de mujeres inmigrantes<sup>11</sup>. Las matronas son las profesionales indicadas y más capacitadas para proporcionarlo, actividad que se realizó diariamente y de forma individualizada durante el periodo de estudio.

El hecho de que fuese la primera vez que las matronas prestaban atención integral a las púerperas hospitalizadas hizo que cobrase importancia la estimación de las posibles modificaciones en la satisfacción percibida por este grupo de población en España, ya que ello reforzaría la teoría mantenida en los estudios internacionales (como el de Harvey et al., realizado en Canadá)<sup>12</sup>, que establecen que la atención materno-infantil de bajo riesgo debería ser liderada por matronas, profesionales que en Espa-

ña hasta entonces nunca habían desarrollado esta labor sin supervisión facultativa.

El objetivo de este estudio fue valorar las modificaciones en la percepción de la satisfacción en púerperas de bajo riesgo tras la implantación de un protocolo en el que recibían atención exclusiva del equipo de matronas durante todo el periodo de hospitalización y en el momento del alta.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental de dos grupos sin asignación aleatoria, llevado a cabo en el HUF, hospital de nivel 2 de la comunidad de Madrid, con una población asignada de 222.531 habitantes, que en 2013 atendió un total de 1.652 partos por vía vaginal y 338 cesáreas<sup>13</sup>.

En febrero de 2014 se puso en marcha el protocolo de atención al puerperio de bajo riesgo, en el que la matrona asumió el seguimiento hasta el alta hospitalaria (incluida la elaboración y la entrega del informe de alta) de este grupo de púerperas. Se consideró puerperio clínico de bajo riesgo el que evolucionó de forma fisiológica y sin complicaciones durante la estancia hospitalaria de la mujer<sup>14</sup>. Esto conllevó que las mujeres atendidas por matronas recibiesen un refuerzo educacional sobre signos fisiológicos de involución uterina, loquios (cantidad y aspecto), educación en lactancia materna (así como lugares, direcciones y contactos de apoyo para casos complicados) y técnicas de alimentación artificial, información sobre signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias, pautas de detección de signos de depresión posparto, de mala adaptación al rol de padres, e información sobre métodos anticonceptivos y sobre la reanudación de las relaciones sexuales. Además, se resolvieron dudas sobre otros aspectos relacionados que no estaban protocolizados previamente (necesidades individuales).

Para constatar si el cambio en la atención a las mujeres y los recién nacidos había provocado modificaciones en la satisfacción con la atención recibida, se realizó una evaluación pre/postimplantación de la nueva intervención. Se diseñó un cuestionario telefónico desarrollado *ad hoc* para el estudio, y se pasó a los grupos seleccionados entre mayo y junio de 2014:

- Grupo control: mujeres con parto y puerperio de bajo riesgo de los 3 meses anteriores a la implantación del protocolo, atendidas en el hospital por obstetras y enfermeras generalistas.
- Grupo de intervención: mujeres con parto y puerperio de bajo riesgo de los 3 meses posteriores a la implantación del nuevo procedimiento, atendidas, por tanto, en el hospital por matronas y enfermeras generalistas.

Entre los criterios de inclusión en ambos grupos de púerperas se consideró que hubieran tenido un parto eutócico y un puerperio de bajo riesgo, con una evolución favorable y sin ninguna complicación.

El cuestionario elaborado para hacer la encuesta telefónica se compuso de ocho preguntas, siete de ellas eran tipo Likert con valores de 1 a 5; se informó a las mujeres de que la opción 1 equivalía literalmente a «nada satisfecha» y la opción 5 a «totalmente satisfecha», y se les pidió que respondieran con un solo valor numérico. Estas siete preguntas pretendían medir la satisfacción respecto a la atención recibida durante la estancia hospitalaria, y evaluaban los siguientes aspectos: identificación de los profesionales, trato recibido, resolución de dudas, información recibida sobre cuidados al alta, sobre lactancia, sobre signos y síntomas de alarma, e información global recibida en el posparto. La octava pregunta era dicotómica (sí/no) y se refería a si las encuestadas recomendarían el hospital a sus conocidos.

Una vez elaborado el cuestionario, se validó mediante una prueba de expertos. Cuatro expertos validaron la adecuación de las preguntas al objetivo del estudio, la adecuación de la estructura y el orden de las preguntas, si el cuestionario estaba completo y si no carecía de ninguna pregunta relevante.

Previamente a su utilización con la muestra del estudio, se realizó una prueba piloto para evaluar la fiabilidad test-retest mediante el índice kappa, y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para evaluar su fiabilidad temporal al analizarla tanto de forma cualitativa como cuantitativa. Se llevó a cabo en 20 mujeres a quienes se pasó la encuesta telefónica, que se repitió después de 1 mes (tabla 1).

Se observó que al analizar las preguntas del cuestionario de forma cualitativa (con el coeficiente de concordancia kappa) y de forma cuantitativa (CCI), la fiabilidad test-retest fue muy buena, porque en todas las preguntas fue mayor de 0,8, y en la mayoría de ellas fue 1<sup>15,16</sup>.

Una vez validada la encuesta se seleccionó la muestra del estudio. Para el cálculo del tamaño muestral se tuvieron en cuenta los 3 meses previos y los 3 meses posteriores a la implantación de la nueva intervención, periodo en el cual hubo 534 casos.

Considerando que un 70% de las encuestas tendrían respuestas con una precisión absoluta del 10% y un intervalo de confianza (IC) del 95%, se estimó un mínimo de 71 casos en cada grupo.

Se realizó un muestreo aleatorio con Epidat 3.1 en una base de datos de todos los partos eutócicos con puerperios de bajo riesgo producidos durante el periodo de estudio, introduciendo los números de historias clínicas de las altas con puerperio normal en los periodos preinter-

**Tabla 1. Fiabilidad test-retest**

	Índice kappa	IC del 95%	p	CCI	IC del 95%	p
Pregunta 1	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001
Pregunta 2	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001
Pregunta 3	0,899	0,719-1	<0,001	0,94	0,854-0,976	<0,001
Pregunta 4	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001
Pregunta 5	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001
Pregunta 6	0,823	0,600-1	<0,001	0,915	0,799-0,966	<0,001
Pregunta 7	1	1-1	<0,001	1	1-1	<0,001

CCI: coeficiente de correlación intraclase; IC: intervalo de confianza.

vención y postintervención. Se aleatorizaron 100 mujeres en cada grupo y se la llamó consecutivamente hasta incluir 80 encuestas telefónicas por grupo.

La encuesta telefónica fue realizada por dos investigadores expertos de las mismas características y formados de manera conjunta. La asignación de los sujetos de la muestra fue efectuada por un tercer investigador, de modo que los profesionales que realizaron las llamadas desconocían el grupo al que pertenecía cada sujeto hasta la finalización del trabajo de campo.

Con las respuestas obtenidas, se evaluó la validez de constructo, analizando la estructura de factores de la encuesta mediante un análisis factorial exploratorio y con el método de componentes principales. Se calculó el coeficiente de esfericidad de Bartlett para mostrar la correlación lineal entre los ítems y el coeficiente de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con el fin de mostrar que existía correlación entre dos ítems cuando se eliminaba la influencia sobre ellos de los ítems restantes. Además, se evaluó la fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) de las dimensiones de la encuesta.

Para evaluar la homogeneidad de los dos grupos, se extrajeron de la historia clínica y se estudiaron algunas variables de las mujeres que aceptaron participar en el estudio, como la edad, el número de nacimientos previos y el de abortos previos, así como las siguientes variables relacionadas con el parto y los cuidados durante la estancia hospitalaria: motivo de ingreso, tipo de lactancia, sexo del recién nacido, peso del recién nacido y tipo de anestesia.

Los resultados de la encuesta se presentan en primer lugar con un análisis univariado. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las respuestas con una distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para las variables cualitativas y un análisis de la descripción de la media para las variables cuantitativas.

Para evaluar la posible existencia de diferencias entre los dos grupos de mujeres (pre/postimplantación del protocolo de seguimiento de las matronas), se realizaron contrastes de hipótesis entre ambos con la prueba de la *t* de Student cuando se comparaba una variable cuantitativa con una cualitativa (o la prueba paramétrica correspondiente en caso de que la variable cuantitativa no se distribuyera de forma normal), y mediante la prueba de la  $\chi^2$  en el caso de dos variables cualitativas.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o  $\alpha < 0,05$ , y los resultados se presentaron con sus IC del 95%.

En cuanto a los aspectos éticos, se solicitó el consentimiento verbal al inicio de cada encuesta telefónica, previa explicación de la intencionalidad del estudio. Los datos se recogieron en una base de datos anonimizada, en la que no había ninguna referencia que pudiese identificar a las mujeres<sup>17</sup>. Se cumplieron las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores modificaciones<sup>18</sup>.

El estudio fue aprobado por la dirección del centro y por el comité ético de investigación clínica del hospital.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows.

## RESULTADOS

El cuestionario fue contestado por un total de 160 sujetos, 80 correspondían al grupo control y 80 al grupo de intervención. En el grupo control hubo que realizar un total de 98 llamadas para la obtención de la muestra; 7 casos fueron descartados por imposibilidad de localización y otros 11 se descartaron por no cumplir criterios de inclusión; a las mujeres no localizadas se las llamó en dos ocasiones a los teléfonos que constaban en la base de datos. En el grupo de intervención se realizó un total de 99 llamadas; 8 mujeres no fueron loca-

**Tabla 2. Comparación de las características clínicas y sociodemográficas de los grupos de mujeres**

	Preimplantación	Postimplantación	p
Edad de la madre <sup>a</sup>	33,04 (5,09)	31,96 (4,65)	0,165
Peso del recién nacido <sup>a</sup>	3,207 (0,425)	3,151 (0,446)	0,457
Número de recién nacidos vivos previos <sup>b</sup> :			0,242
• 0	28 (35,9)	20 (25)	
• 1	35 (44,9)	46 (57,5)	
• ≥2	15 (19,2)	14 (17,5)	
Número de abortos previos <sup>b</sup> :			0,873
• 0	47 (58,8)	47 (58,8)	
• 1	23 (28,8)	21 (26,3)	
• ≥2	10 (12,5)	12 (15)	
Motivo del ingreso <sup>b</sup> :			0,857
• Parto en curso	41 (51,3)	38 (47,5)	
• Rotura prematura de membranas	21 (26,3)	26 (32,5)	
• Inducción al parto	11 (13,8)	10 (12,5)	
• Otros	7 (8,8)	6 (7,5)	
Tipo de lactancia <sup>b</sup> :			0,97
• Artificial	8 (10)	1 (8,9)	
• Materna completa	67 (83,8)	67 (84,8)	
• Materna incompleta	5 (6,3)	5 (6,3)	
Sexo del recién nacido <sup>b</sup> :			0,874
• Varón	38 (47,5)	37 (46,3)	
• Mujer	42 (52,5)	43 (53,8)	
Tipo de anestesia <sup>b</sup> :			1
• Epidural	63 (80,8)	60 (80)	
• General	1 (1,3)	1 (1,3)	
• Local	5 (6,4)	5 (6,7)	
• Sin anestesia	9 (11,5)	9 (12)	

<sup>a</sup>Valores de las variables como media (desviación estándar). Valor de p en la prueba de la t de Student.

<sup>b</sup>Valores de las variables como n (%). Valor de p en la prueba de la  $\chi^2$ .

**Tabla 3. Puntuaciones medias**

	Grupo control Media (DE)	Grupo de intervención Media (DE)	p*
1. Valore en qué medida se encuentra satisfecha con la identificación de los profesionales que la atendieron durante su estancia en la unidad de hospitalización	3,56 (1,386)	4,53 (0,9)	<0,001
2. Valore el trato recibido por parte del personal que la atendió	4,51 (0,763)	4,74 (0,497)	0,029
3. Valore cómo resolvió sus dudas el personal que la atendió	4,4 (0,88)	4,84 (0,489)	<0,001
4. Valore la información recibida sobre los cuidados al alta	4,35 (0,858)	4,73 (0,746)	0,004
5. Valore la información recibida sobre la lactancia materna	4,09 (1,171)	4,61 (0,907)	0,002
6. Valore la información recibida sobre los signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias	3,94 (1,215)	4,53 (0,856)	0,001
7. Valore de forma global la atención recibida durante el posparto	4,35 (0,982)	4,79 (0,589)	0,001

DE: desviación estándar. \*Prueba de la t de Student.

lizadas y 11 casos se descartaron por no cumplir criterios de inclusión; a las mujeres no localizadas también se las llamó a los teléfonos disponibles en la base de datos hasta en dos ocasiones, al igual que en el grupo anterior.

El análisis factorial dio un solo factor, que explicó el 58,3% de la varianza. El KMO fue de 0,896, lo que mostró una alta correlación y adecuación muestral, con una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente

**Tabla 4.** Distribución de frecuencias de respuesta en el grupo control y el grupo de intervención

	1 (nada satisfecha) n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 (totalmente satisfecha) n (%)	p*
1. Satisfacción con la identificación de los profesionales que la atendieron durante su estancia en la unidad de hospitalización:						<0,001
• Control	8 (10)	15 (18,8)	8 (10)	22 (27,5)	27 (33,8)	
• Intervención	2 (2,5)	1 (1,3)	7 (8,8)	13 (16,3)	57 (71,3)	
2. Trato recibido por parte del personal que la atendió:						0,029
• Control	1 (1,3)	1 (1,3)	5 (5)	24 (30)	50 (62,5)	
• Intervención	0 (0)	0 (0)	2 (2,5)	17 (21,3)	61 (76,3)	
3. El personal que la atendió resolvió sus dudas:						<0,001
• Control	2 (2,5)	1 (1,3)	6 (7,5)	25 (31,3)	46 (57,5)	
• Intervención	0 (0)	0 (0)	4 (5)	5 (6,3)	71 (88,8)	
4. Información recibida sobre los cuidados al alta:						0,004
• Control	1 (1,3)	2 (2,5)	8 (10)	26 (32,5)	43 (53,8)	
• Intervención	2 (2,5)	0 (0)	2 (2,5)	10 (12,5)	66 (82,5)	
5. Información recibida sobre la lactancia materna:						0,002
• Control	5 (6,3)	2 (5)	9 (11,3)	23 (28,8)	39 (48,8)	
• Intervención	2 (2,5)	1 (1,3)	8 (10)	4 (5)	65 (81,3)	
6. Signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias:						0,001
• Control	6 (7,5)	5 (6,3)	10 (12,5)	26 (32,5)	33 (41,3)	
• Intervención	1 (1,3)	2 (2,5)	7 (8,8)	14 (17,5)	56 (70)	
7. Atención recibida durante el posparto:						0,001
• Control	3 (3,8)	2 (2,5)	5 (6,3)	24 (30)	46 (57,5)	
• Intervención	0 (0)	1 (1,3)	4 (5)	6 (7,5)	69 (86,3)	

\* $\chi^2$  de tendencia lineal.

significativa ( $p < 0,001$ ), lo que sugiere una alta correlación lineal entre los ítems estudiados.

Dado que el cuestionario daba una sola dimensión, se evaluó su consistencia interna con el índice alfa de Cronbach, que resultó de 0,851, lo cual, según la escala de McDowell, sería excelente<sup>19</sup>.

Estos datos, junto con la validación de expertos y la fiabilidad test-retest, apuntan que el cuestionario diseñado para el estudio fue fiable y válido.

En la tabla 2 se presentan los resultados de la comparación de los dos grupos de mujeres en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas. Se observó que las diferencias entre estas variables fueron muy pequeñas y no hubo ninguna estadísticamente significativa, por lo que podemos concluir que los dos grupos eran homogéneos en cuanto a características y tipo de atención asistencial que requerían, tanto las mujeres como sus recién nacidos (tabla 2).

En cuanto a las respuestas de la encuesta, en la tabla 3 se presentan los resultados de las preguntas analizadas como variables cuantitativas con la descripción de la

puntuación media y su desviación estándar, y el valor de  $p$  obtenido mediante la prueba de la  $t$  de Student para muestras independientes. Se observó que el grupo de mujeres encuestadas atendidas por las matronas durante su estancia hospitalaria puntuaron más alto en satisfacción que el grupo de mujeres atendidas por obstetras. Aunque las diferencias de medias no llegan a 1 sobre 5 puntos, cabe destacar que en todas las preguntas éstas fueron significativas (tabla 3).

En la tabla 4 se muestran las frecuencias de respuesta de cada una de las cinco opciones de respuesta que tenían siete de las ocho preguntas. Dado que estas opciones se incluían en una escala Likert de 1 a 5, el contraste entre los dos grupos se calculó mediante la prueba de la  $\chi^2$  de tendencia lineal. Cabe resaltar de los resultados que en todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas y que claramente la opción mayoritaria en el grupo de mujeres atendidas por matronas fue la puntuación más positiva, la opción 5, que correspondía a «totalmente satisfecha», frente al grupo atendido por obstetras, que se repartió más entre las opciones 4 y 5 (tabla 4).

**Tabla 5. Distribución de frecuencias de mujeres satisfechas con la atención**

	Grupo control n (%)	Grupo de intervención n (%)	p*
• Valore en qué medida se encuentra satisfecha con la identificación de los profesionales que la atendieron durante su estancia en la unidad de hospitalización:			<0,001
– Satisfechas	49 (61,3)	70 (87,5)	
– No satisfechas o neutras	31 (38,8)	10 (12,5)	
• Valore el trato recibido por parte del personal que la atendió:			0,147
– Satisfechas	74 (92,5)	78 (97,5)	
– No satisfechas o neutras	6 (7,5)	2 (2,5)	
• Valore cómo resolvió sus dudas el personal que la atendió:			0,148
– Satisfechas	71 (88,8)	76 (95)	
– No satisfechas o neutras	9 (11,3)	4 (5)	
• Valore la información recibida sobre los cuidados al alta:			0,058
– Satisfechas	69 (76,3)	76 (95)	
– No satisfechas o neutras	11 (13,8)	4 (5)	
• Valore la información recibida sobre la lactancia materna:			0,218
– Satisfechas	62 (77,5)	69 (86,3)	
– No satisfechas o neutras	18 (22,5)	11 (13,8)	
• Valore la información recibida sobre los signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias:			0,028
– Satisfechas	59 (73,8)	70 (87,5)	
– No satisfechas o neutras	21 (26,3)	10 (12,5)	
• Valore de forma global la atención recibida durante el posparto:			0,175
– Satisfechas	70 (87,5)	75 (93,8)	
– No satisfechas o neutras	10 (12,5)	5 (6,3)	
• ¿Recomendaría usted este hospital a personas conocidas?:			0,028
– Sí	74 (92,5)	80 (100)	
– No	6 (7,5)	0 (0)	

\*Prueba de la  $\chi^2$ .

Por último, en la tabla 5 se agrupan las opciones de respuesta en dos bloques: las mujeres satisfechas, que incluirían las opciones positivas (4 y 5), y las no satisfechas, que incluirían las puntuaciones negativas (1 y 2) y la neutra (3). También se incluye la pregunta de si recomendarían el hospital, que era dicotómica (sí/no). Como se puede observar en la tabla 5, las mujeres siguieron valorando mejor la atención prestada por las matronas, aunque las diferencias disminuyeron; aun así, siguen siendo estadísticamente significativas la pregunta 1, que valora la identificación de los profesionales, la información sobre la lactancia, la atención recibida de forma global y la recomendación del hospital, y está en el límite de la significación estadística la percepción de la satisfacción de la información recibida sobre cuidados al alta.

## DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados procedentes de la encuesta realizada, se podría señalar que la satisfacción percibida por las puérperas que componen la muestra del estudio mejoraba cuando el equipo de matronas lideraba de for-

ma global la atención proporcionada en la Unidad de Hospitalización Obstétrica del HUF, en consonancia con lo que se concluye en otras investigaciones, como la de Fenwick et al., realizada en Australia<sup>20</sup>, que también hace referencia al aumento de la satisfacción entre las mujeres atendidas por matronas, cuyos resultados ponen de manifiesto que la cuestión mejor valorada fue la relacionada con los profesionales. Estos autores no especificaron el tipo de riesgo obstétrico, cuestión que podría influir significativamente en los resultados y que nosotros sí tuvimos en consideración en nuestro trabajo.

Todo ello guarda también una clara relación con los resultados revelados por estudios similares, que valoraron la satisfacción relacionada con las intervenciones de EpS en diferentes contextos<sup>21,22</sup>, lo que demuestra que el efecto beneficioso de ésta podría hacerse extensivo a multitud de ámbitos de prestación de cuidados sanitarios.

Lassi et al.<sup>23</sup> pusieron de manifiesto la ausencia de diferencias en la eficacia de la atención prestada entre los trabajadores de niveles medio y superior (médicos/matro-

nas), pero, al igual que en nuestro estudio, se encontró un mayor nivel de satisfacción con la atención proporcionada por las matronas.

Además, no debemos olvidar que las púerperas no sólo tienen necesidades de información sobre los problemas referidos a los signos y síntomas de alarma durante esta etapa (actividad en la que, sobre todo, se centran generalmente los obstetras), sino que también podrían beneficiarse de la información sobre promoción de la salud física y emocional<sup>24</sup>, actividad desarrollada por el equipo de matronas durante la visita y en el momento del alta, lo que mejoraría claramente la satisfacción de estas mujeres.

Hay que destacar que los datos obtenidos revisten una gran importancia para la práctica clínica. Así lo apoya también el estudio de Pérez-Jover et al.<sup>25</sup>, en cuyos resultados se describe que «la información recibida al alta» y «la identificación del profesional que ha prestado la atención» son aspectos que incrementan las probabilidades de que las usuarias se declaren satisfechas, hecho que incrementa, sin duda, la calidad de la atención proporcionada. En dicho estudio se contemplaron como variables algunas de las preguntas utilizadas en nuestro cuestionario («identificación de los profesionales que atendieron al paciente» o «información recibida al alta»). En nuestro trabajo pudimos observar que las máximas diferencias en las medias de ambos grupos se registraron en la identificación de los profesionales (3,56 del obstetra frente a 4,53 de la matrona) y en la resolución de dudas al usuario (4,4 frente a 4,84, respectivamente). Esto podría ser una consecuencia de la atención más personalizada y cercana proporcionada por las matronas.

En España, los resultados observados coinciden con los obtenidos en otros estudios, como el de Seguranyes Guillot, realizado en Cataluña<sup>26</sup>, en cuyo trabajo se describe que la puntuación media en una escala de 1 a 5 otorgada por las mujeres a la atención proporcionada por matronas durante la etapa puerperal fue de 4,76. En nuestro trabajo, la puntuación media de la satisfacción relacionada con la atención global recibida por parte de las matronas durante el puerperio dentro de una misma escala fue de 4,79, claramente semejante a la del trabajo citado, a pesar de que en él se evaluó una intervención telemática y la nuestra fue presencial.

La validez quedaría circunscrita al grupo de población atendida en nuestro hospital, lo que abre nuevas posibilidades de estudio en poblaciones similares de otras áreas, para así poder generalizar los resultados e impulsar un cambio en los modelos tradicionales españoles, ofreciendo a la población una atención de calidad liderada por un mismo profesional, con menores costes sanitarios y sin detrimento de los resultados de salud<sup>10,27</sup>.

El presente estudio tiene ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La encuesta no se realizó en el mismo intervalo temporal para todos los sujetos, y las mujeres del grupo control tuvieron estancias hospitalarias de 3 meses anteriores a la muestra del grupo de intervención. Esto no pudo solucionarse a causa del tamaño de nuestro centro, que cuenta con una única unidad de hospitalización obstétrica. Desde que la matrona asumió el control del puerperio clínico, los obstetras quedaron a cargo de tareas de alta especialización (alto riesgo obstétrico, pacientes quirúrgicas u oncológicas...), de manera que las pacientes sin complicaciones fueron visitadas y dadas de alta siempre por matronas.

Otro posible sesgo de este estudio podría estar relacionado con que fuesen personas diferentes las que realizaron la encuesta telefónica, hecho que trató de solventarse formándolas de manera simultánea y con sesiones conjuntas para evitar la variabilidad.

Hay que destacar que durante el estudio la única modificación sufrida en la unidad de hospitalización donde se realizó fue la introducción de matronas en el proceso de atención, elaboración y emisión del informe de alta, y la ausencia del obstetra. El resto de la unidad se mantuvo sin cambios de estructura o personal (enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería), por lo que, presumiblemente, el elemento responsable de la mejora en términos de satisfacción por parte de las púerperas sería la matrona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Pérez Martínez E, Santacruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardilla F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Matronas Prof.* 2012; 3: 90-6.
2. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (revisión Cochrane traducida de The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2007; 4). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford: Update Software Ltd., 2007; 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
3. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (4): CD004667 [DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3].
4. Páez A, Del Vigo S, Serrano P. Delegación de actuaciones en el Hospital Universitario de Fuenlabrada: enfoque y despliegue (monografía en internet). Hospital de Fuenlabrada [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/11498012-Delegacion-de-actuaciones-en-el-hospital-universitario-de-fuenlabrada-enfoque-y-despliegue.html>
5. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Santa Cruz Martín B, Pérez Martínez E, Vicente López A, Pacheco Ardilla F. Delegación de actuaciones: informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Ética de los cuidados* [internet]. 2012; 5(9) [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7647.php>
6. Usandizaga JA, De La Fuente P. Puerperio y lactancia. En: Usandizaga JA, De La Fuente P, eds. *Obstetricia*. Madrid: Marbán, 2011; 259-69.



7. Lafuente Pardos MS, Villacampa Alonso M. Recuperación materna. En: Castán S, Tobajas JJ, eds. *Obstetricia para matronas: guía práctica*, 1.ª ed. Madrid: Panamericana, 2013; 285-91.
8. Sebastián Gurría I, Berges Pérez R, Plumed Tejero M. Lactancia materna. En: Castán S, Tobajas JJ, eds. *Obstetricia para matronas: guía práctica*, 1.ª ed. Madrid: Panamericana, 2013; 303-10.
9. Beckman C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, Smith R. Atención puerperal. En: Beckman C, Ling F, Barzansky B, Herbert W, Laube D, Smith R, eds. *Obstetricia y ginecología*, 6.ª ed. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2010; 125-31.
10. Ponce Capitán MA. Conocimientos de las púerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Prof.* 2005; 3: 14-9.
11. Gómez-Ortiz M, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Prof.* 2014; 15(1): 10-7.
12. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery.* 2002; 18(4): 260-7.
13. Memoria Hospital Universitario de Fuenlabrada. Año 2013. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=url data&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2013+Fuenlabrada\\_v3.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352854591428&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=url data&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2013+Fuenlabrada_v3.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352854591428&ssbinary=true)
14. Sánchez Ramos J, Bedoya C, Bartha JL. Patología del alumbramiento del posparto inmediato. En: *Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia*. Madrid: SEGO, 2007.
15. Altman D. *Practical statistics for medical research*. Nueva York: Chapman and Hall, 1991.
16. Fleiss JL. *Design and analysis of clinical experiments*. Nueva York: John Wiley & Sons, 2011.
17. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE n.º 298 (14-12-1999).
18. Declaración de Helsinki de la AAM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (internet). Asociación Médica Mundial. 2015 [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
19. Mcdowell I, Newell C. *The theoretical and technical foundations of health measurement. Measuring health guide to rating scales and questionnaires*, 3.ª ed. Nueva York: Oxford University Press, 2006; 10-46.
20. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women Birth.* 2010; 23(1): 10-21.
21. Álvarez MA, Yáñez PR, Aranis LR, Yovane C, Rugama AO, Páez CL, et al. Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Rev Psicol.* 2005; 14(1): 141-52.
22. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006; 20(1): 31-9.
23. Lassi ZS, Cornetto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *BWHO.* 2013; 91: 824-33.
24. Fowles ER, Cheng HR, Mills S. Postpartum health promotion interventions: a systematic review. *Nurs Res.* 2012; 61(4): 269-82.
25. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. «Buenas prácticas» y satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial.* 2010; 25(6): 348-55.
26. Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación con la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013.
27. Martijn LL, Jacobs AJ, Maassen II, Buitendijk SS, Wensing MM. Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery.* 2013; 29(1): 60-6.