

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LEIOA

TRABAJO FIN DE GRADO:

**SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNO-PERINATAL EN 2
CENTROS DE SALUD DE BIZKAIA**

Arantza García Díaz de Tuesta

Directora del trabajo: M^a Teresa del Hierro Gurruchaga

Leioa, a 15 de mayo de 2013



ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Objetivos	6
3. Material y métodos	7
3.1. Material	8
3.2. Métodos	9
4. Resultados	10
3.1. Datos sociodemográficos	10
3.2. Antecedentes personales	12
3.3. Embarazo	12
3.4. Parto	15
3.5. Postparto	16
3.6. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas del embazo.....	18
3.7. Calidad de la atención	18
5. Discusión	19
5.1. Datos sociodemográficos	19
5.2. Antecedentes personales	20
5.3. Embarazo	21
5.4. Parto	25
5.5. Postparto	26
5.6. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas del embazo.....	29
5.7. Calidad de la atención	31
6. Conclusiones	31

7.	Bibliografía	33
8.	Anexos	40
8.1.	Anexo I: Formulario para la recogida de datos	40
8.1.	Anexo II: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de antecedentes personales	46
8.2.	Anexo III: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de antecedentes personales antes y después del embarazo	47
8.3.	Anexo IV: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de medicación perigestacional	48
8.4.	Anexo V: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de afecciones en el embarazo	49
8.5.	AnexoVI: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de complicaciones con la Lactancia Materna (L.M.)	50
8.6.	Anexo VII: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de cambios postparto	51

1. INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva y, en concreto, todos los aspectos relacionados con los cuidados de salud durante el embarazo, son temas de especial relevancia, tanto para la sociedad como para los servicios sanitarios.

Esto se debe a que la salud materna es una de las prioridades en el Sistema Nacional de Salud (SNS). De modo que es necesario asegurar una adecuada atención de la mujer durante el embarazo, además de la planificación y organización de los recursos y utilización de los servicios en base a las necesidades de cada mujer.

La atención al parto representa una parte muy importante de la actividad hospitalaria, y supone aproximadamente el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias, por delante incluso de las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo o respiratorio.

Por todo ello se han creado una serie de medidas para la evaluación y control de estas acciones. En países como Estados Unidos se estableció que la atención prenatal era adecuada o inadecuada dependiendo del número de visitas por la edad gestacional (59). Sin embargo, existen estudios que mencionan la atención adecuada como aquella que se inicia en el primer trimestre de embarazo y tiene como mínimo nueve consultas durante el mismo (45). Estos indicadores han sido propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medir el funcionamiento y la calidad de los servicios prestados; se evalúan el porcentaje de mujeres embarazadas que inician los controles de atención maternal antes de la semana 16 del embarazo; y el porcentaje de mujeres cubiertas por lo menos con cuatro consultas antes del parto (68).

La evidencia científica muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prenatal prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad y la salud materna y perinatal.

El seguimiento del embarazo desde las primeras semanas de gestación es primordial para detectar cuanto antes los embarazos de riesgo y prevenir las consecuencias no deseadas para la madre y el recién nacido.

En el sistema sanitario público, se lleva a cabo por los servicios de Atención Primaria (A.P), en colaboración con Atención Especializada, dentro del Plan de Atención a la Mujer; por otro lado, el control del embarazo de riesgo se realiza por el servicio Atención Especializada.

La organización de la atención prenatal en función del riesgo permite una mayor accesibilidad y eficiencia, además de unos mejores resultados. De esta forma puede garantizarse que cualquier gestante, independientemente de su condición social o lugar de residencia, cuente con el cuidado prenatal que corresponda a sus necesidades.

Del mismo modo es importante conocer la necesidad de una atención en el puerperio que, al parecer, se trata de un problema de poca relevancia entre las actividades programadas de los servicios, a pesar del peso que tiene dentro de las causas de mortalidad materna y aún más de la morbilidad.

Se debe tener en cuenta que la atención del puerperio normal y patológico queda, en muchas ocasiones, fuera de la atención de los servicios de obstetricia. Esto ocurre, porque frecuentemente la madre centra su atención en el recién nacido y deja su cuidado personal en un segundo plano; habitualmente no realizan las consultas necesarias durante el puerperio y no acuden en busca de atención hasta que la situación es grave. Por eso es esencial que las mujeres inviertan tiempo en ellas mismas, sin sobrecargarse de trabajo, compartiendo tareas y buscando y aceptando ayuda.

Por todo ello, la atención sanitaria y principalmente la comunitaria debe tener los conocimientos y las actitudes necesarias para prestar atención a la embarazada (vigilancia del embarazo, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, información y apoyo en la maternidad).

La OMS calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585.000 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (12). La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres (12). Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte y a nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes son debidas a causas directas.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de personal cualificado.

Se trata de un hecho trascendental, puesto que el 8 de septiembre del año 2000, tomando como base la Declaración del Milenio, la Asamblea General de Naciones Unidas recogió los 8 Objetivos Del Milenio (ODM) y las metas específicas para dichos objetivos, incorporando una serie de indicadores para

cada una de las metas, que permitirían medir cada una de las propuestas en un espacio de tiempo establecido. El 5º objetivo tiene como finalidad mejorar la salud materna, estableciendo como meta para el año 2015 reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes (55).

Dentro del plan de salud de Osakidetza se recoge como derecho la planificación familiar, cuidado del embarazo, parto y puerperio. Reconocer que se trata de un derecho y no una necesidad, hace ver la repercusión de dichas prestaciones elevando la atención proporcionada a la condición materna.

El embarazo, el parto y el posparto son situaciones que generan grandes emociones y cambios en la vida de la madre, la pareja y su familia. Puesto que un nacimiento se trata de un acontecimiento de vital importancia, hay que abordar el embarazo incluyendo los diferentes aspectos que se generan en el embarazo ya sean fisiológicos, psicológicos y/o sociales.

Por todo ello, y para mejorar esta situación es importante que la mujer cuente con el apoyo afectivo del personal sanitario, su pareja y/o familiares, compartiendo con todos ellos sus preocupaciones y recibiendo la ayuda necesaria para el cuidado de su bebé.

2. OBJETIVOS

2.1. General:

2.1.1. Analizar y determinar la satisfacción de las mujeres con el seguimiento de su embarazo, en lo referente al periodo de gestación, parto y postparto. Además de valorar las posibles carencias y diferencias entre los 2 Centros de Salud (C.S) en los que se ha realizado dicho seguimiento.

2.2. Específicos:

2.2.1. Recopilar información acerca del embarazo mediante la realización de encuestas.

2.2.2. Conocer las necesidades fisiológicas y psicológicas de las mujeres en el embarazo.

2.2.3. Estudiar la relación entre la asistencia prestada por los C.S y satisfacción de las usuarias.

2.2.4. Identificar y definir cuáles son las principales dificultades con las que se encuentran las mujeres embarazadas y que influyen negativamente.

2.2.5. Conocer las consecuencias tanto sociales como personales de un embarazo.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, estudiando a mujeres de todas las edades atendidas en los C.S. de Bombero-Etxaniz y Arrigorriaga, en el periodo transcurrido entre el 15 de enero del 2013 y el 15 de marzo del 2013; las encuestas se realizaron en el primer trimestre postparto. Siendo un total de 32 las mujeres encuestadas: 17 en el C.S. Bombero-Etxaniz y un total de 15 en el C.S. Arrigorriaga.

El centro de salud de Bombero-Etxaniz (Comarca Bilbao) atiende aproximadamente a 39.648 ciudadanos que acuden y residen en las zonas de Diputación, Ametzola e Irala del Municipio de Bilbao, la población es notablemente urbana, sin embargo cuenta con una estructura social muy heterogénea que comprende todas las clases sociales. Los profesionales se dividen en las siguientes categorías: 23 médicos de familia, 4 pediatras, 23 enfermeras, 2 matronas, 2 auxiliares de enfermería y 4 profesionales del Área de Atención al Cliente (AAC). En el mismo edificio se halla ubicada la Unidad de úlceras y Heridas crónicas de Comarca Bilbao, la Unidad de Salud Escolar y la Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto.

El C.S. de Arrigorriaga (Comarca Interior) atiende a una población de 12.525 habitantes, 6.053 hombres y 6.254 mujeres, de las cuales el 64,8% tienen edades comprendidas entre los 24 y 64 años. La población de Arrigorriaga en comparación con la atendida desde Etxaniz tiene rasgos más rurales frente a la población urbana de Bilbao. Los profesionales se dividen de la siguiente manera: 5 médicos de familia, 2 pediatras, 5 enfermeras, 1 matrona, 1 auxiliar de enfermería y 4 profesionales de AAC.

Los datos se recogieron por medio de cuestionarios que se llevaron a cabo en las consultas de las matronas y de enfermería pediátrica. A la hora de elaborar el trabajo se tuvieron en cuenta la confidencialidad de los datos, el anonimato de las personas encuestadas para el estudio y el consentimiento por parte de las mismas.

3.1. Material del estudio

Para la realización de este estudio se diseñó una encuesta sobre el periodo perinatal que constaba de los siguientes apartados:

3.1.1. Variables

3.1.1.1. Datos sociodemográficos de la gestante y pareja: edad, estado civil, nivel de estudios y empleo.

3.1.1.2. Antecedentes personales: antecedentes médicos y medicación recibida en el periodo perinatal.

3.1.1.3. Datos durante la gestación: semanas de gestación, número de hijos, embarazos a término y abortos previos, seguimiento del embarazo, afecciones durante el embarazo, asistencia a clases de preparación materna y apoyo familiar.

3.1.1.4. Parto: lugar del parto, tipo de anestesia y parto, existencia de episiotomía y/o desgarro.

3.1.1.5. Postparto: tipo de lactancia, método anticonceptivo, cuidados de episiotomía y/o desgarro, cesárea y mamas.

3.1.1.6. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas del embarazo: cambios de vida, trabajo y alteraciones psicológicas postparto.

3.1.1.7. Calidad de la atención: satisfacción con el proceso del embarazo y la atención recibida por parte de los/as profesionales de enfermería.

3.2. Método del estudio

3.2.1. Diseño de la encuesta:

Basándonos en aportaciones bibliográficas y en los objetivos marcados anteriormente se diseñó una encuesta para recoger la información necesaria. La encuesta consta de una serie de preguntas cerradas, preguntas de selección múltiple, preguntas categorizadas, preguntas abiertas y preguntas con respuesta de tipo escala numérica.

3.2.2. Planificación del trabajo:

Se determinó el tiempo requerido para la cumplimentación de las encuestas, dado que fue necesario ponerse en contacto con ambos centros de salud para ello.

Al realizar la encuesta los entrevistadores comunicaban a las encuestadas los objetivos de las encuestas, tras su aprobación se les entregaba la encuesta para que la cumplimentaran en la propia consulta o se les permitía llevarla a casa una vez comprobado que no existían dudas respecto a las preguntas redactadas. Se excluyeron a las mujeres que por razones de idioma no comprendieran las preguntas o no contestaran completamente la encuesta.

Todas las encuestas se llevaron a cabo en el periodo de dos meses comprendido entre el 15 de Enero y el 15 de Marzo del 2013.

3.2.3. Análisis de datos:

Se llevó a cabo un estudio estadístico descriptivo y se analizaron las diferentes variables incluidas en la encuesta, realizándose un estudio de las frecuencias de las mismas además de estudios bivariados entre las diferentes variables.

Usamos la escala subjetiva del dolor de categoría numérica para valorar el dolor producido en caso de desgarro y la escala numérica de satisfacción para valorar diferentes variables como la ayuda familiar o la calidad de la atención recibida. Así como los programas estadísticos SPSS V.20.0 y el programa Epi Info V.7.0 para la obtención de tablas de frecuencias, gráficos y tablas de contingencia.

3.2.4. Estadística descriptiva:

VARIABLES CUANTITATIVAS: se realizó el estudio de las frecuencias absolutas, mediana, media y moda.

VARIABLES CUALITATIVAS: se estudió la frecuencia absoluta de las mismas.

3.2.5. Método de revisión bibliográfica:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica por ordenador siendo las bases de datos:

- MEDLINE
- INE (Istituto Nacional de Estadística)
- EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística)
- AGEMED (Agencia Española de Productos y Medicamentos Sanitarios; para consultas sobre fármacos durante el embarazo y la lactancia)
- Richmond Hill Public Library (Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS)
- La Biblioteca Cochrane Plus
- Plan estratégico 2003-2007 de Comarca Bilbao (Osakidetza).

También se realizó una búsqueda on-line en páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general, puesto que incluían información sobre diferentes cuestiones relacionadas con el tema, además de dudas y preguntas hechas por las propias lectoras.

Por último, también se recogieron publicaciones partiendo de los artículos leídos. El criterio realizado para la señalización de las diferentes referencias bibliográficas se ha basado en las normas de Vancouver.

4. RESULTADOS

4.1. Datos sociodemográficos:

Se realizaron un total de 32 encuestas repartidas homogéneamente entre el C.S. Bombero-Etxaniz y C.S. Arrigorriaga, en general no se apreciaron diferencias significativas entre los dos centros participantes en el estudio.

De los 32 casos estudiados un total de 17 procedían de B.Etxaniz y 15 de Arrigorriaga.

Los valores para la edad se situaron entre 25 y 46, siendo la media de las embarazadas estudiadas 34,75 (35,65 en Etxaniz y 33,73 en Arrigorriaga). La mediana y la moda fueron aproximadamente iguales que la media por lo que no aportaron resultados significativos.

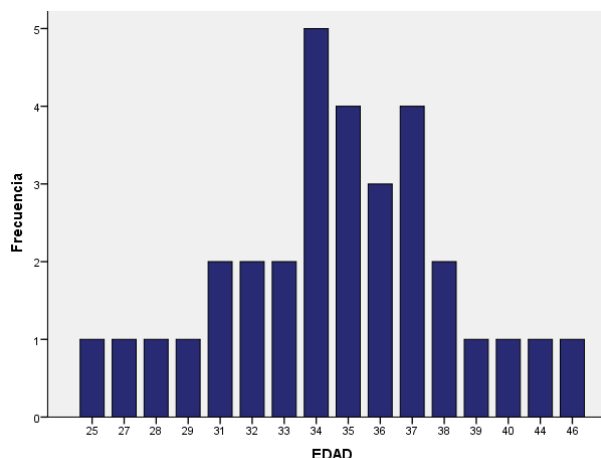


Gráfico 1: Distribución de frecuencias por edad.

La mayoría de las mujeres entrevistadas o bien estaban casadas o tenían pareja de hecho, en ambos centros de salud. Los resultados en general fueron: 87,6% de ellas estaban casadas o tenían pareja de hecho y el 12,4% restante estaban separadas, divorciadas o solteras.

En referencia a los estudios; en el caso de las madres el 69% tenían estudios superiores y el 31% título de grado medio, bachillerato o FP; estos resultados se repiten en el caso de los padres.

Respecto a la situación laboral de ambos, sólo 4 mujeres se encontraban en paro y 2 eran amas de casa, por lo que más del 80% estaban trabajando. En cuanto a los padres todos ellos contaban con trabajo. En comparación con los dos centros de salud los únicos datos significativos hallados fueron: las 2 mujeres que eran amas de casa eran de Arrigorriaga y 3 de las 4 que estaban en paro también.

4.2. Antecedentes personales:

A las mujeres participantes en esta investigación se les realizó un estudio de su historia clínica, basado en antecedentes personales y medicación en el periodo perinatal. De las cuales un total de 14 (43,75%) mujeres resultaron tener algún tipo de antecedente, de ese 43,75% los antecedentes que más se presentaron fueron las alergias, seguido de alteraciones psicológicas, un único caso de alteraciones vasculares y otro de alteraciones cutáneas (anexo 2). Sin embargo, no se estableció ningún tipo de relación entre las diferentes variables.

Respecto a la medicación recibida en el periodo perinatal un total de 29 mujeres admitieron haber tomado algún tipo de medicación, lo que supone más del 90%. La mayor parte de ellas tomaban una combinación entre ácido fólico y vitaminas o ácido fólico y hierro principalmente (anexo 4).

4.3. Embarazo:

Además del estudio de la historia clínica, se les realizó un estudio obstétrico cuyos resultados fueron los siguientes: 28 (87,5%) mujeres presentaron algún tipo de afección durante el embarazo. Principalmente náuseas solas o náuseas junto a lumbalgia y en menor medida estreñimiento, infecciones de trato urinario (ITU), edemas y varices (anexo 5).

La media de las semanas de gestación fueron 39 semanas + 6 días (Gráfico 2). Sin embargo la mediana resultó ser 40 y la moda también. El mínimo fue 36 semanas (embarazo pretérmino) y el máximo 42 (embarazo postérmino).

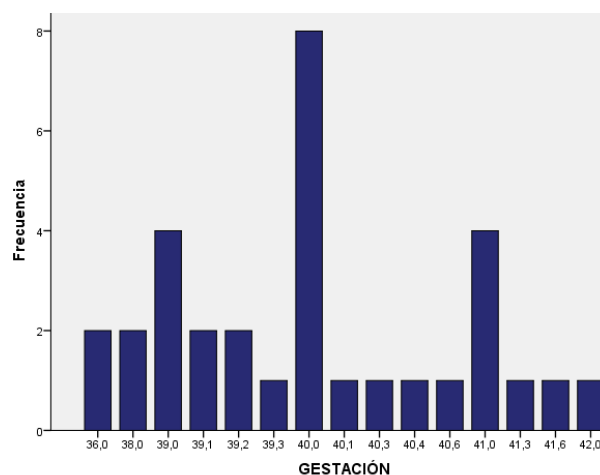


Gráfico 2: Distribución de frecuencias por semanas de gestación.

22 de las 32 mujeres eran primíparas (68,7%), sin embargo este resultado fue más acusado en Etxaniz ya que alcanzó prácticamente el 80%. La media de embarazos a término fue de 1,34, con un máximo de 1 y un mínimo de 3. Sin embargo la mediana y la moda obtuvieron un valor de 1.

Buscando una relación con la edad obtuvimos resultados razonables, puesto que el número de hijos vivos aumentaba con la edad. La media de las primíparas fue de 33,19 (valores entre 25 años y 44) respecto a la media de múltiparas que fue de 38,75 (valores entre 34 y 46).

En cuanto a la cantidad de hijos, el mínimo se situó en 1 y el máximo en 3. La media fue de 1,38 hijos, la mediana y la moda se situaron en 1.

	Embarazos a término	Nº Hijos vivos
N	32	32
Media	1,34	1,38
Error típ. de la media	0,096	0,098
Mediana	1	1
Moda	1	1
Desv. típ.	0,545	0,554
Varianza	0,297	0,306
Rango	2	2
Mínimo	1	1
Máximo	3	3

Tabla 1: Datos cuantitativos para embarazos a término y nº de hijos vivos.

Dentro del estudio obstétrico se consideró importante conocer el número de abortos previos, que en nuestro caso 14 (43,8%) mujeres tuvieron 1 aborto anterior, sin embargo ninguna refirió haber tenido abortos de repetición. La media por lo tanto fue de 0,44 puesto que los valores máximos y mínimos se situaron entre 0 y 1. La mediana y la moda fueron de 0 puesto que el mayor porcentaje de los casos estudiados no presentaban abortos anteriores. La mayor parte de los abortos se produjeron en mujeres procedentes del C.S. B.Etxaniz: 9 de los 14.

No se pidió que se especificara si el aborto anterior había sido espontáneo o inducido por lo que no contamos con dicha información.

Se buscó la relación entre la edad y el número de abortos sin resultados

significativos dado el pequeño número de la muestra; tanto para no aborto como para abortos anteriores la media de edad fue la misma.

El seguimiento del embarazo se realiza en conjunto entre la A.P y la asistencia especializada, por ello resultó importante estudiar y comprobar que el 100% de las encuestadas llevaban a cabo un buen control gestacional por los profesionales adecuados.

31 de las 32 mujeres asistieron a clases de preparación al parto (96,9%), se les pidió que valoraran la utilidad de estas clases y el resultado general fue el siguiente: todos los valores se situaron entre 5 y 10, media 7,61; mediana 8 y moda 7. No se hallaron diferencias respecto a los C.S.

No pudimos comparar si la asistencia a clases tenía relación con otras variables porque solo contamos con un único caso de no asistencia.

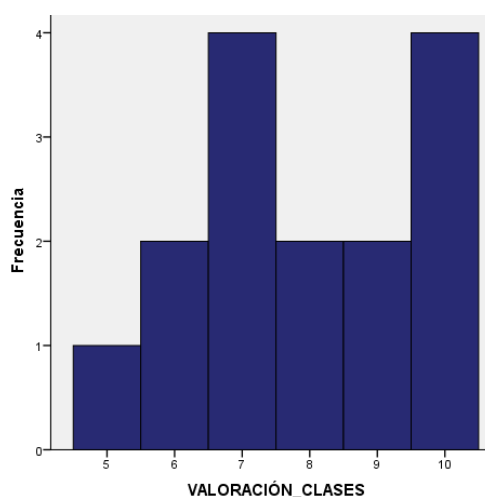


Gráfico 3: Distribución de frecuencias para la valoración de las clases de preparación maternal.

También nos interesó conocer la cantidad de ayuda que recibieron estas madres en el transcurso del embarazo; 31/32 (96,9%) encuestadas fueron acompañadas por sus respectivas parejas a las consultas, 15/32 (46,8%) acudieron acompañadas a las clases de preparación y el 100% de ellas estuvieron acompañadas por sus parejas en el momento del parto. Por lo tanto la media de la ayuda recibida fue de 8,69; se les pidió que valoraran del 1-10 y los valores se dieron entre 5 y 10. El valor de la mediana fue 9 y la moda 10. No se hallaron diferencias relevantes entre los dos Centros de Salud.

4.4. Parto:

El 50% de las mujeres decidieron dar a luz en el Hospital de Cruces, el 34,4% de optaron por el Hospital de Basurto, un 9,4% de las encuestadas dieron a luz en una clínica privada y el 6,3% marcaron como 'otros'. En comparación con ambos centros de salud, desde Arrigorriaga el 80% acudieron al H.Cruces, en cambio en Etxaniz se repartían más homogéneamente siendo el resultado mayor en el H.Basurto.

Si comparamos los hospitales y la valoración realizada de dicha atención obtenemos los siguientes resultados: la media de satisfacción del hospital de Basurto fue de 8,64; la de cruces es de 8,88; el resto de centros obtuvieron una media de 9.

En relación al estudio obstétrico se quiso conocer como transcurrió el parto en cada uno de los casos: 30 de las 32 mujeres estudiadas recibieron anestesia epidural en el parto, lo cual supone prácticamente el 95%. 15 mujeres presentaron un desgarro en el transcurso del parto, quienes valoraron el dolor con una media de 3,27. La mediana fue de 2 y la moda 1.

Comparando los 2 Centros de Salud llamó la atención la diferencia de la media del dolor para el desgarro, puesto que en Bombero-Etxaniz fue de 1,88 frente al 4,86 obtenido en Arrigorriaga.

Respecto al tipo de parto, la mayoría fueron partos eutócicos cefálicos.

Se buscó la relación con la paridad, hallando que las mujeres primíparas tenían más partos instrumentados. Por otro lado, en referencia a la edad se observó que las mujeres de mayor edad habían tenido más partos eutócicos cefálicos naturales. Las más jóvenes (edades entre 28 y 40; media de 33,75) manifestaron haber tenido más partos instrumentados.

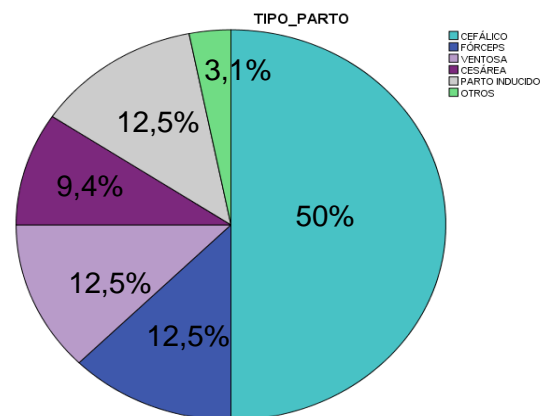


Gráfico 4: Distribución de frecuencias para tipo de parto.

A un total de 18 mujeres se les realizó una episiotomía, es decir a más del 50% de ellas. La proporción entre los centros de salud fue homogénea. Realizando una relación entre desgarros y episiotomías se observó lo siguiente (teniendo en cuenta que los únicos 3 casos sin episiotomía ni desgarro fueron partos por cesárea):

N=32	Episiotomía SI	Episiotomía NO
Desgarro SI	4 (22,2%)	11 (61,1%)
Desgarro NO	14 (77,7%)	3 (16,6%)

Tabla 2: Relación entre episiotomías y desgarros.

Se realizó una relación entre los hospitales y las episiotomías obteniendo los siguientes resultados: de las 16 que dieron a luz en Cruces a 10 fue necesario practicarles una episiotomía, sin embargo de las 8 de Basurto solo a 3.

Entre desgarros y episiotomías se alcanzó un total de 29 mujeres que necesitaron cuidados especiales debido a los puntos, inflamación local, dolor... sin embargo 7 de ellas no manifestaron realizar cuidados específicos en su domicilio. Entre estos cuidados encontramos que 19 realizaban un lavado de la zona perineal con un jabón antiséptico adecuado, 7 pusieron hielo para disminuir la inflamación y 12 utilizaban la ropa interior adecuada (algodón...)

Contamos con 3 partos por cesárea y las 3 realizaron los cuidados oportunos limpiando y desinfectando la zona, además las 3 necesitaron recurrir a los analgésicos.

4.5. Postparto:

En cuanto a la alimentación para el bebé el tipo de lactancia se distribuyó de la siguiente manera:

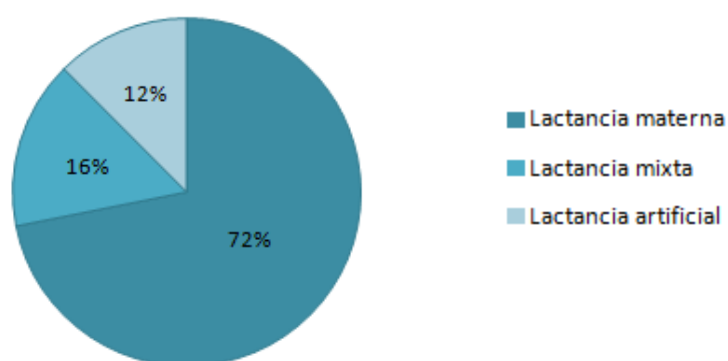


Gráfico 5: Distribución de frecuencias para tipo de lactancia.

Los resultados entre los centros de salud fueron parecidos. Se les preguntó acerca de los beneficios y dificultades en la lactancia y la mayoría expresaron como aspectos positivos la inmunidad para el recién nacido, el contacto con el

bebé y la comodidad. Los aspectos más negativos fueron el cansancio y la dependencia principalmente en el primer mes postparto, además el 72% refirió haber tenido algún problema con la lactancia (anexo 6).

Todas las mujeres excepto una, requirieron cuidado de las mamas; 25 de ellas (78%) aplicaba un poco de su propia leche a modo de pomada, el 59% utilizó sujetadores de lactancia, 31,2% empleaba cremas, 31,2% realizaba masajes y el 18,7% se lavaba con agua y jabon.

Tras el parto también resultó interesante conocer el método de anticoncepción que utilizaban: el 50% no utilizaba ningún método anticonceptivo, 14 (43,75%) optaron por el preservativo masculino o femenino y únicamente dos de ellas (6,25%) se decidieron por la minipíldora o píldora sin estrógenos.

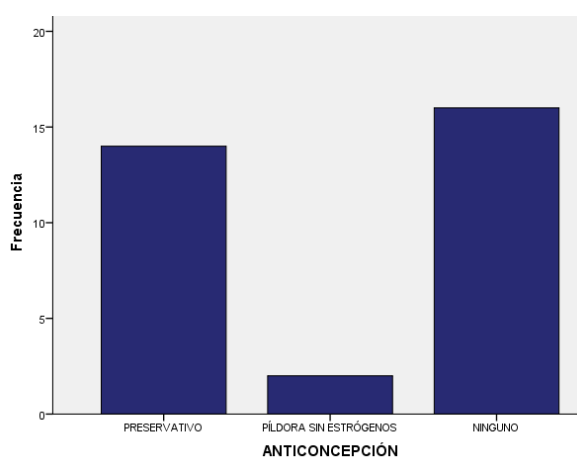


Gráfico 6: Distribución de frecuencias para método anticonceptivo.

En ambos centros de salud los resultados mostraron que la mayoría no utilizaban ningún método anticonceptivo. El no uso de métodos anticonceptivos se reparte homogéneamente entre las diferentes edades desde el mínimo de 25 años al máximo de 46 años. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos se incrementa con la edad. Ninguna mujer de menos de 32 años usaba métodos anticonceptivos.

Las multíparas optaron más por los métodos anticonceptivos y entre ellas estaban los únicos 2 casos de uso de píldoras anticonceptivas. Más de la mitad de las primíparas decidieron no usar ninguno y únicamente el 33,3% se decidió por el preservativo.

4.6. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas del embarazo:

Resultó importante conocer como había afectado el proceso del embarazo y el parto en la vida actual de todas ellas y resultó que 26 de ellas (más del 80%) manifestaron que algún aspecto de su vida había cambiado, principalmente la imagen corporal, las relaciones sociales y el trabajo en casa (anexo 7).

Teniendo en cuenta que la mayor parte de ellas marcaron la imagen corporal como el mayor cambio se les pidió a todas, incluidas a las que no consideraron que su imagen corporal había cambiado, que respondieran si actualmente estaban conformes con su imagen, y los resultados mostraron que 17 mujeres refirieron estar de acuerdo. También se les pidió que valoraran su calidad de vida actual del 1 al 10 después del embarazo, todas dieron valores entre el 6 y el 9, la media se situó en 7,56; la mediana fue 8 al igual que la moda. No hubo diferencias entre los Centros de Salud.

La incorporación de la mujer al mundo laboral supone un cambio en el rol familiar, por ello se les preguntó si consideraban que un embarazo podría acarrearles complicaciones en su trabajo y prácticamente un 80% de ellas contestaron que sí.

En relación a los antecedentes personales (anexo 2): quisimos conocer si esas alteraciones habían sufrido algún cambio después del embarazo llamando la atención el aumento de alteraciones psicológicas (2 casos más) y vasculares (anexo 3).

4.7. Calidad de la atención:

Finalmente quisimos conocer como se sentían respecto a la experiencia del embarazo en su totalidad y la valoración a la atención recibida por el personal de enfermería, es decir las matronas, en el control del embarazo desde su centro de salud, en la atención al parto en el hospital y puerperio.

Para valorar estos dos campos se les pidió que en una escala del 1 al 10 marcaran su nivel de satisfacción.

En cuanto a la experiencia del embarazo, los valores se situaron entre el 4 y el 10; la media fue 8,84; la mediana 9 y la moda 10.

En lo que a la valoración de la atención se refiere, (también valorada en una escala del 1 al 10), la media fue de 8,81; la mediana 9 y la moda 10. Los valores

entre 5 y 10. Ninguno de estos campos mostró diferencias concluyentes entre los dos C.S.

5. DISCUSIÓN

5.1. Datos sociodemográficos:

La edad media de las mujeres que participaron en este estudio fue de 34,75.

La edad media de la maternidad en España ha ido aumentando progresivamente en estos últimos años, situándose en la actualidad entre las más altas del mundo, en el año 2011 alcanzó el 31,5 y concretamente en Bizkaia logró un valor de 32,5.

Entre las causas más importantes que explicarían este aumento se encuentran la limitación voluntaria y planificada de la familia, la organización familiar actual, la incorporación de la mujer al mundo laboral y el mayor uso de métodos anticonceptivos. Igualmente, la elevación del coste del mantenimiento de los hijos; entre los países de la Unión Europea (UE) España se encuentra entre los que menor porcentaje destinan a las prestaciones económicas por maternidad (43).

Se deben considerar también los cambios habidos en el sentimiento ético, religioso y cultural de las familias. Hoy en día, para muchas parejas la reproducción no es el principal objetivo del matrimonio, asimismo, la edad más tardía del matrimonio, el aumento de la soltería y la convivencia más tardía en el domicilio familiar favorecen el incremento de la edad media de la maternidad (43).

Por lo tanto el porcentaje de nacidos de madre no casada alcanzó en 2011 el 37,4% (37,8% en el caso de las españolas y 40,5% en el caso de las extranjeras). En nuestro estudio el 12,5% de ellas estaban solteras, separadas o divorciadas.

5.2. Antecedentes personales:

Dentro de la historia clínica nos resultó importante conocer la medicación tomada en el periodo perigestacional. En la tabla 5 (anexo 4), se puede observar que el

90,6% de las mujeres estudiadas tomaron algún tipo de medicación o suplementos, principalmente ácido fólico, vitaminas, hierro y yodo.

La anemia ferropénica es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo (20), ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumentan el consumo de hierro.

Si las reservas de hierro son pobres en la madre esta deficiencia también estará presente en el recién nacido pudiendo causar problemas de salud para la madre y el feto, como el parto prematuro, bajo peso al nacer o retraso en el desarrollo físico y cognitivo del niño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 estimó para la población embarazada de España, una prevalencia de anemia de alrededor del 17,6%. En un estudio reciente realizado en mujeres embarazadas de Estados Unidos (EEUU) el porcentaje de anemia en el tercer trimestre fue de entre el 20-27,7% (27).

Del mismo modo, aumentan también las necesidades de ácido fólico (vitamina B9) y vitamina B12 por lo que la gestante también puede sufrir una anemia megaloblástica producida por la deficiencia de estas vitaminas (57).

Durante el embarazo las necesidades de ácido fólico aumentan entre 5 y 10 veces. El aporte diario mínimo requerido de ácido fólico son 400 microgramos (0,4 miligramos). El uso periconcepcional de ácido fólico se ha demostrado eficaz en la prevención primaria de los defectos del tubo neural, cuya incidencia disminuye entre un 50 y un 70% (26).

Varios estudios muestran que la dieta habitual en mujeres embarazadas es deficitaria en hierro, calcio, fibra y ácido fólico, y en su mayoría no alcanzan el mínimo requerido (34). Un estudio realizado en Sevilla concluyó que de 49 mujeres estudiadas el 97,9% mostraban un aporte de ácido fólico menor del necesario y el mayor porcentaje de ellas no alcanzaban la mitad de la cantidad recomendada.

El α -tocoferol (vitamina E), el ácido ascórbico (vitamina C) y el retinol (vitamina A) son vitaminas antioxidantes, por lo tanto, son fundamentales en el estado nutricional. Las cantidades deficientes de estas vitaminas dificultan una adecuada recuperación del parto, tanto de la madre como del recién nacido.

El estado de la vitamina A de la madre y su concentración durante el último trimestre del embarazo influyen en la composición de la leche materna. La falta de vitamina A está asociada a embarazos de riesgo, ruptura prematura de membranas o eclampsia (50).

Con la suplementación vitamínica se pueden cubrir las recomendaciones de vitaminas del complejo B, vitamina A y C y E que se encuentran deficientes por la ingestión de alimentos.

La deficiencia de un aporte de yodo es una de las causas nutricionales más frecuentes del retraso mental prevenible en el mundo. Incluso en situaciones de deficiencia leve-moderada, prevalentes todavía en España, se requiere la suplementación diaria con al menos 200 µg de yodo, comenzando preferiblemente antes del embarazo y hasta el final de la lactancia. Además, su escaso consumo durante el embarazo puede acarrear trastornos en el funcionamiento tiroideo materno que pueden perdurar tras el embarazo (48).

5.3. Embarazo:

Como podemos observar en la tabla 6 (anexo 5) las náuseas, la lumbalgia, las ITU, los problemas vasculares de extremidades inferiores son las afecciones más comunes presentes durante el embarazo en las mujeres encuestadas.

Comparando los resultados obtenidos con los aparecidos en otras publicaciones: la presencia de náuseas se distribuye de la misma manera (66). En realidad, la causa de estos síntomas sigue siendo una incógnita, aunque existen una serie de modificaciones: hormonales (aumento de la hormona gonadotropina coriónica (hCG), estrógenos y progesterona), gastrointestinales (disminución de la motilidad gastrointestinal), nutricionales (déficit de vitamina B6 y B1 y vitamina K.), anatómicos (presencia de cuerpo lúteo en ovario) y psicológicos (alteraciones psicológicas debidas a un posible rechazo del embarazo, miedo a la gestación, el parto y/o el puerperio, temor a no ser capaz de cuidar al recién nacido...) que favorecen su aparición (24).

Durante el embarazo se producen numerosos cambios físicos en la mujer que pueden llegar a producir dolor dorsal y/o lumbar, entre ellos uno muy importante es el desplazamiento de su centro de gravedad. El aumento del peso en la zona abdominal debido al crecimiento del bebé produce un estiramiento en la zona

vertebral dada la necesidad de soportar más peso de lo habitual, esto provoca un aumento de la lordosis lumbar dando lugar a una menor relajación de la musculatura de esta zona. Además de esto el aumento de peso produce una sobrecarga en la cara anterior de las vertebrae presionando el ligamento vertebral común posterior y facilitando la aparición de lumbalgias (9).

Respecto a las afecciones vasculares de extremidades inferiores en el periodo del embarazo, la compresión de las venas pélvicas, principalmente las venas ilíacas por el útero favorecen la aparición de varices. Un artículo publicado en el año 2009 muestra que las varices son el 3º cambio anatomofisiológico más común en el embarazo, alcanzando casi el 25% (53).

Las infecciones de tracto urinario (ITU), constituyen una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo con una incidencia aproximada de 5% a un 10%. Los microorganismos involucrados más frecuentemente son las enterobacterias, entre ellas las más común en un 80% es la Escherichia Coli. Existen una serie de cambios anatómicos y funcionales que predisponen a las infecciones durante el embarazo: el aumento del volumen urinario en los uréteres; disminución del tono ureteral y vesical (estasis urinaria); obstrucción parcial del uréter por el útero grávido, aumento del PH de la orina; aumento del flujo vesico-ureteral, incremento de la secreción urinaria de estrógenos...

La acidez gástrica y las hemorroides se han presentado en menor proporción en nuestro estudio, sin embargo, se tratan de afecciones que se presentan comúnmente en el transcurso del embarazo debido a los cambios físicos y hormonales que se producen (2,7).

En el estudio llevado a cabo se presentaron otras afecciones a lo largo del embarazo como la Diabetes gestacional (DG) y las eclampsias o preeclampsias pero estas se presentaron en mucha menor proporción al igual que muestran otros ensayos (1).

La gestación es el período de tiempo (medido en semanas) comprendido entre la concepción (primer día del último ciclo menstrual) y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero materno. Un embarazo normal (a término) puede durar de 38 a 42 semanas. Por lo tanto, los bebés

nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros o pretérminos y después de la semana 42 se consideran postérminos.

La media de la gestación para las mujeres participantes en nuestro análisis era de 39+6, con una moda de 40. Únicamente se hallaron 2 casos de embarazo pretérmino con 36 semanas de gestación y un único caso postérmino con 42 semanas de gestación.

Examinamos la posible relación entre la edad materna y los embarazos con riesgo materno-perinatal y se obtuvieron resultados razonables puesto que en los 3 casos de embarazos no a término las madres tenían más de 35 años, lo que se considera un factor que propicia los partos prematuros (16). Aunque para los embarazos postérmino, se tratan aun de circunstancias en controversia (71).

La natalidad se encuentra en tendencia decreciente desde el año 2009. Durante 2011 nacieron en España 470.553 niños, un 3,0% menos que en el año anterior y un 9,2% menos que en 2008, cuando el número de nacimientos alcanzó su máximo en 25 años. Esta tendencia se mantuvo durante el primer semestre de 2012, en el que se registró un total de 223.853 nacimientos, con un descenso del 2,7% respecto al mismo periodo de 2011.

El descenso de los nacimientos se produce por el efecto combinado de un menor número de mujeres en edad fértil y de una menor fecundidad. Así, el Indicador Coyuntural de Fecundidad (o número medio de hijos por mujer) se redujo en 2011 hasta 1,36, frente al 1,38 de 2010. Este hecho tiene diversas explicaciones: laborales (el paro, sobre todo el juvenil y la precariedad laboral), informativas (la accesibilidad a controles eficaces de natalidad), sociales (la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, aumento de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y del uso de métodos anticonceptivos) (30), económicas (el descenso de los salarios, el incremento de los costes de los hijos/as), ideológicas (la secularización de la sociedad), asistenciales (las prestaciones por natalidad), urbanísticas (la disponibilidad de servicios y equipamientos para la infancia) y políticas (la desaparición de la presión para aumentar la natalidad) (60).

En el año 2011 se produjeron 590.358 embarazos, de los cuales 471.999 fueron nacimientos y 118.359 terminaron en abortos (20,05 %). De los 118.359 abortos

que se produjeron en España en 2011, 53.468 fueron en chicas con edades comprendidas entre los 20 y los 30 años.

Los estudios muestran que las características sociales de las mujeres que solicitan un aborto inducido, son en su mayoría menores de 20 años, con estudios preuniversitarios, solteras y amas de casa (49).

Tomando como referencia otros estudios, la edad materna ha sido considerada como la causa principal asociada en mujeres sin otros factores de riesgo para presentar abortos espontáneos, conforme mayor es la edad, mayor es la incidencia de dicha complicación (33, 13). Al no conocer el tipo de aborto no se obtuvo resultados comparables, sin embargo en referencia al nivel de estudios 13 de las 14 mujeres que presentaron abortos anteriores tenían estudios superiores. Por otro lado, no se encontró una relación con la edad, trabajo o estado civil, resultados contrarios a los obtenidos en otros estudios (29,35); probablemente debido al pequeño número de la muestra.

El seguimiento del embarazo normal se realiza en conjunto con A.P y atención especializada, todas las mujeres estudiadas llevaron el control por los profesionales adecuados, esto es importante ya que la prestación de una adecuada atención prenatal está relacionada con una disminución de las tasas de riesgo de complicaciones y morbi-mortalidad materno-infantil (61, 63).

Prácticamente todas las mujeres acudieron a clases de preparación maternal, la satisfacción reflejada por las usuarias se trata de una medida indiscutible que refleja la calidad de la atención prestada (42). La nota media que dieron a la utilidad de las clases fue de 7,50. Tomando como referencia otros estudios realizados en base a las clases de preparación al parto concluyeron que en todos los grupos que asisten se produce una disminución de la ansiedad. Ciertos estudios mostraron que la mayor parte de las mujeres que acuden a clases de preparación maternal tenían más episiotomías (31) que las que no iban, esto puede ser porque las que más van a las clases generalmente son primíparas (5).

Las relaciones interpersonales y el apoyo social contribuyen al bienestar, adaptación e integración familiar por lo que se tratan de aspectos vitales en un embarazo (14). Dados los resultados obtenidos en el estudio se pudo concluir

que las mujeres encuestadas contaron con un buen apoyo familiar. Otras investigaciones demostraron que él no recibir apoyo produce complicaciones en el embarazo, parto y periodo postparto como el mayor temor al parto (65) y el abandono de la lactancia materna (46).

5.4. Parto:

Prácticamente al total de las mujeres encuestadas se les realizó una punción lumbar para introducir la anestesia epidural. Esto puede ser porque los ensayos realizados en otros estudios mostraron que las analgesias epidurales alivian mejor el dolor que otros tipos de medicamentos para el dolor, pero pueden provocar un mayor uso de instrumentos para ayudar el parto (3).

Las características sociales, económicas y culturales que definen el “tipo” de mujer que rechaza la epidural, coinciden con el esquema de “mujer tradicional”, que se caracteriza por tener escasos recursos económicos, nivel educativo bajo y que es ama de casa (10).

El uso de analgesia epidural provoca pérdida de reflejo de pujo, relajación del tono de la musculatura perineal y al bloqueo motor de la prensa abdominal, lo cual produce un aumento de partos instrumentalizados (21).

Cuanto mayor es el nivel del hospital, más partos instrumentados y menos partos no instrumentados sin episiotomía se realizan (41). Esto concuerda con lo razonado en nuestra investigación porque a pesar del pequeño número de mujeres que dieron a luz en clínicas privadas, todos los partos fueron no instrumentados.

Únicamente se hallaron 3 partos por cesárea, sin embargo, los datos disponibles de España, (22,2% de cesáreas) exponen que están por encima del 15% de cesáreas que recomienda la OMS (4).

A más del 50% de las encuestadas se les realizó una episiotomía y todas las primíparas que parieron por vía vaginal y no presentaron desgarro se les realizó una episiotomía. No se encontró ninguna asociación con la edad materna, al igual que en otros estudios (70, 54).

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo; se efectúa hasta en el 60% de todos los partos vaginales y hasta en el 90% de partos de pacientes primíparas (58).

La realización rutinaria de la episiotomía no está justificada. La OMS considera necesaria su realización en el 30% de los partos. En países como Holanda esta cifra no llega al 8%. En España, el 90% de las mujeres que dan a luz por primera vez la sufren. En el caso de las multíparas varios estudios han demostrado que las lesiones perineales severas (episiotomía o desgarro de 2º grado) están relacionadas con un mayor trauma perineal en el 2º parto (25).

5.5. Postparto:

El postparto se trata de un periodo de gran importancia y muchos cambios para la vida de una mujer por lo que es importante conocer todo lo relacionado con él.

En referencia a la alimentación: la leche materna contiene numerosos factores protectores, habitualmente se presta más atención a su importancia para la salud del niño, pero también pueden ayudar a proteger el pecho materno de la infección, además de disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama u ovario (39).

La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses, y que constituya una parte importante de la alimentación durante el resto del primer año (22), estas recomendaciones han sido reforzadas también por otros estudios (37). Las cifras y tasas de lactancia materna españolas están por debajo de las recomendaciones de la OMS y de algunos grupos profesionales.

Existen una serie de causas específicas para el abandono de la L.M como el uso de medicamentos que se eliminan por la leche materna, mastitis, pezón plano o invertido, embarazo gemelar, rechazo del pecho por el bebé, producción escasa de leche... (38).

De las mujeres participantes en el estudio 23 (72%) refirieron haber presentado algún problema con la lactancia materna. De esas 23, 14 (42%) mencionaron haber tenido grietas, siendo este uno de los problemas principales junto al dolor en el pezón que 16 de las 23 (50%) citaron, resultados semejantes a los obtenidos otros estudios (17).

A menudo, uno de los causantes de las grietas y el dolor es la posición incorrecta durante la alimentación al pecho, que también puede estar relacionada con pezones planos o invertidos, además de por la ingurgitación

mamaria que dificultan el buen acoplamiento boca-mama (47). Tampoco es conveniente lavarse el pecho en cada toma pues hará que desaparezca la capa de protección natural de la piel y facilitará la aparición de lesiones.

La mastitis se trata de la afección inflamatoria del pecho y puede acompañarse o no de infección. Se puede presentar aproximadamente en 1-10% de mujeres en periodo de lactancia. La clínica se caracteriza por dolor, signos inflamatorios locales y síntomas generales (fiebre, cefalea...) (67).

En la investigación realizada se pudo ver que las complicaciones asociadas al abandono de la L.M eran principalmente las grietas, el pezón plano o invertido y la mastitis.

Todos estos obstáculos se presentan frecuentemente en Atención Primaria; con que la promoción y prevención desde el centro de salud para disminuir la incidencia de estas lesiones es primordial, llevando a cabo un buen control desde el principio para evitarlas y tratar rápidamente los signos precoces como la ingurgitación y el dolor en los pezones (47).

La producción de poca cantidad de leche (hipogalactia) es otro de los motivos más frecuentemente expresados por las madres para introducir la LA (8). Algunos autores han reportado que la hipogalactia como causa real de necesidad de leche artificial, sólo se presenta entre 4 y 10% de los casos, de tal manera que constituye un pretexto de la madre para justificar el abandono de la lactancia materna (18).

Para el cuidado de todos estos problemas la mayoría de las madres participantes optaron por aplicar la propia leche materna a modo de pomada, realizar masajes en para intentar eliminar la obstrucción y no lavar los pezones antes y después de cada toma porque la humedad empeoraba el cuadro; del mismo modo que advirtieron otros estudios (64).

La mayor parte de los casos de problemas como grietas, o mastitis se presentaron en mujeres mayores de 34. Al contrario de lo encontrado en otros estudios (36) no se concluyó que la primiparidad fuese un factor de riesgo debido, principalmente, al tamaño reducido de la muestra. En algunos estudios se encontró dicha relación que fue razonada de la siguiente manera: las madres primíparas favorecían la aparición de lesiones en el pecho debido a las dificultades técnicas presentadas a la hora de adoptar una buena posición para

la alimentación al pecho (19), sin embargo, en otros no se encontró dicha relación (23). Existe cierta asociación entre el apoyo familiar recibido y la presencia de complicaciones para la L.M. (52).

El 97% de las madres acudieron a clases de preparación maternal, en estas clases se informa y asesora sobre los beneficios de la LM, por lo tanto prácticamente todas ellas conocían sus beneficios antes del parto.

Además en la encuesta se preguntó acerca del bien producido por la LM y la mayoría de ellas conocía al menos 3 ventajas de la lactancia materna y mencionaron principalmente la protección inmunológica, la comodidad y el contacto con su bebé (39).

Los problemas con la LM más expresados fueron el cansancio y la dependencia durante el primer mes principalmente que son comunes entre las mujeres que amamantan a sus bebés.

La anticoncepción en el periodo postparto es de gran importancia dado que el método seleccionado debe, en la mayor parte de los casos, posibilitar la lactancia materna. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil (51).

Estudios muestran que la mayor parte de las mujeres que dan el pecho optan por el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) (40). Eso explicaría el motivo por el que las mujeres investigadas no usaban ningún método anticonceptivo adicional. Sin embargo el MELA solo es válido si la lactancia materna es exclusiva o casi exclusiva, el bebé hace tomas a demanda de manera frecuente y relativamente largas, no se han reiniciado los periodos menstruales y si el bebé es menor de 6 meses. Suelen elegir este método porque puede iniciarse inmediatamente después del parto y no tiene efectos secundarios, pero se debe tener en cuenta que no se asegura la efectividad una vez pasados los 6 meses y no brinda protección contra las ETS (32). No se recogió información que pueda asegurar que las participantes del estudio cumplieran esos requisitos para poder asegurar una buena anticoncepción mediante el MELA.

El 50% de las participantes no usaban ningún método anticonceptivo y cabe destacar que en ese 50% se englobaban mujeres con L.M exclusiva, lactancia mixta y artificial. Esto indica la necesidad de reforzar los servicios de

planificación familiar en la atención de la embarazada y del posparto, puesto que se han observado problemas similares en otras investigaciones (11).

Las mujeres que usaban métodos anticonceptivos adicionales tenían más de 32 años, lo cual pudiera ser por la probabilidad de que hayan alcanzado su ideal reproductivo (6).

El estado civil se considera uno de los factores que más influye sobre la decisión de regular la fecundidad (40). Según los resultados conseguidos, las mujeres casadas o con pareja de hecho optaron por un mayor uso de los anticonceptivos, este comportamiento es razonable si tenemos en cuenta que la mujer que posee pareja tiene mayor riesgo de quedar embarazada (51).

En las multíparas también se vio que usaban más los métodos anticonceptivos, esto puede explicarse porque al haber tenido un parto anterior pueden tener conocimientos acerca del método más adecuado para cada una de ellas durante la lactancia o después de terminada ésta (51).

Las primíparas optaron principalmente por no usar ningún método y en menor medida el preservativo. Podría esperarse que al ser más jóvenes se decidieran más por los métodos hormonales, sin embargo las usuarias de píldoras orales eran multíparas, contrariamente a lo esperado. Esto significa que la paridad no necesariamente influye en el conocimiento y la conducta frente a los anticonceptivos (62).

5.6. Consecuencias físicas, sociales y psicológicas del embarazo:

El embarazo, el parto y el posparto han sido descritos como momentos de duración definida que pueden verse como transiciones. El embarazo implica una serie de cambios que se suceden de forma diferente en el hombre y la mujer. Las relaciones sociales forman parte de estos cambios, debido al cambio de roles dentro de la familia, así como por el aumento de visitas. En el postparto es frecuente que las mujeres experimenten una disminución del deseo sexual causado por múltiples factores, que varían en cada caso, como el cansancio, los cambios hormonales o el temor al dolor. Es importante que el personal sanitario y más concretamente las matronas dediquen tiempo a este tema porque pueden prestar gran ayuda sugiriendo estrategias y aportando conocimientos (44).

Por otro lado, la imagen corporal sufre un gran cambio debido a las modificaciones físicas transcurridas a lo largo de todo el embarazo. Después del parto también continúan estas modificaciones como la cicatriz por tras cesárea, varices... que producen en las mujeres cierta sensación de desacuerdo con ellas mismas, esto puede llegar a desencadenar en alteraciones psicológicas (56).

Durante el embarazo y el puerperio ocurren una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que favorecen la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer, conocidos como depresión postparto. Estos trastornos incluyen alteraciones del patrón de sueño, así como la tristeza, ansiedad o el llanto. Se trata un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres.

Los casos de embarazo no deseado y la percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el parto (tareas domésticas, cuidado del niño, apoyo emocional...) por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (15). En los resultados del análisis ejecutado únicamente se presentaron 2 casos con alteraciones psicológicas postparto, ninguno de los dos casos refería haber recibido poca ayuda por parte de sus parejas.

El embarazo constituye un periodo potencialmente estresante para las mujeres trabajadoras, ya que tienen que combinar roles maternal y profesional. A pesar de los avances alcanzados, todavía existen numerosos prejuicios a los que las mujeres deben enfrentarse en su trabajo cuando se quedan embarazadas (28).

En numerosas investigaciones se ha encontrado que se continúan manteniendo estereotipos negativos de las trabajadoras embarazadas, como por ejemplo considerar que las trabajadoras embarazadas tienen un menor rendimiento en el trabajo, menor compromiso laboral y van a causar múltiples complicaciones a la empresa (28). Por todo ello no es de extrañar que el 80% de las mujeres de nuestro estudio pensarán que el embarazo podría suponerles un problema en el trabajo.

5.7. Calidad de la atención:

La satisfacción percibida por las mujeres atendidas en los diferentes Centros de Salud se trata de un aspecto de dimensiones indiscutibles en referencia a la calidad asistencial prestada, cuya evaluación es fundamental para obtener una adecuada valoración de los servicios sanitarios (41).

La puntuación media de la satisfacción por la atención recibida fue de 8,8; por lo que podemos decir que se alcanzó un grado de satisfacción alta. Es necesario remarcar que el resultado de satisfacción podría estar condicionado por la experiencia vivida tanto en este parto como en partos anteriores de manera positiva o negativa (69).

6. CONCLUSIONES

6.1. Los cambios sociales, culturales, económicos e ideológicos ocurridos han favorecido el aumento de la edad materna y la disminución de la media del número de hijos. Esto acarreará un incremento del número de embarazos de riesgo (abortos, malformaciones, complicaciones en el parto, niños prematuros...) disminuyendo así la capacidad reproductiva, con la consiguiente demanda de técnicas de fecundación artificial.

6.2. Los programas de atención maternal refuerzan e informan de manera apropiada respecto a los beneficios de la lactancia materna que se trasladan de forma adecuada a las madres. Sin embargo, se debería reforzar la información respecto a su propia alimentación para evitar complicaciones, por ejemplo las anemias.

6.3. Los métodos anticonceptivos de mayor uso correspondieron a los no hormonales, principalmente el MELA, lo cual muestra la necesidad de reforzar la educación en este aspecto. La estabilidad de la pareja, la edad y la multiparidad son factores que ejercen una influencia positiva sobre la decisión de usar anticonceptivos en el período posparto.

6.4. Se aprecia una necesidad en materia de apoyo e información a las mujeres en el periodo postparto debido al gran cambio personal, físico, social y psicológico que puede suponer.

6.5. La satisfacción percibida por parte de las mujeres atendidas en ambos Centros de Salud se considera elevada dada la alta asistencia a clases de preparación maternal y la positiva valoración realizada por parte de ellas.

6.6. En general, no se encontraron diferencias significativas entre la situación sanitaria de las mujeres de ambos C.S.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Acosta Delgado D, Ampudia Blasco FJ, Corcoy Plà R, Cortázar Galarza A, Hernández Mijares A, Herranz de la Morena L, et al. Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo. *Av Diabetol.* 2006;22(1):73-87.
- 2- Alejandro Murúa B. Hemorroides: Conceptos actuales. *Cuad. Cir.* 2000;14(1):55-58.
- 3- Anim Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus:* 2005; 4(3):1-69.
- 4- Arrieta A, Oneto A. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos. *CIES.* 2007;61:20-29. Disponible en: <http://cies.org.pe/analisis/61/arrieta-oneto/partos-por-cesarea>
- 5- Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, Remiro Fernandez de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, et al. Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto. XI encuentro internacional de investigación en enfermería. 2007:1-3. Disponible en: <http://uiapb.rediapp.net/info/pdf/XI%20Enf%202007.pdf>
- 6- Barnett B. Las fases de la vida afectan el uso del método. *Family Health International.* 1995;10(2):14-17.
- 7- Baron TH, Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 1992;21(4):777-791.
- 8- Barriuso LM, Sánchez VF. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España, *ANALES Sis. San. Navarra.* 1998;21(3):13-19.
- 9- Berbel Ferrer L, García Fernández AF. Actividad Física y Embarazo. 2008:1-16. Disponible en: <http://www.entrenadorespersonalesvalencia.com/pdf/Articulo%20EJERCICIO%20Y%20EMBARAZO.pdf>
- 10- Biedma Velázquez L, García de Diego JM, Serrano del Rosal R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2010;17(1):3-15.

- 11-Blaney LC. Después del embarazo surgen necesidades. *Family Health International*. 1997;17(4):7-12.
- 12-Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.: Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev. Méd. Urug.* 2002;18(1):4-13.
- 13-Cabezas E, Langer A, Alvarez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Publica Mex.* 1998;40(3):265-271.
- 14-Canaval E, Gladys E, Jaramillo B, Cruz D, Rosero S, Haydee D, Valencia C, Germán M. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichán.* 2007;7(1): 8-24.
- 15-Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina general y de familia.* 2000;5(24):452-456.
- 16-Chamy V, Cardemil F, Betancourt P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2009;74(6):331-338.
- 17-Chávez Merlos A, Rodrigo Sánchez G, Hantz Ortiz O, Peña ortega B, Arocha Reyes B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Revista de la facultad de medicina.* 2002;45(2):1-3.
- 18-Delgado Becerra A, Arroyo Cabrales LM, Díaz García MA, Quezada Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2006;63(1):31-39.
- 19-Evans M, Head J. Mastitis; Incidence, prevalence and cost. *Breastfeeding Reviews.* 1995;3(2):65-72.
- 20-Farnot Cardoso, U (2004). Anemia y embarazo. En Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santiesteban Alba S, Rigol Ricardo O y Vázquez Cabrera J (Comps.). *Obstetricia y ginecología* (121-126). La habana: Ciencias médicas.
- 21-Fernández Fernández AI, Martínez Cagiao AM, R. Nieves R, Fernández Varela JM. Relación entre analgesia epidural y tipo de parto. *Clin. Invest. Gin. Obst.* 2001;28(3):102-106.

- 22- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2002:1-30. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
- 23- Foxman B, Schwartz K, Looman SJ. Breastfeeding practices and lactation mastitis. *Social Science and Medicine*. 1994;38(5):755-761.
- 24- Francés Ribera L. Náuseas y vómitos en el embarazo. *Matronas Prof*. 2010;11(1):26-28.
- 25- Gálvez Toro A, Berral Gutiérrez A, Burgos Sánchez JA, Salido Moreno MP. Efecto de las lesiones perineales del primer parto en la intensidad y severidad del trauma perineal en el segundo. *Biblioteca Lascasas*. 2008;4(2):1-14.
- 26- González de Agüero Laborda R, Fabre González E (1996). Necesidades nutritivas durante el embarazo y la lactancia. En González de Agüero Laborda R, Fabre González E (eds). *Nutrición y dietética durante el embarazo (1-12)*. Barcelona: Masson.
- 27- González González N, Feo Díaz C, Medina Morales V, Padrón Pérez E, Santísimo Sacramento JL (2010). Anemia y puerperio. En Laila Vicens JM, Pérez Picañol E, Martínez–Astorquiza Ortiz de Zárate T (eds). *Anemia ferropénica del embarazo (83-92)*. Barcelona: Sociedad Española de ginecología y obstetricia.
- 28- Helb MR, King EB, Glick P, Singletary SL, Kazama S. Hostile and Benevolent Reactions Toward Pregnant Women: Complementary Interpersonal Punishments and Rewards That Maintain Traditional Roles. *Journal of Applied Psychology*. 2007;92(6):1499-1511.
- 29- Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1998;30(1):24-29 & 46.
- 30- Hernández A, García J, García I, Pardo C. Indicadores demográficos y situación actual de la fecundidad en España. *Matronas Prof*. 2006;7(3):17-23.
- 31- Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47(9):414-422.
- 32- Herrero I, Elizabet Sesin S, Adolfina Maidana M, Mabel Cáceres S. Métodos anticonceptivos durante la lactancia: Revisión. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008;178:22-26. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista178/5_178.pdf

- 33- Hijona Elosegui JJ. Factores asociados al aborto espontaneo. Universidad de granada (UGR). 2009:1-397. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14585/1/18661439.pdf>
- 34- Irlles Rocamora JA, Iglesias Bravo EM, Avilés Mejías S, Bernal López E, Benito de Valle Galindo P, Moriones López L, Maetzu Aznar A, Mingo Canal D. Valor nutricional de la dieta en embarazadas sanas. Resultados de una encuesta dietética en gestantes. *Nutr. Hosp.* 2003;18(5):248-252.
- 35- Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000-2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2002;34(6):226-235.
- 36- Jonsson S, Pulkkinen MO. Mastitis today: incidence, prevention and treatment. *Annales Chirurgiae Et Gynaecologiae. Supplementum,* 1994;208:84-87. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf
- 37- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *The Cochrane Library.* 2009;(4):1-131. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/pdf>
- 38- León Suazo HG. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. *Pediatría de México.* 2010;12(1):29-32.
- 39- León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. *Organización Panamericana de la Salud.* 2002;66(2):1-184.
- 40- Letamo G. Contribution in the proximate determinants to fertility change in Botswana. *J Biol Soc Sci.* 1996;28(3):325-38.
- 41- Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007;(3):1-247. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/AsisPartoMujeresSanas.pdf>

- 42- Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Luis J, LJ Cercas, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006;20(1):31-39.
- 43- Maroto Navarro G, García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18(2):13-23.
- 44- Martín de María S. Sexualidad en el puerperio. *Matronas Prof.* 2001;2(4):9-14.
- 45- Martínez González L, Reyes Frausto S, García Peña MD. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex.* 1996;38(5):341-351.
- 46- Mendoza Paloma NV. Necesidades de apoyo más frecuentes en lactancia materna que presentan las puérperas primigestantes los primeros 15 días postparto en una institución de salud de Bogotá en el segundo semestre del 2009. Pontificia universidad Javeriana. Facultad de enfermería. Departamento de clínica. 2009:1-84. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis05.pdf>
- 47- Moraes M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. *Arch Pediatr Urug.* 2011;82(1):10-17.
- 48- Morreale de Escobar G; escobar del Rey F. El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia. Cantidades mínimas y máximas: de microgramos a gramos. *Progr Diag Trat Prenat.* 2005;17(3):111-117
- 49- Nybo AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ.* 2000;320(7251):1708–1712.
- 50- Orueta Sánchez R, López Gil M.J. Manejo de fármacos durante el embarazo. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2011;35(4):107-113.
- 51- Ovies Carballo G, Santana Pérez F, Padrón Durán RS. Anticoncepción posparto. *Rev Cubana End.* 1999;10(1):65-74.
- 52- Piñeros BS, Camacho NJ. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. *Orinoquia.* 2004;8(1):6-14.
- 53- Quilici CE, Pereira JM, Suzuki P, Quilici S, Caffaro RA. Hipertensión Venosa en los miembros inferiores durante el embarazo: factores desencadenantes, manifestaciones clínicas y complicaciones. *Flebología y Linfología: Lecturas Vasculares.* 2009;4(10):577-584

- 54- Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(5):1180-1184.
- 55- Robles Llamazares M. Objetivos de desarrollo del milenio. Humanismo y trabajo social. 2006;5:93-101. Disponible en: https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1467/HUM5_Art4.pdf?sequence=1
- 56- Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev. méd. Chile.* 2006;134(6):713-720.
- 57- Romero JG, Sandoval CE, Sánchez CL, Acosta LA. Anemia megaloblástica: revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2008;177;17-21. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/4_177.pdf
- 58- Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56(2):116-126.
- 59- Rush D. Infant death: An analysis by maternal risk and health care, vol 1 of *Contrasts in Health Status.* *Am J Dis Child.* 1974;127(6):1-914.
- 60- Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell B. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. *Gac Sanit.* 2001;15(3):230-236.
- 61- Sánchez González R, Álvarez Nido R, Aroca Caballero M, del Río Martín L, Fernández Horcajuelo J, Campoo Cobo C. Control de calidad del seguimiento del embarazo normal en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;27(8):537-541.
- 62- Santana Pérez F, Ovies Carballo G, Padrón Durán RS. Anticoncepción posparto en un área de salud urbana de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Endocrinol.* 2000;11(3):160-167.
- 63- Seclen JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal? experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(3):149-157.

- 64- Suarez Medina YR. Mastitis puerperal. Guía terapéutica para la atención primaria en salud editorial ciencias medicas. 2010:297-298. Disponible en: <http://files.sld.cu/certificacion/files/2010/03/libro-guia-terapeutica-para-la-aps-2010.pdf>
- 65- Toerres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, Herrera M. Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso. Rev chil. Obstet ginecol. 1999;64(5):405-412.
- 66- Tosal B, Richart M, Luque M, Gutiérrez L, Pastor R, Cabrero J, et al. Signos y síntomas gastrointestinales durante el embarazo y puerperio en una muestra de mujeres españolas. Aten primaria. 2001;28(1):127-136.
- 67- Vayas Abascal R, Carrera Romero L. Actualización en el manejo de las mastitis infecciosas durante la Lactancia Materna. Rev. Clín. Med. Fam. 2012;5(1):25-29.
- 68- Vega G. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Pública de Mex. 1993;35(3):283-287.
- 69- Vena M, Revolo M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. Med fam Andal. 2011;12(3):23-35.
- 70- Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Obstet Gynecol Surv. 1995;50:806-835. Disponible en: <http://www.gentlebirth.org/format/woolley.html>
- 71- Zhu JL, Hjollund NH, Olsen J. Shift work, duration of pregnancy, and birth weight: the National Birth Cohort in Denmark. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):285-291.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I: Formulario para la recogida de datos.



Título: Situación de la salud materno-perinatal en 2 centros de salud de Bizkaia.

Persona encargada: Arantza García Díaz de Tuesta

El estudio se llevará a cabo en los Centros de Salud (C.S.) de Bombero-Etxaniz y Arrigorriaga en el periodo transcurrido entre el 15 de enero y el 15 de marzo del 2013.

El objetivo principal será el de analizar y determinar la satisfacción de las mujeres con su embarazo (seguimiento del mismo, parto y postparto) y valorar las posibles carencias y diferencias entre ambos C.S.

Consentimiento y confidencialidad: Todas las encuestas serán anónimas y sus resultados se utilizarán únicamente para dicho estudio. La decisión de participar es completamente voluntaria.

La cumplimentación de este formulario significa que usted ha sido informada de la naturaleza de este estudio y de manera libre da su consentimiento para participar en el mismo.

Si no entiende algo o tiene alguna duda, pregúntele la persona encargada.

Muchas gracias por su colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____
2. Estado civil:
 - Soltera
 - Casada

- Pareja de hecho
- Divorciada / Separada

3. Estudios *ella*:

- Título superior
- Título grado medio
- Bachillerato/FP
- Graduado escolar
- Sin estudios

4. Trabajo *ella*:

- Estudiante
- En paro
- Ama de casa
- Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados
- Directores, gerentes y funcionarios públicos superiores
- Personal administrativo y trabajadores asimilados
- Comerciantes y vendedores
- Otros

5. Estudios *él*:

- Título superior
- Titulo grado medio
- Bachillerato/FP
- Graduado escolar
- Sin estudios

6. Trabajo *él*:

- Estudiante
- En paro
- Profesionales, técnicos y trabajadores asimilados
- Directores, gerentes y funcionarios públicos superiores
- Personal administrativo y trabajadores asimilados
- Comerciantes y vendedores
- Otros

ANTECEDENTES PERSONALES

7. Antecedentes personales (marque con una X):

	Antes del embarazo	Después del embarazo
Diabetes		
Alteraciones metabólicas		

Alteraciones vasculares		
Alteraciones cardiacas		
Alteraciones hematológicas		
Alt. Psicológicas (del sueño, depresión, estrés...)		
Alergias		
Enfermedades autoinmunes		
Enfermedades renales		
Tumores ginecológicos		
Enf. Infecciosas (SIDA, hepatitis...)		
Otros: _____		

8. Medicación (marque con una X):

	Antes del embarazo	Después del embarazo
Antidepresivos		
Antihistamínicos		
Corticoides		
Tranquilizantes		
Antibióticos		
Ácido fólico		
Complejos vitamínicos		
Aporte de hierro		
Otros: _____		

ESTUDIO OBSTÉTRICO (EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO):

9. Lugar del parto:

- H. Basurto
- H. Cruces
- Clínica privada
- En casa
- Otros: _____

10. Semana de gestación: _____

11. Nº de embarazos a término: _____

12. Nº de hijos vivos: _____

13. Nº de abortos: _____

14. ¿Qué profesionales han realizado el seguimiento de su embarazo?

- Ginecotocologo
- Matrona
- Médico de cabecera

15. Tipo de parto:

- Cefálico
- Fórceps
- Ventosa
- Nalgas
- Cesárea
- Parto inducido
- Otros: _____

16. Anestesia epidural: SI NO

17. Desgarro: SI NO *Si la respuesta es SI, valore el dolor producido por el

Poco

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho

18. Episiotomía: SI NO

19. Afecciones durante el embarazo:

- Náuseas
- Estreñimiento
- Infección urinaria
- Aborto
- Embarazo múltiple
- Embarazo ectópico (extrauterino)
- Edemas
- Varices
- Lumbalgia
- Parto prematuro
- Diabetes gestacional
- Eclampsia/preeclampsia
- Otros: _____

20. ¿Asistió a clases de preparación al parto? SI NO

* Valore, del 1 al 10, la utilidad de dichas clases a la hora del parto:

Poco útiles

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy útiles

21. ¿Acudió su pareja con usted a las consultas de la matrona, ginecólogo, ecografías...? SI NO

22. ¿Le acompañó su pareja a las clases preparto? SI NO

23. ¿Estuvo presente con usted durante el periodo de dilatación, parto...? SI NO

24. ¿Cómo valoraría la ayuda de su pareja?

Poca

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucha

25. Tipo de lactancia:

- Materna
- Artificial
- Mixta

26. ¿Ha tenido algún problema con la lactancia materna?

- Grietas
- Problemas con la subida de leche
- Dolor en el pezón
- Pezón plano/invertido
- Mastitis
- Otros: _____

27. Exponga brevemente lo más positivo y negativo respecto a la lactancia materna:

28. ¿Qué cuidados realiza? (puede marcar varios):

A) En el caso de episiotomía:

- Limpieza diaria con jabón específico, aclarar y secar cuidadosamente
- Uso de óvulos vaginales que favorezcan la cicatrización
- Hielo para disminuir la inflamación
- Uso de ropa interior de algodón
- Otros: _____

B) En el parto por cesárea:

- Limpieza de la zona de incisión con antiséptico y posterior secado
- Uso de faja abdominal
- Mantener la piel de la zona hidratada
- Uso de analgésicos
- Otros: _____

C) Cuidado de las mamas:

- Lavar los pezones con agua y jabón
- Limpiar la zona después de cada toma
- Usar sujetadores del algodón y sin aros
- Uso de cremas
- Dar masajes
- Aplicar un poco de la propia leche a modo de pomada
- Otros: _____

29. ¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente?

- DIU

- Implante
- Preservativo (masculino o femenino)
- Píldora sin estrógenos
- Vasectomía
- Ligadura de trompas
- Ninguno
- Otro: _____

CONSECUENCIAS FÍSICAS, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS:

30. ¿Ha habido algún cambio en alguna de estas cuestiones después del embarazo?

- Calidad de vida
- Trabajo fuera de casa
- Trabajo de la casa
- Relaciones sociales
- Imagen corporal
- Vida sexual
- Otros: _____

31. Valore su calidad de vida, del 1 al 10, tras el embarazo:

Muy mala

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy buena

32. ¿Se siente conforme con su nueva imagen corporal? SI NO

33. ¿Cree que el embarazo puede suponer algún problema en el trabajo? SI NO

CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

34. ¿Valoraría el embarazo como una experiencia satisfactoria?

Nada satisfactoria

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy satisfactoria

35. ¿Cómo valoraría la atención de la matrona durante el seguimiento de su embarazo, momento del parto y postparto?

Muy mala

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy buena

8.2. Anexo II: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de antecedentes personales.

VARIABLE	N = 14	%
Antecedentes		
Alergias	10	71,4
Alt. Psicológicas	2	14,3
Alt. Cutáneas	1	7,14
Alt. Vasculares	1	7,14
Alt. Cardíacas	0	0
Alt. Hematológicas	0	0
Alt. Metabólicas	0	0
Diabetes	0	0
Enf. Autoinmunes	0	0
Enf. Renales	0	0
Tumores ginecológicos	0	0
Enf. Infecciosas	0	0

Tabla 3: Frecuencias según antecedentes personales.

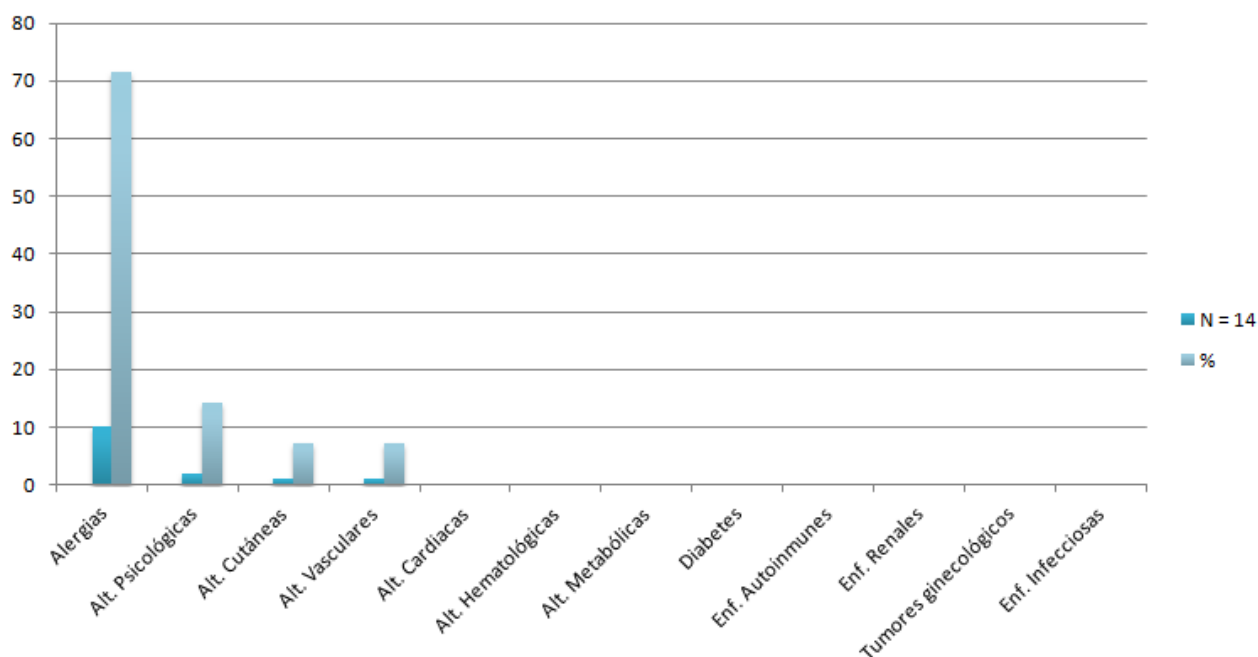


Gráfico 7: Distribución de frecuencias para los antecedentes personales.

8.3. Anexo III: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de alteraciones personales antes y después del embarazo.

VARIABLE	Antes del embarazo	Después del embarazo
Alteraciones		
Alergias	10	10
Alt. Psicológicas	2	4
Alt. Cutáneas	1	1
Alt. Vasculares	1	7
Alt. Cardiacas	0	0
Alt. Hematológicas	0	0
Alt. Metabólicas	0	0
Diabetes	0	0
Enf. Autoinmunes	0	0
Enf. Renales	0	0
Tumores ginecológicos	0	0
Enf. Infecciosas	0	0

Tabla 4: Frecuencias para la comparación entre alteraciones personales antes y después del embarazo.

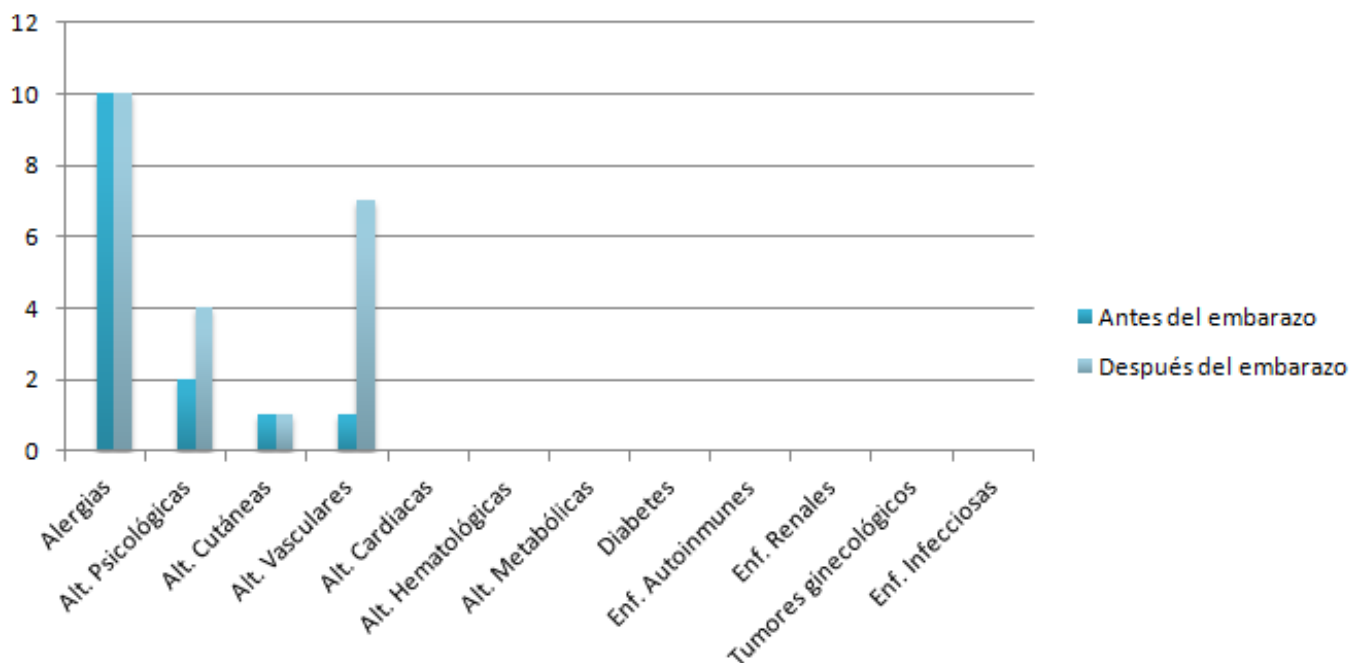


Gráfico 8: Distribución de frecuencias para la comparación entre alteraciones personales antes y después del embarazo.

8.4. Anexo IV: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de medicación perigestacional.

VARIABLE	N = 29	%
Medicación perigestacional		
Ácido Fólico	25	86,2
Complejos vitamínicos	14	48,3
Aporte de hierro	19	65,5
Yodo	3	10,3
Antibióticos	2	6,9
Antihistamínicos	1	3,4
Corticoides	1	3,4
Antidepresivos	0	0
Tranquilizantes	0	0

Tabla 5: Frecuencias según la medicación en el periodo perigestacional.

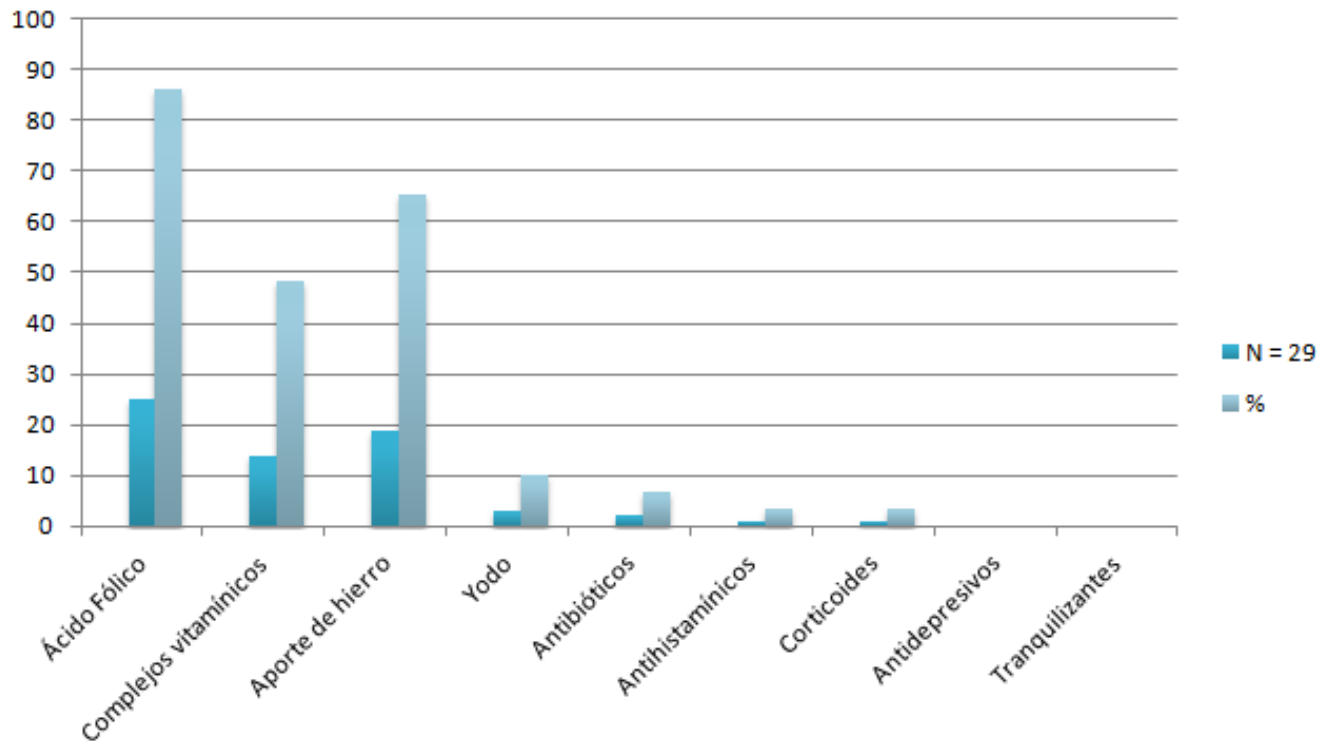


Gráfico 9: Distribución de frecuencias para la medicación perigestacional.

8.5. Anexo V: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de afecciones en el embarazo.

VARIABLE	N = 28	%
Afecciones en el embarazo		
Náuseas	21	75
Lumbalgia	16	57,1
Estreñimiento	9	32,1
Infección Urinaria	8	28,6
Edemas	8	28,6
Varices	7	25
Diabetes gestacional	4	14,3
Parto prematuro	2	7,1
Acidez	2	7,1
Hemorroides	2	7,1
Eclampsia/Preeclampsia	1	3,6
Aborto	0	0
Embarazo múltiple	0	0
Embarazo ectópico	0	0

Tabla 6: Frecuencias según afecciones producidas a lo largo del embarazo.

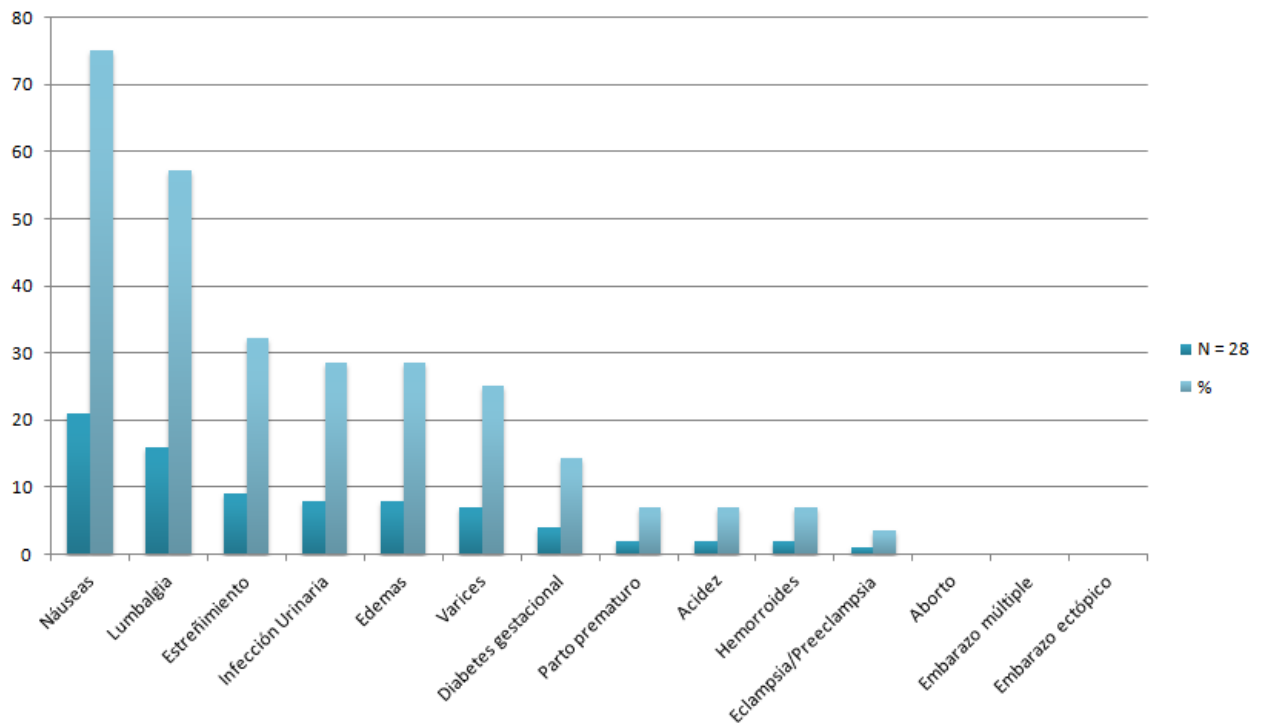


Gráfico 10: Distribución de frecuencias para las afecciones en el embarazo.

8.6. Anexo VI: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de complicaciones con la Lactancia Materna (L.M.).

VARIABLE	N = 23	%
Complicaciones L.M.		
Dolor en pezón	16	69,6
Grietas	14	60,9
Mastitis	4	17,4
Pezón plano/invertido	4	17,4
Problemas con la subida de leche	2	8,7

Tabla 7: Frecuencias según complicaciones con la L.M.

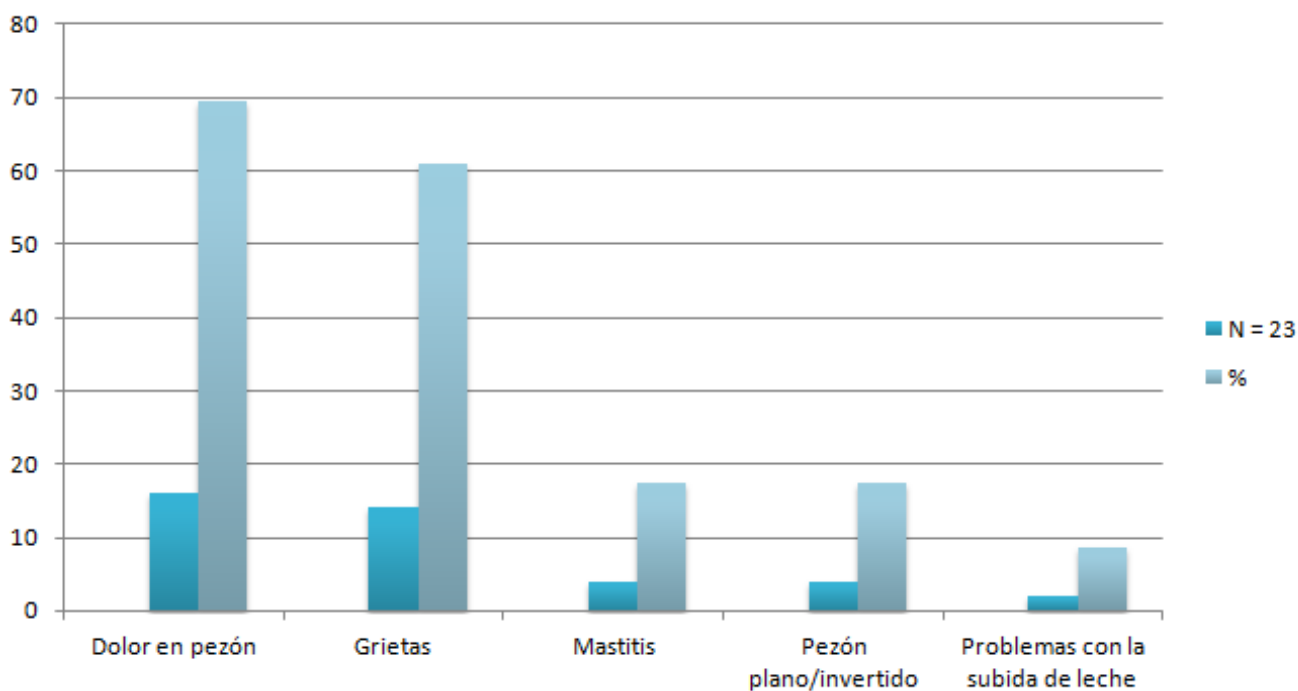


Gráfico 11: Distribución de frecuencias para las complicaciones con la L.M.

8.7. Anexo VII: Tabla y gráfico para la distribución de frecuencias de cambios postparto.

VARIABLE	N=26	%
Cambios postparto		
Imagen corporal	17	65,3
Relaciones sociales	13	50
Trabajo en casa	13	50
Vida sexual	11	42,3
Trabajo fuera de casa	9	34,6
Calidad de vida	8	30,7

Tabla 8: Frecuencias según cambios en el postparto.

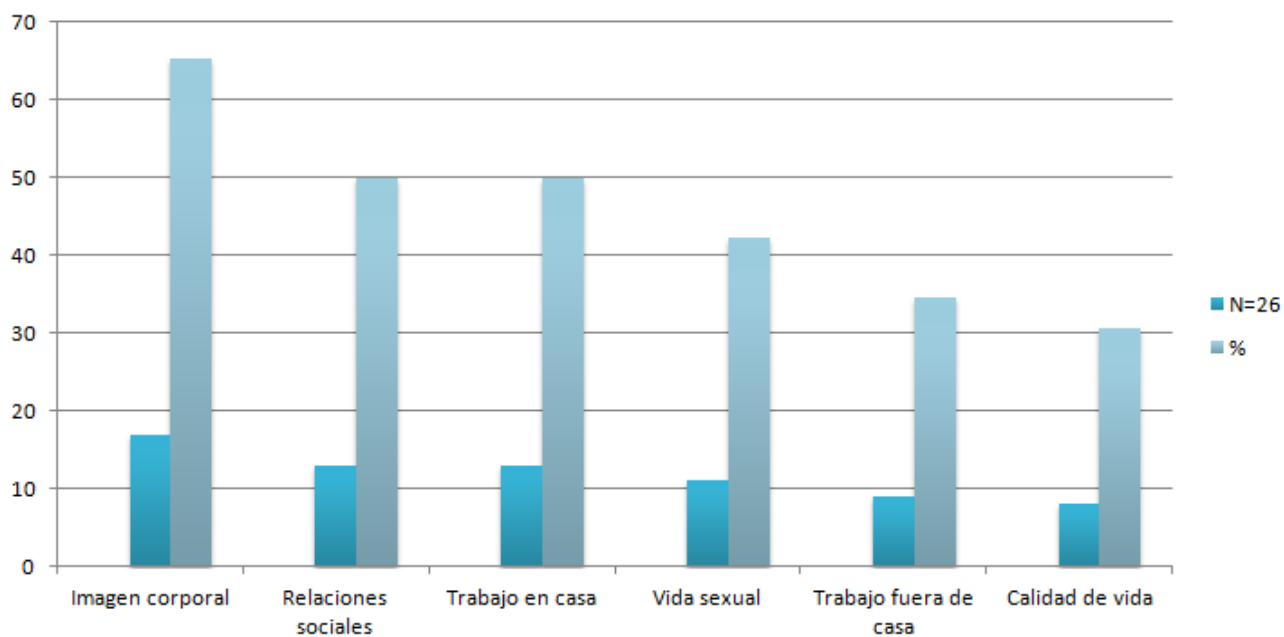


Gráfico 12: Distribución de frecuencias para los cambios postparto.