



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 JULIO 2016 AL 31 JULIO 2016”.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

ESPINOSA CHAVARREA TATIANA MARILIN

ORDÓÑEZ CEVALLOS ANDREA PATRICIA

TUTOR Y DIRECTOR METODOLÓGICO:

ESCOBAR KOZIEL LUIS FERNANDO.

QUITO, 2016

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme y darme la fuerza día a día para culminar este camino de la medicina con éxitos y guiada por sus enseñanzas.

A mis padres, por ser mis maestros, mis compañeros, consejeros y amigos durante toda esta experiencia, por su amor incondicional y por enseñarme que todo esfuerzo sincero tiene su recompensa.

A mi hermana Isabel, por su ayuda, sus consejos y su eterna alegría, que siempre me acompañaron y me sacaron una sonrisa en momentos duros de mi carrera.

A Gabriel, por ser mi apoyo cuando más lo necesitaba, por no dejarme desfallecer en ningún momento y por ser un ejemplo de dedicación y responsabilidad.

Andrea

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme, guiarme y darme la fortaleza para no rendirme.

A mis padres, porque han sido el pilar fundamental en mi formación como profesional, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí, ha sido un privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos, por llenarme de alegría y ser mi soporte durante los momentos difíciles de mi carrera.

A mi sobrino Dary, que es el regalo más bonito que me ha dado la vida, quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis mejores amigas Vivi y Mary, por su cariño, consejos y apoyo incondicional.

Tatiana

ÍNDICE

	1
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
CAPITULO I	10
1. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 CONSULTA PRECONCEPCIONAL	6
2.2 CONTROL PRENATAL	11
2.3 DESARROLLO DEL EMBARAZO	15
2.4 TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL	17
2.5 ASISTENCIA AL PARTO NORMAL	17
2.5.1 ASISTENCIA EN LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO	20
2.5.2 ASISTENCIA EN LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO	23
2.5.3 ASISTENCIA DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO	25
2.5.4 CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO	25
2.6 HISTORIA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y LA PRÁCTICA MÉDICA	26
2.7 ESTADÍSTICAS Y MORTALIDAD MATERNA	30
2.8 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	34
2.9 VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	36
2.10 HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: PARTO HUMANIZADO	40
2.11 RESEÑA DEL LUGAR GEOGRÁFICO: HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS	47
2.12 ENCUESTA SERVPERF	48
CAPÍTULO III	52
3. MÉTODOS	53
3.1 JUSTIFICACIÓN	53
3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	54
3.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	54

3.2.2 OBJETIVOS	56
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
3.4 MUESTRA	60
3.5 TIPO DE ESTUDIO	60
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	61
3.7 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	61
3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	61
3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS	62
3.10 DEFINICIÓN DE VARIABLES	63
CAPÍTULO IV	68
4. RESULTADOS	69
4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO UNIVARIADO	69
4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIADO	77
CAPÍTULO V	82
▪ DISCUSIÓN	83
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	91
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	97
LISTA DE CUADROS	102
LISTA DE TABLAS	102
LISTA DE GRÁFICOS	103
ANEXOS	104

RESUMEN

OBJETIVO:

Establecer la calidad de atención del parto vaginal según la percepción de las pacientes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés durante el periodo comprendido entre 01 julio 2016 al 31 julio 2016.

MÉTODO:

Estudio Observacional Descriptivo de Corte Transversal. Se empleó un cuestionario tipo SERVPERF modificado a las puérperas inmediatas atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés durante el mes de Julio del 2016. Se realizó un análisis univariado donde se obtuvo la media, frecuencia y porcentaje de los resultados. Posteriormente se realizó un análisis bivariado donde se empleó el análisis de varianza (ANOVA).

RESULTADOS:

Se entrevistó a un total de 126 mujeres, 73 % se encontraban en el rango de edad de 18-35 años, 17 % mayores de 36 años y un 10% adolescentes. En los grupos étnicos, 83 % se auto identificaron como mestizas, 21 % indígenas, 15 % afroamericanas y 6 % blancas. Sobre los antecedentes gineco obstétricos, 78 % de las pacientes fueron catalogadas como multíparas, 39 % como gran multíparas y solo se evidencio un 7 % de pacientes primíparas. La percepción global de la calidad de atención fue en un 87 % catalogada como satisfactoria. La dimensión mejor puntuada fue la de elementos tangibles y las peor valoradas fueron las de Seguridad y Confianza.

CONCLUSIONES:

Las pacientes califican la calidad de atención del centro obstétrico con un promedio de 4/6 que corresponde a "SATISFACCIÓN".

PALABRAS CLAVES:

Calidad de atención – Percepción - Parto Vaginal.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

Establish the vaginal delivery care quality based on the perception of the patients treated at the Obstetric Center of Enrique Garcés Hospital during the period from July 1st of 2016 to July 31st of 2016.

METHODS:

Descriptive Observational cross-sectional study. We applied a SERVPERF modified standard questionnaire to immediate postpartum women treated at the Obstetrical Center of Enrique Garcés Hospital during the period of July of 2016. We developed a univariate analysis where we used means, frequency and percentages of the results obtained before. Subsequently we conducted a bivariate analysis where the variance analysis was used

RESULTS:

A total of 126 women were interviewed, 73 % had ages between 18-35 years, 17 % over 36 years old and 10% were adolescents. Analyzing ethnic groups, 83 % were self-identified as “mestizas”, 21 % “indígenas”, 15 % “afroecuatorianas” and 6% white. About gineco-obstetric background, 78 % of all the patients were in the range of 2-4 deliveries (multípara), 39 % had more than 5 deliveries (gran múltipara) and only 7% of them had 1 delivery (primípara). 87% of the interviewed women rated

care quality as satisfactory. The best scored dimension was Tangibles and the worst rated were Security and Trust.

CONCLUSIONS:

Patients rate the care quality of this Obstetric Center with an average score of 4/6 equivalent to SATISFACTION.

KEYWORDS:

Care quality – Perception – Vaginal birth.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La búsqueda de la excelencia en la calidad de los cuidados prestados por el personal de salud a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio debe ser el objetivo primordial en todos los establecimientos de salud. En los últimos años se ha establecido una mejoría en la atención de la mujer, devolviéndole su protagonismo y participación en el proceso del parto. Como profesionales de salud nos vemos en la obligación de atender las demandas que la sociedad plantea, dando mejores cuidados en todos los aspectos que se ven implicados en la calidad de su atención.

Avedis Donabedian, médico beirutí, define calidad de la atención en salud como “los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como un alto nivel de excelencia profesional, relacionada con el uso eficiente de los recursos, con el mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte de este (impacto final en la salud). (Sánchez, 2016)

Garantizar la accesibilidad a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a la planificación familiar y a la atención de la salud materna, puede reducir rotundamente los índices globales de morbilidad materna. La importancia de un abordaje adecuado en el momento del parto y el puerperio se ve reflejada en las estadísticas mundiales y

nacionales, ya que ambos son considerados periodos críticos que están asociados a un alto riesgo de complicaciones (OMS, 2014)

A pesar de investigaciones y debates que se han planteado durante muchos años, el concepto “normalidad en el parto” aún no está estandarizado ni es universal. Siendo el parto un proceso fisiológico, cada vez se incrementan diferentes prácticas destinadas a iniciar, monitorizar, acelerar o incrementar el proceso del parto. Lo que ha provocado cierta deshumanización y tecnificación en las salas de parto, haciendo surgir dudas sobre la necesidad de tanto intervencionismo.

Lo ideal sería dar una asistencia del parto más humanizada en los hospitales, mediante salas de parto individualizadas, creando un ambiente cómodo y familiar, pero con control de la evolución del parto, y estableciendo una mejor relación médico paciente. De esta manera se proporcionara una atención de calidad y se ofrecerá una asistencia natural al parto normal. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

Cuando se evalúa la calidad de atención, la satisfacción del paciente es la dimensión más estudiada, pero a la vez es un indicador que mide resultados, al cual se le otorga cada vez mayor importancia; también se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida y la del prestador con la atención brindada. Esta puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. (Sánchez, 2016)

La encuesta SERVPERF (Service Performance) es un método de análisis elaborado en 1994 por Cronin & Taylor, en base a un estudio empírico a ocho empresas de servicio. Permite medir y evaluar la calidad de atención brindada en un servicio. Emplea cinco categorías de evaluación: respuesta rápida, seguridad, empatía, confianza y elementos tangibles. Mientras la puntuación sea mayor, mejor es la calidad de atención percibida por las pacientes. (Cronin & Taylor, 1994).

A nivel internacional se han realizado estudios que evalúan la calidad de atención del parto vaginal, como el estudio realizado por el Dr. Walter Wajajay (2013), sobre “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.” Concluyó que la seguridad fue la dimensión más pobremente valorada, los aspectos tangibles fueron los mejores valorados y que las mujeres atendidas en este centro obstétrico perciben la calidad de atención en un nivel de “satisfacción leve”. (Wajajay, 2013)

Jorge Espinoza (2014), realizó un estudio acerca de “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho” y obteniendo como conclusión que la percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico es insatisfactoria. (Nacional, San, & Humana, 2014)

Otro estudio realizado en Perú por Gina Ayala (2015) sobre “Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro

obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, con el objetivo de determinar la calidad de atención del parto, evaluó a 313 puérperas inmediatas, concluyó que las preguntas más valoradas fueron acerca del confort, el acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto y el permitir acariciar al recién nacido. Todas las dimensiones correspondieron a un grado de “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida de atención y la más valorada la dimensión de tangibles (ambientes, equipos y materiales para la atención del parto). (Gina Lyset Ayala Gutierrez, 2015).

La presente investigación pretende evaluar la calidad en la atención en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés según la percepción de las pacientes atendidas durante el período de Julio del 2016.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Para que una madre se encuentre completamente preparada para el proceso del embarazo es clave que los cuidados empiecen desde antes de la concepción del producto. Una mujer debe encontrarse en pleno estado de salud y estar constantemente en contacto con un profesional médico que le proporcione información y atención para desarrollar un proceso de embarazo sin complicaciones.

Los Centros Para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) define la atención preconcepcional como “el grupo de intervenciones dirigidas a identificar y modificar los factores de riesgo biomédicos, conductuales y sociales para la salud de una mujer o los resultados del embarazo a través de la prevención y tratamiento” (Cunningham, y otros, 2015).

Evaluación del riesgo preconcepcional

El riesgo preconcepcional es “la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto al involucrarse en el proceso reproductivo”. El riesgo puede ser de tipo biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. (Navas Ábalos, Castillo Fernández, & Campos Martínez, 2006)

Es importante un buen asesoramiento médico en toda paciente que acuda a la consulta preconcepcional para determinar posibles factores de riesgo concepcional.

La mujer debe proporcionar un amplio rango de información que incluya antecedentes personales (patológicos y no patológicos), familiares, inmunizaciones, hábitos alimenticios; un examen físico completo y exhaustivo; además el futuro padre del producto debe colaborar de igual manera con información. Se debe solicitar exámenes adecuados para valoración del estado general de salud de la futura madre; información sobre posibles enfermedades congénitas y familiares que afecten tanto al embrión como a la propia madre; posibles problemas nutricionales que interfieran en el desarrollo; consejería sobre el consumo de sustancias nocivas para el feto, entre otros.

Es clave que el asesor médico informe a futura gestante que este proceso producirá cambios en su cuerpo, en su estado físico y emocional y que debe aprender a ver este proceso como una experiencia de vida y adaptarse con buena disposición.

- Datos de filiación: nombre, edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, teléfono.
- Aspectos psicosociales, nivel socioeconómico, apoyo familiar, violencia intrafamiliar, vivienda.
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales: enfermedades congénitas, crónicas, hábitos.
- Antecedentes gineco-obstétricos
 - Ginecológicos: Menarquia, fecha de la última menstruación (FUM), características del sangrado, dismenorrea, presencia de secreción vaginal anormal.

- Obstétricos: embarazos previo, tipo de parto, complicaciones, abortos anteriores.
 - Vida sexual
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Planificación familiar
 - Detección oportuna de cáncer
 - Problemas de fertilidad.
-
- Examen físico
 - Laboratorio clínico
 - Carnet de vacunación.

(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C; Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog), 2010)

Las mujeres en edades extremas, tanto adolescentes como mujeres mayores a 35 años, deben someterse a controles regulares preconceptionales y durante el embarazo, ya que constituyen un grupo vulnerable de alto riesgo obstétrico, que debe ser vigilado con atención. (Cunningham, y otros, 2015).

Dentro de los antecedentes patológicos personales, es importante identificar las enfermedades crónicas que puedan condicionar el desarrollo de la futura gestación, así como el tipo de tratamiento y su categorización de riesgo en el embarazo. De esta manera se analizará su continuidad, ajuste, suspensión o cambio.

Entre las patologías más importantes destacan: hipertensión arterial, diabetes, fenilcetonuria, asma, patología autoinmune, enfermedades cardíacas, renales, tiroideas, infección por virus de Hepatitis B, infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), psicosis maniaco-depresiva, entre otras.

Con respecto a vacunas, la consulta preconcepcional permite hacer una revisión del estado inmunitario de la paciente. Se recomienda que aquellas que se administrasen durante el embarazo, no deben contener el virus vivo atenuado (varicela, sarampión, rubeola, parotiditis, triple vírica, cólera oral) y en caso de que estas se apliquen, debe ser tres meses antes de la concepción. Se recomienda las vacunas que contengan toxoides (vacuna antitetánica y antidiftérica), ya que no se ha evidenciado que sean perjudiciales durante el embarazo. Las vacunas con virus muertos (influenza) se pueden administrar en el embarazo o previo a este. (Capitán Jurado & Cabrera Vélez, 2001)

La dieta en una mujer embarazada debe ser de preferencia completa, e incluir todos los grupos alimentarios. No es recomendable caer en excesos o sobrealimentación, bajo la creencia popular de “comer por dos”. Las mujeres vegetarianas deben suplir ciertos alimentos que en su dieta son escasos, como las proteínas, y complementar con otras fuentes permitidas en su estilo de vida. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; Subsecretaría de Salud Comunitaria; Ministerio de Salud de la República de Argentina, 2013).

En el 2009 el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) estudió las normas de ganancia de peso gestacional por vez primera desde 1990 y estableció las pautas

recomendables de ganancia en todo el embarazo en base al Índice de Masa Corporal (IMC) en cada mujer. (Herring & Oken, 2010) Es decir:

CUADRO Nº 1
GANANCIA DE PESO TOTAL EN MUJERES EMBARAZADAS

PESO ANTES DEL EMBARAZO (IMC)	INTERVALOS RECOMENDABLES DE GANANCIA DE PESO (KG)
PESO INFERIOR AL NORMAL <18.5 KG	12.5-18 Kg
NORMAL (18.5 KG-24.9 KG)	11.5-16 Kg
SOBREPESO (25 KG-29.9 KG)	7-11.5 Kg
OBESIDAD (>30 KG)	5-9 Kg

(Herring & Oken, 2010)

Se debe tratar acerca de la actividad física en una consulta preconcepcional ya que no es recomendable que una mujer acostumbrada a un ritmo de actividad física regular lo abandone durante el embarazo. Se le debe explicar a la mujer que puede seguir con su ejercicio pero evitar aquellos extenuantes y que puedan producir lesiones ortopédicas, y muy importante mantener la hidratación continua (Cunningham, y otros, 2015).

“La evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente Ácido Fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los

primeros 28 días del embarazo, momento en que embriológicamente hay evidencia de que el tubo neural ha cerrado”. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; Subsecretaría de Salud Comunitaria; Ministerio de Salud de la República de Argentina, 2013).

Según las Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) 2015, se debe administrar 0.4 mg de ácido fólico al día, por uno a dos meses preconcepcional, hasta las 12 semanas de gestación.

Debe complementarse con una dieta rica en folatos presente en una gran variedad de alimentos como: vegetales de hoja verde (espinaca, guisantes), frutas (naranja, aguacate), hígado, frutos secos (nueces, almendras), cereales y legumbres. (Martínez-Astorquiza, 2012), (González González & García Carballo, 2003)

2.2 CONTROL PRENATAL

La atención prenatal “implica una estrategia coordinada para la valoración médica, de riesgo y apoyo psicológico que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se prolonga por todo el período prenatal y el período entre concepciones”. (Cunningham, y otros, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que es adecuada la implementación de mínimo 5 controles prenatales integrales y óptimos: uno en las primeras 20 semanas, uno entre las 22 y 27 semanas, uno entre las 28 y 33 semanas, uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

(Ministerio de Salud Pública; Consejo Nacional de Salud CONASA, 2008). El objeto de la periodicidad de los mismos es reducir las complicaciones durante el embarazo y disminuir las principales causas de morbi-mortalidad materna.

Los principales componentes del control prenatal se centran en promoción, prevención, enfoque intercultural, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal. (Ministerio de Salud Pública, 2015). Nuestra labor como miembros del personal de salud, es promover el control regular del embarazo, la realización de ecografías pertinentes, exámenes de laboratorio y procedimientos que se requieran en casos particulares.

Una buena atención prenatal permite mantener un seguimiento apropiado de cada etapa de la gestación de cada mujer, respondiendo todas sus dudas y temores. Es una forma de acompañamiento que el médico proporciona a la mujer para prepararla para esta etapa nueva de su vida.

Según datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012, durante el periodo del 2007-2012, el 95 % de las mujeres gestantes se realizaron al menos un control prenatal en todo el embarazo y el 79 % de ellas, en el primer trimestre de embarazo se realizó el primero de estos. En el área urbana, acudieron a control el 96 % de mujeres, comparado con el 90 % en el área rural. (Ministerio de Salud Pública; INEC, 2012).

Se recomienda que el primer control se realice de forma temprana (primer trimestre). En la primera consulta y en las consultas subsiguientes se debe realizar las siguientes acciones:

- Apertura de carnet perinatal (Anexo 2)
- Calculo de la fecha probable de parto (FPP) por FUM, en caso de existir duda sobre esta fecha se puede confirmar con la primera ecografía.
- Medición y Registro de: frecuencia Cardíaca, respiratoria, Presión Arterial, peso y talla.
- Identificar factores de riesgo (modificables y no modificables).
- Exámenes: Biometría hemática (descartar anemia), grupo sanguíneo, factor RH, Coombs indirecto (descartar incompatibilidad), glucosa en ayunas (valorar posible diabetes gestacional), VIH, VDRL, hepatitis B y función tiroidea, elemental y microscópico de orina (EMO).
- Toma de citología cérvico vaginal.
- Examen odontológico.
- Suplementar ácido fólico 0.4 mg diarios (hasta la décimo segunda semana) y 60 mg de hierro elemental profiláctico (hasta la vigésima semana).

Se recomienda Solicitar una ecografía entre las 11 y 14 semanas de gestación, con el objetivo de diagnosticar el embarazo, calcular la edad gestacional y presencia de embarazo múltiple. El estudio morfológico del feto se puede valorar mediante una ecografía entre las semanas 18 y 24, óptimo a las 22 semanas. Se debe realizar ecografía abdominal en toda mujer embarazada a las 36 semanas de gestación

para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Desde el primer control prenatal se debe instruir a la mujer gestante acerca de cambios normales en el embarazo, modificaciones en el estilo de vida (suspender tabaco, alcohol y otras drogas), recomendaciones acerca de la alimentación, actividad física y signos de alarma.

En lo que respecta al calendario de vacunación, la única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo es la antitoxina tetánica: aplicar la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29. Se sugiere la profilaxis anti-D en dosis única entre las 28 y 30 semanas a las gestantes con factor Rh negativo, que no estén sensibilizadas. La vacuna de la influenza inactivada se puede administrar a todas las embarazadas en cualquier trimestre de embarazo.

En las embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la varicela se recomienda administrar la primera dosis de la vacuna apenas termine el embarazo. La segunda dosis de la vacuna debe administrarse entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis. Se debe Indicar a la paciente que acuda a recibir la vacuna de rubéola al terminar su embarazo. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Para evaluación del riesgo obstétrico, en el Ecuador se ha implementado la herramienta "SCORE MAMA", la cual nos permite detectar mujeres embarazadas con riesgo de morbilidad, y se emplea principalmente en el primer nivel de salud

para valorar la referencia a un nivel superior de salud. Consta de siete parámetros: frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno, estado de consciencia y proteinuria.

Se otorga a cada signo vital, una puntuación que tiene un intervalo de 0-3 a la derecha e izquierda respectivamente y posteriormente se obtiene una sumatoria total. Dependiendo del establecimiento donde está siendo valorada la paciente el MSP ha establecido 2 tablas de pasos a seguir para la correcta toma de decisiones (Anexo 1). (Ministerio de Salud Pública, 2015)

En cuanto a la regularidad de controles, una mujer gestante de bajo riesgo se recomienda controles mensuales hasta la semana 32. Posteriormente deben ser cada 2 semanas hasta la semana 36 y finalmente semanales hasta la fecha prevista de parto.

Por otra parte, una gestante de alto riesgo, deberá ser evaluada en el intervalo de tiempo que estime el profesional de salud y en base al factor de riesgo que aqueje a la madre o a su patología de base. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C; Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog), 2010)

2.3 DESARROLLO DEL EMBARAZO

En el 2007, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió el embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana; desde la

implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto. Según la OMS este comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero, es decir unos 5 o 6 días después de la fecundación. (Ramos, 2010).

El período embrionario dura 8 semanas y aquí se produce la organogénesis. Durante la tercera semana aparecen los vasos sanguíneos del embrión en las vellosidades coriónicas. En la cuarta semana, se desarrollará el aparato cardiovascular, empezando la diferenciación del corazón primitivo. Las sinapsis a nivel de médula espinal empiezan su desarrollo a las 7 semanas. El período fetal inicia 8 semanas después de la fecundación y consiste en crecimiento y maduración de todas aquellas estructuras que se desarrollaron durante el período embrionario. En la semana 12 de embarazo ya han aparecido los centros de osificación en el cuerpo del feto, así como piel y uñas. Tanto genitales externos masculinos como femeninos empiezan a mostrar diferenciación. Alrededor de la semana 16 y 18 se producen movimientos oculares y a partir de la semana 20 el feto se mueve constantemente. Aparece el lanugo que recubre al cuerpo y ya es posible la identificación sexual correcta. Durante la semana 24, el feto posee un tipo de piel arrugada y con grasa recubriéndolo y el proceso de desarrollo del sistema respiratorio está casi concluido. Para la semana 28 hay recubrimiento del vermis caseoso en el cuerpo y en el caso de que se presentase el nacimiento, tiene un alto porcentaje de sobrevivir sin alteraciones. En la semana 32, el feto adquiere un aspecto más redondeado debido al aumento de los depósitos de grasa y las arrugas faciales han desaparecido; finalmente para las semanas 38-40 se considera que el producto está a término, desarrollado completamente. (Cunningham, y otros, 2015)

2.4 TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL

“Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero corresponde al borramiento y la dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales, y se lo denomina periodo placentario o de alumbramiento”. (Schwarcz , Fescina , & Duverges, 2009)

El Parto es el proceso fisiológico de finalización del embarazo, que lleva al producto de la gestación y sus anexos, desde el organismo materno hacia el exterior a través del canal del parto. (Cunningham G. , 2006) (Cabero , Saldívar , & Cabrillo, 2007)

2.5 ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

Determinar si una mujer ha entrado en trabajo de parto, es todavía complicado, ya que la presencia de contracciones uterinas fuertes y dolorosas no es suficiente para establecer el diagnóstico. Generalmente se determina que una mujer ha entrado en trabajo de parto cuando las contracciones uterinas producen borramiento y/o dilatación cervical. Sangrado cervical o la salida del tapón mucoso, así como la rotura del saco amniótico pueden anteceder al trabajo del parto. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

Las mujeres con mayor posibilidad de tener un trabajo de parto y parto normales son aquellas que han recibido una atención prenatal completa, sin complicaciones

maternas ni fetales de importancia y que tiene una edad gestacional entre 37 a 41.6 semanas. Cuando se evalúe a una embarazada en labor de parto, deben valorarse y registrarse los siguientes elementos:

- Escuchar a la mujer y tomar en cuenta sus necesidades psicológicas y emocionales.
- Realizar una correcta anamnesis, sin olvidar los registros del periodo prenatal, especialmente resultados de exámenes de laboratorio que impacten el manejo intraparto y posparto inmediato (p.ej. virus de la inmunodeficiencia humana y estado inmunitario contra hepatitis B).
- Revisar la historia clínica y categorizar el riesgo.
- Signos vitales maternos.
- Valorar las contracciones uterinas y frecuencia cardiaca fetal.

(DeCherney, Nathan , Goodwin , & Laufer , 2007) (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

Mantener una buena comunicación con la paciente implica una correcta presentación del personal que la va atender. Se deberá explicar y pedir autorización sobre los procedimientos que se vayan a efectuar a la paciente, y proporcionar información a la familia sobre el estado de salud de la madre y el feto. Es indispensable que el equipo de salud tenga un trato amigable y establezca una buena relación con la embarazada, ya que tiene una fuerte influencia en la experiencia del parto. (Schwarcz , Fescina , & Duverges, 2009)

Se recomienda facilitar el acompañamiento de una persona elegida por la paciente para el apoyo emocional, físico y cuidados básicos. Estudios recientes han demostrado que las mujeres que recibieron acompañamiento y apoyo continuo durante el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de tener un parto cefalovaginal espontáneo y menor probabilidad de recibir analgesia o anestesia regional y cualquier tipo de analgesia o anestesia. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013) (Schwarcz , Fescina , & Duverges, 2009)

Ante la indicación de anestesia general, los protocolos de la mayoría de instituciones indican evitar ingesta de sólidos, para reducir el riesgo de regurgitación y bronco aspiración ácida de contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), aunque la incidencia de este acontecimiento sea baja: 7 en 10.000.000 de casos. La ingesta de líquidos durante el parto no afecta en su evolución, en el tipo de parto, en su duración ni en el uso de oxitocina, y tampoco sobre los resultados del neonato. (Cunningham G. , 2006)

Se puede administrar a la paciente sorbos de líquidos claros, trozos de hielo o preparaciones para humedecer la boca, lo que mejora su confort y satisfacción. De preferencia bebidas isotónicas en lugar del agua, ya que reducen la cetosis materna en la labor de parto sin aumentar el volumen gástrico. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013) (DeCherney, Nathan , Goodwin , & Laufer , 2007)

2.5.1 ASISTENCIA EN LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

Los parámetros de admisión en la maternidad intentan identificar aquellas mujeres que se encuentran en fase activa del trabajo de parto para su ingreso. Se han definido como parámetros de admisión: actividad uterina regular, dilatación > 50 % y dilatación cervical de 3-4 cm. (GPC, 2010)

Al ingreso de la paciente, se deben registrar la presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y peso de la paciente. Preguntar acerca de movimientos fetales y controlar la frecuencia cardiaca fetal. Se realiza el examen físico, cuyo el objetivo es determinar:

- Estado de las membranas fetales, abordando interrogantes de si ha escurrido líquido por la vagina y, en tal caso, qué cantidad y en qué momento se manifestó.
- Presencia de hemorragia vaginal.
- Estado cervical:
 - Posición: anterior, central o posterior.
 - Consistencia: blanda, media o dura.
 - Dilatación (se registra en centímetros)
 - Acortamiento (se registra en porcentaje)
- Maniobras de Leopold que valoran: localización del fondo uterino, situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
- Pelvimetría clínica.

(González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)
(Cunningham G. , 2006)

Intervenciones durante la dilatación

El enema es una medida innecesaria y no se recomienda su uso sistemático durante el parto, ya que no se obtiene beneficios. Estudios demuestran que su aplicación no evita infecciones maternas o neonatales, ni aumenta el riesgo de dehiscencia de episiotomía, y tampoco mejoran la satisfacción materna.

El rasurado del vello perivulvar y perineal es otra medida innecesaria que se lleva a cabo en algunas instituciones. La creencia es que facilita la realización de la episiorrafia y reduce la tasa de infección después de la misma. Estudios no han podido probar estas ventajas. Hoy se lo considera perjudicial ya que puede aumentar el riesgo de transmisión de infección de VIH y Hepatitis B en la madre o en el personal de salud que lo practica. (Schwarcz , Fescina , & Duverges, 2009)

La canalización de vía venosa periférica se recomienda para disponer de una vía rápida y segura para administrar fármacos y resolver rápidamente una emergencia obstétrica (necesidad de transfusión sanguínea o anestesia general). Se ha confirmado que ante la complicación de trabajo de parto prolongado, la administración de glucosa, sodio y agua a mujeres en ayuno previene la deshidratación y acidosis. (Cunningham G. , 2006) (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

La posición materna durante etapas tempranas del trabajo de parto no debe confinarse a la cama. Se puede permitir a la embarazada la movilización y adopción de diferentes posiciones, que hagan que la paciente se sienta confortable. Se ha afirmado que la deambulaci3n y posiciones verticales en la primera etapa del parto, reducen su duraci3n. (DeCherney, Nathan , Goodwin , & Laufer , 2007) (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

La frecuencia de exploraciones vaginales es directamente proporcional al riesgo de infecci3n, especialmente posterior la rotura prematura de membranas. Se debería confirmar que su realizaci3n es realmente necesaria y que la informaci3n que se obtenga es relevante en la toma de decisiones, tomando en consideraci3n que es inc3moda y que se debe garantizar la privacidad de la paciente. Se recomienda realizar en las siguientes situaciones:

- En el momento de la admisi3n de la paciente.
- En la primera etapa del parto con un intervalo de 1-4 horas y en la segunda etapa cada hora.
- Antes de la administraci3n de analgesia intraparto.
- Ante la necesidad de una gestante de pujar, para corroborar si la dilataci3n cervical es completa.
- Ante anomalías de registro cardiotocográfico.

(González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

2.5.2 ASISTENCIA EN LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

En la atención de parto normal, en caso de no preverse complicaciones, la futura madre puede adoptar la posición que ella crea más conveniente o comfortable para recibir a su bebe. La posición vertical comparada con la supina o de litotomía, se asocia a una menor duración y menor dolor en la segunda etapa del parto, tasas menores de episiotomía y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal. Por otro lado se asocia con un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto superiores a 500 ml. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

La postura de manos y rodillas refieren menor dolor en la zona del periné durante el posparto y una percepción de menor duración del parto (aunque no se presentara diferencias reales de la duración). La posición sentada es un componente de protección del trauma perineal y provee una mejor comodidad y autonomía a la madre sobre el nacimiento de su bebe. (GPC, 2010)

En la cuanto a los pujos maternos se recomiendan que sean espontáneos y no dirigidos. En ocasiones algunas mujeres usan su energía y las fuerzas de expulsión de manera errónea, y necesitan ser instruidas. La indicación que debe ser impartida es hacer una inspiración profunda al comenzar la siguiente contracción uterina y con la boca cerrada ejercer presión descendente, exactamente “como que estuviera pujando en el excusado”. No se debe incentivar el pujo después de cada

contracción, tanto la madre como el feto deben quedar en reposo para su recuperación. (Cunningham G. , 2006) (GPC, 2010)

Para la prevención del trauma perineal se recomienda la aplicación de apósito o paños calientes en la zona del periné en la segunda etapa del trabajo de parto y la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal. (GPC, 2010)

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal que se practica para ampliar el canal del parto en su nivel más bajo. Se debe hacer una selección crítica sobre la necesidad de la realización de esta técnica, mas no usarla rutinariamente, la episiotomía selectiva incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de episiorrafia, así como el número de mujeres con dolor al alta. (Berzaín Rodríguez & Camacho Terceros, 2014) (GPC, 2010)

El uso de la episiotomía se recomienda en partos de alto riesgo de laceración perineal grave, distocia de partes blandas o necesidad de agilizar el parto a un feto posiblemente comprometido. La técnica más recomendada es la episiotomía medio lateral derecha, con un ángulo respecto al eje vertical de 45 a 60 grados. Se aconseja un corte único y continuo, para facilitar la episiorrafia y administrar una analgesia eficaz antes de su ejecución. (Berzaín Rodríguez & Camacho Terceros, 2014) (GPC, 2010)

2.5.3 ASISTENCIA DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

El tiempo normal que debe transcurrir desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta es de 30 minutos con el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto (la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta). Una duración superior a los 30 minutos con manejo activo, se relaciona con mayor riesgo de hemorragia postparto. Las pacientes deben recibir información acerca de los beneficios del manejo activo de la tercera etapa del parto: disminuye su duración, reduce el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. (GPC, 2010)

2.5.4 CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

Se recomienda el pinzamiento del cordón umbilical al segundo minuto o después que este haya dejado de latir. Estudios demuestran que este pinzamiento oportuno del cordón en recién nacidos a término, mejora los niveles de hierro. Se debe tener a disposición cuna que proporcione calor radiante al neonato en la sala donde se atiende el parto y mantos limpios y calientes para secar al recién nacido. (GPC, 2010)

Con relación al contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia, se ha observado varios beneficios entre ellos: fortalece el vínculo materno neonatal, mejora la termorregulación del niño, mejor mantenimiento de los niveles de glucosa, mayor probabilidad de mantener la lactancia materna entre el mes y los cuatro

meses después del parto, y lactancia materna más prolongada. (González Merlo, Laílla Vicens, Fabre González, & González Bosquet, 2013)

2.6 HISTORIA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Desde tiempos ancestrales el cuidado de la mujer en estado de gestación ha ido evolucionando y modificándose de acuerdo a cada cultura y tradición de la madre involucrada, todo con el objeto de preservar a la criatura en el vientre de la madre, brindarle protección y de esta manera facilitar una labor de parto que no implique complicaciones. Entre los documentos más antiguos relata en la cultura china, que recomendaba a la embarazada evitar comidas copiosas y la actividad física extenuante. Mientras tanto, en la cultura hindú, se restringía la alimentación de la embarazada e incluso ciertos alimentos y bebidas se prohibían; además se recomendaba el que la gestante estuviese acompañada de personas alegres.

En culturas latinoamericanas, alrededor del séptimo y octavo mes de embarazo, la partera se reunía con la familia de la madre para poder conocerse y dialogar, también se calentaba el temazcal, que consistía en una especie de casa en la que se tomaba baños de vapor. Se sugería también que no ingiriera mucha sal o que se mantuviese lejos del fuego para que no se “tostara” el niño, que no durmiera de día para que el niño o niña no naciera con la cara deforme, que los primeros meses de embarazo fuera servicial con su marido, caso contrario el niño nacería con una viscosidad blanca. (Alfaro, Vilaaseñor, Valdéz, & Guzmán, 2006)

A lo largo de la historia los métodos de atención de parto han sido motivo de controversia. La referencia más antigua con la que se cuenta acerca de la atención del parto se remonta a las pinturas rupestres, que sugieren que en el Paleolítico las mujeres daban a luz en cuclillas o con los glúteos apoyados sobre grandes piedras, ya sea solas o acompañadas por otra mujer. (Manrique, y otros, 2014)

La primera reseña de un parto normal fue hecha por Hipócrates en el año 460-377 a.C. en su obra *Naturaleza del Niño*, donde él planteó la hipótesis de que la posición fetal más frecuente era cabeza abajo, porque el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo hasta la cabeza, era mayor que de la parte inferior. Además sugería que la causa de la salida de líquido amniótico se debía a que el feto hacía movimientos con sus manos y pies para romper la conocida como “bolsa de aguas”.

Más tarde el médico griego Soranos en el año 138-98 a.C. detalló que el parto debe ser atendido por una partera y sus ayudantes; el trabajo de parto se desarrollaba en una cama y en el período expulsivo se debía transportar a la mujer a una silla de parto. La mujer encargada de la atención se colocaba delante de los muslos de la embarazada, un asistente se ubicaba cerca de la cabeza de la parturienta para calmarla, otro era el encargado de ejercer presión sobre el fondo uterino y por último, otra persona protegía y evitaba el desgarro anal. (FERTILAB, 2016)

Durante la era egipcia también se dio gran importancia a que una persona, en este caso una mujer (matrona), interviniese y ayudase en el momento de dar a luz. De igual manera se tomaba a consideración el papel significativo que cumplía el poseer el conocimiento apropiado acerca de ginecología para aquellos encargados de esta

labor. Tanto el Papiro Westcar, del 1700 a.C., donde se describen los utensilios e instrumentos para el parto y cómo calcular la fecha probable de parto; el Papiro Ebers, del 1550 a.C., resulta ser un primitivo tratado ginecológico donde se desarrollan los conceptos sobre la predicción del embarazo, mecanismos para acelerar el parto, pronóstico del recién nacido según el llanto y la determinación de la asistencia al parto por matronas experimentadas.” (Manrique, y otros, 2014)

En el Antiguo Testamento, se habla acerca de las primeras evidencias escritas del papel que desempeñaban las parteras o matronas durante este proceso. Se relata que fueron partícipes de nacimientos incluso gemelares y que prestaron su atención y formaron parte activa del parto. Otra fundamental reseña de las parteras se describe en los Evangelios extracanáonicos, que pese a no ser incluidos en los relatos de la Iglesia Católica, se toman como parte de la historia de la atención antigua de un parto. Estos explican la llegada de las parteras Zelomí y Salomé al parto de María, y la realización de una exploración obstétrica mediante palpación de su vientre. (Manrique, y otros, 2014)

Según el historiador Jaque Gelis, las investigaciones sobre Francia del siglo XVII indican que tanto el Estado como la Iglesia desconfiaron siempre de las parteras o “mujeres sabias” cuyo conocimiento era, con frecuencia, secreto y estaba rodeado de un aura sobrenatural. Se las consideraba como “brujas” debido a labores que cumplían que incluían en ciertos casos maniobras para controlar el parto e incluso asesoramiento con anticoncepción. Muchas fueron acusadas y procesadas durante la inquisición y quemadas en la hoguera.

Kramer y Sprenger en 1487, mediante el tratado “Malleus Malleficarum “ relatan en toda una sección acerca de los actos perpetrados por parteras y curanderas y dado que el parto era un suceso en el que los hombres prácticamente no participaban, se facilitaba entonces la construcción de mitos al respecto. En consecuencia, se produjo una progresiva exclusión de las mujeres de cualquier actividad relativa a la curación, el parto o la salud en general.

Según información acerca de la historia mundial, las prácticas acerca del parto que conocemos actualmente han sido objeto de imposición y costumbrismo y, desde tiempos antiguos, se adaptó el mismo para satisfacer la necesidad de segundos y no la propia comodidad de la mujer directamente implicada. Por ejemplo, el parto en decúbito se generalizó por la influencia de Francois Mauriceau en la corte de Luis XIV. Al parecer, el rey prefería esta posición para poder observar el nacimiento de sus hijos. Durante los últimos 300 años, la opinión médica ha apoyado el cambio a la posición de decúbito, sin embargo, esto se ha implementado sin la suficiente evidencia científica.

Durante los siglos XIX y XX, las prácticas sociales y del ámbito de la salud cambiaron profundamente debido a las transformaciones asociadas a la revolución tecnológica, política y económica. Uno de esos cambios fue el traslado del parto de la casa al hospital. El modelo de la mujer como un ser puro, contribuyó a fortalecer el rol de “enferma” de la parturienta. Así, la visión del parto como un padecimiento impulsaron un tipo de cuidado similar al de un paciente en una cama de hospital, incluso si las condiciones de la madre y del recién nacido fuesen óptimas. (Ramirez, 2014)

2.7 ESTADÍSTICAS Y MORTALIDAD MATERNA

En 2012, aproximadamente 213 millones de embarazos se produjeron en todo el mundo, de los cuales 190 millones (89 % de todos los embarazos) fueron en países en vías de desarrollo. El número estimado anual global de embarazos aumentó ligeramente desde 2008, que era de 211 millones. Más de la mitad de todos los embarazos (56 %) se reportaron en Asia, el 25 % en África, 8 % en América Latina y el Caribe, el 7 % en Europa, un 3 % en América del Norte, y menos del 1 % en Oceanía. (Sedgh, Singh, & Hussain, 2014)

En Estados Unidos, en el 2015 se registró alrededor de 2, 699,951 partos vaginales y un total de 1, 284,551 cesáreas (Hamilton, Martin, Osterman, Curtin, & Mathews., 2015)

Pese a esta creciente cifra de nacimientos alrededor del mundo, diariamente mueren mujeres debido a complicaciones en el parto o posparto, que alarman a la población mundial. Hay factores determinantes, que se expondrán en detalle más adelante, que incurren con la vida de la paciente gestante y en labor de parto que, pese a que son descritos ampliamente en la literatura, continúan siendo parte de las estadísticas globales. La evidente falta de calidad en servicios de salud, La escasez de personal cualificado y demás factores influyen directamente en la supervivencia y aumento en las cifras de mortalidad materna y perinatal.

Según datos de la OMS, a nivel mundial cada día fallecen aproximadamente 830 mujeres durante el embarazo o debido a complicaciones del parto, por causas que podrían prevenirse. Para finales de 2015 fallecieron unas 303 000 mujeres durante

el embarazo y el parto o después de ellos. El 99 % corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. (OMS, 2015).

En nuestro país, según datos básicos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU2012, se estima que alrededor de 17661 mujeres se encuentran en edad fértil, de las cuales 93.7 % tuvieron un parto según el último registro del censo 2010 indicado por el INEC. Se estima que las mujeres gestantes en nuestro país fallecen en aproximados 45 por cada 100.000 recién nacidos vivos. La muerte en el posparto llega a un 67.7 % del total. (Jhon Usiña, 2013), (INEC, 2010).

Las causas de mortalidad materna pueden ser directas e indirectas. Un 80 % de las muertes corresponden a causas directas, la cuatro principales son: hemorragias intensas (por lo general en el puerperio), infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo y parto obstruido. El 20 % restante corresponden a enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. (Rivera & Andrade , 2014)

Se ha demostrado que se pueden prevenir o tratar estas complicaciones mediante intervenciones que incluyen el control prenatal durante el embarazo, certificar que los partos sean asistidos por personal de salud capacitado y un correcto apoyo en las semanas subsiguientes al parto. (Naciones Unidas, 2015). La atención integrada

del embarazo y el parto (o IMPAC, del inglés: "Integrated Management of Pregnancy and Childbirth"), tiene como objetivos:

- 1) Incrementar el acceso a servicios de salud de calidad.
- 2) Mejora de los conocimientos prácticos y las competencias de los profesionales sanitarios, para lo cual el Departamento ofrece directrices clínicas para la atención antes, durante y después del parto.
- 3) Trabajar con la familia y la comunidad, ya que sus creencias culturales tienen un enorme impacto sobre la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto. Para aumentar la utilización de los servicios de salud disponibles, las comunidades pueden ofrecer educación sanitaria y apoyo financiero o logístico. (OMS, 2016)

Todo con el fin de mejorar la sobrevivencia materna infantil, la calidad de vida y brindar una mayor atención con calidez. (Martínez Díaz, 2011)

La supervivencia materna ha mejorado significativamente desde que se adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, suscritos en septiembre del 2000. El quinto corresponde a "Mejorar la Salud Materna". 189 países se comprometieron en reducir la mortalidad materna en un 75 % entre 1990 y 2015. Durante este periodo de tiempo la tasa de mortalidad materna ha disminuido a nivel mundial en un 45 %, pasando de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos.

Un informe de las Naciones Unidas (2014), señala que once países de América Latina y el Caribe han logrado reducir las defunciones maternas en un 45% desde

1990. Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56 %), Bolivia (-61 %), Brasil (-43 %), Ecuador (-44 %), El Salvador (-39 %), Guatemala (-49 %), Haití (-43 %), Honduras (-61 %), Nicaragua (-38 %), Perú (-64 %) y República Dominicana (-57 %). Sin embargo, ningún país alcanzó el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. (OPS/OMS, 2014)

Más del 71 % de los nacimientos en todo el mundo fueron atendidos en 2014 por personal de salud capacitado, en comparación con el 59% en 1990. A pesar de este progreso, más de uno de cada cuatro recién nacidos y sus madres no tienen acceso a la atención médica durante el parto. (Naciones Unidas, 2015)

En las regiones en desarrollo, solo el 56% de los nacimientos en zonas rurales recibe asistencia de personal de salud capacitado, en comparación con el 87% en zonas urbanas. Esto se relaciona con bajas coberturas institucionales, condiciones socioeconómicas, problemas de acceso y calidad de atención en los servicios de salud, pero también, con la cultura, normas y creencias religiosas. (Naciones Unidas, 2015) (Vásquez, 2015)

A nivel mundial, uno de cada cuatro nacimientos (25 %) tiene lugar sin la ayuda del personal adecuado para la atención del mismo. Solo en 2015, más de 40 millones de partos se produjeron en estas condiciones en países en desarrollo.

Una de las estrategias fundamentales para reducir la morbilidad y la mortalidad materna es asegurar que cada bebé nazca con la ayuda de personal capacitado que

por lo general incluye un médico, enfermera o partera. Los expertos coinciden en que el riesgo de muerte fetal o muerte debido a complicaciones relacionadas con el parto, se puede reducir en un 20 % con la presencia de una persona con destreza en este ámbito.

Para mejorar la supervivencia materna y neonatal en todas las edades, el personal sanitario cualificado debe ser capaz de manejar partos normales en forma segura. También deben ser capaces de reconocer señales de alerta de posibles complicaciones y referir a las madres a servicios de emergencia cuando se requiera. El conflicto con la atención del parto por personal no apto y no preparado, incluidas las parteras tradicionales, es que no pueden predecir ni manejar apropiadamente complicaciones graves, como hemorragia o sepsis, las cuales son las principales causas de muerte materna durante y después del parto. (UNICEF, 2016)

2.8 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas. Se la ha definido de muchas formas, siendo la propuesta de Donabedian una de las más aceptadas. Sin embargo, no hay una definición universal: el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, no es el mismo y cada uno valora de forma diferente sus componentes. La evaluación desde la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud. (María E. Delgado-Gallego, 2010)

Avedis Donabedian fue un médico nacido en Beirut, cuya contribución importante a la medicina fue el ser el fundador del estudio de calidad en la atención sanitaria. Él propuso, en 1980, una definición de calidad de atención como aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial: el componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de la problemática de un cliente, de forma que produzca el mayor beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. El componente interpersonal se basa en que la relación entre las personas debe seguir normas y valores sociales, que varían de acuerdo a las pautas éticas de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más placentera.
(Rosa Suñol)

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Este concepto varía en función de quién lo utiliza y, en consecuencia, la idea de calidad será distinta dependiendo quien la aplique: la administración, la gerencia del centro y los usuarios.

En 1991 la OMS afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de

mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". (Sánchez, 2016)

2.9 VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Violencia obstétrica, palabras duras que expresan una acción violenta contra la mujer embarazada. Es un hecho, existe y está presente en todos los niveles de salud, tanto públicos como privados.

La Violencia Obstétrica, se define como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2006), es una forma de violación de los derechos humanos de la mujer. El reconocimiento institucional de este concepto se dio con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el año 2006, (Immigration and Refugee Board of Canada, 2007).

Posteriormente, esta idea fue acogida en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. En algunos estados de México se introdujo este concepto en 2008 y en Argentina en 2009. En la

legislación argentina se define de esta manera: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato *deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.9298.*”

En estudios recientes, la violencia obstétrica se define como el conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto. (Ramirez, 2014) .

Como se puede evidenciar, el término violencia obstétrica, ha sido motivo de controversia, no solo en su definición, sino en su aplicación en diferentes sociedades y su punto de vista acerca de que consideran maltrato en la mujer. En América Latina diversos países han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra las mujeres: Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela (1998); Nicaragua (1996); Panamá (1995); Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana (1997).

Un ejemplo claro es Venezuela, donde se ha implementado la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, la cual sanciona por medio de una multa al responsable o a la responsable de cometer actos de violencia obstétrica establecida en el artículo 51. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

(Terán , Castellanos , González, & Ramos, 2013)

La violencia obstétrica constituye la forma más invisible de intimidación de género, la mujer pierde el derecho sobre la toma de decisiones con respecto a su cuerpo. Se genera una relación de poder entre médico-mujer, siendo ella objeto en algunas ocasiones de agresiones físicas y psicológicas. (Ramirez, 2014) . La mujer entra en un estado de sumisión y dependencia de los conocimientos del personal médico y es tratada como un “cuerpo enfermo que necesita de atención”. (Westbrook, 2015).

El problema central en muchos casos, se basa en que los profesionales en salud, tanto especialistas en medicina como enfermería, piensan que las mujeres embarazadas o en proceso de dar a luz no son participantes válidas. No hablan el

lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación instaurada dentro de la institución médica. (Ramirez, 2014) .

Las pacientes han naturalizado y justificado las prácticas obstétricas inadecuadas por su propia actitud, siendo coautoras de su propia subordinación. Piensan que “si se portan bien las atienden bien”, o “que han tenido suerte”, en este contexto se plantea una pregunta ¿la buena atención es una recompensa por determinado tipo de comportamiento?

La labor de las gestantes es ayudar con el personal de salud para que ellos hagan su trabajo, no es justo que se les inculpe o se les transfiera responsabilidades que no les corresponde por problemas o dificultades que puedan presentarse durante el parto. “En este sentido, las mujeres internalizan y repiten lo que el personal de salud les ha dicho, por ejemplo que no saben pujar, que no tienen fuerza, que por quejarse mucho han hecho daño al bebé, y lo dan ellas mismas como explicación”. (SADLER, 2003)

El concepto que resume esta situación es el poder obstétrico, que se entiende como la interpretación del parto orientado a la enfermedad. Se patologiza el proceso de dar a luz y obliga por tanto a la institucionalización del mismo. (Ramirez, 2014) .

El maltrato es “más probable en las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras”. (OMS, 2014).

En nuestro país, no existen cifras o datos estadísticos que evidencien este tipo de violencia, debido a una falta de control sobre prácticas médicas innecesarias en la madre, así como falta de transparencia en datos acerca de partos tanto en hospitales públicos y privados (Rios, 2016), por lo que es de suma importancia realizar una investigación sobre la evaluación de calidad de atención e identificar casos de violencia obstétrica, que por muchos años han sido ignorados.

2.10 HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado constituye un tema que en la actualidad toma cada vez más relevancia en todo el mundo. El derecho de las mujeres a ser partícipes y protagonistas directas de cada momento de este proceso, no se ha cumplido en muchos países de Latinoamérica y es por esto que este asunto ha sido motivo de polémica y discusión.

Este concepto lo define como “aquella práctica que recupera el sentido ético de la asistencia durante el embarazo, el parto y el nacimiento humanos”. Establece un enfoque opuesto al modelo institucional, que se percibe como medicalizado o protocolizado y no se toma a consideración que el respeto a la paciente involucrada incluye el que ella tiene el derecho de ser parte de todo el proceso del parto y decidir que le disguste o incomoda del mismo”. (Burgo, Mazzeo, Corra, & Liberczuk, 2015)

Según el portal web mexicano *Parto Humanizado*, “se toman en consideración como prioridad los deseos de la mujer y no los del médico. Se atienden hasta en lo más mínimo sus necesidades y se respetan sus derechos. Se le estimula a confiar en ella

misma y en su intuición. No se le trata como a un simple objeto de trabajo ni como a una persona ignorante que no sabrá qué hacer si no se le está orientando. Se le apoya en sus decisiones y se le brinda consuelo y apoyo permanente”.

Algunas ideas claves que involucran el parto humanizado y que en la actualidad han atraído mucho la atención de las mujeres embarazadas es por ejemplo, permitir la compañía durante la labor y el parto de quien ella decida, su pareja, sus familiares o alguna persona de confianza; un ambiente de adecuada intimidad, sin la realización de procedimientos rutinarios y solo aquellos que fuesen estrictamente necesarios; que la mujer tenga toda la libertad para moverse como ella lo desee en todo momento sin limitaciones, acompañarse de música, aromaterapia, es decir expresarse libremente. Y cuando el momento del parto llegue, la mujer puede elegir tanto la posición de dar a luz, como quien corte el cordón umbilical al nacimiento del nuevo ser. (Velasco, 2015)

En el concepto del parto humanizado siempre se toma a consideración el respeto, la valoración del entorno afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus principales involucrados para tomar todas las decisiones. Se establece que dentro de este tema se debe considerar:

- “Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio).
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi-sentada, o como desee).
- Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos). Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.”

(Burgo, Mazzeo, Corra, & Liberczuk, 2015)

En 1985, en Brasil la Oficina Regional de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud realizaron una conferencia con el objeto de evaluar el modelo biomédico de atención del embarazo y parto; contó con la participación de médicos, obstetras, matronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, entre otros. Se trató acerca de la falta de respeto por parte del personal de salud encargado a las mujeres gestantes, sus necesidades, expectativas y se consiguió que la OMS establezca recomendaciones para evitar ciertas prácticas sistematizadas que se consideraron innecesarias para este proceso. De igual manera se tomó a consideración que la paciente estuviese en plena libertad de participar activamente en planificación y valoración de los procesos que se decidan durante su embarazo y posterior parto, siempre respetando su interculturalidad, valores sociales y religiosos.

Posteriormente en 1993, el Departamento de salud del Reino Unido publicó el informe *Changing Childbirth* en el cual se cita una serie de recomendaciones con el objetivo de establecer un modelo de atención del parto más humanizado. Proponen tres ideas fundamentales: La primera que la mujer debe estar involucrada en todo el proceso, teniendo el control sobre decisiones y todo lo que suceda durante su embarazo y parto, mediante el diálogo continuo entre personal médico y paciente. La segunda involucra una disponibilidad permanente de los servicios de salud para atender todas las necesidades que se presentasen en la gestante y parturienta. Por último, la tercera indica que los recursos empleados en la atención a la mujer embarazada deben usarse racionalmente y oportunamente. (Birrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013)

Uno de los principales conflictos en la actualidad es con respecto a los partos en casa. Estos se consideran un signo de retraso, de irresponsabilidad o de pobreza y la figura de la partera es, para una gran mayoría, un signo de lo rural, contrario a lo citadino y lo civilizado. No es posible recomendar una única práctica de atención durante el parto, puesto que es un proceso dinámico y cambiante. El personal capacitado para la atención de la mujer que se encuentra en dicha labor debe mantener una buena disposición, tener suficiente conocimiento y contar con la libertad dentro de sus instituciones, para ayudarla a probar posiciones distintas, según su preferencia. (Ramirez, 2014) .

En el libro *Birthing a Better Way: 12 Secrets for Natural Childbirth*, se entrevistó a más de 50 mujeres y se rescató 4 principales causas por las cuales las mujeres

prefieren el nacimiento de su hijo o hija por vía vaginal, su decisión de ser atendidas por una partera e incluso el nacimiento en casa.

1. La exposición a historias personales de personas cercanas: Sus propias madres y familiares cercanos dieron a luz por parto céfalo vaginal y sin medicación, y comentaron como sus bebés nacieron despiertos y alertas
2. Se informaron acerca del parto por vía vaginal. Algunas mujeres leen y se informan acerca del parto normal, y están en contacto cercano con la persona que atenderá su parto para que responda todas sus dudas.
3. EL sentirse incomodas sobre la experiencia hospitalaria: Se recibe una atención muy mecanizada en los hospitales, en los que se les dice que todo estará bien que se realiza todos los días este tipo de procedimientos y no se informa apropiadamente acerca de patologías que pudiesen estar comprometiendo el proceso del parto. Algunas mujeres opinan que una intervención innecesaria, no es lo recomendable y que las prácticas médicas naturales que no involucren fármacos, ni procedimientos es lo más natural y recomendable en su caso.
4. La fe en la capacidad física y mental de la mujer para el proceso normal del parto: opinan que este proceso se ha realizado por años desde la antigüedad y que toda mujer puede lograrlo. En algunos casos lo toman incluso como un reto para sí mismas y relatan que instintivamente el proceso se desarrolla tal y como se lo describe “naturalmente”.

Sheila Kitzinger antropóloga, relata su experiencia acerca del parto y comenta que en Inglaterra se cuenta con amplia disponibilidad para ser atendida por una partera,

a diferencia de US que maneja gran cantidad de intervenciones quirúrgicas y fármacos para el nacimiento de bebés. Sin embargo la globalización involucra un proceso de adaptación y cambio, y, en este caso en particular, se ha ido adoptando esta posición en el Reino Unido.

Una de las ventajas de la atención en casa por una partera, comenta Sheila, es la participación de la familia durante la labor de parto, que para ella fue fundamental para fortalecerse y sentirse segura durante el mismo. De igual manera la comunicación cercana con la persona que atenderá el parto les brinda un ambiente de confianza y de control de su cuerpo y sus decisiones y de que estas serán respetadas durante el proceso

Una de las autoras del libro Kalena Cook, comenta que en su experiencia el médico desde incluso los controles prenatales tomó una posición muy distante con ella, no recibía información de cómo evoluciona su embarazo, no se le pedía autorización para realizarle procedimientos no se le explicaba que se le estaba realizando. Mediante estudio e investigación acerca del parto se halló que hay una diferencia muy grande con respecto a la atención antes y durante el parto en hospitales y en centros de salud capacitados. Aquí identifiqué que durante la estancia hospitalaria hay mayores restricciones para la madre de moverse de cambio de posiciones, de ingerir líquidos o alimentos antes del parto, en comparación a la atención brindada por parteras en centros de salud, quienes dan mayor libertad a la madre de la toma de decisiones. Además la falta de ventanas en algunas salas de parto, el ambiente de tensión que rodea a un hospital, el constante sonido de máquinas, no fomenta en

el caso de esta paciente un proceso de parto tranquilo. Lo relata como un “cuarto de guerra”, en algunos casos si la privacidad suficiente para su parto.

Para ella, la confianza que le inspiró la mujer que atendería su parto fue crucial al momento de decidir si continuar su atención institucionalizada u optar por una atención más personalizada.

La doctora Christensen, obstetra que promueve la participación activa de una partera en el proceso de parto, describe que los médicos sienten cierta desconfianza y son reacios a la atención en casa de un parto, y como las pacientes buscan en su tratante a alguien que las escuche y que facilite el proceso de parto de una manera incluso psicológica. Ella mismo se sentía cohibida respecto a este criterio que sus colegas expresaban y cómo reaccionarían ante las ideas que ella tenía acerca de las salas de parto y la escasa empatía que se presentaba en estos momentos de la mujer.

Muchas mujeres que cuentan su experiencia acerca del parto opinan que fue crucial el apoyo y la presencia de otra mujer en la sala. Les brindó una sensación de confianza y mayor seguridad. Además relatan que el tener a su pareja con ellas durante todo el proceso fue enriquecedor para ambos y el ver la expresión del padre del recién nacido al momento de tenerlo en brazos fue única. (Cook & Christensen, 2010).

El 14 de marzo del 2016, se presentó en Ecuador el Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado. El proyecto de ley toma como motivo principal para ser aprobado el gran aumento del porcentaje de cesáreas en nuestro país en los últimos años, y

refiere que no solo constituye un creciente riesgo en la salud e incluso en la vida de la paciente, al ser un método más invasivo de atención del parto. Describe como las cesáreas en muchos casos representan un gasto económico importante en una familia ecuatoriana promedio. Apela al respeto por la interculturalidad que caracteriza a nuestro país y la prevención de la violencia obstétrica a la que mujeres día a día se encuentran expuestas. De igual manera propone que haya mayor vigilancia de aquellas mujeres en periodo gestacional, que se cumpla con controles prenatales adecuados, oportunos y de calidad. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2016)

El parto humanizado no solo implica lo antes mencionado, implica un compromiso, una responsabilidad del personal de salud de respetar las decisiones tomadas por la mujer, una lección de tolerancia social con respecto a tradiciones ancestrales que en varios casos, facilitan el proceso del parto tanto para la gestante involucrada como para su familia. Permite que la experiencia de dar a luz no se enfoque en el dolor, el maltrato o situaciones incómodas para la paciente; al contrario represente una experiencia llena de armonía y que permita valorar con plenitud el dar la vida a un nuevo ser humano.

2.11 RESEÑA DEL LUGAR GEOGRÁFICO: HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

En 1972 bajo el Gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara, se planificó y se inició la construcción del Hospital Enrique Garcés; el mismo que en un principio tuvo el nombre de Hospital Quito Sur, con el que la mayoría de ciudadanos lo conocen.

El Hospital Enrique Garcés inició la atención al público el 25 de mayo de 1982 con las siguientes especialidades: Cirugía, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Odontología y las siguientes subespecialidades: Dermatología, Cardiología, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología y los servicios de apoyo de: Trabajo Social, Laboratorio Clínico, Rayos X, Farmacia; Rehabilitación y Mantenimiento.

Han transcurrido 32 años desde que el Hospital iniciara sus labores; día a día se ha ido construyendo el proyecto de una casa de salud que sea referencia para otras unidades en el país, líder en atención de “CALIDAD Y CALIDEZ” y ejemplo en investigación científica. (Pérez, 2014)

2.12 ENCUESTA SERVPERF

Para obtener de una manera ordenada y sintetizada la evaluación de las pacientes involucradas en este estudio, se requería de un método claro, concreto y de fácil comprensión como valoración para todo tipo de público involucrado en el proceso.

Un modo muy popular y ampliamente utilizado de medir el grado de complacencia de un cliente con el servicio que se le ha brindado es a través de encuestas. Se deben diseñar cuestionarios específicos sobre satisfacción que evalúen sinceramente las percepciones del cliente sobre la calidad del servicio prestado. Para ello es importante conocer las necesidades y demandas de un usuario, dependiendo del servicio que se preste.

Para que la opinión acerca de percepciones por parte de las personas sea confiable y certera se deben medir de forma adecuada, de manera que si los instrumentos están mal desarrollados y no expresan la opinión de los involucrados, los resultados basados en esta información pueden ser perjudiciales.

Durante la realización de una encuesta, se toma a consideración varios factores que pueden inducir sesgos: el no hacer las preguntas directamente a la persona a la que se le realiza la encuesta, el realizar encuestas demasiado frecuentes, ya que pueden generar cansancio en los entrevistados, solicitar que estas tengan nombre o firma personal en lugar de ser anónimas, entre otras.

(Dirección de Modernización y Calidad de los servicios Municipales, 2014)

El mayor aporte literario en cuanto a valoración de las diferentes dimensiones de calidad de servicio y su medición es el de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), que identificaron diez dimensiones que representan la opinión de los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Posteriormente , se propone la encuesta SERVQUAL, que reagrupa los criterios de forma que se centra solo en cinco dimensiones: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y

confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes). (Otálora & Orejuela, 2007), (Dirección de Modernización y Calidad de los servicios Municipales, 2014).

“De esta forma, un cliente valorará negativa o positivamente la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores o superiores a las expectativas que tenía. Por lo tanto, se debe prestar especial interés al hecho de superar las expectativas de los clientes“. (Torres, Rodríguez, & Ochoa, 2008).

Esta forma de medir la calidad de servicio para otros autores se consideró de difícil valoración cuando se analizaba estadísticamente sus resultados, por lo que se buscó alternativas.

Cronin y Taylor en 1994 deciden modificar la escala, denominándola encuesta SERVPERF. Este es un método de análisis realizado en base a un estudio empírico a 8 empresas de servicio. Permite medir y evaluar la calidad de atención brindada en un servicio.

Es una versión modificada de la encuesta SERVQUAL (Service Quality) ya que excluye la medición de la expectativa y se basa solamente en la percepción de los pacientes en este caso usuarios del servicio. Emplea 4 categorías de evaluación referentes a la percepción del desempeño presentes en la encuesta SERVQUAL: respuesta rápida, seguridad, empatía, confianza y elementos tangibles. Mientras la puntuación sea mayor, mejor es la calidad de atención percibida por las pacientes.

Tiene un alto grado de fiabilidad comprobada, mayor validez predictiva y requiere menor tiempo para la realización del cuestionario. (Cronin & Taylor, 1994).

Los autores refirieron como sustentación para esta alternativa en el hecho de que las personas tienden regularmente a revelar muchas expectativas, mientras sus percepciones raramente logran excederlas.

SERVPERF además tiene un alto grado de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach de 0,9098; alpha estandarizado de 0,9238) y el hecho de gozar de una mayor validez predictiva que la del modelo de la escala basada en diferencias, es decir, el SERVQUAL

“Algunas de las ventajas que demuestra SERVPERF sobre SERVQUAL son:

- a) Un requerimiento de menor tiempo para la administración del cuestionario,
- b) las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia entre percepción y expectativas, y
- c) el trabajo de interpretación y análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo.” (Navarro, Caamaño, & Pinto, 2014)

CAPÍTULO III

3. MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

La atención de los servicios hospitalarios debe contribuir con el mejoramiento progresivo del estado de salud de los pacientes, así como atender sus necesidades y satisfacerlas en la medida posible. La calidad de la misma es un parámetro que permite valorar y controlar que todas las normas y protocolos establecidos se cumplan a cabalidad, por lo que es importante el punto de vista del paciente, el cual genera una percepción más real de la atención brindada.

El centro obstétrico es un área en la cual las mujeres en estado gestante atraviesan por varias situaciones, sentimientos y emociones en donde una atención integral que brinde confianza a la paciente es la base para un proceso de parto apropiado y un puerperio satisfactorio. Las puérperas tienen el derecho de recibir indicaciones así como cuidados para poder recuperarse, y así reducir complicaciones posteriores.

Uno de los principales aspectos que influyen en la preferencia del lugar de nacimiento de su hijo es la garantía de un ambiente cálido, confiable y cómodo, en el que no reciban maltrato verbal, respetando la interculturalidad que caracteriza a nuestro país. La falta de conocimiento y explicación acerca de procedimientos rutinarios a los que son expuestas, prolongados tiempos de espera, falta de empatía y escaso personal calificado, provoca una reacción negativa en las pacientes, quienes interpretan este tipo de atención médica como una vulneración a sus derechos y a su privacidad.

Muchas mujeres incluso escogen una atención del parto a nivel domiciliario para evitar este tipo de inconvenientes y por influencia familiar, se sienten obligadas a cumplir con tradiciones ancestrales. (Vásquez, 2015)

En la actualidad no existe un consenso internacional que ayude a definir o evaluar, científicamente, el maltrato verbal y/o físico en los centros obstétricos; por lo tanto se desconoce su impacto en el bienestar de las madres. (OMS, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, 2014)

Es importante realizar un estudio de la calidad de atención del parto vaginal ya que los resultados obtenidos proveerán de evidencia para enfatizar en una atención de calidad, mejoras en la técnica empleada e incluso promover un óptimo desempeño y conocimientos especializados de todo el personal involucrado en el proceso del nacimiento.

3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de satisfacción global y por dimensiones de la calidad de atención del parto en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés durante el período de Julio del 2016?

¿Cómo influyen las características obstétricas y sociodemográficas en la percepción de calidad en la atención del parto en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés?

¿Qué dimensión de calidad evaluada aporta la satisfacción más amplia en la calidad de atención recibida por las pacientes en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés?

3.2.2 OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer la calidad de atención del parto vaginal según la percepción de las pacientes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés durante el periodo comprendido entre 01 julio 2016 al 31 julio 2016.

Objetivos Específicos:

- ♥ Determinar el nivel de satisfacción global y por dimensiones de la calidad de atención recibida por las pacientes en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés.

- ♥ Identificar la relación que existe entre las características obstétricas y sociodemográficas en la percepción de calidad en la atención del parto en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés

- ♥ Comprobar que dimensión de calidad evaluada aporta la satisfacción más amplia en la calidad de atención recibida por las pacientes en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<u>VARIABLES INDEPENDIENTES</u>	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVELES DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Características de la paciente	Edad	Promedio, media, moda, S	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Escala de razón
			F.A. ; F.R (proporción)	< 18 años 19- 35 años >35 años	Cualitativa	Escala ordinal
		Nivel de Instrucción	F.A. ; F.R (proporción)	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Escala ordinal
		Etnia	F.A. ; F.R (proporción)	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra	Cualitativa	Escala nominal
		Estado Civil	F.A. ; F.R (proporción)	Soltera Unión Libre Casada Otra	Cualitativa	Escala nominal
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Descripción de las características obstétricas de la	Gestaciones previas	Promedio, media, moda, S	Número	Cuantitativa	Escala de razón
		Abortos	Promedio, media,	Número	Cuantitativa	Escala de razón

	paciente		moda, S			
		Atendido por	F.A. ; F.R (proporción)	- Médico - Obstetra - Interno Rotativo	Cualitativa	Escala nominal

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	N°	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	NIVELES DE MEDICIÓN
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	Elementos de la encuesta de calidad de atención tipo SERVPERF	1	Rapidez de atención al llegar	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		2	Ayuda rápida y oportuna	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		3	Rapidez en traslado a expulsivo	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		4	Trato del personal	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		5	Grito o maltrato del personal	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		6	Personal de salud indiferente al dolor	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		7	Atención a cargo del profesional de turno	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		8	Se le dejo sola durante largos periodos de tiempo	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		9	Interés genuino del personal en el bienestar	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón

		10	Interés en solucionar problema del personal	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		11	Permiso antes de procedimiento	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		12	Acompañamiento del esposo o familiar	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		13	Elección de la posición para dar a luz	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		14	Retornaría al Hospital	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		15	Comunicación del médico	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		16	Pudo comer o tomar algo	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		17	Permiso para acariciar y amamantar inmediatamente	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		18	Privacidad durante exámenes	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		19	Recomendaría el Hospital	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		20	Ambientes limpios y cómodos	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		21	Confort en el ambiente	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón
		22	Equipos y materiales disponibles para atención	Promedio, media, moda, S	Puntaje del 1 al 6	Cuantitativa	Escala de razón

3.4 MUESTRA

Muestra: Se incluirá en el estudio a las todas las pacientes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Enrique Garcés durante el mes de Julio del 2016, que cumplan con criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérpera atendida en el Centro Obstétrico con resolución por parto normal sin complicaciones.
- Puérpera que acepte participar y firme el consentimiento informado.
- Puérpera sin alteraciones del habla y/o comprensión

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérpera atendida en el Centro obstétrico con resolución por cesárea.
- Puérpera con complicaciones obstétricas.
- Duración del embarazo inferior a 37 semanas o superior a 42 semanas.
- Puérpera que presentara alguna discapacidad para responder el cuestionario.

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional Descriptivo de Corte Transversal.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener los datos de esta investigación se aplicara un cuestionario a las puérperas inmediatas en la sala de hospitalización del Hospital Enrique Garcés.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Se llenará un consentimiento informado con posterior interrogación a las puérperas inmediatas, mediante el cuestionario SERVPERF.

3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Mediante la recolección de datos se seguirá el siguiente orden:

1. Recolección de muestra.
2. Aplicar criterios de inclusión y exclusión.
3. Autorización por parte de la paciente mediante consentimiento informado.
4. Realización del cuestionario.
5. Análisis de datos obtenidos con EPI-INFO 7.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

- Este estudio se realizará mediante la aplicación del cuestionario SERVPERF, con consentimiento informado en pacientes atendidas en el Centro Obstétrico.

- Permiso y aprobación del Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, debido a que se obtendrá información personal y se guardará confidencialidad de dichas pacientes.

- Los resultados obtenidos podrán ayudar a mejorar y crear políticas de salud dirigidas a la disminución de la violencia en población gestante.

3.10 DEFINICIÓN DE VARIABLES

<u>VARIABLES INDEPENDIENTES</u>	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	CRITERIOS DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Conjunto de características sociales, económicas, culturales que están presentes en la población determinada para el estudio y que pueden ser medibles.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta el presente.	Adolescente A (<18 años) Adulta joven AJ (19- 35 años) Adulta Madura AM (>35 años)
		Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ninguna Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior
		Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Blanca Indígena Mestiza Afroecuatoriana Otra
		Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Soltera Unión Libre Casada

			respecto a esto.	Otra
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Conjunto de características médicas que determinan la historia de embarazo, parto y puerperio en una mujer determinada	Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500 gr	Primípara P (1 parto) Múltipara M (2-4 partos) Gran Múltipara GM (< 5 partos)
		Profesional que atendió el parto	Persona responsable del proceso de atención del parto	Médico Obstetra Interno Rotativo

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	N°	PREGUNTAS
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	Elementos de la encuesta de calidad de atención tipo SERVPERF	Respuesta Rápida	Grado de satisfacción con un servicio que proporcione resultados en el menor tiempo posible.	1	¿Fue Usted atendida Inmediatamente a su llegada al hospital?
				2	¿En momentos en los cuales necesito la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?
				3	¿Fue trasladada rápidamente a la sala de partos una vez entro en el periodo expulsivo?
		Empatía	Capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación.	4	¿El personal del centro obstétrico la trató con amabilidad, respeto y paciencia?
				5	¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?
				6	¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?

		Seguridad	Ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención de salud.	7	¿Su Atención estuvo a cargo del médico de turno?
				8	¿Se le dejo sola durante largos periodos de tiempo?
				9	¿El personal de salud mostró Interés genuino en el bienestar?
				10	¿El personal del Centro Obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?
				11	¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?
				12	¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?
				13	¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?
				14	¿Volvería usted a dar a luz en este hospital?

		Confianza	Creencia en que una persona o grupo será capaz de actuar de manera adecuada en una determinada situación	15	¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?
				16	¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?
				17	¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?
				18	¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?
				19	¿Recomendaría a un Familiar o amigo a que den a luz en este hospital?
		Elementos Tangibles	Apariencia física de las instalaciones, equipos, infraestructura, insumos.	20	¿Los ambientes del centro obstétrico y la sala de parto estuvieron limpios y cómodos?
				21	¿Se sentía comfortable en el ambiente que se
				22	¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO UNIVARIADO

Se entrevistó a un total de 126 mujeres, que fueron atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés, 73 % de las mujeres se encontraban en el rango de edad de 18-35 años, 17 % mayores de 36 años y un 10% adolescentes (Tabla N° 1) . Obteniéndose la media de edad de 26,23.

Tabla N°1
CATEGORIZACIÓN POR EDAD DE LAS PACIENTES
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

CATEGORÍA	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADOLESCENTE	<18	13	10 %
ADULTA JOVEN	18-35	92	73 %
ADULTA MADURA	>35	21	17 %

Con respecto al nivel de instrucción, Se detectaron 9 mujeres analfabetas, el 62 % cursando estudios secundarios y 9 % de las pacientes con educación superior (Tabla N° 2). El 37 % de las mujeres entrevistadas eran casadas, 31 % solteras y 30 % se encontraban libres de un vínculo matrimonial. 83 % de las pacientes se auto identificaron como mestizas, 21 % indígenas, 15 % afroamericanas y 6 % blancas (Tabla N° 3).

Tabla N° 2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	9	7 %
PRIMARIA	28	22 %
SECUNDARIA	78	62 %
SUPERIOR	11	9 %

Tabla N° 3
AUTO IDENTIFICACIÓN SOCIAL DE LAS PACIENTES
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDÍGENA	26	21 %
MESTIZA	79	63 %
AFROAMERICANA	15	12 %
BLANCA	6	4 %

Al ser interrogadas sobre los antecedentes gineco obstétricos, 78 % de las pacientes fueron catalogadas como multíparas, 39 % como gran multíparas y solo se evidencio un 7 % de pacientes nulíparas (Tabla N° 4). El médico fue el profesional encargado de atender el parto en un mayor porcentaje (66 %)

Tabla N° 4
PARIDAD DE LAS PACIENTES
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRAN MULTIPARA	9	7 %
MULTIPARA	78	61 %
PRIMÍPARA	39	32 %

La encuesta SERVPERF está conformada por 22 preguntas, las cuales fueron analizadas individualmente para obtener el puntaje promedio de cada una de ellas (Tabla N° 5). La pregunta que obtuvo la satisfacción más alta pertenece a la dimensión de Seguridad, es “atención por médico de turno”, con un puntaje promedio de 5,49. Por el contrario la pregunta que consiguió la menor puntuación también pertenece a la dimensión Seguridad, es “acompañamiento del esposo o familiar” siendo este de 1,96.

Tabla N° 5
PUNTAJES PROMEDIOS OBTENIDOS EN CADA ATRIBUTO CON LA ENCUESTA SERVPERF
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

DIMENSIONES Y ATRIBUTOS DE LA CALIDAD PERCIBIDA		TOTAL	MEDIA ±DE
Respuesta Rápida			
1	Rapidez de atención al llegar	607	4,81 ± 1,03
2	Ayuda rápida y oportuna del personal	655	5,19 ± 0,79
3	Rapidez de traslado en periodo expulsivo	679	5,38 ± 0,69
Empatía			
4	Trato del personal	665	5,27 ± 0,73

5	Maltrato del personal	662	5,25 ± 0,82
6	Indiferencia al dolor del personal	646	5,12 ± 0,89
Seguridad			
7	Atención por medico de turno	692	5,49 ± 0,64
8	Se dejó sola durante periodos de tiempo largos	641	5,08 ± 0,81
9	Interés genuino por bienestar de parte del personal	687	5,45 ± 0,64
10	Interés en solucionar el problema de parte del personal	684	5,42 ± 0,76
11	Permiso antes de procedimientos	648	5,14 ± 0,81
12	Acompañamiento del esposo o familiar	248	1,96 ± 1,10
13	Elección de la posición para el parto	277	2,19 ± 1,20
14	Retornaría al Hospital	645	5,11 ± 0,88
Confianza			
15	Comunicación del médico	664	5,26 ± 0,86
16	Pudo comer o tomar algo	310	2,46 ± 1,41
17	Permiso para acariciar o amamantar inmediatamente	305	2,42 ± 1,37
18	Privacidad durante exámenes	608	4,82 ± 0,98
19	Recomendaría el Hospital	649	5,15 ± 0,82
Elementos tangibles			
20	Ambientes limpios y cómodos	685	5,43 ± 0,61
21	Confort en el ambiente	666	5,28 ± 0,74
22	Equipos y materiales disponibles para atención	684	5,42 ± 0,69

Se realizó un promedio de cada dimensión de la encuesta SERVPERF (Tabla N° 6). La dimensión mejor valorada es “elementos tangibles”, con una puntuación promedio de 5.38 y la menos valorada es “confianza” con 4.02.

Tabla N° 6
PUNTAJES PROMEDIOS DE CADA DIMENSIÓN CON LA ENCUESTA SERVPERF
CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

DIMENSIONES	MEDIA ±DE (IC)
RESPUESTA RÁPIDA	5.13 ± 0.88 (4,98- 5,28)
EMPATÍA	5.21 ± 0.82 (5,07- 5,35)
SEGURIDAD	4.46 ± 1.65 (4,18- 4,74)
COFIANZA	4.02 ± 1.71 (3,73- 4,31)
TANGIBLE	5.38 ± 0.68 (5,27- 5,49)

Se estableció el porcentaje de pacientes de la muestra que manifestaron distintos grados de satisfacción global (Tabla N° 7) y por dimensiones (Tabla N° 7). Se observa que el 38 % y el 35 % de las pacientes catalogan como “Satisfacción amplia” y “Satisfacción Moderada” respectivamente, a la atención recibida en el Centro Obstétrico del HEG y que un total de 13 % de las mujeres atendidas en este servicio se sienten insatisfechas.

En cuanto a la dimensión mejor valorada “elementos tangibles”, el 49 % de las pacientes refieren “Satisfacción Amplia” y tan solo un 1 % “Insatisfacción leve”. La dimensión menos valorada fue “Confianza”, donde un 24 % de las mujeres encuestadas refieren “Satisfacción amplia” y un 14 % “Insatisfacción Severa”.

Gráfico N° 1
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN GLOBAL
DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN CENTRO OBSTÉTRICO HEG JULIO 2016

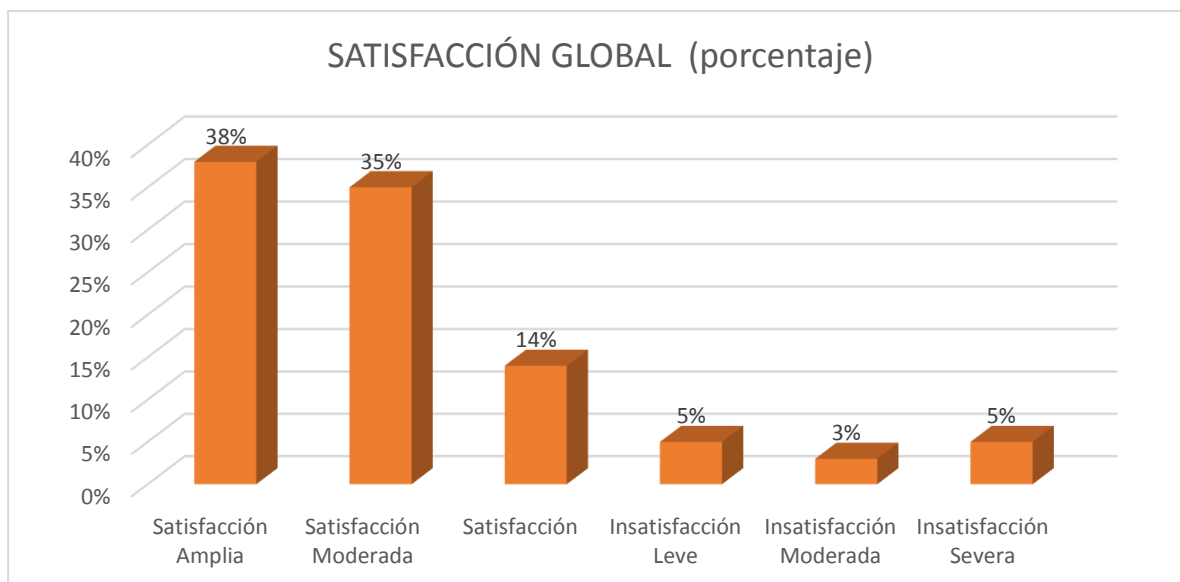


Gráfico N° 2
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LA DIMENSIÓN RESPUESTA RÁPIDA

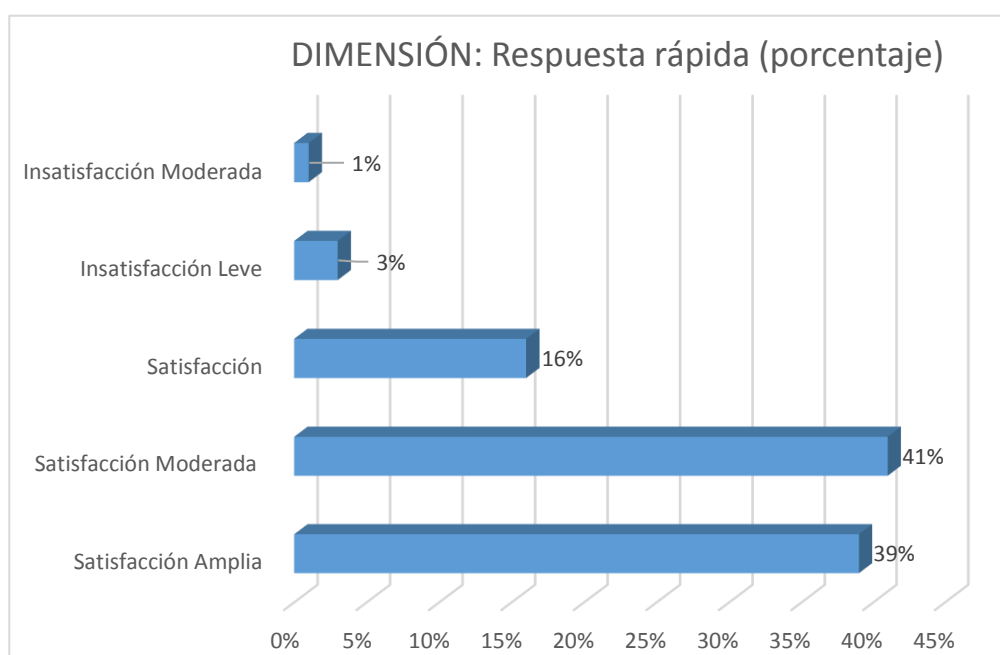


Gráfico N° 3
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LA DIMENSIÓN EMPATÍA

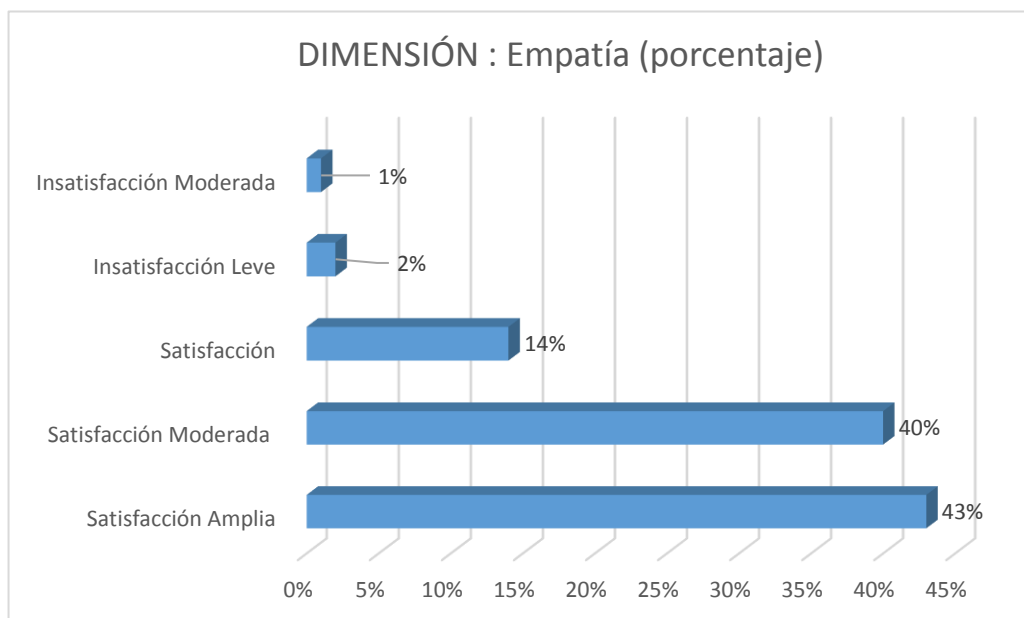


Gráfico N° 4
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LA DIMENSIÓN SEGURIDAD

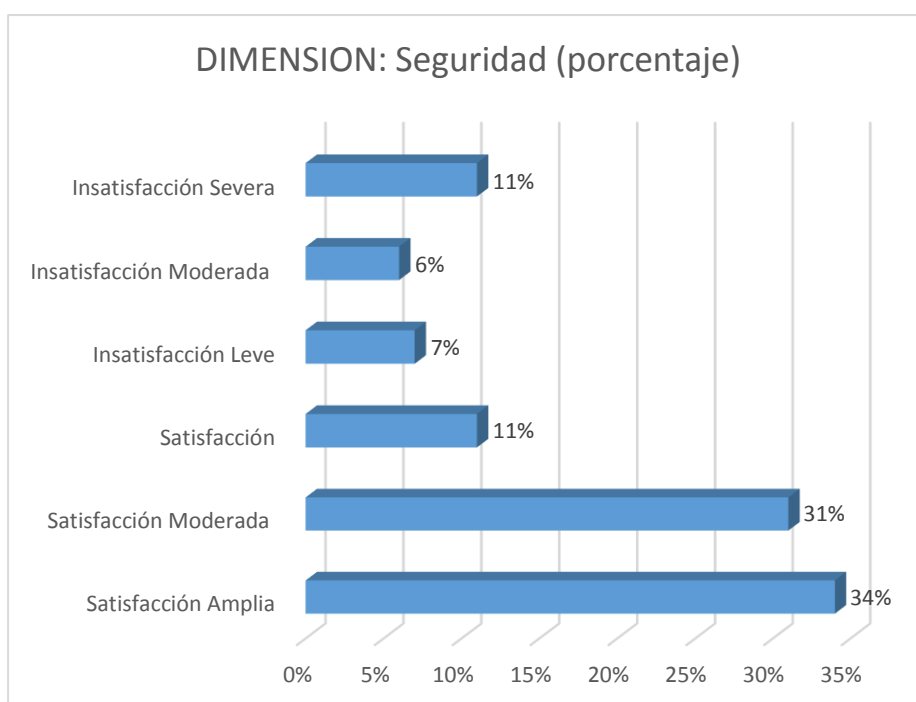


Gráfico N° 5
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LA DIMENSIÓN CONFIANZA

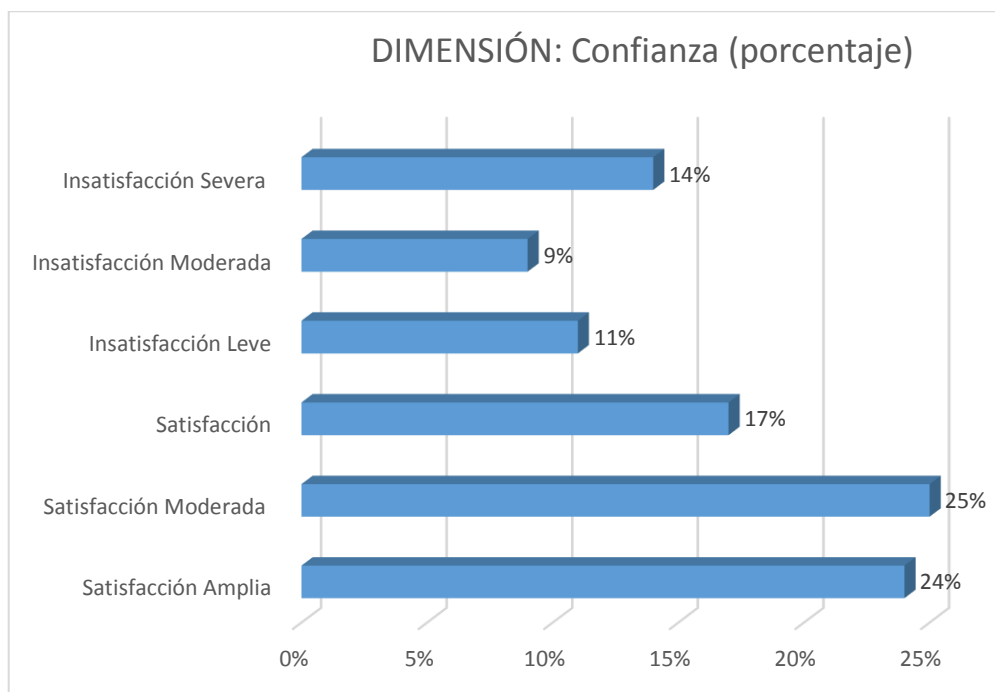
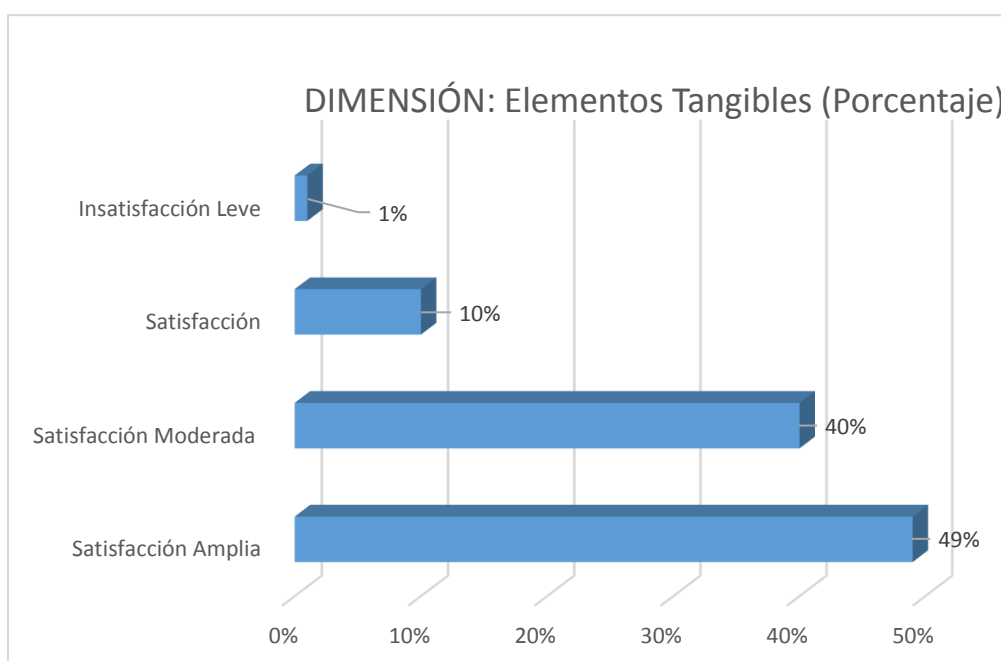


Gráfico N° 6
PORCENTAJE NIVEL DE SATISFACCIÓN
DE LA DIMENSIÓN TANGIBLE



4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIADO

Para identificar la relación que existe entre las características obstétricas y sociodemográficas con respecto a la percepción de la calidad de atención del parto vaginal se realizó un análisis estadístico bivariado. En la asociación entre la variable EDAD y la pregunta de SERVPERF “¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?”, se obtuvo en la categoría adulta joven, el mayor puntaje promedio de 4,98 y un valor de p en el análisis de varianza de 0,0077 (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES EDAD Y
PRIVACIDAD DURANTE EXAMINACIONES

PRIVACIDAD DURANTE EXAMINACIONES * CATEGORÍA EDAD	TOTAL	MEDIA ± DE
ADOLESCENTE (<18)	13	4,38 ± 1,12
ADULTA JOVEN (18-35)	92	4,98 ± 0,91
ADULTA MADURA (>35)	21	4,38 ± 0,97

ANOVA: VALOR P 0,0077

Al asociar la variable sociodemográfica ETNIA y la pregunta de SERVPERF “¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?”, se pudo evidenciar que el promedio del puntaje más bajo corresponde a la etnia indígena con 1,5 y un valor de p en el análisis de varianza de 0,02 (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ETNIA Y
ACOMPAÑAMIENTO DEL ESPOSO O FAMILIAR

VARIABLES ETNIA * ACOMPAÑAMIENTO DEL ESPOSO O FAMILIAR	TOTAL	MEDIA ± DE
BLANCA	6	2,83 ± 1,32
INDÍGENA	26	1,5 ± 0,98
MESTIZA	80	2,01 ± 1,09
AFROAMERICANA	14	2,21 ± 0,97

ANOVA: VALOR P 0,02

Con respecto a la asociación de la variable sociodemográfica ETNIA y la pregunta de SERVPERF “¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?”, el promedio más alto fue calificado por las mujeres de etnia blanca con 2.83 y el puntaje más bajo pertenece a la etnia indígena 1,61. El valor de p en el análisis de varianza es 0,02 (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ETNIA Y
ELECCIÓN DE LA POSICIÓN PARA EL PARTO

ETNIA * ELECCIÓN DE LA POSICIÓN PARA EL PARTO	TOTAL	MEDIA ± DE
BLANCA	6	2,83 ± 1,16
INDÍGENA	26	1,61 ± 0,98
MESTIZA	80	2,2 ± 1,27
AFROAMERICANA	14	2,5 ± 0,75

ANOVA: VALOR P 0,02

La asociación entre la variable sociodemográfica ETNIA y la pregunta de SERVPERF “¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?”. La etnia blanca lo califico con un promedio de 3,16, la etnia mestiza y afroamericana un promedio de 2,61 y 2,57 respectivamente. La puntuación más baja corresponde a la etnia indígena 1,76. El valor de p en el análisis de varianza es 0,03 (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ETNIA Y
PUDO COMER O TOMAR ALGO

ETNIA * PUDO COMER O TOMAR ALGO	TOTAL	MEDIA ± DE
BLANCA	6	3,16 ± 1,16
INDÍGENA	26	1,76 ± 1,39
MESTIZA	80	2,61 ± 1,42
AFROAMERICANA	14	2,57 ± 1,15

ANOVA: VALOR P 0,03

En la correlación entre la variable obstétrica PARIDAD y la pregunta de SERVPERF “¿Se la dejó sola durante períodos largos de tiempo?”, se evidenció un valor de p en el análisis de varianza de 0,008, siendo el grupo de grandes multíparas (GM) el que dió la peor calificación a esta pregunta con una media de 4,37 (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PARIDAD Y
SE DEJÓ SOLA DURANTE PERIODOS DE TIEMPO LARGOS

PARIDAD * SE DEJÓ SOLA DURANTE PERIODOS DE TIEMPO LARGOS	TOTAL	MEDIA ± DE
GRAN MULTIPARA	8	4,37 ± 0,51
MULTIPARA	72	5,23 ± 0,75
PRIMIPARA	46	4,97 ± 0,85

ANOVA: VALOR P 0,008

En la correlación entre la variable obstétrica PARIDAD y la pregunta de SERVPERF “¿El médico que estuvo a cargo mantuvo suficiente comunicación con usted y sus familiares durante la labor de parto?”, se evidenció un valor de p en el análisis de varianza de 0,0009, siendo el grupo de grandes multíparas (GM) el que dió la peor calificación a esta pregunta con una media de 4,62 (Tabla N°12).

Tabla N° 12
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PARIDAD Y
COMUNICACIÓN DEL MÉDICO

PARIDAD * PERMISO PARA ACARICIAR O AMAMANTAR INMEDIATAMENTE	TOTAL	MEDIA ± DE
GRAN MULTIPARA	8	4,62 ± 0,91
MULTIPARA	72	5,5 ± 0,67
PRIMIPARA	46	5,02 ± 0,99

ANOVA: VALOR P 0,0009

En la correlación entre la variable sociodemográfica PARIDAD y la pregunta de SERVPERF “¿Se le brindó adecuada privacidad durante los exámenes realizados?”, se evidenció un valor de p en el análisis de varianza de 0,0009, siendo el grupo de grandes multíparas (GM) el que dió la peor calificación a esta pregunta con una media de 3,87 (Tabla N°13).

Tabla N° 13
ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PARIDAD Y
PRIVACIDAD DURANTE EXAMINACIONES

PARIDAD * PRIVACIDAD DURANTE EXAMINACIONES	TOTAL	MEDIA ± DE
GRAN MULTIPARA	8	3,87 ± 0,99
MULTIPARA	72	5,01 ± 0,88
PRIMIPARA	46	4,69 ± 1,03

ANOVA: VALOR P 0,0035

CAPÍTULO V

▪ DISCUSIÓN

En este estudio de investigación se evaluó a 126 pacientes en el posparto inmediato, acerca de la percepción de la calidad de atención recibida en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés, mediante la aplicación de la encuesta SERVPERF. Se evidenció que globalmente un 87 % de las pacientes perciben la calidad de atención como satisfactoria, lo que demuestra que la mayoría de mujeres están satisfechas con el servicio brindado.

Al revisar las dimensiones, se obtuvo que la de Elementos Tangibles fue la mejor valorada por las pacientes. Las dimensiones peor valoradas fueron Seguridad y Confianza. Se observó que las preguntas que mostraron mayor porcentaje de insatisfacción fueron: acompañamiento del esposo o familia, elección de la posición para el parto, ingesta de alimentos o bebidas y la obstaculización del apego precoz madre e hijo.

Un estudio en el que se obtuvo similares resultados fue en Perú, realizado por Walter Wajajay (2013), sobre la percepción de la calidad de atención del parto en 100 mujeres, utilizando como herramienta la encuesta SERVPERF, se obtuvo como resultados que el 87 % de las mujeres están globalmente satisfechas con el servicio del centro obstétrico. Los aspectos tangibles fueron los mejores valorados y la seguridad fue la dimensión peor valorada.

En contraste con nuestra investigación, un estudio acerca de “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho” realizado en Perú por Jorge Espinoza (2014), se entrevistó un total de 80 mujeres, las cuales catalogaron la percepción del servicio recibido como insatisfacción moderada a leve. En las dimensiones de atención, los menores niveles de satisfacción media se obtuvieron en el ámbito EMPATIA y SEGURIDAD, con insatisfacción moderada. La dimensión TANGIBLE fue la que obtuvo, dentro de todas, una mejor calificación, sin embargo esta apenas alcanzó un nivel de INSATISFACCIÓN LEVE. La elección de la posición de dar a luz, obtuvo la valoración de insatisfacción severa; y el acompañamiento de un familiar o esposo obtuvo el de insatisfacción moderada.

Al asociar nuestras diferentes variables, encontramos datos estadísticamente significativos que consideramos son los principales motivos por los que realizar un estudio de este tipo es tan importante.

En la correlación entre la variable sociodemográfica EDAD y la pregunta de la encuesta que habla acerca de la privacidad brindada a las pacientes durante exámenes realizados, hallamos que todos los grupos etarios dieron una calificación promedio de 4 puntos, equivalente a un grado de “SATISFACCION”, con un análisis de varianza estadísticamente significativo $p=0,007$.

El Hospital Enrique Garcés, es fundamentalmente un hospital docente, que acoge a enfermeras y médicos tanto de pregrado, como de posgrado, por lo que una

parte importante de esto es que el personal en capacitación tenga la oportunidad de observar, aprender y poner en práctica conocimientos adquiridos en las aulas. Esto puede incomodar a muchas pacientes debido a que durante la realización de procedimientos, por ejemplo un tacto vaginal, habrá muchas personas presentes en la sala, que están allí con el puro objetivo de instruirse en cada ámbito del hospital, sin el afán de importunar a las pacientes.

Por otra parte, al ser una casa de salud del MSP, atiende a gran cantidad de pacientes, y antes de la creación de una maternidad especializada en el sector sur de la ciudad, fue el lugar de mayor flujo de mujeres gestantes y en labor de parto. La infraestructura del lugar no está diseñada para una atención que brinde mayor privacidad a la embarazada, y se atiende a todas aquellas mujeres que se encuentren en segunda fase de labor de parto, en una misma sala con varias camillas. El motivo por el que intuimos no se obtuvo una calificación más alta es porque la paciente, al ser evaluada enfrente de otras mujeres y de todo el personal tanto de salud, como auxiliares, percibe cierto grado de cohibición que la pone en una situación con la que no se siente enteramente satisfecha. De igual manera, la gran cantidad de gestantes en labor de parto que llegan al hospital y son internadas, obliga al médico de turno a valerse de toda la ayuda que tenga disponible y eso involucra que enfermeras, auxiliares, internos rotativos y externos de medicina ayuden en procedimientos y que por tanto, la mujer tenga a varias personas desconocidas y ajenas a ella, presentes en cada momento del proceso.

Al reconocer que nuestro país es multiétnico y pluricultural, es necesario entender que los distintos grupos étnicos tienen varias expectativas en la atención del

parto. Todas las mujeres, en especial las indígenas percibieron la calidad de atención como insatisfactoria en relación al acompañamiento, posición para el parto y si pudo comer o tomar algo. Y se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p=0,02$), ($p=0,02$) y ($p=0,03$) respectivamente.

La estructura física hospitalaria no permite la acogida de un acompañante en el proceso de trabajo de parto y parto, de manera que la percepción de las pacientes tuvo un promedio de 2 correspondiente a “INSATISFACCIÓN MODERADA”, probablemente al vivir su experiencia en un ambiente ajeno necesitan el apoyo de una persona que se les haga familiar, ya sea por seguridad, confianza o tranquilidad.

En el hospital de estudio, se atiende el parto en la camilla ginecológica en posición de litotomía. Esta posición es altamente criticada por las parteras indígenas ya que consideran que es una posición anti-natural, algunas de las creencias son que “el guagua se regresa” y la madre pierde la fuerza. Este es un obstáculo primordial para que las mujeres indígenas se opongan al parto institucionalizado, por lo que en nuestra investigación la percepción acerca de la posición para el parto fue pobremente valorada con un promedio de 2 que entra en la categoría de “INSATISFACCIÓN MODERADA”.

El protocolo del hospital no permite la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto y parto, por si llegara a presentarse cualquier urgencia y se necesite anestesiarse a la paciente, y prevenir la bronco aspiración de contenido gástrico. Si

permite la ingesta de líquidos. Sin embargo todos grupos étnicos percibieron esta norma como insatisfactoria con un promedio de 2.

En la correlación entre la variable obstétrica PARIDAD y la pregunta de la encuesta que habla acerca de la privacidad brindada a las pacientes durante exámenes realizados, hallamos una significancia estadística ($p=0,0035$), siendo las pacientes gran multíparas (GM), aquellas que valoraron el servicio con un puntaje menor, de 3 en promedio, entrando en la categoría de insatisfacción leve.

Aquí cabe resaltar la importancia de una experiencia hospitalaria de calidad, en el que la mujer se sienta comfortable en todo ambiente, desde que ingresa a registrarse hasta que se le da el alta. Una mujer que dio a luz en varias ocasiones previas, tendrá varios puntos de vista para comparar con esta nueva experiencia. En este caso, se puede interpretar que las pacientes que no valoraron con altos puntajes esta pregunta, sintieron que su privacidad no era tomada a consideración y que en experiencias previas este ámbito fue más respetado.

También es motivo de discusión, que algunas mujeres pudieron haber dado a luz en partos previos en sus casas. El parto domiciliario, permite a la mujer que recibir a su hijo en un ambiente de confianza, rodeada de gente que ella conoce y que ella ha autorizado que compartan este momento; su privacidad no es violada, ya que ella sabe quién está presente y a su lado. Este cambio brusco al ambiente hospitalario en el que no hay familiaridad para la paciente y mucha gente

desconocida entrara a su habitación, la examinará y saldrá, causa molestia y disgusto en las pacientes.

En la asociación que realizamos entre la variable obstétrica PARIDAD y la pregunta de la encuesta que habla acerca de dejar sola a la mujer durante periodos largos de tiempo, descubrimos una significancia estadística alta ($p=0,008$), respondiéndose en promedio con una puntuación de 4 (“SATISFACCION”). Al estudiar con más detalle esta correlación, desde un punto de vista basado exclusivamente en nuestra encuesta, las pacientes calificaron este ámbito dentro de un grado de satisfacción, que pese a no ser la más alta, se mantiene en los márgenes superiores de puntajes. Sin embargo, notamos ciertas discrepancias al momento de entrevistar a las puérperas, y en este caso, un grupo etario más que otro manifestó cierto descontento con la atención. Las mujeres con un rango de partos entre 2 a 4, calificaron con menor puntaje esta categoría. Esto nos hace pensar que los otros grupos restantes englobados en la categoría PARIDAD (primíparas y gran multíparas) o encontraban muy común estos períodos de aguardar sola sin atención médica permanente, o por el contrario al no tener una experiencia con la cual comparar, lo hallaron como algo normal o rutinario, como en el caso de las primíparas.

El análisis entre la variable obstétrica PARIDAD y la pregunta de la encuesta que habla acerca de la comunicación que mantuvo el medico con los familiares durante el parto, se obtuvo un promedio de 5, interpretándose como “SATISFACCIÓN MODERADA” y una relación estadísticamente significativa ($p=0,0009$). Se puede establecer en base a estos resultados, que tanto mujeres

que atravesar su primer parto como aquellas que ya han tenido esta experiencia en algunas ocasiones, opinaron que el facultativo a cargo siempre manifestó la predisposición de mantener el contacto cercano con familiares e informarlos de cómo fue evolucionando la paciente.

En el Enrique Garcés, por normas protocolarias, no se permite el ingreso de familiares al Centro Obstétrico, lo que haría pensar que la falta de comunicación acerca del estado de salud de la mujer es un problema frecuente y una queja constante en los usuarios. Sin embargo, gracias a nuestra investigación pudimos evidenciar que no existió tal circunstancia y que las encuestadas manifestaron satisfacción con la labor comunicativa que desempeñó el médico encargado de su parto.

La guía de la práctica clínica del MSP (2015), emite varias recomendaciones para la atención en el trabajo de parto, parto y posparto inmediato. El siguiente cuadro contiene las preguntas de la encuesta SERVPERF y la recomendación que nos aporta esta guía sobre cada una.

CUADRO N° 2

ANÁLISIS ENCUESTA SERVPERF Y RECOMENDACIONES GPC MSP ATENCIÓN DE TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO INMEDIATO

PREGUNTAS SERVPERF	GPC ATENCIÓN PARTO 2015 ECUADOR
¿Fue Usted atendida Inmediatamente a su llegada al hospital?	Criterios de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica uterina regular • Borramiento cervical > 50% • Dilatación de 3-4 cm

<p>¿El personal del centro obstétrico la trató con amabilidad, respeto y paciencia?</p> <p>¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?</p>	<p>Trato con respeto y calidez. Disponibilidad de información acerca de sus opciones Protagonismo en la toma de decisiones.</p>
<p>¿Se le dejó sola durante largo periodos de tiempo?</p>	<p>Personal de salud debe brindar apoyo y acompañamiento continuo a la embarazada.</p>
<p>¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?</p> <p>¿El personal del Centro Obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?</p>	<p>Establecer una relación empática. Actitud, tono de voz empleado, lenguaje, y la forma en que se proporcionan los cuidados.</p>
<p>¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?</p> <p>¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?</p>	<p><u>Exploraciones Vaginales</u> Informar, explicar y comunicar los hallazgos. Garantizar privacidad, dignidad y comodidad.</p>
<p>¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?</p>	<p>Permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas (riesgo de cetosis)</p> <p>Mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones.</p> <p>No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto influya en los resultados obstétricos.</p>
<p>¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?</p>	<p>Facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.</p>
<p>¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?</p>	<p>Adopten la posición que les sea más cómoda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición vertical • Posturas de manos y rodillas • Posición sentada
<p>¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?</p>	<p>Contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento. Inicio de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento (primera hora).</p>

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

- ♥ Una fortaleza es que todas las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión aceptaron participar en nuestra investigación, por lo que no se creó sesgo de selección.
- ♥ Otra fortaleza fue la apertura de ingreso que nos proporcionó el HEG al área de ginecoobstetricia, para la evaluación de las pacientes posparto inmediato durante el mes de Julio, lo cual facilitó la aplicación de encuestas para nuestro estudio.
- ♥ Una limitación que presentó nuestro estudio se relaciona con la atención limitada en el Área de Neonatología del HEG, por remodelaciones y falta de insumos durante el mes de Julio. La atención se limitó a pacientes con embarazo a término sin complicaciones, por lo que el número de pacientes atendidas en el centro obstétrico tuvo una reducción.
- ♥ Otra limitación es la valoración conjunta de ingesta de sólidos y líquidos que se realiza en la pregunta ¿pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto? Por esta razón la calificación de calidad fue baja. Si se valorase individualmente cada aspecto de la pregunta, probablemente los resultados en cuanto a ingesta de líquidos hubieran sido mejor puntuados.

CONCLUSIONES

- ♥ La encuesta de tipo SERVPERF empleada en nuestro estudio es una herramienta de trabajo muy completa, que facilita la evaluación del nivel de calidad de atención en un establecimiento. Comprobamos que es de fácil entendimiento para las pacientes, incluso en aquellas con limitaciones en la escritura y la lectura, además toma poco tiempo realizarla por lo que no produce incomodidad.
- ♥ El servicio de gineco-obstetricia del Hospital Enrique Garcés fue globalmente evaluado como un servicio de buena calidad. La mayoría de pacientes perciben la atención recibida como satisfactoria.
- ♥ El estudio constituye una evaluación integral del servicio que brinda el centro obstétrico, tomando en cuenta aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno.
- ♥ La dimensión de elementos tangibles es percibida satisfactoriamente por un 99 % de las pacientes encuestadas, a diferencia de las dimensiones de seguridad y confianza que son percibidas satisfactoriamente en un 76 % y 66 % respectivamente.
- ♥ La importancia de un puntaje elevado en categoría de elementos tangibles radica en que las mujeres opinan que esta casa de salud cuenta con

ambientes cómodos, limpios y con los insumos adecuados y necesarios para cualquier eventualidad que se presentase durante su parto.

- ♥ En el análisis bivariado reflejó que la variable etnia obtuvo puntajes estadísticamente significativos con un mayor número de preguntas incluidas en las dimensiones de seguridad y confianza, en relación a las demás variables sociodemográficas.
- ♥ Las mujeres encuestadas, especialmente las que pertenecen a la etnia indígena dieron los más bajos puntajes a aquellas interrogantes que se relacionan con prácticas de tipo cultural como privación del acompañamiento, no ofrecer alternativas de posición para el parto, obstaculización del apego precoz y no permitirles tomar o comer algo durante el trabajo de parto.
- ♥ Pese a que la pregunta de escoger la posición para dar a luz fue de valoración muy baja, muchas mujeres refirieron durante la entrevista que acataron la orden del médico sin ningún problema, ya que confiaban en que “el medico sabe lo que hace”.
- ♥ El nivel de instrucción de las madres encuestadas no constituye un factor determinante en la percepción de la calidad de atención.
- ♥ La experiencia propia vivida por las pacientes que han tenido partos anteriores, influyó de manera negativa en la percepción de calidad de

atención, ya que el estudio evidenció que las pacientes multíparas y gran multíparas mostraron insatisfacción con respecto a si se les dejó solas por largos periodos de tiempo, la comunicación del médico con ellas y sus familiares y el respeto de su privacidad.

- ♥ Para la implementación de una ley que promueva la humanización del parto, se debe considerar que en su mayoría los hospitales y centros de salud enfocados en atención de parto, no cuentan con infraestructura apropiada para atender todas las necesidades de una paciente, y se requerirá la inversión para la construcción o modificación de las mismas.
- ♥ Los resultados de nuestra investigación reflejan la falta de cumplimiento en este hospital de algunas de las normas establecidas en la Guía de Práctica Clínica más actualizada de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

RECOMENDACIONES

- ♥ Es necesario instruir a la mujer desde etapas tempranas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, para que ellas garanticen su cumplimiento.
- ♥ En el servicio público se debería hacer una inversión en infraestructura para adaptar salas que faciliten un parto intercultural y humanizado. Y de esta manera se podría desarrollar, implementar y aplicar protocolos basados en el sistema de parto humanizado.
- ♥ La implementación de una ley y la penalización por su incumplimiento, no garantizará la mejora en la calidad de atención, el cambio empieza en las escuelas de medicina con la formación de sus profesionales.
- ♥ En nuestra Universidad contamos con la gran ventaja que en el pensum de la facultad medicina se imparten cátedras como Bioética, Autoestima y Valores, Antropología Médica, Historia de la Medicina, Áreas de Servicio Comunitario, que nos ayudado a desarrollar una conciencia médica, humanizándonos en el trato al paciente y respeto por las diferentes culturas de nuestro país. Se sugiere que estas materias sean tomadas en cuenta para la implementación en otras Universidades de nuestro país.

- ♥ Se debería realizar talleres que sensibilicen y capaciten al personal sanitario que esté involucrado en la atención del parto tradicional y el humanizado.

- ♥ Es necesaria la realización de más investigaciones utilizando la encuesta de tipo SERVPERF en los centros obstétricos de nuestro país, que nos permitan conocer el ideal que tienen las pacientes en la atención del parto y empatarlo con la realidad, asimismo dar voz a los actos de violencia que han sido naturalizados e invisibilizados durante mucho tiempo.

- ♥ Es importante la regulación permanente del cumplimiento de la normativa establecida por el MSP en todos aquellos centros de salud y hospitales que cuenten con centros obstétricos, de manera que los protocolos indicados se apliquen de manera responsable en la atención de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro, N., Vilaaseñor, M., Valdéz, I., & Guzmán, A. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Mediagraphic Artemisa en línea*, 50-53.
2. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2006). *LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA*. Obtenido de http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
3. Asamblea Nacional del Ecuador. (Marzo de 2016). Obtenido de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/42675-proyecto-de-ley-organica-para-la>
4. Bankowski, B., Hearne, A., Lombrou, N., Fox, H., & Wallach, E. (2005). *Ginecología y Obstetricia Johns Hopkins 2th ed*. Madrid: MARBÁN.
5. Berzaín Rodríguez, M., & Camacho Terceros, L. A. (7 de Diciembre de 2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Cochabamba, Bolivia.
6. Birrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La Humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 62-66.
7. Burgo, C., Mazzeo, M. A., Corra, M. C., & Liberczuk, E. (2015). *Parto Humanizado*. Obtenido de http://www.partohumanizado.com.ar/parto_respetado
8. Cabero , L., Saldívar , D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal* . Madrid : Panamericana .
9. Camacho, G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito.
10. Capitán Jurado, M., & Cabrera Vélez, R. (2001). La Consulta Preconcepcional en Atención Primaria Evaluación de la futura gestante . *MEDIFAM*, 207-215 .
11. Coalición Nacional de mujeres . (2014). *INFORME SOMBRA AL COMITÉ DE LA CEDAW. QUITO*.
12. Cook, K., & Christensen, M. (2010). *Birthing a Better Way : 12 Secrets for Natural Childbirth*. Denton, TX: University of North Texas Press.
13. Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF vs SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 125-131.
14. Cronin, J., & Taylor, S. (1994). SERVPERF vs SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 125-131.
15. Cunningham , G. (2006). *Obstetricia de Williams: 22a edición*. Mc GRAW HILL Interamericana .

16. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, . . . Sheffield. (2015). *Obstetricia de Williams*. Mexico: McGraw Hill Interamericana.
17. DeCherney, A., Nathan , L., Goodwin , M., & Laufer , N. (2007). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. México: El Manual Moderno.
18. Diario El Universo. (8 de Junio de 2015). *www.eluniverso.com*. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/10/08/nota/5172101/indices-mortalidad-materna>
19. Dirección de Modernización y Calidad de los servicios Municipales. (2014). *Encuestas de Satisfacción*. España.
20. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; Subsecretaría de Salud Comunitaria; Ministerio de Salud de la República de Argentina. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.
21. FERTILAB, J. A. (Julio de 2016). *FertiLab*. Obtenido de http://www.fertilab.net/ginecopedi/embarazo/parto_natural/cual_es_la_historia_del_parto_1
22. Gabbe, S., Niebyl, J., & Simpson, J. (2004). *Obstetricia Gabbe, Niebyl & Simpson 4th ed.* . Madrid: MARBÁN.
23. González González, & García Carballo. (2003). Ácido fólico y defectos del tubo neural en Atención Primaria. *MEDIFAM*, 305-310.
24. González Merlo, J., Laílla Vicens, J., Fabre González, E., & González Bosquet, E. (2013). *Obstetricia 6th ed*. Barcelona: ELSEVIER MASSON.
25. GPC. (Octubre de 2010). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria Gasteiz, España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
26. Hamilton, B., Martin, J., Osterman, M., Curtin, S., & Mathews. (2015). Births: Final Data for 2014. *National Vital Statistics Reports*.
27. Herring, S. J., & Oken, E. (2010). Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil . *Annales Nestlé*, 17-28.
28. Immigration and Refugee Board of Canada, O. (2007). *European Country of Origin Information Network*. Obtenido de http://www.ecoi.net/local_link/216976/337695_de.html
29. INEC. (2010). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
30. Jhon Usiña, S. C. (2013). *Instituto Ncional de Estadísticas y Censos* . Obtenido de Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
31. Kamel, R. M. (2010). The onset of human parturition. *Springer*, 975-982.
32. Manrique, J., Fernández, A., Echeverría, P., Figuerol, M. I., Teixidó, J., & Barranco, M. P. (2014). Historia de la Profesión de Matrona. *Colegio Oficial de Enfermeros y Enfermeras de Lleida*, 26-28.

33. María E. Delgado-Gallego, M. L.-N.-V. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 533-545.
34. Martínez Díaz, E. d. (Enero de 2011). Calidad de la atención del puerperio fisiológico inmediato en el servicio de maternidad. Hospital Bertha Carlderón Roque. (TESIS). Managua, Nicaragua.
35. Martínez-Astorquiza, T. (2012). *Taller sobre Suplementación con yodo y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia: Recomendaciones SEGO*. Bilbao.
36. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección General de Normatización.
37. Ministerio de Salud Pública; Consejo Nacional de Salud CONASA. (2008). *Componente Normativo Materno Neonatal*. Quito.
38. Ministerio de Salud Pública; INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf
39. MSP . (2015). *Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal*. Obtenido de MSP: <http://salud.gob.ec>
40. Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*. Nueva York.
41. Nápoles Méndez, D., & Cutié León , E. (2008). Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto. Santiago de Cuba, Cuba.
42. Nápoles Méndez, D., Couto Núñez, D., & Montes de Oca García, A. (2012). Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. *MEDISAN*, 1029-3019.
43. Navarro, C. T., Caamaño, A. J., & Pinto, F. V. (2014). Evaluación de la calidad en un servicio de urgencia utilizando el modelo SERVPERF. *Universidad, Ciencia y Tecnología*.
44. Navas Ábalos, N., Castillo Fernández, F., & Campos Martínez, A. (2006). Caracterización del riesgo preconcepcional. *Revista Archivo Médico de Camagüey versión On-line ISSN 1025-0255*.
45. NIETO GONZÁLEZ , L. A., ROMERO QUIROZ, M. D., CÓRDOBA ÁVILA , M. Á., & CAMPOS CASTOLO, M. (2011). PERCEPCION DEL TRATO DIGNO POR LA MUJER EMBARAZADA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE ENFERMERÍA. *CONAMED*.
46. OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. *Organización mundial de la Salud* .
47. OMS. (Noviembre de 2015). Obtenido de Mortalidad Materna: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>
48. OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/

49. OPS. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y salud*. Washington.
50. OPS/OMS. (06 de Mayo de 2014). OPS/OMS. Obtenido de http://www.paho.org/CLAP/index.php?option=com_content&view=article&id=220&lang=es
51. Otálora, M. L., & Orejuela, A. R. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 237-258.
52. Pérez, A. (2014). EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS EN SUS INICIOS . *Revista Científica Investigaciones y Casos* .
53. Ramirez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centro América y el Caribe*, 145-169.
54. Ramos, M. G. (2010). Hemorragias en el Embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
55. Rios, M. M. (Abril de 2016). *El Parto es Nuestro*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/04/13/ecuador-nueva-ley-de-violencia-obstetrica>
56. Rivera , S., & Andrade , A. (2014). *Informe de Mortalidad Materna* . MSP.
57. Rosa Suñol, Á. N. (s.f.). *Fundación Avedis Donavedian*. Obtenido de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
58. Rosario Valdez-Santiago, E. H.-S.-I.-M. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*.
59. SADLER, M. (2003). "ASÍ ME NACIERON A MI HIJA" Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Santiago, Chile.
60. Sánchez, I. (2016). El Diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con calidad en salud . *MEDISAN* .
61. Schwarcz , R., Fescina , R., & Duverges, C. (2009). *OBSTETRICIA SCHWARCZ-SALA-DUVERGES*. Buenos Aires : El Ateneo.
62. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C; Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). (2010). *Guía de control prenatal y factores de riesgo*. Bogotá.
63. Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Guttmacher Institute*.
64. Terán , P., Castellanos , C., González, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 171-180.
65. Thornton. (2003). The role of oxytocin in parturition. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46-51.
66. Torres, M. H., Rodríguez, Y. A., & Ochoa, M. J. (2008). *Instrumento para medir el nivel de satisfacción de los usuarios. Aplicación en los Servicios de Urgencias y Cirugía General*. Cuba: Convención Científica de Ingeniería y Arquitectura.

67. UNICEF. (Mayo de 2016). *UNICEF.org*. Obtenido de <http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html>
68. Vázquez, C. L. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 487-496.
69. Velasco, S. M. (2015). *Parto Humanizado*. Obtenido de <http://partohumanizado.com.mx/index.html>
70. Wajajay, W. (Febrero de 2013). Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Enero - Febrero 2013. Lima, Perú.
71. Westbrook, L. K. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires . *Independent Study Project (ISP) Collection* .

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. Ganancia de peso total en mujeres embarazadas.

CUADRO 2. Análisis Encuesta SERVPERF y recomendaciones GPC MSP
Atención de trabajo de parto, parto y posparto inmediato.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorización por edad de las pacientes Centro Obstétrico HEG Julio 2016

Tabla 2. Nivel de instrucción de las pacientes Centro Obstétrico HEG Julio 2016

Tabla 3. Auto identificación social de las pacientes Centro Obstétrico HEG Julio 2016

Tabla 4. Paridad de las pacientes Centro Obstétrico HEG Julio 2016

Tabla 5. Puntajes promedios obtenidos en cada atributo con la Encuesta SERPERF Centro Obstétrico HEG Julio 2016.

Tabla 6. Puntajes promedios de cada dimensión con la Encuesta SERPERF Centro Obstétrico HEG Julio 2016

Tabla 7. Asociación entre las variables edad y privacidad durante exámenes

Tabla 8. Asociación entre las variables etnia y acompañamiento del esposo o familiar

Tabla 9. Asociación entre las variables etnia y elección de la posición para el parto

Tabla 10. Asociación entre las variables etnia y pudo comer o tomar algo

Tabla 11. Asociación entre las variables paridad y se dejó sola durante periodos de tiempo largos

Tabla 12. Asociación entre las variables paridad y comunicación del médico

Tabla 13. Asociación entre las variables paridad y privacidad durante exámenes

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentajes del nivel de satisfacción global de la calidad de atención centro obstétrico HEG julio 2016.

Gráfico 2. Porcentaje nivel de satisfacción de la dimensión respuesta rápida.

Gráfico 3. Porcentaje nivel de satisfacción de la dimensión empatía.

Gráfico 4. Porcentaje nivel de satisfacción de la dimensión seguridad.

Gráfico 5. Porcentaje nivel de satisfacción de la dimensión confianza.

Gráfico 6. Porcentaje nivel de satisfacción de la dimensión tangible.

ANEXOS

ANEXO 1. FIGURAS

FIGURA 1. SCORE MAMÁ

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE DISMINUCIÓN MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 50	–	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	–	90-139	–	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤11	–	–	12-22	–	23-29	≥30	FR	
T (°C) (*)	–	≤35.5	–	35.6-37.2	37.3-38.4	–	≥38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	–	–	–	Sat	
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (***)	–	–	–	(-)	(+)	–	–	Proteinuria	
La adecuada toma de signos vitales puede salvar una vida.								TOTAL SCORE MAMÁ	

Considere que en la labor de parto los valores de signos vitales podrian alterarse

(*) Temperatura axilar

(**) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros. sobre el nivel del mar tendran un puntaje de 0

La Saturación se tomará sin ayuda de oxígeno suplementario.

(***) Sobre las 20 semanas de gestación

MANEJO DEL PUNTAJE SCORE MAMÁ

Establecimientos tipo A, B, Puestos de salud y Prehospitalaria	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	Evalúe y analice factores de riesgo
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales. 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendamiento).
2-4	Trate y refiera según el caso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ hora y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando (estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar) 5. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso. 6. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a nivel de capacidad resolutoria según el caso. 7. Transfiera (acompañada por un profesional de salud). 8. Active cadena de llamadas: comunique a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital. 9. Realice el seguimiento del caso.
≥ 5	<p>Trate y refiera según el caso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre. 2. Reevalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar. 4. Aliste, active y aplique D.E.R.: AZUL, o ROJO según sea el caso del diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 5. Elabore hoja de referencia (053) y envíe a establecimiento de salud de mayor complejidad según la emergencia obstétrica. 6. Transfiera acompañada por un profesional de salud. 7. Active cadena de llamadas: comunique a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal. 8. Realice el seguimiento del caso.

MANEJO DEL PUNTAJE SCORE MAMÁ

Establecimientos Tipo C y Hospitales Básicos	
Puntaje	Pasos a Seguir
0	Evaluar y analizar factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma
1	Evalúe y analice factores de riesgo
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/4 horas y registre. 2. Reevalúe signos vitales. 3. Evalúe factores de riesgo y signos de alarma materna 4. Realice pruebas de bienestar fetal básicas utilizando estetoscopio, doppler fetal o campana de Pinar. 5. Considere exámenes complementarios y/o evaluación por interconsulta con especialista 6. Si revierte puntaje envíe a la casa y realice seguimiento (Agendamiento).
2-4	Trate y refiera según el caso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique el Score MAMÁ c/ hora y registre 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma. 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica 4. Comunique al médico tratante quien debe evaluar en máximo 30 minutos 5. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLA según sea el caso. 6. Si no revierte puntaje en una hora, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 7. Transfiera (acompañada de un profesional de salud según el caso) 8. Active cadena de llamadas: comunique a Director del establecimiento de salud y éste al Director Distrital o Zonal. 9. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.
≥ 5	Trate y refiera según el caso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre. 2. Evalúe signos vitales más signos de alarma 3. Realice un diagnóstico primario basado en las Guías de Práctica Clínica. 4. Comunique al médico tratante, quien debe evaluar a la paciente en máximo 15 minutos. 5. Aplique Score MAMÁ c/ 30 minutos y registre. 6. Aliste, active y aplique CLAVE: AZUL, ROJA o AMARILLAS según sea el caso. 7. Si no revierte puntaje en 30 minutos, evalúe signos de alarma materna y bienestar fetal; y realice referencia a establecimiento de mayor complejidad dependiendo del tipo de complicación obstétrica. 8. Transfiera acompañamiento de un profesional de salud a nivel superior según el caso. 9. Active cadena de llamadas: comunique al director del establecimiento de salud y éste al Director distrital o Zonal 10. Si revierte puntaje use los pasos correspondientes.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL SEGÚN LA PERCEPCION DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DESDE EL 01 DE JULIO DEL 2016 HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2016.

AUTORES:

Tatiana Marilin Espinosa Chavarrea

Andrea Patricia Ordoñez Cevallos

INSTITUCIONES Y ENTIDADES CON LAS QUE SE COORDINA LA INVESTIGACIÓN:

HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PARTE I: INFORMACIÓN

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes que hayan sido atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés y que se les invita a participar en la Investigación para la Evaluación de calidad de Atención del parto vaginal según la percepción de las pacientes. Nos interesa conocer desde su propia experiencia cómo sintió la calidad de la atención ofrecida en el

servicio de centro obstétrico de este hospital. Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación porque su parto ha sido atendido en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés y su participación e investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información obtenida a través de esta entrevista será mantenida bajo estricta confidencialidad.

Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO 4

ENCUESTA SERVPERF

ENCUESTA CON CONSENTIMIENTO, DIRIGIDA A LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS.

DATOS GENERALES

- 1) Edad _____
- 2) Nivel de instrucción: Ninguna () Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()
- 3) Estado Civil: Soltera () Casada () Unión libre () Otra ()
- 4) Etnia: Blanca () Indígena () Mestiza () Negra () Otra ()

DATOS GINECO OBSTÉTRICOS

- 1) Gestas Fórmula: G___ P___ C___ A___
- 2) Fue atendida por: Médico () Obstetra () Interno Rotativo ()

N.	DIMENSIONES	ATRIBUTOS	1 Insatisfacción severa	2 Insatisfacción moderada	3 Insatisfacción leve	4 Satisfacción	5 Satisfacción moderada	6 Satisfacción Amplia
1	RESPUESTA RÁPIDA	¿Fue Usted atendida Inmediatamente a su llegada al hospital?						
2		¿En momentos en los cuales necesito la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?						
3		¿Fue trasladada rápidamente a la sala de partos una vez entro en el periodo expulsivo?						
4	EMPATÍA	¿El personal del centro obstétrico la trató con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?						
6		¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?						
7	SEGURIDAD	¿Su atención estuvo a cargo del médico de turno?						
8		¿Se le dejó sola durante largo periodos de tiempo?						
9		¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?						
10		¿El personal del Centro Obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?						
11		¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?						
12		¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?						
13		¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?						
14		¿Volvería usted a dar a luz en este hospital?						
15	CONFIANZA	¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?						
16		¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?						
17		¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?						
18		¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?						
19		¿Recomendaría a un Familiar o amigo a que den a luz en este hospital?						
20	TANGIBLE	¿Los ambientes del centro obstétrico y la sala de parto estuvieron limpios y cómodos?						
21		¿Se sentía confortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?						
22		¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?						

