

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Postgrados

Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital

Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

María Esther Castillo Muñoz

Tesis de Grado presentada como requisito para la obtención del título de Máster en
Salud Pública

Quito, Diciembre del 2012.

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital

Gineco-Obstetrico Isidro Ayora.

María Esther Castillo Muñoz

Mauricio Espinel, Ph.D
.....

Director de Tesis

Gustavo Molina, M.D
.....

Miembro del Comité de Tesis

Bernardo Egenberg, MPH
.....

Miembro del Comité de Tesis

Fernando Ortega, Ph.D
.....

Decano de la Maestría de Salud Pública

María Isabel Roldós, Ph.D
.....

Directora de la Maestría de Salud Pública

Gonzalo Mantilla, M.D Título Académico
.....

Decano del Colegio de Ciencias de La Salud

Víctor Viteri. Ph.D
.....

Decano del Colegio de Postgrados

Quito, Diciembre del 2012.

© **Derechos de Autor**

María Esther Castillo Muñoz

2012

Resumen

El parto es una de las experiencias más valiosas para la mujer. Por un lado es un nuevo ser en el mundo, el mismo que trae una inmensa alegría y por otro el evento más doloroso que se pueda experimentar. La labor de parto, el parto y el post parto deben ser manejados con calidad total y siguiendo las guías recomendadas por el Ministerio de Salud y las organizaciones mundiales de la salud.

Se realizó esta investigación, para determinar si el hospital Gineo-Obstétrico Isidro Ayora está cumpliendo los parámetros de calidad, especificados en las normas y guías de salud. La investigación “Trato de Calidad durante el Parto en la Maternidad Isidro Ayora-Quito” es una investigación cuantitativa, con un componente cualitativo.

La investigación fue dirigida a las mujeres gestantes que fueron atendidas en esta unidad médica. La muestra se obtuvo por conveniencia y fue de 50 mujeres. Se realizaron dos encuestas una dentro de la unidad de salud y otra un mes después del parto, también se realizó un seguimiento de la madre y el recién nacido durante el tiempo de estadía en el hospital HGOIA. Se entregó a todas las gestantes participantes un consentimiento informado el cual explicaba el estudio.

De las 50 gestantes que respondieron a la encuesta mientras se encontraban en la maternidad el 98% de las gestantes dijo que el trato que reciben en el Hospital Isidro Ayora es de calidad, cuando se realizó la encuesta mes después del parto apenas el 54% de gestantes opinaba que el trato recibido fue de calidad. Por otro lado se determinó que el 100% de los recién nacidos son alimentados con leche de fórmula, contrario a lo recomendado por las guías de calidad en salud.

Tabla de Contenido

1. Introducción

II. Parte Fundamento Teórico

1. El Parto

1.1 El Parto tradicional Humanizado.

1.2 El Parto institucional

1.3 Fisiología del Parto

1.4 Manejo del Parto Institucional

1.4.1 Tactos vaginales

1.4.2 Parto grama

1.4.3 Episiotomía

1.4.4 Corte del cordón Umbilical

1.4.5 Apego precoz madre-recién nacido

1.4.6 Lactancia Materna

2. Maternidad Isidro Ayora -Quito

3. Normativa en el atención del parto Ministerio de Salud Pública del Ecuador

4. Base Legal

III. Parte Metodológica

1. Diseño epidemiológico del estudio

2. Selección de Beneficiarias

2.1 Criterios de Inclusión

2.2 Criterios de Exclusión

3. Toma de datos

- 3.1 Historias clínicas llenas correctamente
- 3.2 Número de tactos vaginales realizados.
- 3.3 Trato del personal de salud de la institución a las gestantes.
- 3.4 Manejo de la labor de parto
- 3.5 Criterios de episiotomía
- 3.6 Manejo durante la expulsión del recién nacido
- 3.7 Tiempo que se deja el cordón umbilical antes del corte.
- 3.8 Iniciación de lactancia materna

4. Creación de Base de Datos

5. Análisis de Datos

IV. Aspectos Bioéticos

V. Resultados

VI. Conclusión

VII. Limitaciones

VIII. Recomendaciones

IX. Discusión

X. Referencias

XI. Anexos.

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

I. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo se dan alrededor de 130 millones de partos al año. En América Latina se registraron 11.553 millones partos en el 2006, y en el Ecuador 293.000 (OPS, 2010), de estos partos 11.618 fueron atendidos en la Maternidad Isidro Ayora. (Estadísticas Isidro Ayora 2010). El correcto manejo de las gestantes durante su labor de parto asegura la estabilidad emocional de la madre y el recién nacido, así como la salud corporal de los mismos.

El parto es un evento natural, el mismo que ocurre en la mayoría de veces de forma espontánea donde la madre y el feto participan activamente. El parto es una experiencia familiar y social (Ministerio de Salud Pública, 2007). Es una de las experiencias más valiosas para la mujer. Por un lado es un nuevo ser en el mundo, el mismo que trae una inmensa alegría y por otro un evento doloroso. Por este hecho, la nueva madre experimenta varias emociones juntas, que la vuelven vulnerable (Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008).

Cada embarazada vive una experiencia afectiva, física y psíquica diferente, que no puede ser comparable con la experiencia vivida por otra madre (Stoppard, 2006). Por estas razones, es que el trato que recibe una mujer antes, durante y después del parto son importantes para asegurar la estabilidad emocional de la nueva madre y el recién nacido.

II. Planteamiento del Problema

El manejo de la labor de parto, el parto y el post parto deben ser manejados con calidad total. Fallas en el manejo pueden ocasionar serios problemas de salud a la madre y/o al recién

nacido. El manejo correcto de todas las etapas del parto, aseguran la salud física y mental de los pacientes, es por eso que el control de cada uno de los eventos debe ser monitoreado y tratado de acuerdo a normas internacionales.

El control del avance de la gestante en su labor de parto debe ser verificada periódicamente para poder actuar a tiempo, para esto se realiza el tacto vaginal. . En un estudio realizado en 1990 se determinó que después de estudiar a 56 mujeres a las cuales se les realizó exámenes vaginales cada semana por 37 semanas hasta el día de su parto, mientras 45 mujeres no tuvieron ningún examen durante su gestación. Solo 18% de las mujeres examinadas tuvieron ruptura de membrana prematuramente mientras que el 13% de las mujeres no examinadas tuvieron ruptura de membrana prematura, lo que indica que no existe significancia entre los dos grupos dejándonos ver que el examen vaginal no es de riesgo. (Jenniges K, 1990) A pesar de lo encontrado en el estudio el examen vaginal si es incomodo y doloroso y debe ser registrados en las historias clínicas para tener un estricto control de la paciente durante la estadía en la institución de salud.

El tiempo oportuno de corte del cordón umbilical es importante por los beneficios que este procedimiento ofrece al recién nacido. Se han presentado varios estudios donde se indica que demorar el corte del cordón umbilical post parto mejora significativamente los niveles de hierro del recién nacido. Aproximadamente el 75% de sangre disponible en la placenta es pasada al recién nacido durante el primer minuto (Errol R Norwitz, 2011) En otro estudios realizado en una población parecida a la nuestra como es México se realizó un estudio en 476 madres a las cuales se las dividió en dos grupo. Al primer grupo se le realizó el corte del cordón umbilical a los dos minutos de la expulsión del recién nacido vs el grupo al cual se

realizó el corte del cordón umbilical a los 10 segundos de la expulsión del recién nacido. Estos dos grupos de madres y sus hijos fueron seguidos durante seis meses después del parto para revisar los niveles de ferritina, volumen corpuscular y hierro total en sangre (Errol R Norwitz, 2011).

Lo que se encontró en este importante estudio fue que después de 6 meses los bebés que estuvieron en el grupo donde se demoró el corte del cordón umbilical tenían valores elevados significantes de volumen corpuscular (81.0 fL vs 79.5 fL 95% CI -2.5 a -0.6, $p=0.001$), ferritina (50.7 $\mu\text{g/L}$ vs 34.4 $\mu\text{g/L}$ 95% CI -30.7 a -1.9, $p=0.0002$), y hierro en sangre en comparación con el grupo de bebés que estuvo en el grupo donde se cortó rápido el cordón umbilical. En conclusión el cortar el cordón umbilical después de hasta 2 minutos de la expulsión incrementa en 27-47mg las reservas de hierro durante 6 meses. (Camila M Chaparro PhDa, 2006).

III. Pregunta de la Investigación

1. ¿Se cumplen los estándares internacionales y nacionales en el manejo del parto y del recién nacido en la Maternidad Isidro Ayora? .

IV. Justificación

El Parto

El parto puede ser atendido de varias maneras, pero se puede resumir en el parto institucional o el parto tradicional humanizado.

1.1 El parto tradicional humanizado

El parto tradicional/intercultural tiene su historia milenaria, es por esto que una de los primeros tipos de parto fue lo que hoy se conoce como el parto culturalmente adecuado o parto tradicional humanizado.

El parto tradicional humanizado aplica los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud (UNICEF, 2012). Para las comunidades indígenas el parto consiste en tradiciones como la posición vertical, la presencia del esposo y familiares, el uso de hierbas para relajarse, etc. El rol del esposo es fundamental durante el parto intercultural, ya que el mismo ofrece apoyo emocional y físico durante el parto. Los familiares de la gestante juegan un rol también importante, ya que los mismos están pendientes de la madre y pueden identificar cualquier riesgo de complicaciones (UNICEF, 2012).

Según UNICEF el principio del parto tradicional humanizado es un trato respetuoso que combina los principios del parto humanizado dentro de un contexto local de interculturalidad. La atención humanizada del parto y el nacimiento se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas y en los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo. Se basa en la libertad y derecho de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quien parir, en uno de los momentos más importantes de su vida. El parto tradicional confía profundamente en la sabiduría del

cuerpo de la gestante y del recién nacido partiendo del hecho de que el embarazo es un hecho fisiológico íntimo, amoroso y sagrado, y no un enfermedad (Hodnett, 2006) .

Los partos tradicionales, según la encuesta ENDEMAIN (2004), clasificados como partos en casa fueron del 34% durante el período 1989 a 1994, se vio un descenso durante el 1994 a 1999 llegando a ser 29%, y del 23.8% durante 1999 al 2004. Des estos datos solo el 12.7% fue atendido por una partera, y solo el 30.1% tuvo atención profesional.

1.2. El Parto Institucional

El parto institucional en los países desarrollados y en vías de desarrollo ha sido la muestra de cómo la salud de sus comunidad ha mejorado. Dentro de las metas del milenio propuestas por la Organización Mundial del Salud, se encuentra la reducción de la mortalidad materna hasta el 2015. Los países que integran y desean cumplir estos objetivos decidieron incrementar la cobertura de partos institucionales (United Nations, 2012). El punto de vista de la medicina moderna, enfocada al uso de las últimas y mejores tecnologías, han hecho que el parto institucional supere en porcentaje de usuarias al parto tradicional/ intercultural.

En el período comprendido entre 1989 a 1994, seis de cada diez partos fueron institucionales, dando al Ecuador un promedio del 60% de partos institucionales, por otro lado en el período de 1994 a 1999 la cobertura para partos institucionales fue del 69,2%, siendo esta más alta en el área urbana (86.2%) (EDEMMAIN, 2004). Para el período de 1999 al 2004, el porcentaje de partos institucionales haciende al 74.2%. Las cifras se ven afectadas dependiendo del lugar de residencia de las mujeres gestantes ya que en las áreas rurales el porcentaje de partos institucionales fue del 57.1% mientras que el área urbana llego al 88.6% (EDEMMAIN, 2004).

Tabla 1. Diferencias entre el Parto Institucional y el Parto Tradicional

	Parto Institucional	Parto Tradicional
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en idioma Castellano. • Trato frío y algunos casos recriminatorios. • Esposo o familia no están autorizados para estar con la gestante en la sala de partos. • Rotación del personal de salud, no fortaleciendo vínculo con la gestante. • Partera excluida del trabajo de parto. • Corte del cordón umbilical realizado por alguien externo a la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en quichua • Trato cálido, protección, ambiente de confianza. • Familia y partero presente durante todo el proceso. • Corte del cordón umbilical por familiar o madrina.
Procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento de la mujer. • Uso de bata ginecológica. • Enemas y rasurado. • Exámenes físicos y 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto en Casa • Conserva su ropa habitual. • Exámenes físicos

	<p>vaginales realizados por un profesional de salud (en ciertos casos realizado por estudiantes de medicina).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente para trabajo de parto frío, iluminado, estéril y ruidoso. • Personas ajenas a la madre además del personal de salud presente en la sala de parto. • Posición horizontal. • Camilla ginecológica. • Fármacos para ayudar a la involución uterina. 	<p>mínimos y más bien externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierbas y bebidas calientes preparadas por el esposo. • Ambiente para trabajo de parto abrigado, oscuro, silencioso y tranquilo. • Solo esposo, familiares y partero presentes en el parto. • Posición vertical, en cunclillas. • Uso de pellejo para recibir al recién nacido. • Esposo o partero(a) dan apoyo físico para hacer fuerza. • Aplicación de cremas y aceites naturales. • Uso del gollete para
--	---	---

		ayudar la involución uterina.
Atención Inmediata después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en el niño. • Corte del cordón umbilical con herramienta esterilizada. • Placenta desechada. • 72 horas de permanencia en el establecimiento. • Alimentación determinada por el establecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en la madre. • Corte del cordón umbilical con herramienta no esterilizada. • Placenta enterrada para evitar consecuencias en salud de la madre. • Reposo post parto de 10 a 12 días. • Caldos para fortalecerla y evitar deposiciones.

(Salud Sin Limites, 2003)

1.3 Fisiología del Parto

El evento del parto lo podemos dividir en tres fases:

- a. Fase latente.
- b. Fase activa.
- c. Fase expulsiva (F. Gary Cunningham, 2006).

Durante la fase latente la mujer permanece generalmente en casa, y está en la capacidad de realizar sus labores cotidianas, durante esta fase se hacen evidentes las contracciones falsas o también conocidas como contracciones de Braxton Hicks. El propósito de esta fase, es iniciar la dilatación del cuello uterino (F. Gary Cunningham, 2006).

La fase activa inicia las contracciones verdaderas, las mismas que se incrementan en Fuerza y duración (Stoppard., 2002). El cuello uterino se dilata con rapidez alcanzando en algunas madres los 8 a 9 cm de dilatación (Peter J. Chen, 2008). Durante esta fase el dolor llega a ser tan fuerte que la madre necesita atención profesional.

La fase expulsiva inicia al culminar la dilatación uterina (10cm) y al expulsar al recién nacido, esta fase termina con la expulsión de la placenta (F. Gary Cunningham, 2006). Durante las últimas dos fases es necesario verificar a cada momento el bienestar de la gestante y del feto. El estado anímico-emocional debe ser estable en la gestante, y el personal de salud debe atenderla si se presentase lo contrario (Generalidad de Cataluña, 2003). La dificultad de la fase expulsiva depende del número de partos vaginales previos, el tipo de estructura ósea de la madre, el tamaño del recién nacido y el nivel de dolor que la madre pueda soportar (Stoppard, 2006).

La gestante junto con su pareja y/o familiar por lo regular llegan al Hospital cuándo creen iniciada la labor de parto. Desde la entrada al servicio de salud, el personal debe evaluar la situación personal de cada paciente. La gestante debe ser interrogada para llenar sus datos en la historia clínica, se le debe hacer un examen físico para determinar en qué fase del parto se encuentra. Al mismo tiempo se debe iniciar el control del feto, verificando su estado y descartando riesgos (Generalidad de Cataluña, 2003).

Y una vez comprobado que la futura madre se encuentra en trabajo de parto, y que el feto esta fuera de peligro se debe asegurar un ambiente psicoactivo en el área del parto. La atención que la gestante debe recibir es en la base a la diversidad cultural y de acuerdo al tipo de parto que la madre desee (Generalidad de Cataluña, 2003).

1.4 Manejo del parto Institucional

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) en cuidado a la gestante debe iniciarse con la comunicación. La madre y su acompañante deben sentirse bienvenidos en la institución de salud. El lenguaje debe ser simple y claro en todo momento, para lograr que la gestante esté al tanto de todo lo que sucede. En todo momento hay que verificar si la gestante entendió el protocolo a seguir y las diferentes instrucciones que se le den, incluyendo en esto la información de rutina, exámenes y tratamientos (World Health Organization, 2006).

La privacidad y la confidencialidad son fundamentales antes, durante y después del parto, ya que la madre debe sentir confianza por el personal de salud que la atiende. Es necesario pedir el consentimiento de la gestante antes de divulgar cualquier información acerca de su salud y la del feto. Las historias clínicas deberán ser confidenciales y solamente el personal de salud que atiende a la gestante en ese momento podrá tener acceso (World Health Organization, 2006).

La guía para la atención de la labor de parto, el parto y el post parto creada por la Organización Mundial de la Salud en el 2006 indica que se debe:

Primera Etapa (No en labor de parto activa)

- a. Observar la vulva para determinar si se presentan

- ◆ Partes fetales visibles.
- ◆ Sangrado Vaginal.
- ◆ Perineo abultado.
- ◆ Queloides, verrugas o cicatrices que puedan interferir con el parto.
- ◆ Fuga de Líquido Amniótico.
 - Con meconio o sin meconio

b. Exanimación Vaginal

- ◆ Nunca rasurar el área perineal.
- ◆ Preparar → Guates, torundas de gaza y sanitarias.
- ◆ Lavar las manos con jabón antes y después de una exanimación.
- ◆ Lavar la vulva y el área perineal.
- ◆ Colocarse los guantes de manejo.
- ◆ Posicionar a la mujer con las piernas flexionadas y aparte.
- ◆ Realizar el examen vaginal
 - Nunca durante una contracción
 - Determinar la dilatación cervical en centímetros
 - Determinar la presencia de partes blandas o duras, redondeadas o no.
 - Identificar membranas
 - Determinar la presencia de cordón umbilical

Segunda Etapa

(Para usarse a partir de la dilatación de 10cm de cérvix o visibilidad de la cabeza del feto)

a. Monitoreo cada 5 minutos

- Para detectar signos de emergencia.

- Frecuencia, intensidad y duración de las contracciones.
- Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Endurecimiento o prolapso del periné.
- Visualización del descenso de la cabeza fetal.
- Registrar los cambios en el parto gram.
- Dar soporte de cuidado.
- Nunca dejar a la gestante sola.

b. Expulsión del Recién Nacido

- Asegurar que todo el equipo y suplementos, incluyendo el equipo de resucitación del recién nacido, se encuentren disponibles.
- Asegurarse de que la vejiga de la madre se encuentra vacía.
- Asistir a la gestante a encontrar una posición cómoda a su elección, lo más vertical posible.
 - Nunca dejar que la gestante se recueste sobre su espalda durante el proceso del parto
- Acompañar a la mujer y ofrecerle soporte físico y emocional.
- Permitirle a la gestante que puje de acuerdo a sus necesidades con las contracciones.
- Esperar hasta que la cabeza del feto sea visible y el periné se encuentre distendido.
 - Si se evidencia obstrucción del progreso por verrugas, cicatrices, Queloides, anteriores desgarros de tercer grado, realizar una episiotomía.

- Nunca realizar episiotomías de rutina.
- c. Asegurar el control de la expulsión de la cabeza
- d. Revisar si la cara del Recién Nacido está limpia de moco y membranas.
- e. Esperar por rotación espontánea y expulsión del hombro (dentro de los 1-2 minutos).
- f. Aplicar presión leve para lograr la expulsión del hombro.
- g. Levantar al Recién nacido para lograrla expulsión del otro hombro.
- h. Colocar al Recién Nacido sobre el abdomen de la madre o en los brazos de la madre.
 - Si la madre no puede sostener al recién nacido o si existe algún problema con el RN, se debe llevar al bebe a un lugar cerca de la madre.
- i. Anotar la hora del Nacimiento.
- j. Secar al bebe en su totalidad inmediatamente después del nacimiento.
- k. Revisar el patrón respiratorio del bebe mientras se seca al bebe.
- l. Excluir la posibilidad de un segundo bebe.
- m. Palpar el abdomen de la madre.
- n. Administrar 10 UI de oxitócica intra-muscular a la madre.
 - Si el sangrado es abundante, administrar otra dosis de oxitócica 10IU
- o. Observar el sangrado vaginal
- p. Cortar el cordón umbilical.
- q. Dejar el recién nacido sobre el pecho de la madre, en contacto piel con piel y colocar identificaciones
- r. Cubrir al bebe con su gorrita.
- s. Promover la iniciación de la lactancia materna.

Tercera Etapa (Expulsión de la placenta)

- a. Asegurar la administración de la oxitócica 10 IU intramuscular.
- b. Esperar por una contracción uterina fuerte y mantener el control con la tracción.
- c. Verificar que la placenta se encuentre completa y de igual forma las membranas.
- d. Revisar que el útero se encuentre contraído y que no exista sangrado excesivo.
- e. Examinar el periné y vulva para descartar desgarros.
- f. Limpiar a la madre y el área en la que se encuentra recostada.
- g. Mantener a la madre, y al bebe en el mismo cuarto.
- h. Desechar la placenta de acuerdo a las normas de seguridad, salud y ambiente.

1.4.1 Episiotomía

La episiotomía es una incisión en el periné realizada durante la segunda fase de la labor de parto (Vladimir Kalis, 2008). La episiotomía se realiza usualmente con tijeras quirúrgicas cuando el área de periné está extendida, justo antes de que la cabeza del bebe corone. El uso rutinario y libre de la episiotomía, es desafortunadamente muy común, sobre todo en instituciones de salud con bajos recursos económicos, y en países en vías de desarrollo. (Liljestrand, 2003) La episiotomía es una de las maniobras más comúnmente utilizadas en la mujer. Al cambiar las prácticas clínicas de la obstetricia han influenciado a la disminución de la práctica de este procedimiento; 60.9% de episiotomías en 1979 a 24.5% en el 2004. (Robinson, 2012)

La prevalencia de las episiotomías es alta en América Latina en comparación con Europa, como ejemplo tenemos que en Suiza se realizan 1% de episiotomías en partos vaginales en comparación a 80% de episiotomías durante partos vaginales en Argentina (Robinson, 2012). La decisión de realizar una episiotomía parece depender del proveedor

de salud que atienda el parto. Especialmente proveedores de la salud privados y médicos docentes son los más inclinados a realizar este procedimiento, en comparación con las obstetras (Howden NL, 2004)

La posición de la madre, así como el uso de anestesia parecen jugar un rol muy importante en la decisión de proceder con un epidural. La episiotomía es más común de ser realizada en partos programados que en parto espontáneos (Weber AM, 2002).

El propósito de la episiotomía es incrementar el diámetro de salida y prevenir laceraciones y desgarros de cuarto grado perianales, facilitando así el parto, y reduciendo el tiempo de la expulsión del recién nacido, reducir el tiempo de mejora de madre, preservar los músculos del piso pélvico, y reducción de traumas neonatales, (Robinson, 2012) (Carroli G, 2000).

Por otro lado tenemos los contra de la episiotomía los cuales incluyen: Incisión extensa que termina en desgarro de 3º o 4º grado, resultados anatómicos insatisfactorios, incremento del sangrado, incremento del dolor postparto, nivel elevados de infecciones postparto, disfunción sexual, posibilidad incrementada de laceraciones subsecuentes en partos posteriores (Liljestrand, 2003).

En un estudio sistemático que evaluó las intervenciones de la episiotomía rutinaria concluyo que no existe suficiente evidencia la cual indica que evitar la episiotomía menor significativamente los traumas perineales (Eason E, 2000). Estos resultados son importantes ya que la episiotomía es factor prevalente del dolor postparto. En algunos estudios se menciona que, mujeres que fueron atendidas durante el parto con un periné intacto o con laceraciones espontaneas, tuvieron menos dolor postparto en comparación con mujeres que recibieron episiotomía (Klein MC, 1994)

Igualmente controversial son los resultados de músculos flácidos del piso pélvico en mujeres que tuvieron episiotomía en comparación con aquellas que no (Klein MC, 1994) (Sartore A, 2004) (Fleming N, 2003). Pero los resultados de los estudios sistemáticos hacen difícil la interpretación de datos ya que la episiotomía fue realizada en diferentes tiempos, con técnicas quirúrgicas diferentes, y con profesionales de la salud que aplica diferentes habilidades y destrezas.

Diferentes revisiones sistemáticas consistentemente han hecho énfasis en que no ofrece beneficio el uso rutinario de la episiotomía. A pesar de que la episiotomía es un procedimiento de rutina en varios países, la misma no es recomendada. En un estudio randomizado que comparó el uso restrictivo de la episiotomía vs el uso rutinario de la episiotomía encontró que el uso restringido resulta en menos trauma perineal posterior (RR 0.88, 95% IC 0.84-0.92), menos suturas (RR 0.74, 95%CI 0.71-0.77), menores riesgos de complicaciones (RR 0.69, 95% CI 0.56-0.85) a pesar de presentar mayor trauma perineal anterior (RR 1.79 95%CI 1.55-2.07) (Carroli G, 2000).

En otro estudio de revisión sistemática concluyó que no hay evidencia de que la episiotomía de rutina resulte en una reducción significativa en la severidad de las laceraciones, dolor, prolapso de órganos pélvicos, comparados con la política de uso restringido de la episiotomía (Hartmann K, 2005). Un total de 26 controles randomizados fueron estudiados en los primeros tres meses postparto y en estudios prospectivos se trató el resultado a largo plazo. No se encontró diferencia entre los grupos en la incontinencia urinaria postparto (Fritel X, 2008)

En un análisis de políticas de rutina sobre la episiotomía se concluyó que la realización de esta rutinariamente cuesta más que realizarla restrictivamente. Para este análisis se consideraron costos hasta el mes postparto (Borghi J, 2002)

Basado en estos y otros estudios el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología apoya la posición de que se realice la episiotomía en casos necesarios y no en forma rutinaria. La episiotomía debe ser realizada en caso de parto de alto riesgo, alto riesgo de laceración perineal, distocia significativa de tejido, o en la necesidad de facilitar el parto de un posible feto comprimido (Robinson, 2012).

1.4.2 Apego precoz madre-recién nacido

El apego precoz o también llamado contacto temprano piel a piel, consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o dentro de las 24 horas después del nacimiento (Saloojee, 2008). El sentimiento de apego, se establece en todos los mamíferos durante el llamado periodo sensible o período crítico del post parto. En el ser humano, este período es mucho más intenso en las dos primeras horas post-parto y no hay que desaprovecharlo (Widlöcher, 2004).

Durante este período madre e hijo debe permanecer en una relación de profunda intimidad y contacto que les permita conocerse mutuamente. La madre hace un cotejo de la imagen de su hijo "imaginario" con su hijo real, reconoce sus rasgos físicos, intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos, y al tomar conciencia de la indefensión de su hijo, aparece en ella un profundo sentimiento maternal de afecto y necesidad de protección, base del sentimiento de vínculo o apego (Widlöcher, 2004).

El niño por su parte, está dotado de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus

necesidades y esperar de ella una respuesta congruente para satisfacerlas (Widlöcher, 2004).

El lograr el apego precoz, durante el "período sensible" logra a nivel psicofisiológico programar comportamientos positivos a futuro (Moore ER, 2007).

En la evolución de la historia del parto se conoce que el apego precoz es la norma, pero las prácticas cotidianas han cambiado y separar al recién nacido de la madre poco después del nacimiento es lo más común (Cooke M, 2003). En 30 estudios clínicos donde se evaluó el apego precoz del Recién Nacido con la madre en 22 países desarrollados, y 8 países en vías de desarrollo, se encontró que: Los datos eran escasos para evaluar el efecto del contacto piel a piel temprano en la lactancia de los 4 a 6 meses y a los 12 meses de vida. No obstante, se encontró que en el apego precoz (dentro de las primeras 24 horas) después del nacimiento se reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente (Puig G, 2007).

El contacto precoz ofrece beneficios adicionales al tacto, el olor y la temperatura pues permite favorecer el inicio del neonato en la lactancia (Ministerio de Salud Pública, 2009).

De modo que la práctica del apego precoz se considera una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas (Puig G, 2007).

1.4.3 Lactancia Materna

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido. Los beneficios probados para el infante y la madre son innumerables. La organización mundial de la Salud, junto a la Academia Americana de Pediatría, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el

Preventive Service Task Force de los Estados Unidos recomiendan la lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses de vida (Breastfeeding, 2012). Los beneficios a corto plazo y a largo plazo implican el desarrollo neuronal, la función gastrointestinal, las defensas inmunológicas y el estado emocional en general (Chung M, 2008).

Los beneficios clínicos de la lactancia para el infante están basados en los diferentes componentes de la leche materna, los mismos que estimulan la motilidad gástrica, con lo cual se mejora la maduración gastrointestinal del recién nacido (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

Además, en un estudio reciente realizado en Ghana, se mostró que el fomentar el inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la sobrevivencia del niño (United Nations, 2012). Se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amantara a todos los neonatos a partir del 1.º Día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora (United Nations, 2012).

En estudios publicados por *Pediatric Allergy Immunol* se describe el efecto de la proteína de la leche de vaca como agente activador de la respuesta inmune. El efecto es incrementado si la exposición a la leche de vaca es cuando el ser humano es menor a los 12 meses de vida (Host A, 1994). De no lograrse la lactancia materna exclusiva lleva a poner en riesgo a los recién nacidos ya que en el estudio presentado en la revista científica *Diabetology*, donde se menciona que los recién nacidos alimentados con leche de fórmula en base a leche de vaca tienen un riesgo mayor de tener diabetes tipo 1 (Virtanen SM, Savilahti E, et al., 1994).

1.4.4 Corte Oportuno del Cordón Umbilical

En el Componente Normativo Materno Neonatal (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2008), se indica que el cordón umbilical debe ser pinzado y, posteriormente, cortado una vez que ha dejado de latir , esto quiere decir después de dos a tres minutos luego del naciéntito.

Los pasos a seguir para el corte oportuno del cordón umbilical una vez que el recién nacido a nacido son :

1. Colocar al recién nacido, siempre y cuando esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen descubierto de la madre , donde debe ser abrigado con una frazada seca y caliente. Para lograr una transfusión placentaria óptima, el recién nacido debe estar a una altura no mayor ni menor a diez centímetros sobre el nivel de la placenta.
2. El momento óptimo para ligar el cordón del recién nacido, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación de este ha cesado por completo, cuando el cordón está aplanado y sin pulso dos a tres minutos después del nacimiento (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011).

El pinzamiento oportuno del cordón ofrece ventajas y beneficios, ya que la placenta transfiere sangre oxigenada y permite aumentar el volumen sanguíneo. La sangre que pasa en los minutos antes del corte del cordón van cargadas de hierro, que a futuro evitara anemias en el recién nacido (Morley, 1998). Los niveles de hierro sérico, dependientes del volumen sanguíneo del recién nacido, constituyen un factor determinante para el futuro nutricional del niño o la niña, ya que según un estudio realizado por Chaparro LM (2004) los niveles de hierro sérico a los seis meses de edad fue de 30.7% en aquellos que no se uso el pinzamiento

oportuno, y de un 57,6 en aquellos bebés con pinzamiento oportuno. (CM Chaparro, 2004).

El corte oportuno del cordón umbilical se relaciona con menores riesgos en los recién nacidos prematuros ya que reduce la incidencia de hemorragia sanguínea, sepsis y la enterocolitis necrotizante (Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J, 2006) (Chaparro and Lutter, 2007)

El corte oportuno del cordón, no solo da beneficios al recién nacido ya que se ha comprobado que este hecho da beneficios a la madre. al mayor volumen de sangre que sale de la placenta , mayor facilidad al expulsarla, menor tiempo del tercer periodo del parto, mejor estado hematológico a futuro entre otros (Ministerio de Salud Publica, 2007).

V. Maternidad Isidro Ayora - Quito

La Maternidad Isidro Ayora es un hospital público sin fines de lucro. Fundado en 1899 por Juana Miranda quien fue de la primera promoción de comadronas profesionales y Abadesa del Hospital de Caridad de Quito. El nombre de la maternidad en ese entonces era Asilo Vallejo-Rodríguez y funcionaba en unos cuartos de la Quinta de San Vicente de Paúl de las Hermanas de La Caridad, mientras se remodelaba la casa de la Loma Chica. (HGOIA, 2008)

Años más tarde se inaugura la nueva Maternidad bajo la presencia del Señor Presidente de la República Don Galo Plaza el 28 de marzo de 1951 y abre sus puertas a la sociedad Quiteña el 25 de mayo de ese mismo año. La maternidad se logra constituir gracias a la iniciativa de la Honorable Junta Central de Asistencia Pública quienes cedieron el terreno para su construcción, el Gobierno del Ecuador y del Servicio Interamericano de Salud Pública. La maternidad adquiere el nombre del ex - presidente de la República Dr. Isidro Ayora Cueva. (HGOIA, 2008)

Durante esa época la maternidad atendía a una población de 250.000 a 300.000 habitantes de la ciudad de Quito, siempre tratando de cumplir los más altos estándares según la práctica médica para esa fecha. La Maternidad disponía de una red de desagües con sus respectivos tanques asépticos y cloronizadores para el tratamiento de las aguas (HGOIA, 2008).

El 11 de febrero de 1963, termina el convenio con el Servicio Interamericano de Salud Pública el mismo que financiaba el mantenimiento del edificio y cubría el pago del personal, la Maternidad pierde su autonomía y pasa a control, de la entonces Junta Central de Asistencia

Social, hoy Dirección Provincial de Salud de Pichincha que desde 1972 depende del Ministerio de Salud Pública.

En los oficios N° 101 del 31 de octubre y N° 1952 del 12 de noviembre de 1979 la Dirección de la Maternidad “Isidro Ayora” de la ciudad de Quito por razones de orden técnico funcional, establece que la Maternidad es un Hospital de Especialidades y no únicamente obstétrico. Según el Registro Oficial N° 118 del 30 de enero de 1980, se cambió el nombre de Maternidad “Isidro Ayora” por el de Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”. (Registro Oficial, 1979) (Registro Oficial, 1980)

El Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” (HGOIA), por decreto gubernamental de febrero de 1982, es un Hospital de Especialidad, de referencia nacional, docente, que da atención a la madre embarazada en el control prenatal, labor, parto y puerperio, al recién nacido considerándolos como una unidad biosicosocial y a la mujer que requiere atención ginecológica, orientación y control de planificación familiar tanto en Consulta Externa como en Hospitalización.

El Hospital además cumple la función docente, en las áreas de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Enfermería. El HGOIA para el año 2001 de acuerdo al censo del INEC del 2001, atiende las necesidades de una población de 1´ 839. 853 habitantes de Quito y 2´388 817 habitantes de la provincia de Pichincha.

En la actualidad el HGOIA está ubicado en el Ecuador, en la provincia de Pichincha, en la ciudad de Quito, en la parroquia de San Blas, Av. Gran Colombia N14-66 y Sodiro. El Hospital Gineceo Obstétrico “Isidro Ayora” de Quito es una unidad del Ministerio de Salud

Pública del Ecuador, considerado hospital especializado de referencia nacional, para la atención de integral de las tres especialidades: Obstetricia, Ginecología y Neonatología-Pediatria. Además, es un centro de formación para profesionales de la salud, tanto de pregrado como de posgrado y entidad de capacitación continua e investigación (HGOIA, 2008).

Al momento el HGOIA cuenta con 249 camas.

Tabla 2: Numero de Camas Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

AREA	CAMAS
Obstetricia	100
Obstetricia Adolescentes	30
Patología Obstétrica	50
Ginecología	14
Neonatología	55
TOTAL	249

HGOIA, 2004

Los servicios que oferta el HGOIA son:

- Centro Obstétrico
- Centro Quirúrgico
- Emergencia
- Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos
- Patología Obstétrica

- Neonatología (Atención recién nacido normal, Patología Neonatal, Banco de Leche Humana, Cirugía Neonatal)
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
- Servicio de Atención Integral para Adolescentes
- Ginecología (, Hospitalización, Cirugía Ginecológica, Cirugía Laparoscópica)
- Consulta Externa (Control Prenatal, Planificación Familiar, Control Posparto, Consulta Neonatal, Consulta Ginecología)
- Hospitalización
- Odontología
- Servicios de Diagnóstico
- Psicología
- Trabajo Social
- Informática
- Alimentación
- Lencería
- Mantenimiento

En el área administrativa, el HGOIA cuenta con los siguientes procesos:

- Administración
- Financiero
- Recursos Humanos
- Estadística
- Farmacia

El Hospital además cumple la función docente, en las áreas de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Enfermería. (HGOIA, 2008)

El HGOIA realiza el mayor número de prestaciones destinadas a la población femenina en edad fértil de la sierra Ecuatoriana. Al ser un hospital de carácter público todo tipo de prestaciones son cero costos para las usuarias y sus recién nacidos.

Las usuarias generalmente llegan al HGOIA para iniciar con controles prenatales, el 92,6% de las mujeres atendidas llegan antes de las 20 semanas para iniciar con sus chequeos médicos, mientras que el 0,9% llegan a su primera revisión pasada las 30 semanas. En total al año el HGOIA atiende a 1704 en controles prenatales las cuales son derivadas a las diferentes especialidades de la institución. 129 mujeres son atendidas en parto o cesárea sin previo control prenatal (Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, 2007)

Tabla3: Controles prenatales atendidos en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

CARACTERÍSTICA	NÚMERO	PORCENTAJE
Con control prenatal	1 623	92.6%
1er antes de 20 s.	33	2.0%
1er entre 20 y 29 s.	34	2.1%
1er luego de 30 s.	14	0.9%
1er sin fecha	1 542	95.0%
Sin control prenatal o sin dato	129	7.4%
Promedio de controles	5.1	---

(Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, 2007)

La atención que brinda el HGOIA se caracteriza por ser 24 horas al día, esto es una gran fortaleza ya que al brindar atención continua reduce el riesgo de complicaciones de enfermedades graves. La atención de 24 horas en el Centro Obstétrico es fundamental ya que es imposible predecir con certeza un parto, es por eso que esta área se mantiene en funcionamiento las 24 horas. En el año 2004 se atendieron 11026 partos.

Tabla 4: Atención de Partos Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

CARACTERÍSTICA	NÚMERO	PORCENTAJE
Total de Partos Hospital (normales + cesáreas)	11 026	100.00%
Total de Partos Normales	7 424	67.33%
Total de Cesáreas	3 591	32.56%

(Gestion Estadística HGOIA, 2004)

3. Normativa en el atención del parto Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Base Legas

- Constitución Política de la República del Ecuador: Art. 1, Art 3, Art 16, Art 17, Art 18, Art 44, Art 47, Art 63, Art 63 y Capitulo 5 de los Derechos Colectivos.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
- Convenio 169 Organización Internacional del Trabajo, 1989
- Ley Organic de la Salud, 2006: Art 1, Art. 2, Art 3, Art. 5, Art 6, y Art 7.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1998 Art 1.

- Reglamento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil, 2002: Art 2.
- Ley del Sistema Nacional de Salud, 2002 Art. 6.
- Acuerdo Ministerial 284, del 26 de Septiembre del 2006, Manual de estándares, Indicadores e Instrumento para medir la calidad de la Atención Infantil.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir a mejorar la calidad de la atención durante el parto en las Maternidades Públicas y Privadas del Ecuador

Objetivos Específicos

- 1.** Determinar la percepción de las gestantes sobre el trato recibido por el personal del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
- 2.** Identificar el porcentaje de recién nacidos y madres que son iniciados en la lactancia materna después del nacimiento
- 3.** Establecer la prevalencia de recién nacidos que son entregados a sus madres al terminar la tercera etapa del parto “Apego Precoz”.
- 4.** Cuantificar el tiempo que se deja el cordón umbilical antes de cortar, en partos vaginales y cesarías.
- 5.** Logra una encuesta estandarizada de satisfacción de usuarias.

VII. METODOLOGIA

1. Diseño epidemiológico del estudio

La investigación “Trato de Calidad durante el Parto en la Maternidad Isidro Ayora- Quito” será una investigación cuantitativa, con un componente cualitativo. Se cubrirá la parte cualitativa así como la cuantitativa. La investigación estará dividida en 2 fases: S

a. Fase Uno:

- a.1 Selección de beneficiarias,
- a. 2 Firma del consentimiento informado,
- a. 3 Realización de la Primera Encuesta.
- a. 4 Seguimiento de gestantes y recién nacidos.
- a.5 Creación de Base de datos
- a. 6 Análisis Estadístico.

b. Fase Dos:

- b.1 30 días después, realización de Segunda Encuesta.
- b.2 Creación de base de datos
- b.3 Análisis Estadístico

2. FASE UNO

2.1 Selección de Beneficiarios.

El proyecto está dirigido a las mujeres gestantes que lleguen a la Unidad Hospitalaria Isidro Ayora y sea dirigidas al Centro Obstétrico.

La muestra será obtenida por conveniencia y será de 50 mujeres.

1.1 Criterios de Inclusión:

- a. Estar presente en el Centro Obstétrico
- b. Tener 5 o más cm de dilatación al examen vaginal.
- c. Aceptar participar en el estudio.
- d. Firmar el consentimiento Informado.

1.2 Criterios de Exclusión:

- a. Tener 4 o más cm de dilatación al examen vaginal.
- b. No aceptar participar en el estudio.
- c. Negarse a firmar el consentimiento Informado.

2.2 Consentimiento Informado

Se procederá a entregar el consentimiento informado (ANEXO 1) el mismo que explica en forma clara y sencilla la investigación a realizar.

2.3 Toma de datos (Encuesta Uno y Seguimiento)

Una vez identificadas las participantes de la investigación y con los consentimientos informados firmados procedemos a la aplicación de la encuesta (ANEXO 2). La encuesta fue previamente validada en 20 gestantes del HGOIA. La encuesta uno es similar a la encuesta dos, la diferencia es que serán aplicadas en dos momentos diferentes. La encuesta uno será aplicada durante la estancia de la gestante en la maternidad.

La encuesta está conformada por diez preguntas, las mismas que cubren:

- a. Trato del personal de salud de la institución a las gestantes.
- b. Trato del personal de Limpieza de la institución a las gestantes.
- c. Trato del personal de Nutrición de la institución a las gestantes.
- d. Manejo de la labor de parto

El seguimiento de las gestantes y recién nacidos se realizara con un instrumento previamente revisado por el comité de bioética de la universidad San Francisco de Quito. El instrumento tratara de determinar varios aspectos, entre ellos:

- a. Criterios de episiotomía
- b. Corte Oportuno del Cordón Umbilical
- c. Apego Precoz
- d. Lactancia Precoz
- e. Alimentación del Recién Nacido

2.4 Posible sesgos de Información

Se cree que dentro de la primera encuesta se ejerza el sesgo de información sobre los resultados. Un posible sesgo será el efecto de anidamiento, el mismo que cambiara los resultados por unos más positivos en comparación a los verdaderos. El efecto de anidamiento es la necesidad de la madre de proteger a su recién nacido, también incluye una felicidad absoluta por el nacimiento de su hijo la misma que influye en las respuestas sobre calidad.

Otro sesgo de información será el temor de la paciente de opinar negativamente y que esto influya en el trato que reciba a posterior por el personal de la institución.

2.5 Creación de base de datos.

Con los datos obtenidos de cada gestante, se elaborarán una base de datos.

2.6 Análisis de Datos

El análisis de los datos obtenidos será de tipo cualitativo y cuantitativo. Se usará el programa SPSS para poder un análisis de los datos obtenidos. Se analizará la percepción de las gestantes sobre el trato dado por los profesionales de la maternidad . Las encuestas serán codificadas deductivamente e inductivamente. Los datos cuantitativos y cualitativos serán integrados para realizar un análisis global de calidad.

VIII. ASPECTO BIOETICO

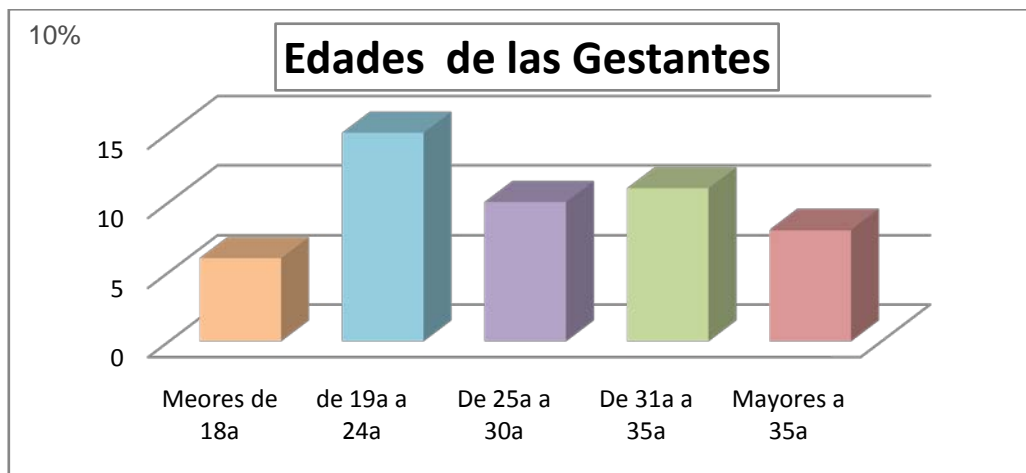
El Protocolo de esta investigación seguirá los parámetros de la declaración de Helsinki para investigaciones con seres humanos. Se entregará un Consentimiento Informado a ser firmado por las gestantes las cuales aceptan o rechazan la participación en esta investigación. Durante el seguimiento de las gestantes se verificará que se utilice el método correcto para la obtención de datos para esta investigación, esto se realizará sin previo aviso para el investigador de campo.

La realización de esta investigación solo producirá beneficios para las gestantes y los recién nacidos y no causará ningún daño ni a los mencionados ni al medio ambiente. La investigación contará con un mecanismo de evaluación continua incluyendo la apertura a quejas por parte de las gestantes, enfermeras, médicos o dirigentes de la institución. Cualquier queja que se presente será evaluada y se tomarán las medidas respectivas para solucionar cualquier inconveniente.

IX. RESULTADOS DE ENCUESTA DE CALIDAD MIENTRAS PERMANECIAN EN EL HGOIA

Las encuestas se realizaron sin mayor problema ya que las gestantes se mantuvieron positivas durante la investigación. Se recopilaron 50 encuestas como estaba previsto. Como se refleja en el Gráfico 1, las edades de las gestantes que participaron en esta investigación fueron variadas. El mayor porcentaje fue correspondiente al grupo de entre 19 años a 24 años (28%), seguido por las gestantes de 31 años a 35 años(20%), los grupos de edad que representan un riesgo durante el parto tuvieron porcentajes bajos, las cuales fueron; las gestantes mayores de 35 años (14%), seguidas por las menores de 18 años (10%),

Gráfico 1: Edades de las Gestantes. Estudio trato de calidad durante el Parto en el Hospital Gineceo Obstétrico Isidro Ayora. 2012

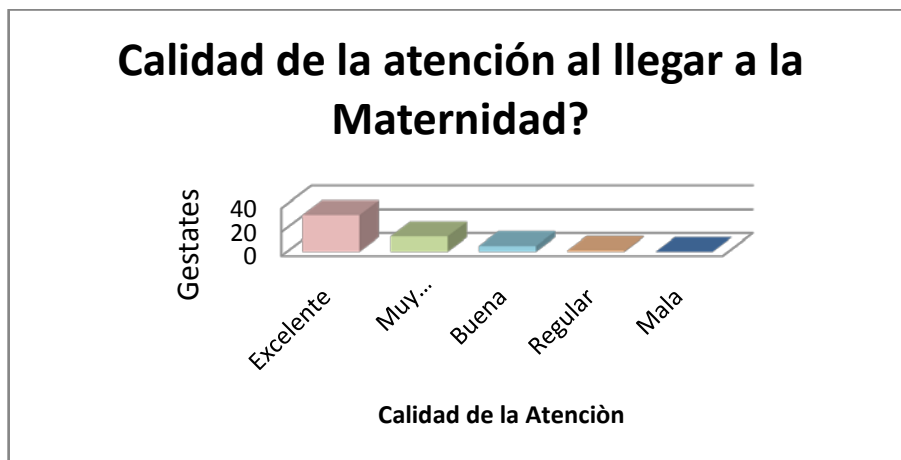


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

La calidad de atención al llegar a la maternidad fue la primera pregunta que las gestantes respondieron. Al llegar a la maternidad en labor de parto, las futuras

madres tienen que ser atendidas en el área de emergencia donde se realiza un triage para determinar si la gestante está en labor de parto. De las 50 gestantes que respondieron a esta pregunta el 60% respondió que el trato recibido al llegar a la maternidad fue excelente, 22% respondió que fue muy bueno, un 4% pensó que fue bueno, mientras que un 2% mencionó que fue regular y ninguna madre pensó que el trato recibido al llegar a la maternidad fue malo (Gráfico 2).

Gráfico 2: Calidad de la Atención al llegar a la Maternidad. Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

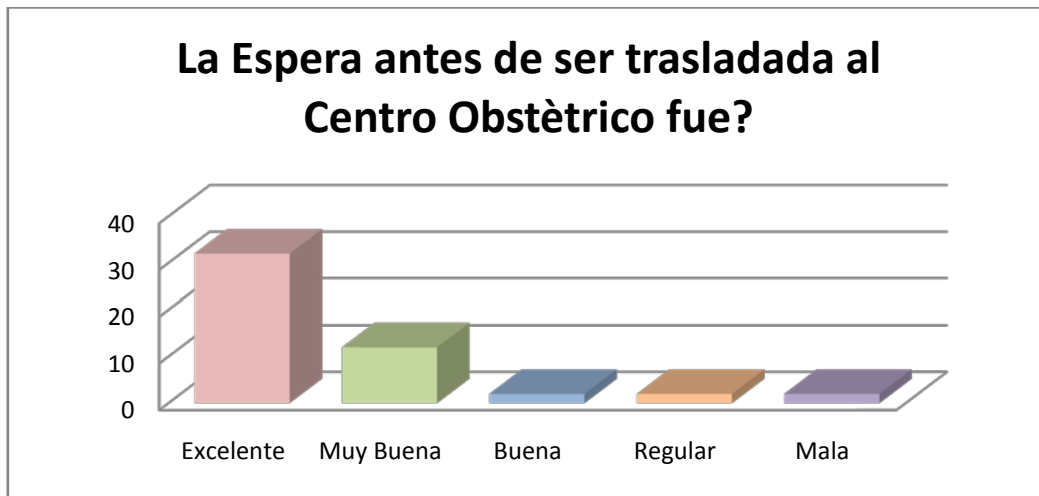


(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Una vez que la gestante es atendida en emergencia y después de determinarse que se encuentra en labor de parto es trasladada al centro obstétrico, donde recibirá los cuidados necesarios durante su labor de parto. El tiempo que la gestante espera en la sala de emergencias antes de ser trasladada al centro obstétrico influye en la percepción de la madre de cómo está siendo atendida. En el Gráfico 3 se puede observar que el 62% de las gestantes cree que el tiempo que espero antes de ser

trasladada al centro obstétrico fue sumamente rápido y por lo tanto excelente, el 20% percibió el tiempo como adecuado o muy bueno, mientras que el 6% piensa que el tiempo que espero fue bueno, regular, y malo

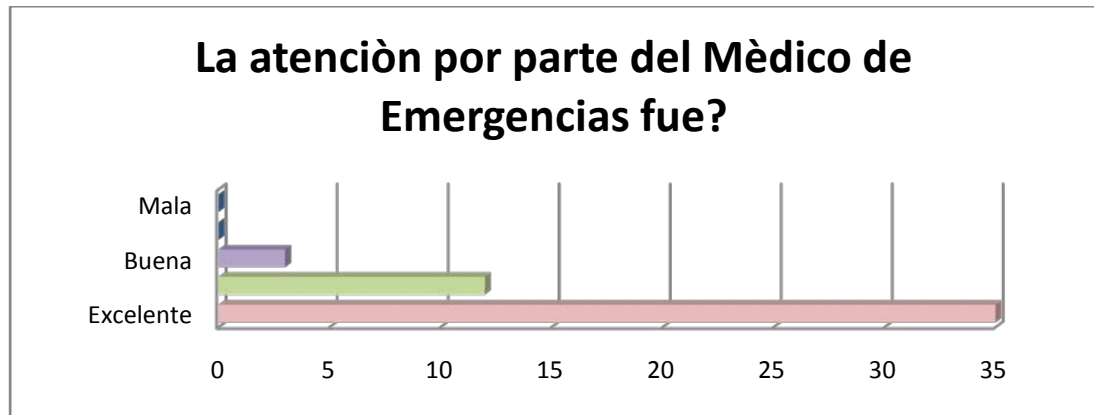
Gráfico 3: La Espera antes de ser trasladada al centro Obstétrico fue?. Estudio Trato de calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2012.



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Mientras la gestante es atendida en la sala de emergencias un Médico especializado en la rama atiende a la madre. La percepción de las gestantes de la calidad de atención recibida por este Médico fue valorada en la encuesta, de lo que se obtuvo el Gráfico 4. Aquí observamos que el 70% de las gestantes percibió el trato recibido por el Médico de emergencias como excelente, seguido por el 24% de madres que calificaron como muy buena a la atención, EL 6% de las gestantes calificaron como buena a la atención y ninguna de las gestantes calificó como regular o mala a la atención del Médico de emergencias.

Gráfico 4: La atención por parte del Médico de emergencias fue? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



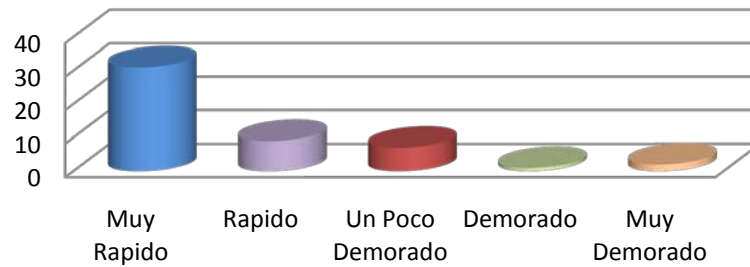
(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Cuando la gestante es trasladada al Centro Obstétrico, la misma debe esperar un cierto tiempo para que sea asignada una camilla. Este tiempo que la madre espera sirve para calificar la percepción del trato recibido por la gestante durante su labor de parto. Es importante también anotar que la gestante se encuentra adolorida, una camilla para ella representa el poder descansar. El gráfico 5 nos demuestra que la gestantes percibieron al tiempo de espera por una camilla como muy rápido (60%), rápido (16%), un poco demorado (12%), demorado (2%), y muy demorado y que demostró una mala atención (10%).

Gráfico 5: En el Centro Obstétrico la espera antes de recibir una camilla fue? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro

Ayora. 2012

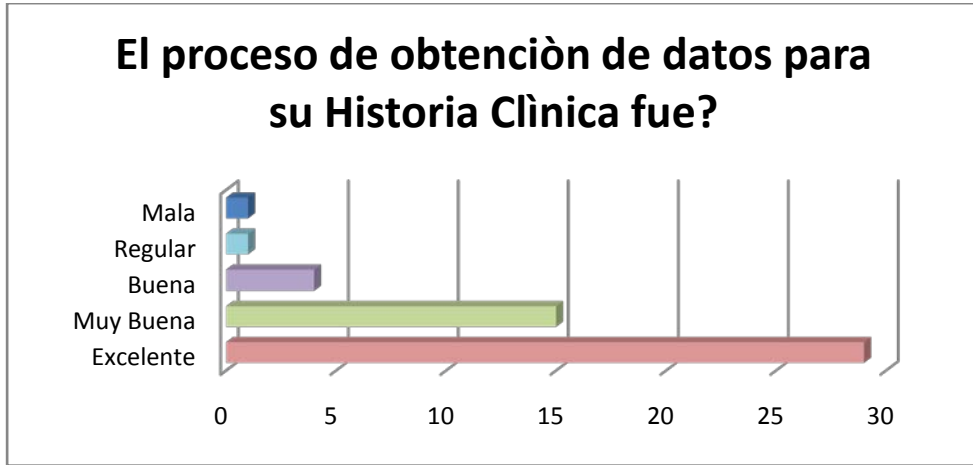
En el Centro Obstétrico la espera antes recibir una camilla fue?



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Una vez que la futura madre está en una camilla en el Centro Obstétrico se procede a llenar su historia clínica, para lo cual es necesario poder obtener datos de la gestante. Este proceso puede ser molesto y demorado para la gestante, por lo cual el proceso debe ser eficiente. El gráfico 6 nos demuestra la percepción de las gestantes durante este proceso, el 58% de las futuras madres piensa que el proceso de obtención de datos fue excelente, 30% piensan que fue muy bueno, el 6% de las gestantes cree que el proceso fue bueno, mientras que el 2% piensa que la recolección de datos fue solamente regular y el 4% opino que fue muy malo el proceso de recolección de datos.

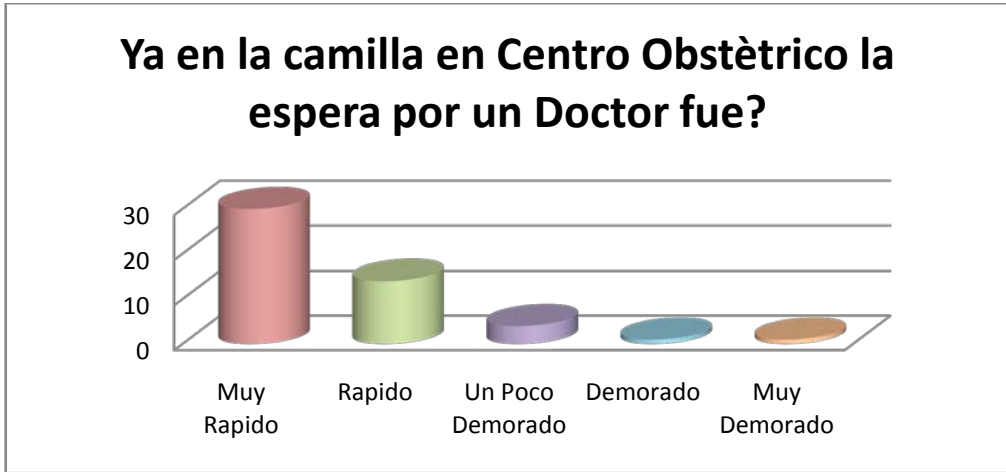
Gráfico 6: El proceso de obtención de datos para su historia clínica fue? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora .2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Una vez que los datos iniciales de la historia clínica están tomados, el Ginecólogo/Obstetra revisará a la gestante. Se realizará un examen vaginal para determinar la dilatación cervical, el borramiento, así como la posición del bebe, y la posible modalidad del parto (parto normal o cesárea). Se observa en el gráfico 7 que el 60% de las gestantes piensa que el Ginecólogo/Obstetra la atendió muy rápido, el 28% cree que fue atendida rápido, el 8% opina que el Médico se demora un poco antes de atenderla, y el 2% cree que el Médico se demoró considerablemente o mucho.

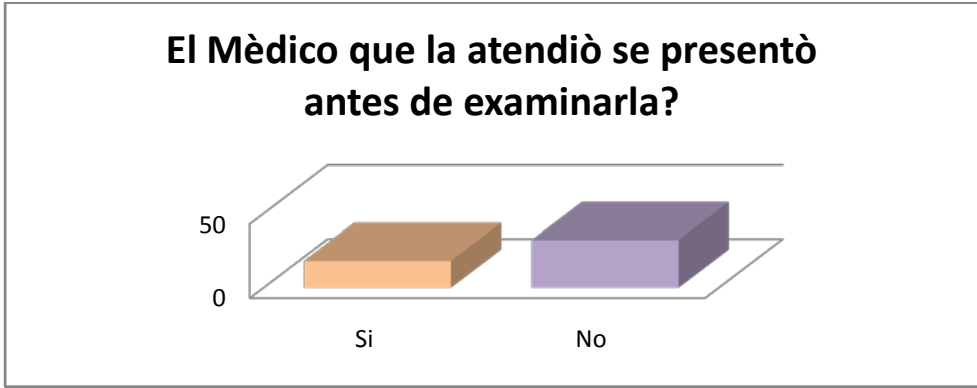
Gráfico 7: Ya en la camilla en el Centro Obstétrico la espera de un doctor fue?
 Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

El Médico que realiza el primer examen físico a la gestante debe siempre presentarse, así la futura madre sabe quién es el Médico que la atiende, y puede referirse a él en un futuro. El gráfico 8 nos demuestras que el 60% las gestantes no tuvo un Médico que se presentara y no saben quién les atendió, mientras que el 40% dice que el médico que las atendió si se presentó antes de examinarlas.

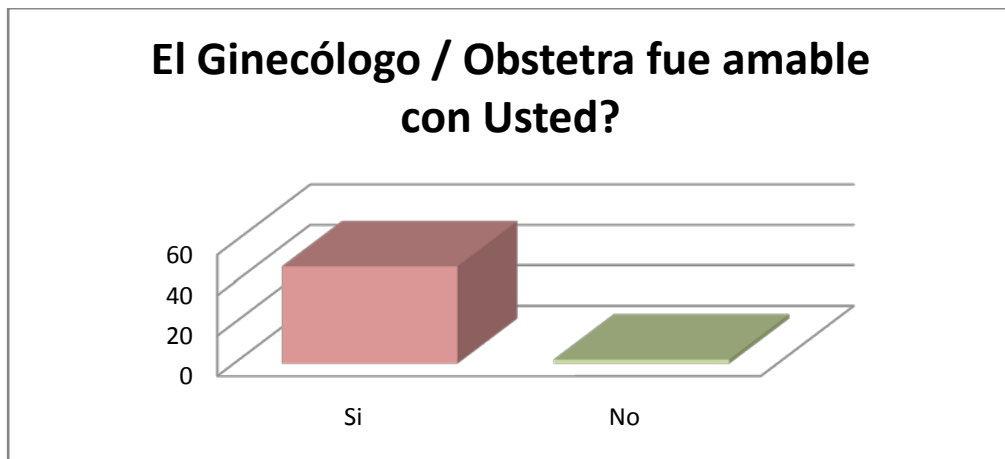
Gráfico 8: El Médico que la atendió se presentó antes de examinarla? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2012.



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El Médico/ Obstetra que examina a la gestante debe ser en todo momento amable ya que la futura madre merece ser tratada bien, además en estos momentos es cuando más sensible esta ante cualquier situación. El gráfico 9 nos indica que el 96% de las gestantes se sintió atendida por un Ginecólogo/Obstetra amable, mientras que el 4% sintió que su Médico no fue amable al atenderla.

Gráfico 9: El Ginecólogo/Obstetra fue amable con usted?. Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Durante la exanimación por parte del personal de salud a la gestante es imprescindible escuchar a la paciente, ya que ella tiene información clave que servirá para atenderla mejor. En el gráfico 10 podemos ver que el 96% de las gestantes fue escuchada, mientras que el 4% de las gestantes menciona que el Médico no la escucho el momento de examinarla.

Gráfico 10: El Médico/Ginecólogo puso atención y la escuchó? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



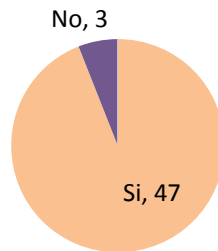
(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Durante la revisión y los diferentes chequeos a la gestante es necesario que el Médico/ Obstetra pase el tiempo suficiente que sea necesario revisándola, para poder dar un trato de calidad. Muchas veces la gestante interpreta el tiempo que el Médico le da como la calidad del trato que recibe. El gráfico 11 nos demuestra que 94% de las gestantes siente que el Médico paso el tiempo suficiente atendiéndola, mientras que el 6% cree que el médico no paso el tiempo necesario atendiéndola.

Gráfico 11: Cree usted que el Médico pasó el tiempo suficiente atendiéndola? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro

Ayora. 2012

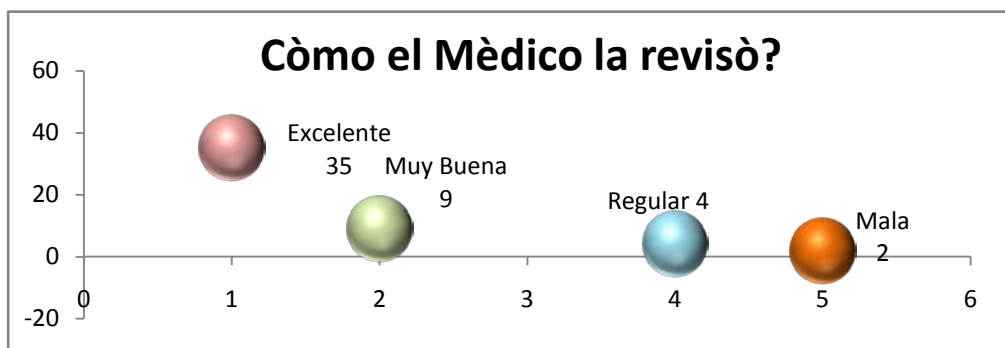
Cree Usted que el Médico paso el tiempo suficiente atendiéndola?



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Cuando el Médico se toma el tiempo necesario en la revisión de una paciente, la forma en la que la géstate valora esta revisión es diferente, como nos muestra el gráfico 12, 70% de las gestantes consideraron como excelente la forma en la que les revisó el Médico, el 18% pensó que la revisión fue muy buena, el 8% cree que la revisión fue regular y solo el 4% considero como mala la revisión que le realizó el Médico.

Gráfico 12: Como la revisó el Médico? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

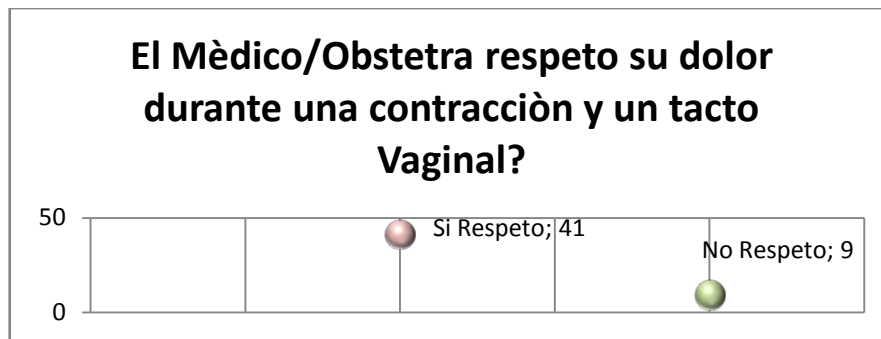


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Durante la exanimación el Médico realiza el examen vaginal, para la gestante este procedimiento muchas veces resulta doloroso e incómodo. Es importante que el Médico respere el dolor que el examen produce y más aún si es durante una contracción. El gráfico 13 nos indica que el personal de salud que examinó al 82% de las gestantes respeto el dolor de una contracción y no realizó el examen vaginal, mientras que el 18% no respetó el dolor y procedió con el examen vaginal.

Gráfico 13: El Médico/Ginecólogo respeto su dolor durante una contracción y un tacto vaginal?. Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco

Obstétrico Isidro Ayora. 2012



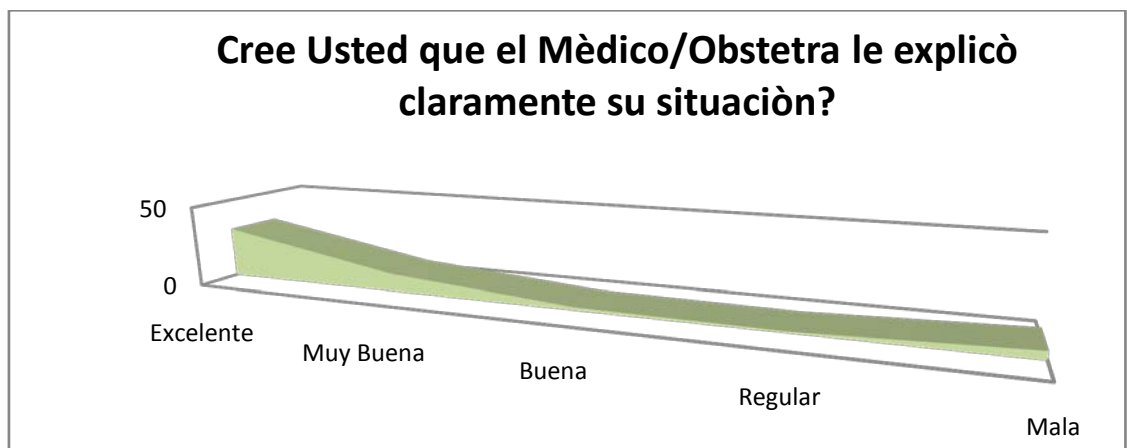
(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Cuando el Ginecólogo/Obstetra termina con el examen físico de la gestante sabe como la futura madre se encuentra en su proceso de parto. Es aquí cuando el proveedor de la salud debe informar en forma clara a la gestante de su situación. El gráfico 14 nos deja ver que el 62% de las gestantes considera que la información que el Médico le dio fue clara, 22% de las futuras madres considera que la información que le dio el Médico fue muy buena, el 4% considera que la

información fue buena, el 2% piensa que la información fue regular, mientras que el 10% de las pacientes encuetadas no recibió una información clara por parte del Médico/Obstetra.

Gráfico 14: Cree usted que el Médico/Obstetra le explicó claramente su situación? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco

Obstétrico Isidro Ayora. 2012

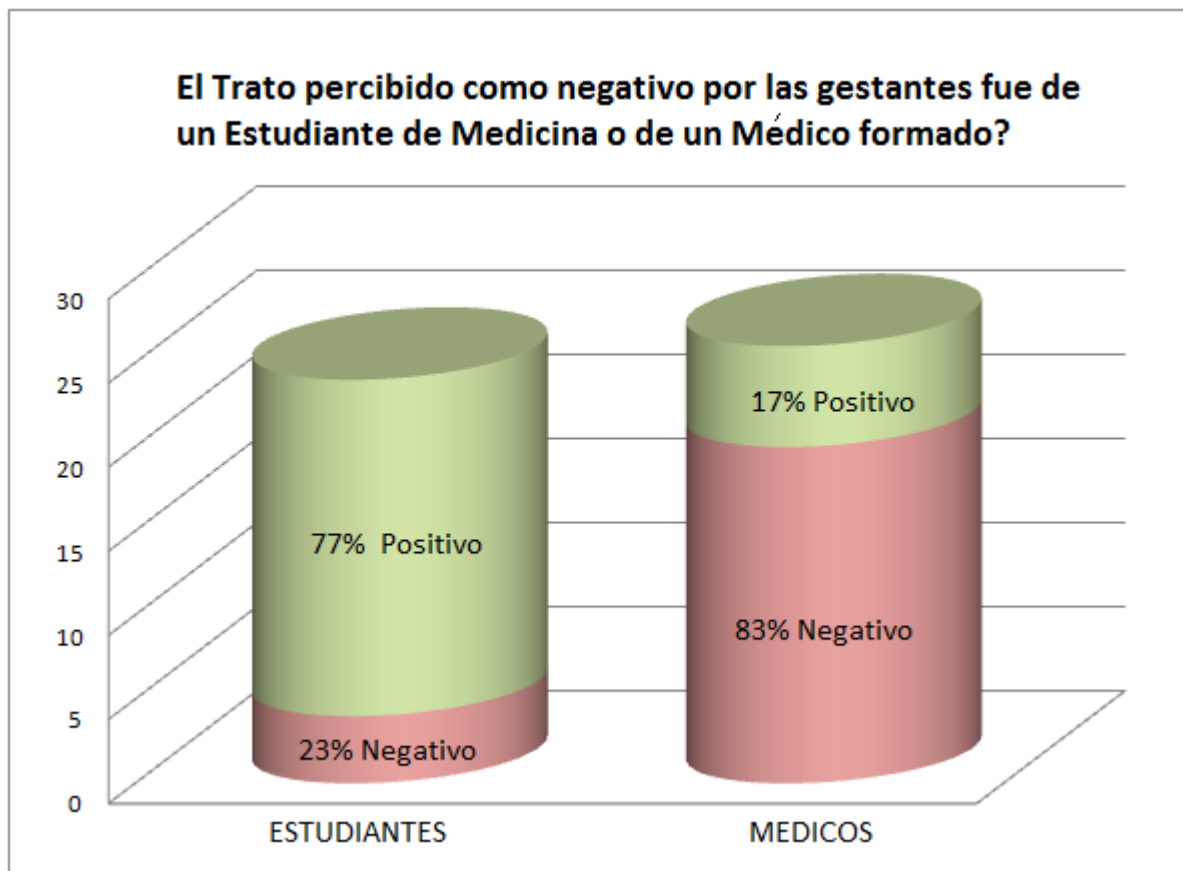


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Las gestantes percibieron que el personal de salud que la atendía la trataba mejor si el mismo era estudiante, y que el trate negativo provenía de los médicos ya formados. Las gestantes sintieron que el 77% de los estudiantes de medicina les atendieron con calidad y calidez mientras que solo el 17% de médicos brindaron un trato amable.

La diferencia es significativa, y la percepción del médico formado es la más negativa dentro de los profesionales de la salud que atendieron a la gestante.

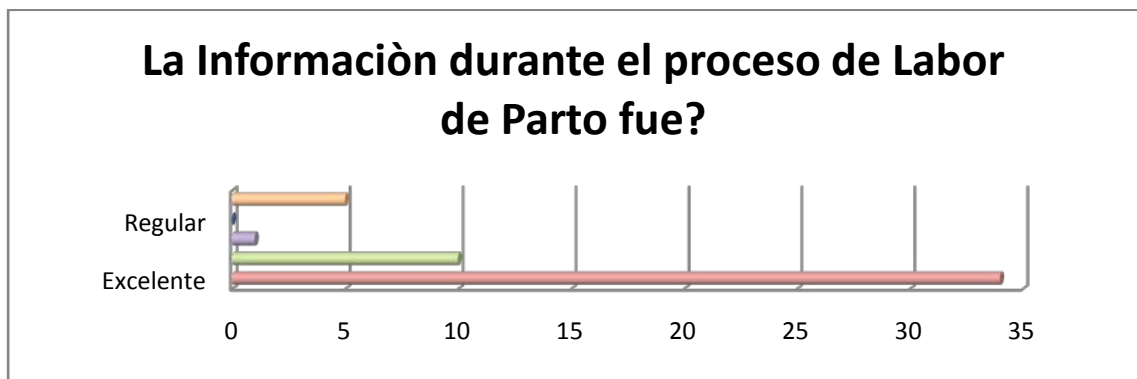
Gráfico 15: El trato percibido como negativo por parte de las Gestantes fue de un Estudiante de Medicina o de un Médico Formado? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Una vez que el Médico/Obstetra informa a la gestante sobre su situación, la gestante debe ser informada de cualquier cambio en su situación. El gráfico 15 nos demuestra que el 68% de las gestantes cree que la mantuvieron informada de forma excelente durante todo el proceso, el 20% cree que estuvo informada de una muy buena forma, el 2% piensa que la forma en la que fue informada fue buena, y un 10% cree que la información que le dieron fue mala.

Gráfico 16: La información durante el proceso de labor de parto fue?. Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2012.

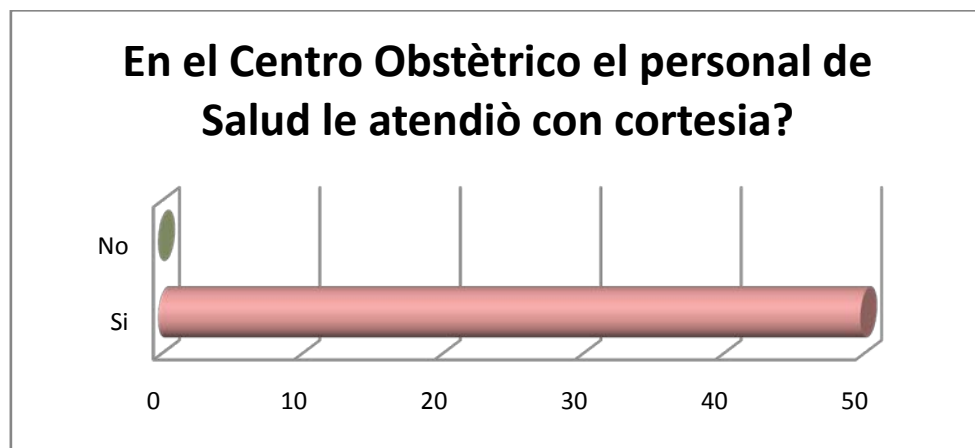


(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

La gestante pasa su labor de parto rodeada del personal de salud, y percibe el trato con más intensidad por todos los cambios que sufre. Es esencial que el personal de salud sea cortés y amable, a la misma vez que amigable, para que la futura madre sienta confianza y seguridad. En el gráfico 16 podemos observar que

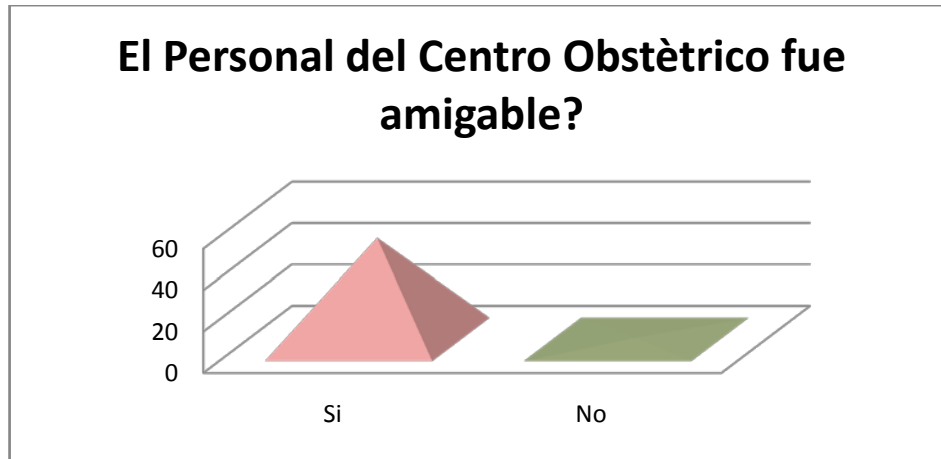
el 100% las gestantes se sintieron atendidas con cortesía. El gráfico 17, nos demuestra que el 98% de las gestantes sintió que el personal de salud fue amigable con ellas y apenas un 2% sintió que el personal no fue amigable.

Gráfico 17: En el Centro Obstétrico el personal de salud le atendió con cortesía?
Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Gráfico 18: El personal del Centro Obstétrico fue amable con usted? Estudio trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

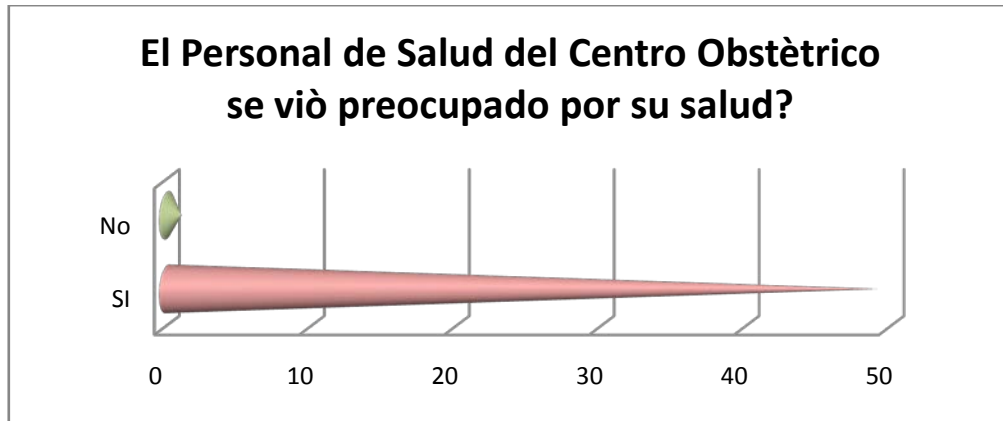


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Las gestantes durante el proceso de parto se encuentran muy sensibles y una buena actitud por parte del personal de salud les brinda la seguridad que necesitan. El gráfico 18 nos deja ver que las gestantes en un 98% sintieron que el personal de salud se preocupó por su salud, mientras que un 2% no sintió que el personal de salud se preocupase por su salud.

Gráfico 19: El personal de salud del centro obstétrico se vio preocupado por su salud?? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco

Obstétrico Isidro Ayora. 2012

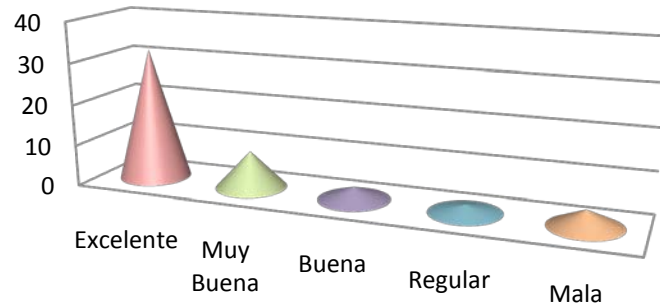


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

En el centro obstétrico también esta personal de limpieza y de nutrición, es por esto que el trato de ellos hacia las gestantes debe ser de respeto. El gráfico 19, nos demuestra que el personal de limpieza que labora en el Centro Obstétrico según las gestantes fue en un 60% excelente en el trato a las futuras madres, 16% de las gestantes piensa que el trato del personal de limpieza fue muy bueno, 6% cree que el trato fue solamente bueno, 6% opina que el trato fue regular, y el 12% opina que el trato del personal de limpieza fue malo.

Gráfico 20: EL personal de limpieza del Centro Obstétrico fue amable con usted??
 Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

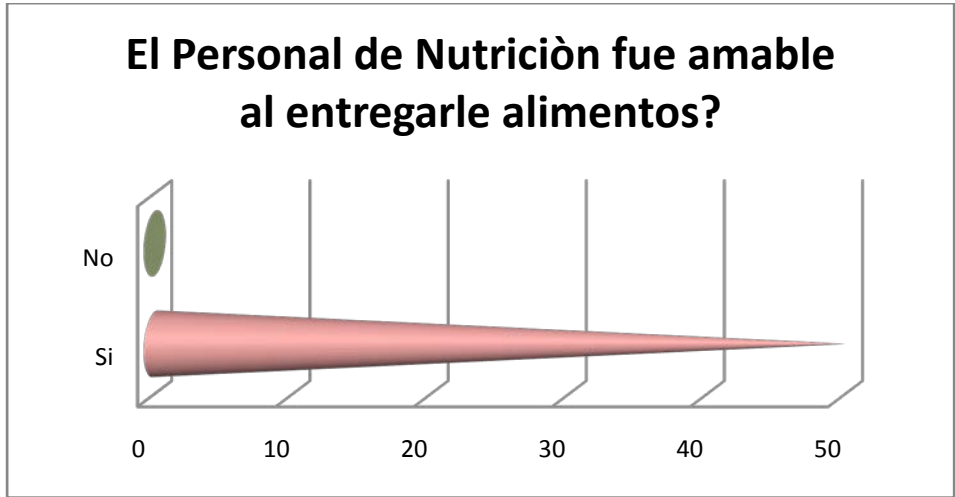
El personal de Limpieza del Centro Obstétrico fue amable con usted?



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

El gráfico 20 nos demuestra como las gestantes se sienten ante el trato recibió por el personal de nutrición. Aquí el 8100% de las nuevas madres opina que el personal de nutrición siempre le entregó los alimentos de una forma amable, mientras que ninguna dijo sentirse mal tratada por el personal de nutrición.

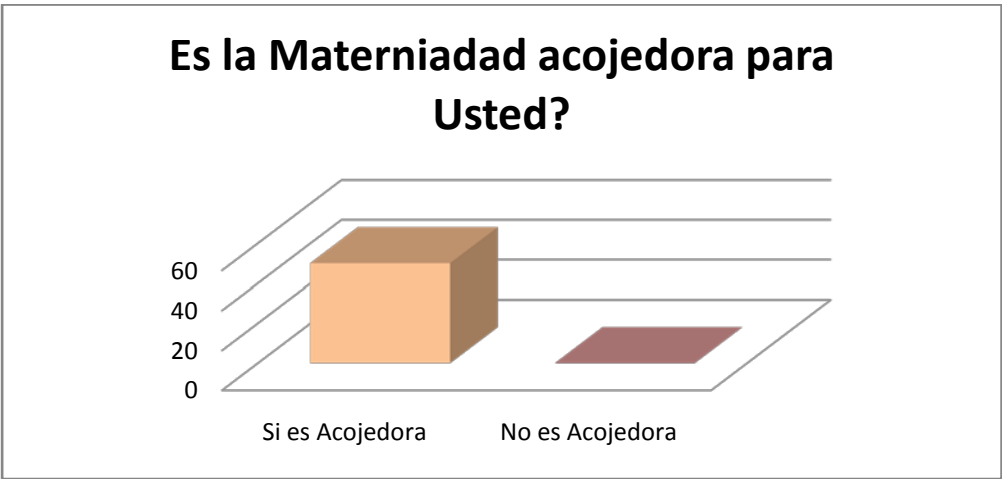
Gráfico 21: El personal de nutrición fue amable al entregarle los alimentos? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El ambiente en el que la gestante vive su labor de parto es importante, y lograr que la maternidad sea acogedora. El gráfico 21, nos deja ver que para el 100% de las pacientes que llenaron la encuesta la maternidad les parece acogedora.

Gráfico 22: Es la maternidad acogedora para usted? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

En la actualidad las gestantes viven el proceso del parto solas, ya que las instalaciones no permiten que un familiar o su pareja pueda permanecer con ellas durante este proceso. El gráfico 22 nos demuestra la necesidad del 94% de madres de que su pareja o familiar este con ellas viviendo estos momentos.

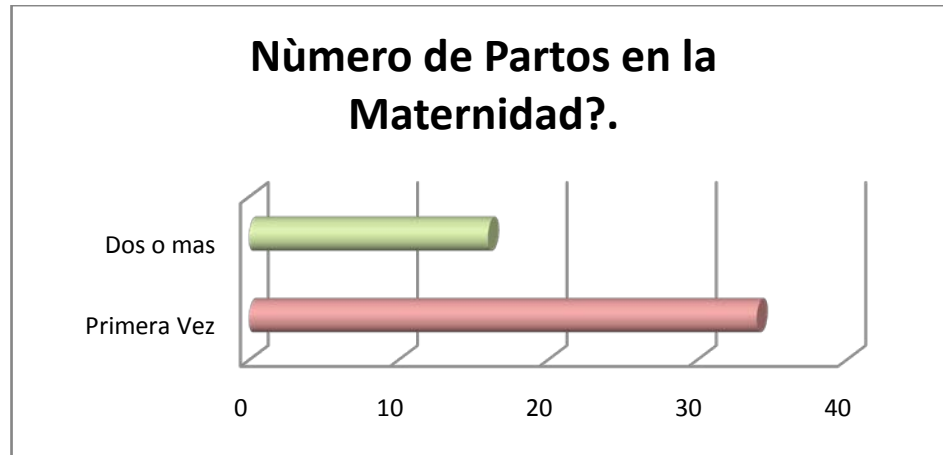
Gráfico 23: Fue necesario que su pareja este durante el parto? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Las pacientes encuestadas también indicaron que número de veces han recibido atención en la maternidad . En el gráfico 23 podemos ver que 68% de las pacientes esta es la primera vez en la maternidad mientras que el 32% ha estado previamente aquí.

Gráfico 24: Número de partos en esta Maternidad? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Dentro de la pregunta abierta donde se pide a la nueva madre que recomiende algo que desearía ver como mejora en la Institución dijeron:

“Que después de dar a luz nos den de comer y no solo un vaso de leche.”

“Que nos permitan que nuestros familiares nos den de comer justo después de dar a luz.”

“Que me den de comer que me muero del hambre”

“Que no me den un vaso de leche, que nos den de comer.”

“Que den a las enfermeras un curso en cómo ser más paciente.”

“Así como está la maternidad está bien”

“Vengo después de 12 años de haber tenido a mi hijito y la maternidad esta 100 veces mejor”

“No necesita mejorar nada”

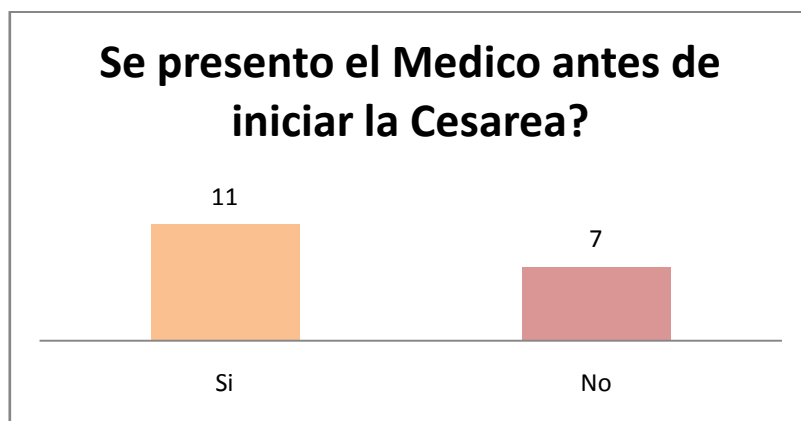
Entre otros.

X. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS ENTRE LAS GESTANTES DE PARTO NORMAL Y CESAREA

Las madres dentro de la maternidad también mantienen experiencias diferentes ya que mientras a un grupo de gestantes se les programa parto normal, a otro grupo se le programa cesáreas. La vivencia cambia relativamente ya que a pesar de que por varias horas de ser el caso todas las gestantes pasan en el centro obstétrico antes de ser trasladadas a sus respectivas áreas.

Para las gestantes que tuvieron cesárea su percepción cambia a partir de que son llevadas a quirófano, donde 61% de las gestantes dicen que el médico se presentó antes de iniciar la cesárea, y un 39% dijo que el médico no se presentó. El porcentaje de médicos que ese presentó antes de la cesárea es superior comparado al 42% de médicos que se presentaron a las gestantes de parto normal.

Gráfico 25: Se presentó el médico antes de iniciar la cirugía? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



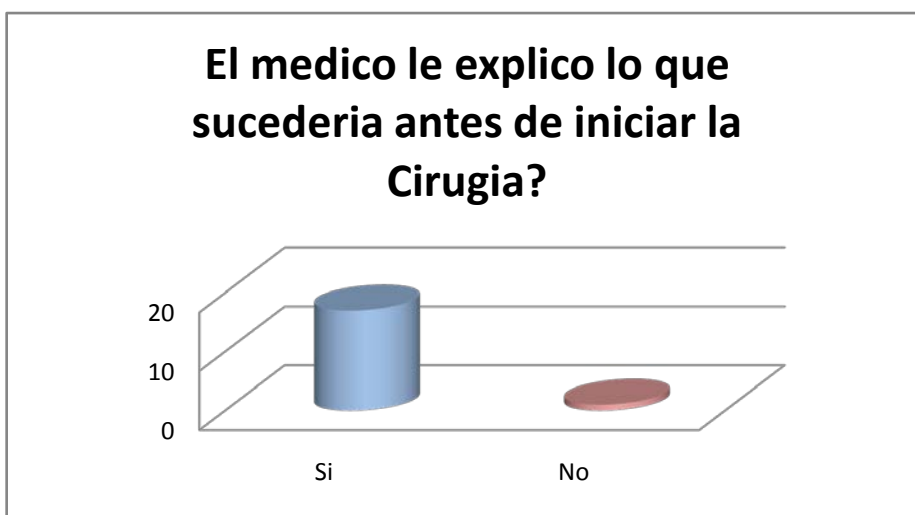
(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

La gestante al llegar a Quirófano debe recibir información sobre su situación. El que la gestante no conozca que sucede puede causar estrés innecesario. De las 18 cesáreas realizadas el 99% de las gestantes fue informada de lo que sucedía y de lo que sucedería (Grafico 26).

Gráfico 26: El médico le explico lo que sucedería antes de iniciar la cesárea?

Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro

Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

XI. RESULTADOS DE LA ENCUESTAS 30 DIAS POSTPARTO Y FUERA DE LA INSTITUCION

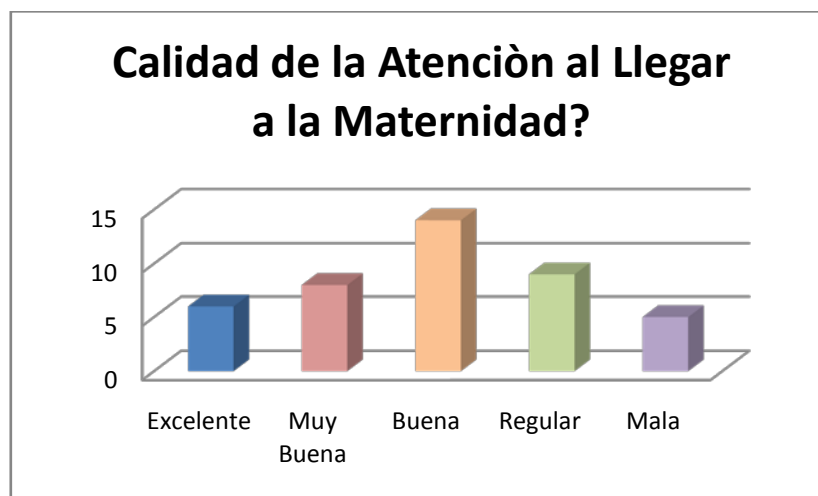
Se logro realizar la encuesta a 42 de las 50 gestantes que previamente respondieron la encuesta 30 días antes.

Los resultados obtenidos en la encuesta que se realizo fuera de la institución se diferencian notablemente de los resultados de la primera encuesta.

Se pudo observar que el factor de anidamiento de las gestantes influyo notablemente en las respuestas de la primera encuesta, así como el temor de las gestantes de ser maltratada por el personal si contestaban negativamente a las preguntas.

Como se observa en el Grafico 27., apenas el 13% de las gestantes piensa que el trato al llegar a la maternidad fue excelente, el 19% dice que fue muy bueno, el 31% opina que fue bueno, 21% de las gestantes dice que fue regular, y un 16% cree que fue malo.

Gráfico 27: Calidad de Atención al Llegar a la Maternidad? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

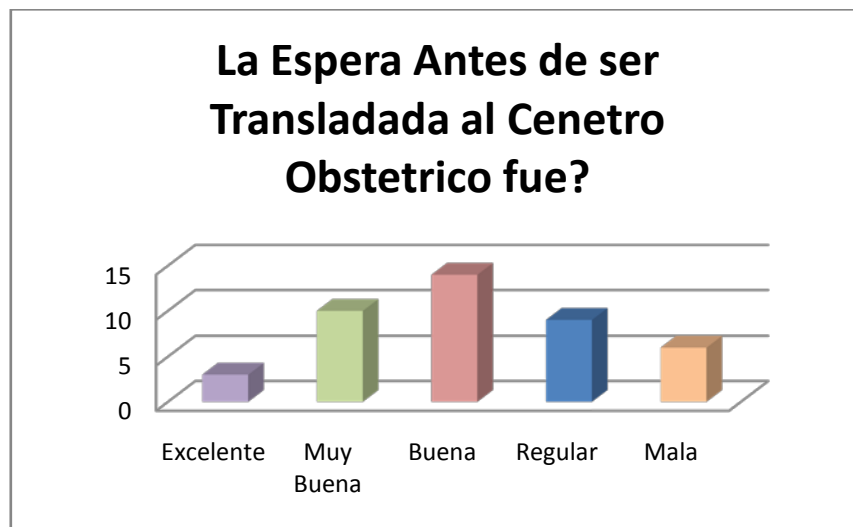


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El Gráfico 28 nos indica que apenas el 6% de las gestantes encuestadas opino que la espera fue excelente, el 22% piensa que fue muy buena, el 36% piensa que fue buena, 19% opina que fue regular, y el 17% cree que fue mala.

Gráfico 28: La Espera antes de ser trasladada al centro obstétrico fue? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

2012

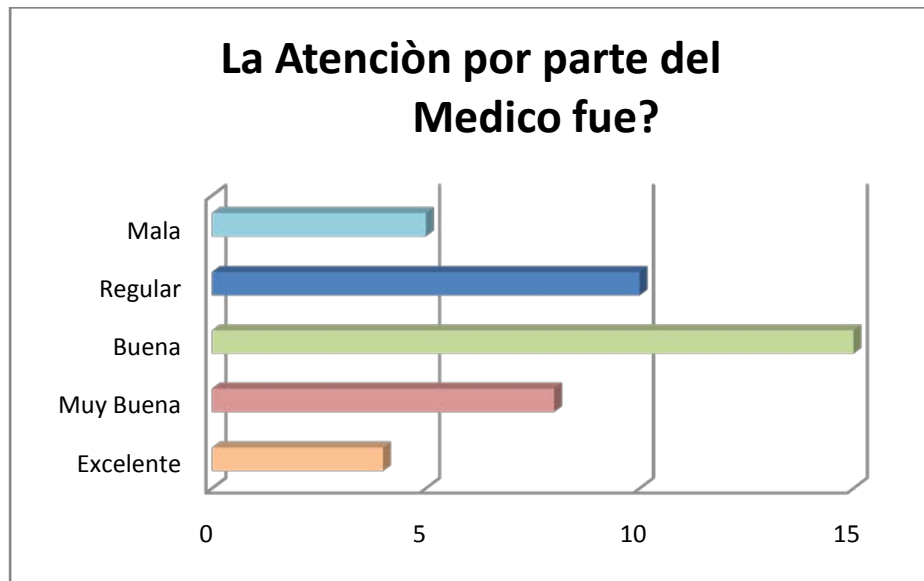


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

En la pregunta de la atención por parte del médico de emergencias (Gráfico 29) se encontró que 36% de las gestantes cree que la atención del médico de emergencias fue solamente buena, 12% cree que fue mala, apenas 10% cree que fue excelente.

Gráfico 29: La Atención por parte del médico fue? Estudio Trato de Calidad

Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

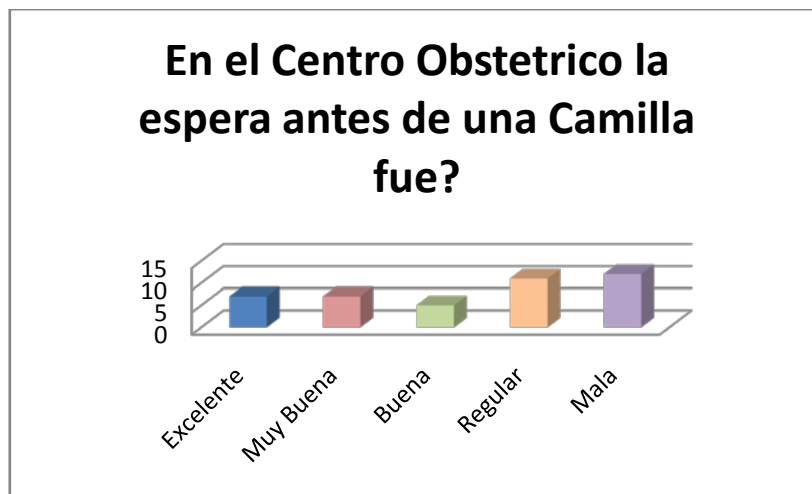


(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Contrario a los resultados de la encuesta dentro de la maternidad, lo que las madres opinaron sobre la espera en el centro obstétrico antes de conseguir una camilla fue: Apenas el 14% de las encuestadas piensa que la espera fue excelente, 14% opina que fue muy buen, 19% opina que la espera fue buena, 25% piensa que la espera fue regular y un 28% opina que la espera fue mala.

Gráfico 30: En el Centro Obstétrico la espera antes de ser asignada a una camilla fue? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico

Isidro Ayora. 2012

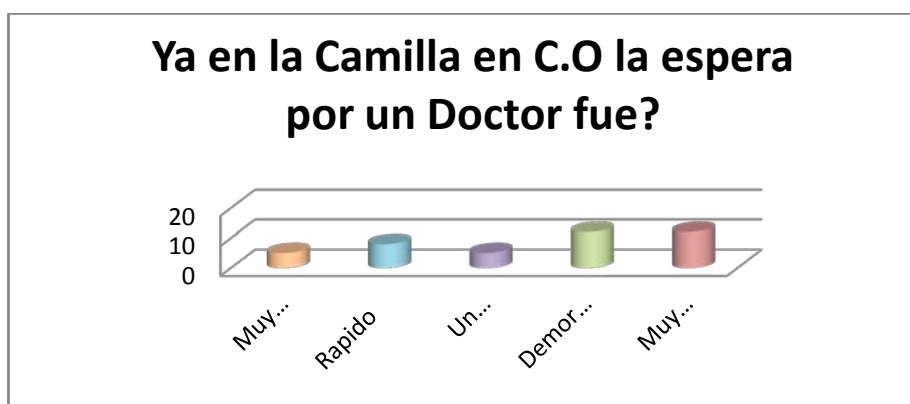


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

En el Centro Obstétrico ya en la camilla, la espera por el médico fue calificada como (Gráfico 31) muy demorada 27%, demorada 27%, un poco demorada 10%, rápido 19% y muy rápido 10%.

Gráfico 31: En el Centro Obstétrico ya en la camilla, la espera por el médico fue?
 Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro

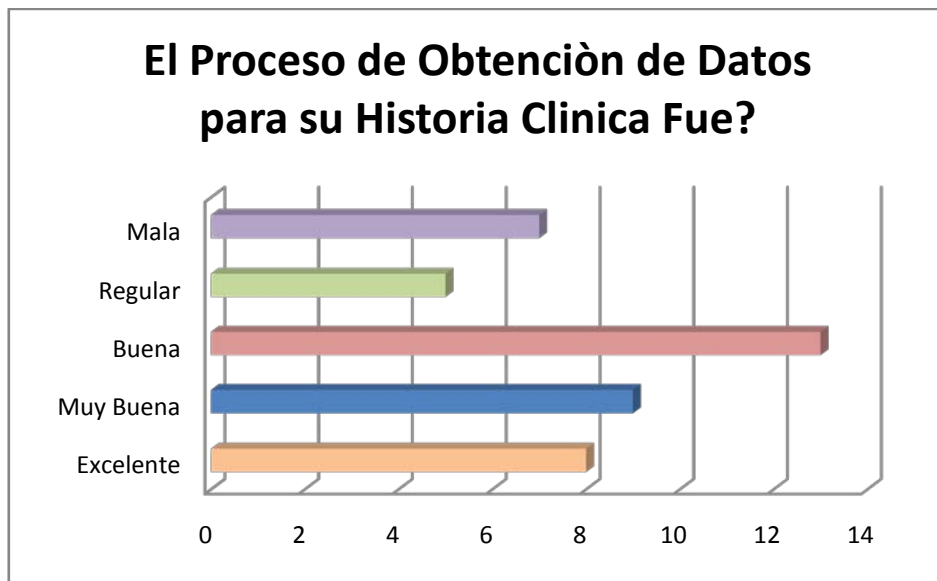
Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El gráfico 32 nos demuestra que para las gestantes el proceso de obtención de datos fue malo 17%, regular 12%, bueno 31%, muy bueno 21%, y excelente 19%.

Gráfico 32: El proceso de obtención de datos para su historia clínica fue? ? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

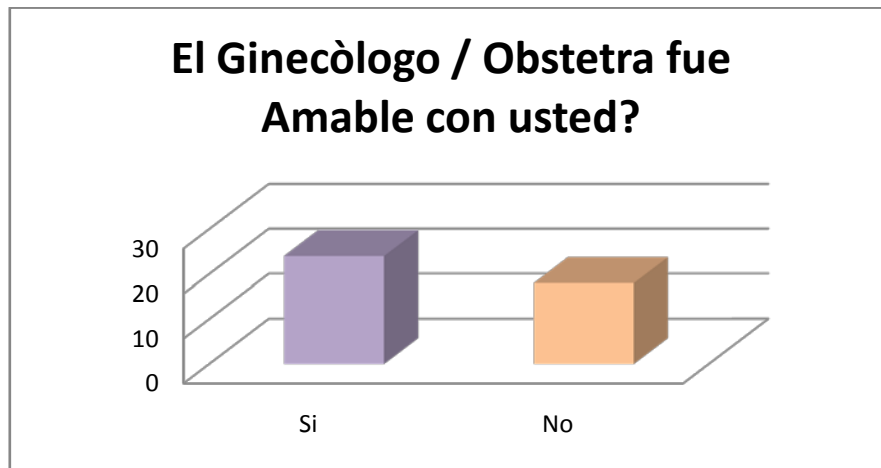


(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Según el Gráfico 33, las gestantes en el centro obstétrico creen que el medico 54% fue amable, mientras que el 46% dicen que el médico no fue amable con ellas.

Gráfico 33: El médico en el Centro Obstétrico fue Amable con usted? ? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

2012

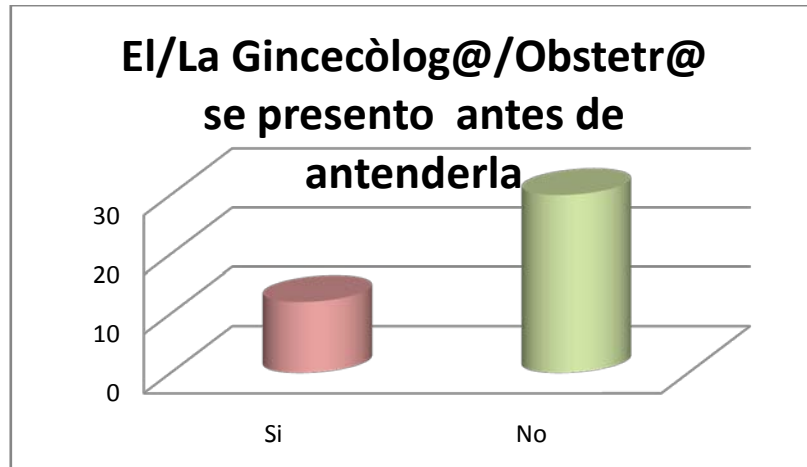


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Según las 42 madres encuestadas un mes después de haber dado a luz, solo el 33% recuerda que el médico se presentó antes de atenderla, mientras que el 67% dijo que nadie del personal de salud se presentó antes de atenderla.

Gráfico 34: El médico en el Centro Obstétrico se presentó antes de atenderla ? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro

Ayora. 2012

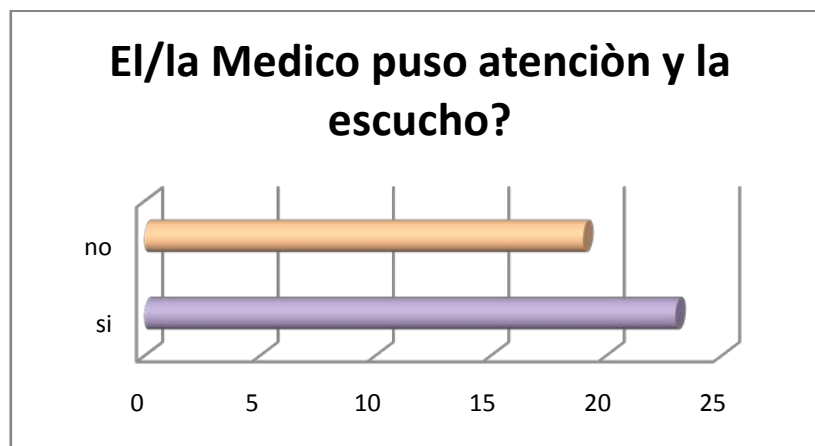


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

De las 42 madres entrevistadas apenas el 57% cree que el médico puso atención al atenderla, y 43% opina que el médico no la escucho ni puso atención cuando la gestante le hablaba(Gráfico 35).

Gráfico 35: El médico en el Centro Obstétrico puso atención y la escucho? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

2012

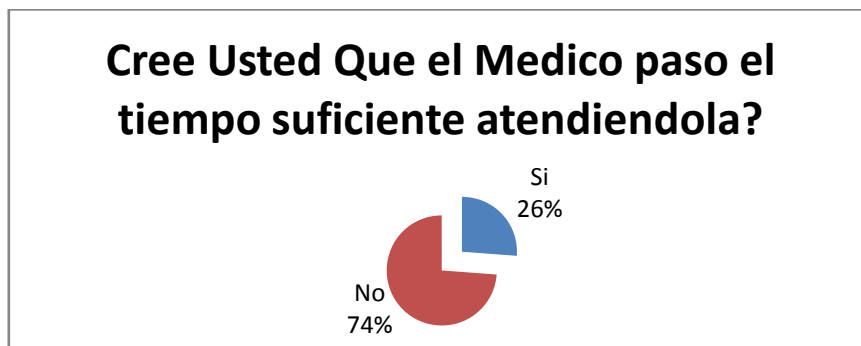


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Como se ve en el gráfico 36 el 28% de las encuestadas cree que el médico paso el tiempo necesario atendiéndola, mientras que el 74% piensa que el médico no la atendió en el tiempo necesario

Gráfico 36: Cree usted que el médico en el Centro Obstétrico paso el tiempo suficiente atendiéndola? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital

Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

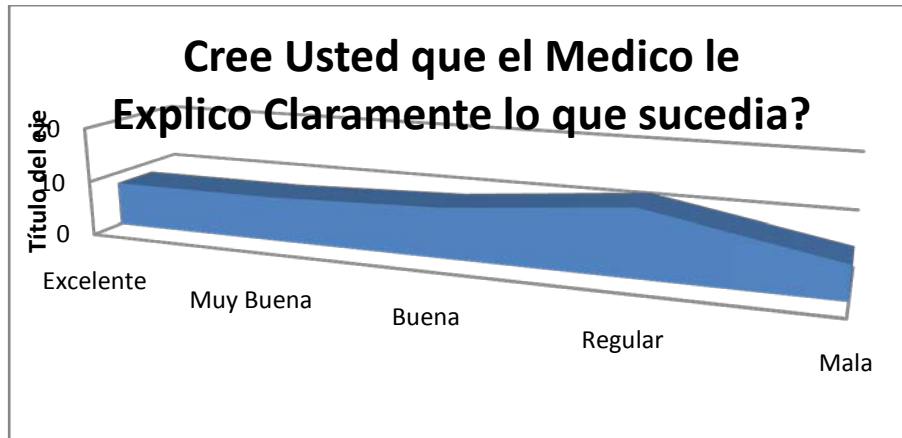


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Según el gráfico 37, el 20% de las encuestadas piensa que el médico no le explico nada de lo que pasaba, el 24% piensa que el médico le explico algo de lo que sucedía, el 20% opina que el médico le explico de una buena manera, el 19% piensa que el médico le explico muy bien, y solo el 17% piensa que el médico le explico excelente.

Gráfico 37 : Cree usted que el médico en el Centro Obstétrico le explico claramente lo que sucedía? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el

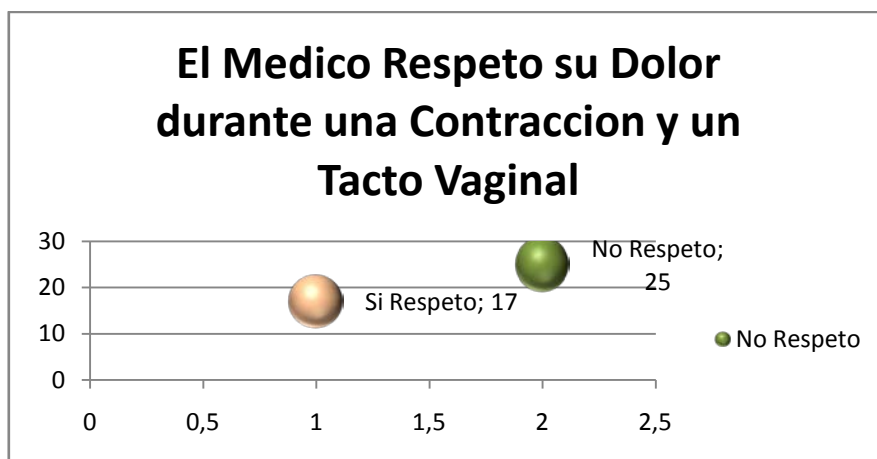
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

De las 42 mujeres encuestadas fuera de la institución apenas 17 creen que el doctor respeto su dolor durante una contracción, mientras que 25 mujeres opinan que el médico no respetó su dolor (Gráfico 38).

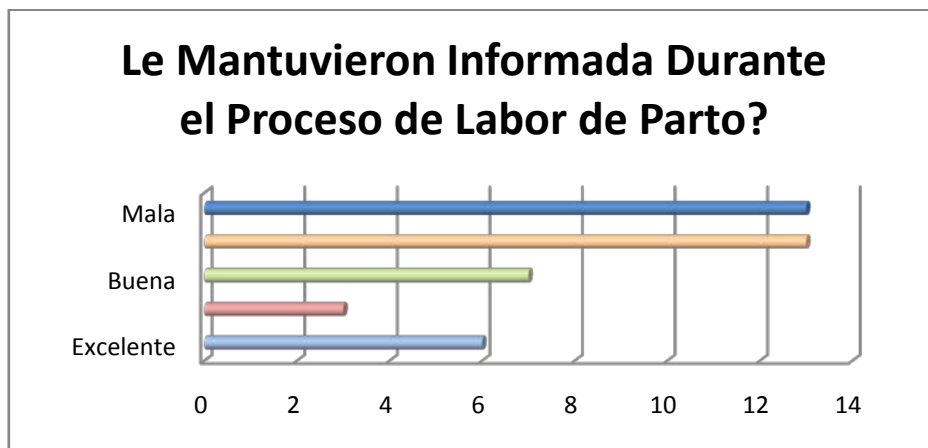
Gráfico 38: Cree usted que el médico en el Centro Obstétrico respetó su dolor de una contracción durante un tacto vaginal? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

El gráfico 39 nos indica que el 30% de las encuestadas dice no haber sido informada durante su proceso de parto, 30% opina que la información fue deficiente, 17% cree que la información fue buena pero no completa, 7% piensa que la informaron muy bien, y 14% dice que el manejo de la información fue excelente.

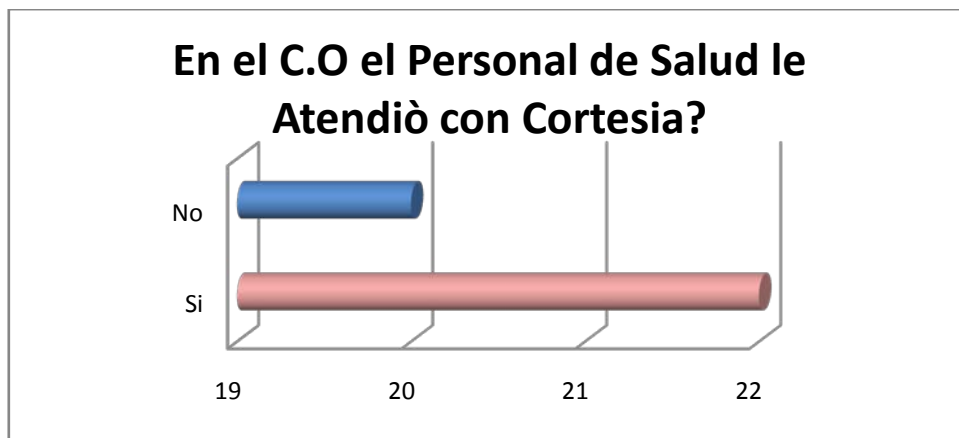
Gráfico 39: Cree usted que la mantuvieron informada durante el proceso de labor de parto? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El 52% de las encuestadas cree que el personal del C.O le atendió con cortesía, mientras que el 4% piensa que fue atendida sin cortesía por parte del personal de salud

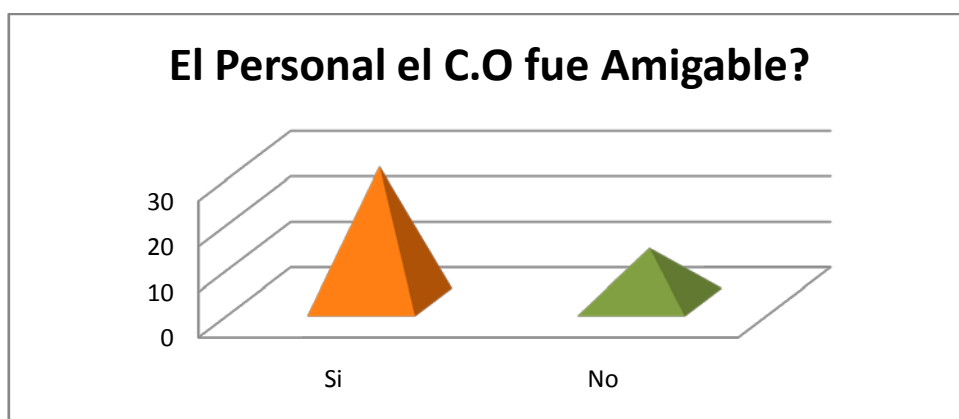
Gráfico 40: En el Centro Obstétrico la atendieron con cortesía? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El personal médico no es el único personal del centro obstétrico, es por eso que el trato que las gestantes tienen que ser evaluado del personal en general, así como el trato de cada área. Las gestantes en un 60% creen que el personal del centro obstétrico fue amable, mientras que el 40% opina que el personal del centro obstétrico no fue amable con ellas.

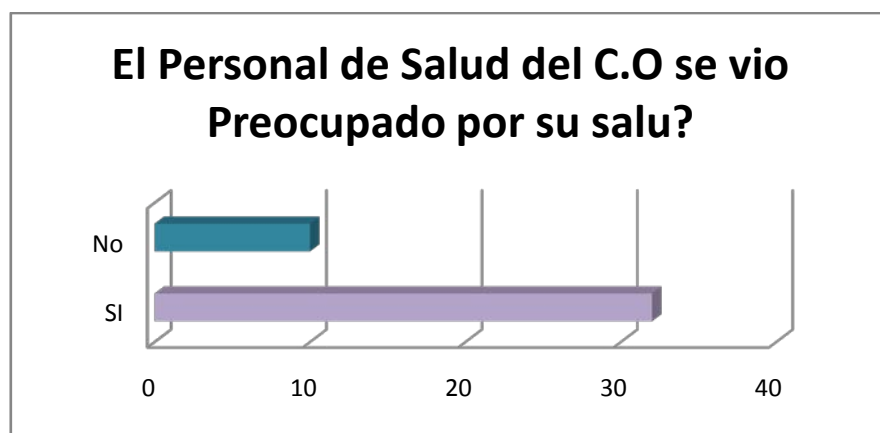
Gráfico 41: El personal en general del Centro fue amigable? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Las encuestadas creen que en un 73% que el personal del C.O se preocupo por su salud, mientras que el 27% piensa que el personal del C.O no les importo su estado de salud(Gráfico 42).

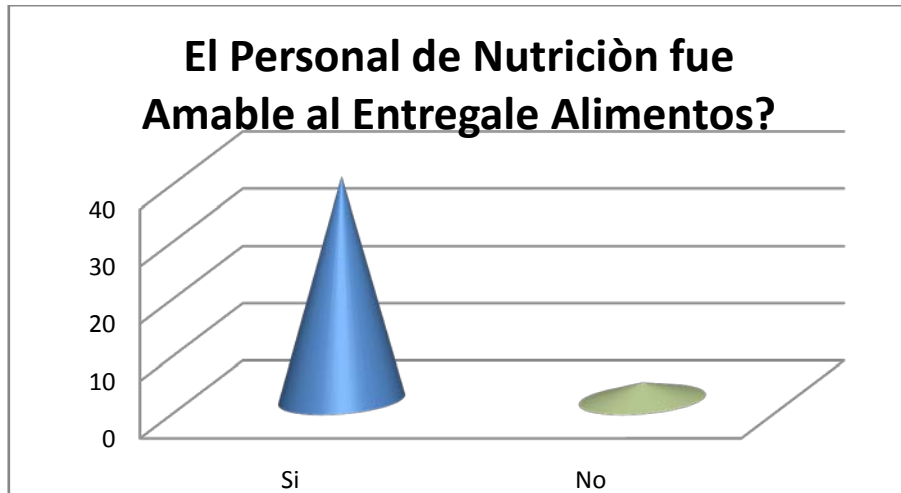
Gráfico 42: Cree usted que el personal del Centro Obstétrico se vio preocupado por su salud? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

EL 71% de las nuevas madres menciona que el personal de nutrición fue amable al entregar los alimentos, mientras que el 29% de encuestadas opina que el personal de nutrición no fue amable al entregar los alimentos (Gráfico 43).

Gráfico 43: Cree usted que el personal de nutrición fue amable al entregarle los alimentos? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

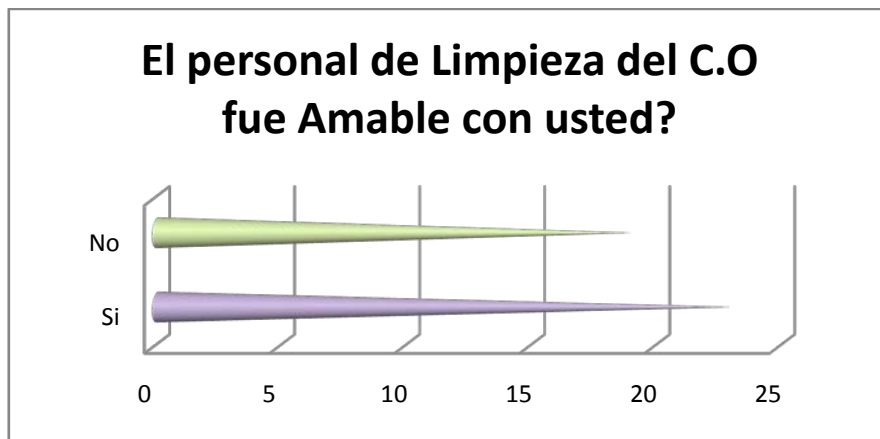


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El gráfico 44 nos muestra que el 52% de las encuestadas sintió que el personal de limpieza fue amable con ellas, mientras que el 48% opino que el personal de limpieza no fue amable con ellas.

Gráfico 44: Cree usted que personal de limpieza fue amable con usted? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

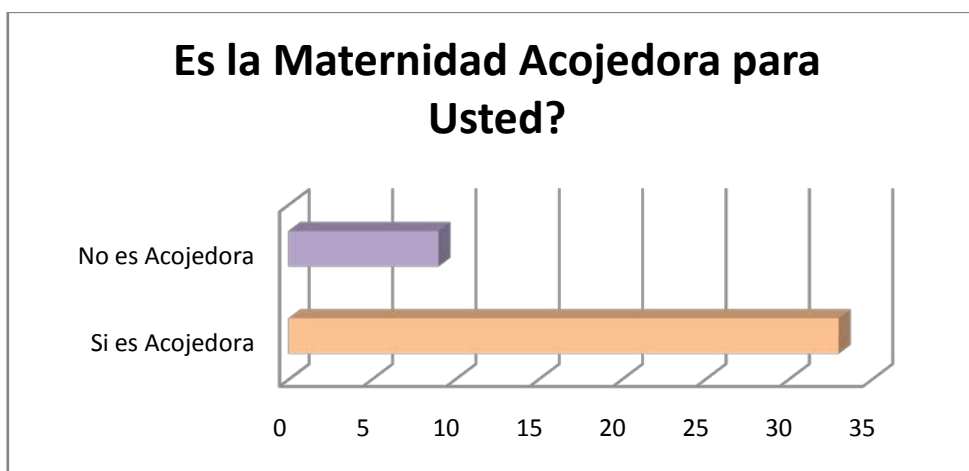
2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

En el gráfico 45 observamos cómo el 79% de las gestantes opina que la maternidad es acogedora, mientras que para 21% de las encuestadas la maternidad no es acogedora.

Gráfico 45: Es la Maternidad Acogedora para usted? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Dentro de la pregunta abierta donde se pide a la nueva madre que recomiende algo que desearía ver como mejora en la Institución dijeron:

“Que después de dar a luz nos den de comer y no solo un vaso de leche.”

“Que nos permitan que nuestros familiares nos den de comer justo después de dar a luz.”

“Que le indiquen a las médicos que somos seres humanos y que nos duele el tacto vaginal”

“Que no me den un vaso de leche, que nos den de comer.”

“Que den a las enfermeras un curso en cómo ser más paciente.”

“Que se dé un curso de trato a los médicos y enfermeras”

“Que no se permita realizar tactos vaginales a los estudiantes, porque solo son estudiantes”

“Fue mi primera vez en la maternidad, y nunca más voy a regresar a dar a luz aquí”

“Que permitan que mi pareja entre a la sala de parto, necesite mucho su compañía”

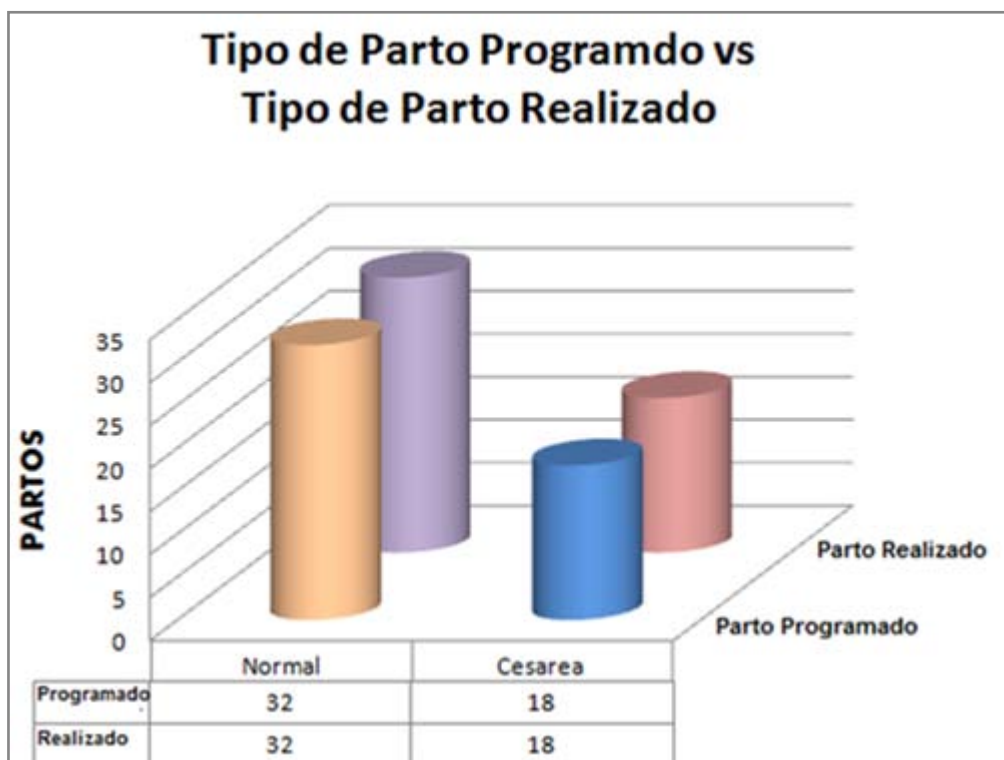
Entre otros.

.

XII. RESULTADOS EN BASE AL INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO

Durante la exanimación física a la gestante el Médico/Obstetra puede determinar qué tipo de parto se puede realizar. A lo largo del proceso esto puede cambiar, sobre todo si se ha realizado una evaluación incorrecta. El gráfico 46, demuestra que los partos programados en el Hospital Isidro Ayora, son el 100% de los partos realizados. Es decir el 100% de las cesáreas programadas son las realizadas, y el 100% de los partos normales programados son los partos realizados.

Gráfico 46: Tipo de parto realizado vs Tipo de parto programado? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

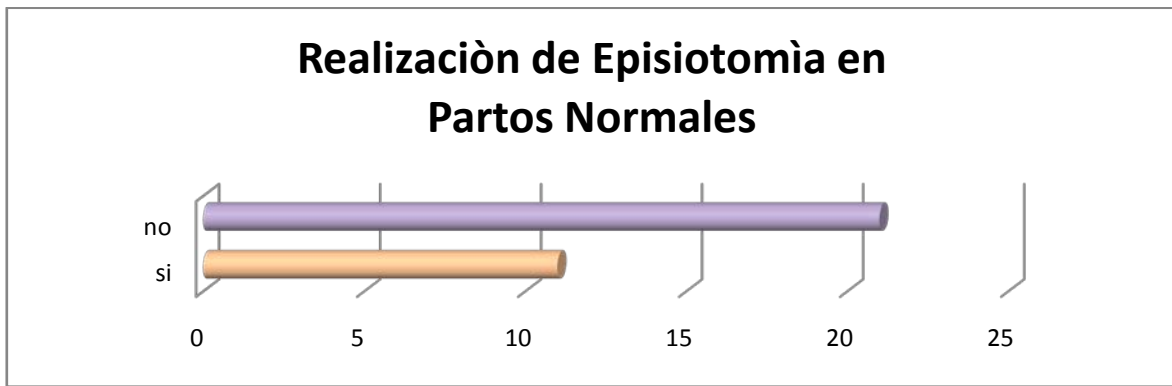


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

De los 50 partos que se hicieron seguimiento 32 fueron partos normales y 18 fueron cesáreas.

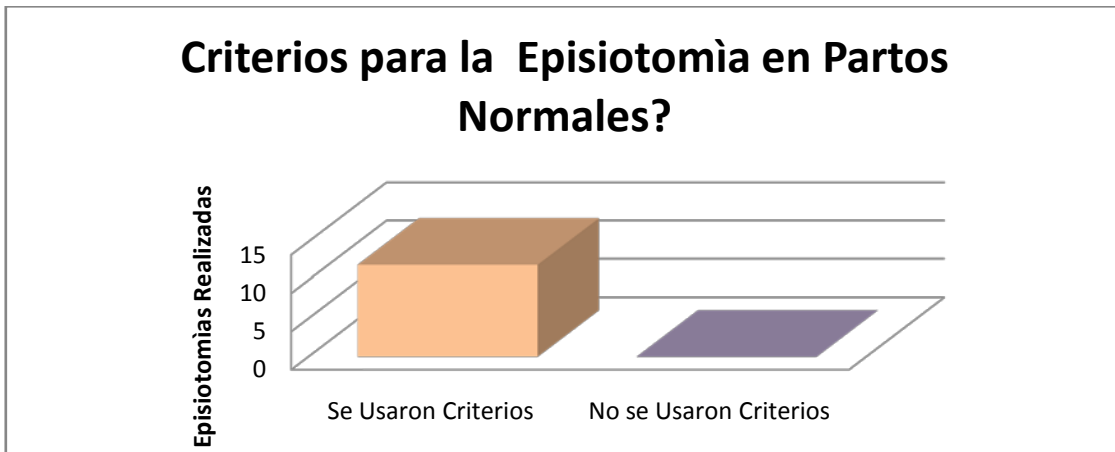
De los partos normal realizados solo en el 31% se realizó episiotomía (Gráfico 47), de las cuales el 100% conto con criterios para realizarla (Gráfico 48).

Gráfico 46: Realización de episiotomía en partos normales? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

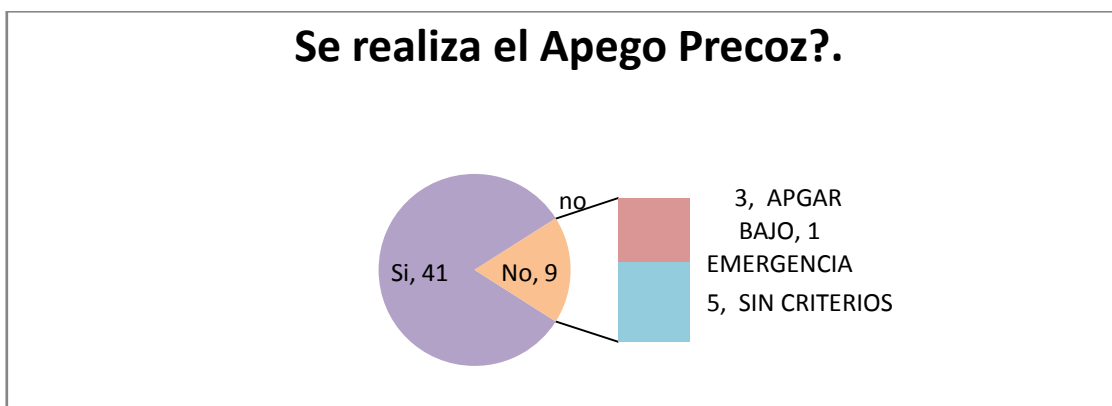
Gráfico 48: Criterios para la episiotomía en partos normales? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Después del realizar el seguimiento del proceso de parto de las 50 gestantes se realizó el seguimiento a los recién nacidos. El momento del nacimiento es afianzado positivamente con el apego precoz del recién nacido y la madre. El protocolo de apego precoz debe realizarse en partos normales y cesáreas, todo depende del estado del recién nacido y la madre. Si los dos se encuentran en buenas condiciones el apego precoz debe realizarse. En el gráfico 49 se observa que de los cincuenta partos, en 82% de ellos se realizó el apego precoz, mientras que en 18% no se realizó el apego precoz. De los partos donde no se realizó el apego precoz el 55% de estos no tenía criterios para no realizarlo, y 45% se presentaron criterios para no realizar el apego precoz.

Gráfico49: Se realiza apego precoz? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

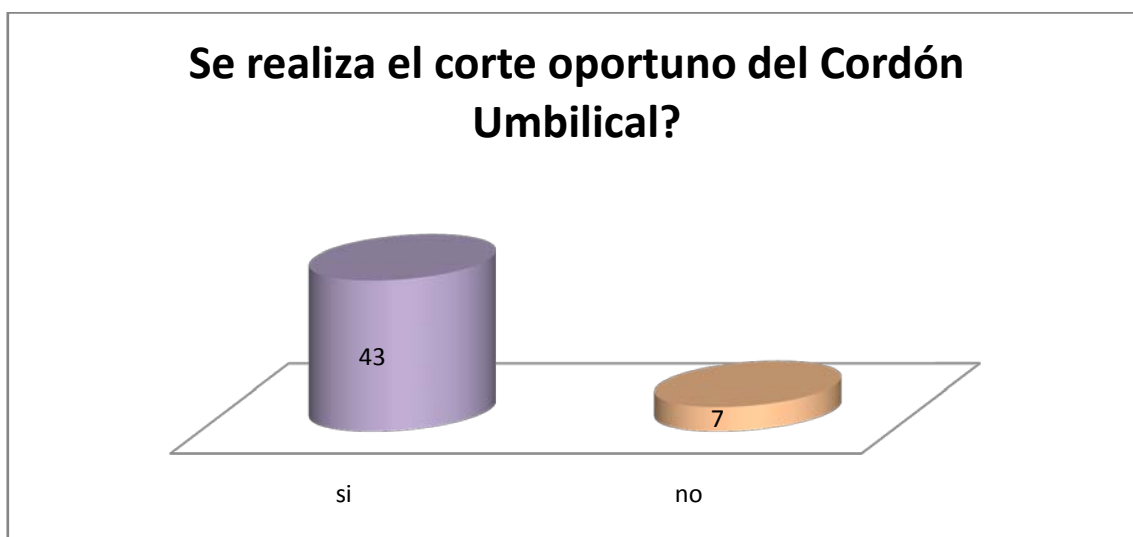


(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Dentro del protocolo del parto de calidad se encuentra el corte oportuno del cordón umbilical, el mismo que tiene que realizarse entre los 2 y 3 minutos. El corte oportuno del

cordón umbilical debe realizarse por igual en partos normales o cesáreas. El gráfico 50 nos deja ver que de los cincuenta partos, en el 86% de estos se realizó el corte oportuno del cordón umbilical, mientras que en 14% no se realizó el corte oportuno del cordón.

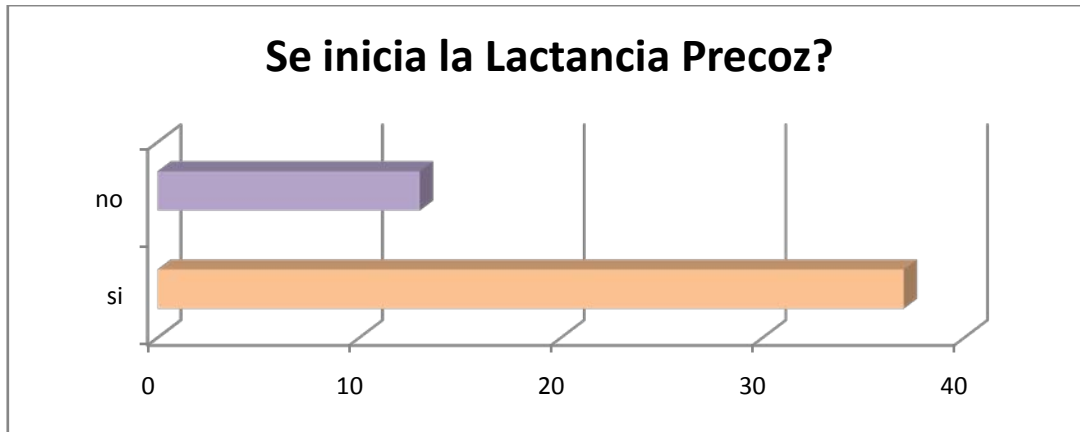
Gráfico 50: Se realiza el corte oportuno del cordón umbilical? Estudio Trato de Calidad Durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

El inicio de la lactancia precoz es esencial para fomentar la relación entre madre y su recién nacido, también es el inicio de la lactancia. Después de realizar el seguimiento a las cincuenta gestantes se puede sacar como resultado que en su gran mayoría los partos por cesárea no realizan la lactancia precoz, esto sin presentar criterios para no hacerlos. El gráfico 51 demuestra que de los cincuenta partos realizados el 78% realizó lactancia precoz, mientras que el 22% no lo hizo.

Gráfico 51: Se inicia la lactancia precoz? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

Según protocolos internacionales el recién nacido debe iniciar su alimentación con leche materna. Es por esto que se realiza el apego precoz y el inicio de la lactancia materna anteriormente. De los 50 recién nacidos que se siguió, 30% inicio con leche de fórmula mientras que el 70% de los recién nacidos inicio con leche materna (Gráfico 52).

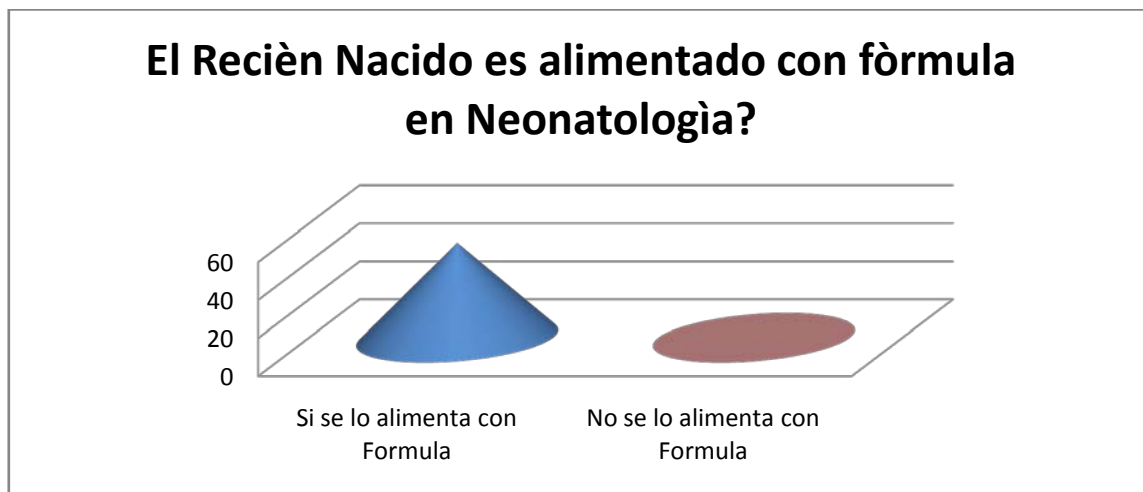
Gráfico 52: El recién nacido inicia su alimentación con fórmula? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta” Trato de calidad Durante el Parto”)

La primeras horas de vida el recién nacido es examinado en el cuarto de Neonatología, y es aquí donde el recién nacido es alimentado con leche de fórmula. Los protocolos recomiendan que el recién nacido sea alimentado exclusivamente con leche materna, por los numerosos beneficios que la leche materna provee al recién nacido. El gráfico 53 demuestra que el 100% de los recién nacidos es alimentado con leche de fórmula mientras se encuentra en el cuarto de Neonatología. Las madres de estos recién nacidos (80%) no conocen que su hijo/a es alimentado con leche de fórmula (GRAFICO 54).

Gráfico 53: El recién nacido es alimentado con fórmula en Neonatología? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

Gráfico 54: Conoce la madre del recién nacido que su hijo es alimentado con fórmula? Estudio Trato de Calidad durante el Parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2012

Conoce la Madre del Recién Nacido que su hijo es alimentado con fórmula?



(Castillo 2012, Encuesta "Trato de calidad Durante el Parto")

XIII. Discusión

Según la literatura actual, la medición de la calidad de los servicios mantiene diferentes significados y criterios. Se hace referencia a tres tendencias para evaluar la calidad del servicio: calidad, satisfacción y valor (Oliva, 2005). En esta investigación hemos medido la calidad de los servicios basados en los estándares mundiales y la satisfacción percibida por la gestante. Según Ishikawa (1986) la calidad significa calidad del producto, calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos (Ishikawa, 1986).

El cliente se ve influenciado para definir la calidad del servicio recibido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que recibe el servicio. Una buena evaluación de la calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada cumple con las expectativas del cliente, es decir, lo satisface. La calidad del servicio puede ser evaluada de forma correcta solamente al final del servicio prestado (Grönroos, 1978).

El evaluar durante la prestación de servicios ha demostrado que brinda resultados erróneos. Los resultados de las evaluaciones durante la prestación de servicios se ven afectados por varios factores. El cliente se ve comprometido a dar una evaluación falsa para evitar alargar el tiempo del servicio o evitar el ser mal atendido.

Esta investigación incluyó una población gestante la misma que se vio afectada por el periodo de anidamiento. El periodo de anidamiento es un término utilizado para referirse al instinto de una mujer embarazada el mismo que consta de una oleada de energía que la impulsa a limpiar, hacer varias tareas alrededor de su casa, proteger a su recién nacido y sentirse positiva con la vida. El periodo de anidamiento se presenta

generalmente cuando la madre se acerca a su fecha de parto y puede mantenerse durante los primeros días después del parto (Susan Krauss Whitbourne, 2010), (Women's Healthcare Topics. James W. Brann, 2006). El periodo de anidamiento influye en la perspectiva de la madre, sobre la prestación de servicios.

Conociendo las variables que influyen en la evaluación de los servicios, podemos argumentar sobre los resultados obtenidos en las Veedurías Ciudadanas sobre el trato de calidad en el HGOIA.

Según la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia el 29 de Septiembre del 2006 (Ministerio de Salud Publica, 2007) se inició las veedurías en la Maternidad Isidora Ayora, con el fin de mantener una calificación continua de calidad en el servicio a las usuarias externas. La veeduría ciudadana, para vigilar la atención Gineco-Obstétrica y de la infancia realizó varias encuestas de calidad a las usuarias. Las encuestas de la veeduría ciudadana son realizadas mientras la madre se encuentra en las instalaciones de la unidad de salud.

La investigación aquí detallada realizó una encuesta inicial siguiendo los parámetros de las encuestas realizadas en las veedurías ciudadana, obteniendo resultados que no concordaban con los de la segunda encuesta. Es por esto creemos que los resultados obtenidos durante la primera encuesta así también en los resultados de las veedurías están sesgados o influenciados por el periodo de anidamiento y/o por la influencia de la medición sin terminar el servicio.

Otro punto a discutir es la lactancia materna exclusiva. Según la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna es una forma natural y saludable de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los

lactantes. Arduas investigaciones han revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Según datos provenientes de organización UNICEF, el Hospital Isidro Ayora es promovedor de la lactancia materna exclusiva, y este hecho se opone a los datos obtenidos tras esta investigación ya que el 100% de los Recién Nacidos es alimentado con fórmula mientras se encuentra en el cuarto de Neonatología.

XIV. Limitaciones del Estudio

El estudio presento algunos limitantes, siendo estos:

1. La negativa inicial por parte de la gerencia del Hospital Gineco Obstétrico para con la investigación.
2. El tiempo asignado de 7 días dentro de la institución para realizar las encuestas y el seguimiento.
3. El factor de anidamiento el mismo que influyo para con las respuestas de la primera encuesta.
4. La medición mientras se realizaba el servicio.
5. La falta de seguimiento de las nuevas madres para asegurar un regreso al chequeo del primer mes del recién nacido.
6. El personal médico de consulta externa no mantiene un record de las madres que ya han asistido a chequeo post parto.

XV. Conclusión

Esta investigación es la primera que logra realizar dos encuestas de calidad en dos diferentes momentos en el tiempo a la misma población, más un seguimiento del proceso del parto y de los primeros días del recién nacido. Este estudio enfoca la calidad de atención a la gestante, los protocolos a seguir durante el parto y el nacimiento del recién nacido.

La primera encuesta se realizó a 50 gestantes, mientras que la segunda encuesta se logró encuestar a 42 gestantes que respondieron la primera encuesta

- Los resultados de la encuesta realizada durante la estadía de la gestante en la Maternidad brinda diferencias significativas con respecto a los resultados obtenidos cuando la gestante sale de la institución.
- El efecto de anidamiento fue un determinante para que las gestantes respondan exageradamente positiva a la primera encuesta.
- El factor de evaluar sin terminar el servicio también influyó en los resultados de la primera encuesta.
- El resultado de 98% de trato de calidad recibido por las gestantes obtenidas en la primera encuesta no se mantiene al obtenerse 54% de trato de calidad en la segunda encuesta.
- Mientras en la primera encuesta el 90% de las gestantes dijo haberse mantenido informada durante todo el proceso de la labor de parto, en la segunda encuesta tan solo el 33% de las gestantes menciona lo mismo.

- En la primera encuesta se obtuvo que el 40% de gestantes desconocía que Médico le atendía, mientras que en la segunda encuesta el 70% refiere que el médico nunca se presento y no sabían quien le atendía
- Los resultados no fueron significativamente diferentes entre las gestantes de parto normal y las de cesárea en las preguntas de trato por parte del personal de la institución.
- Los resultados fueron significativamente diferentes entre las gestantes de parto normal y las de cesárea en las preguntas de manejo de información entre personal de salud y paciente.
- De las gestantes que se les realizo cesárea el 99% fue informada de lo que sucedía.
- De las gestantes que fue realizada una cesárea, el 61% conocía al médico ya que este si se presento.
- El 100% de los partos que son programados son realizados.
- En 82% de los partos se realiza apego precoz.
- La alimentación con leche de fórmula se da al 100% de los recién nacidos mientras se encuentran en el cuidado de Neonatología.
- El 80 % de las nuevas madres desconoce sobre la alimentación con fórmula a su recién nacidos.
- El 94% de las pacientes sintió la necesidad de que un familiar o su pareja este con ella durante el proceso del parto.

- En la primera encuesta las gestantes responden con un 100% a lo acogedor de la maternidad, en la segunda encuesta solo el 73% menciona que la maternidad es acogedora.
- En las dos encuestas las gestantes creen ser tratadas de mejor forma por los estudiantes de medicina 77% que por los médicos formados 17%.

XVI. Recomendaciones

- Se recomienda que la unidad de salud realice encuestas de calidad continuas, las mismas que deben ser realizadas una vez que la gestante haya salido de la institución para que el efecto de anidamiento y el temor al maltrato no influyan en los resultados
- Promover que el primer Médico en atender a la gestante explique lo que se va a realizar durante el proceso del parto.
- Que el Médico que atienda a la gestante durante el parto sea el que se presente, para que así la gestante sepa quien ha atendido su parto.
- Que la nueva madre permanezca en la sala de postparto no más que 24 horas.
- Recompensar de manera simbólica al Médico/Enfermera que brinde el mejor trato a las gestantes, para así lograr que el trato de calidad sea dado al 100% de las pacientes.
- Mejorar los canales de comunicación entre el proveedor de salud y la paciente, para así lograr que el 100% de las gestantes se mantengan informadas durante su labor de parto.
- Realizar talleres dirigidos al personal de salud, donde se enfatice la comunicación: amabilidad, trato humano y sobre todo crear un ambiente de confianza, presentarse antes de iniciar una revisión médica.
- Promover con campañas internas el apego precoz de madre y recién nacido.
- Es importante poner en marcha acciones de promoción de la lactancia materna como alimento exclusivo del recién nacido.

- Informar y aceptar la decisión de la madre si desea mantener a la leche materna como único alimento de su hijo.
- Realizar un estudio donde se cuantifique las calorías que una gestante promedio queme para que sea la comida que les da sea la adecuada.
- Planificar para lograr una restructuración física, para ampliar los espacios que permitan que la gestante este acompañada de su compañero o un familiar.
- Restringir la estancia de las gestantes en el cuarto de posparto a menos de 24 horas.
- No alimentar a las madres en el cuarto de ultrasonido ya que esto no es higiénico y falta al respeto a la madre que se alimenta como a las otras madres que esperan ser atendidas. Este hecho no reúne los parámetros de calidad y calidez.
- Mejorar el espacio físico para lograr mayor rotación de camas.
- Atender solo partos con complicaciones y promover a los partos normales que sean atendidos en los Centros de Salud y hospitales generales.
- Este estudio seria una interesante herramienta de control de calidad para medir la satisfacción de las clientes externas de esta unidad médica. Así con mediciones mensuales se podría lograr una tendencia en el tiempo.
- Realizar un estudio para cuantificar los tiempo de espera que tiene que atravesar la gestantes, y sacar estándares que promuevan la calidad en tiempo s de espera.

- Cambiar el momento de la evaluación de las veedurías ciudadanas, para evitar sesgos en los resultados.
- Mantener un control de las nuevas madres, para asegurar el servicio de salud de sus recién nacidos.

XVII. Referencias

- Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. (2006). Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida. *La Biblioteca Cochrane Plus*.
- Borghi J, F.-R. J. (2002). The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Obstet Gynecol.*, 186(2):221.
- Breastfeeding, S. o. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3):e827.
- Carroli G, B. J. (2000). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Chaparro and Lutter. (2007). Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niño/as. *Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., December, 2007*.
- Chung M, R. G. (2008). Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 149(8):565.
- CM Chaparro, I. N.-I. (2004). Niveles de Hierro serico en infantes de seis mese de edad. *The Lancet*, 367(9527).
- Cooke M, C. R. (2003). *The first breastfeed: a content analysis of midwifery textbooks*.
- Eason E, L. M. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 95(3):464.
- EDEMAIN. (2004). *Encuesta ENDEMAIN*.
- Errol R Norwitz. (2011). Management of normal labor and delivery. *UptoDate*.
- Escuela de Enfermería Pontificia Unversidad Católica de Chile. (2008). El cuidado percibido durante el proceso del parto: Una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73: 179-184.
- F. Gary Cunningham, J. W. (2006). *Obstetricia de Williams*. Buenos Aires: McGraw-Hill.
- Fleming N, N. E. (2003). Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *Midwifery Womens Health*, 48(1):53.

- Fritel X, S. J. (2008). Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG*, 115(2):247.
- Generalidad de Cataluña. (2003). *Protocolo de Asistencia del Parto, Puerperio, y Recien Nacido*. Barcelona: G.C.
- Gestion Estadística HGOIA. (2004). *Formulario de Notificaciones Mensuales de Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica*. Quito.
- Grönroos, C. (1978). A Service Oriented Approach to Marketing of Services. *European Journal of Services*, 12(8), 588-601.
- Hartmann K, V. M. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*, 293(17):2141.
- HGOIA. (2008). <http://www.hgoia.med.ec>. Recuperado el 8 de Junio de 2011, de http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content
- Hodnett, E. (2006). Caregiver support for women during childbirth. *The Cochrane Library*, Issue 1.
- Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. (2007). *Notificación Anual de enfermedades de Vigilancia Epidemiológica- Gestion estadística*. Quito.
- Host A. (1994). Cow`s milk protein allergy and intolerance in infancy. Some Clinical Epidemiological and immunological aspects. *Pediatric Allergy Immunology*, 5.
- Howden NL, W. A. (2004). Episiotomy use among residents and faculty compare with private practitioners. *Obstet Gynecol*, 103(1):114.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es control total de la calidad?* Colombia: Editorial Norma.
- Klein MC, G. R. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Obstet Gynecol*, 171(3):591.
- Liljestrand, J. (2003). *Episiotomy for vaginal birth: RHL comentary*. Geneva: World Health Organization.
- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Codificación-Reglamento*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERÍA PARA PROGRAMAS DE ATENCIÓN NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO. *Cordinación Nacional de Nutrición*, 36.
- Ministerio de Salud Pública. . (2009). *Normativa Técnica Nacional de la Atención de parto Vertical*. MSP.

- Moore ER, A. G. (2007). *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. artículo n.º: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.: Número 4.
- Oliva, E. J. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia*.
- Peter J. Chen, M. D. (22 de 10 de 2008). <http://www.umm.edu>. Obtenido de http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000126.htm
- Puig G, S. Y. (2007). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. En C. d. BSR, *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Registro Oficial. (1979). N. 101. En *Oficios del Registro Oficial*. Quito.
- Registro Oficial. (1980). Oficios. En N. 1952. Quito.
- Robinson, M. J. (12 de Enero de 2012). Approach to episiotomy. *UptoDate*.
- Saloojee, H. (2008). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 4 de enero de 2008). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Salud Sin Limites. (2003). Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural. En *Pedido de Autorización: María Esthe Castillo, Autorización dada por: Claudis Lema Directora Ejecutiva Salud Sin Limites*. Lima. Obtenido de <http://www.grupochorlavi.org>: <http://www.grupochorlavi.org/concursosesoamerica/doc/zona/Modelodeatenciondepartos.pdf>
- Sartore A, D. S. (2004). The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.*, 103(4):669.
- Stoppard, M. (2006). *Norma del Embarazo y el Nacimiento*. Norma.
- Stoppard., M. (2002). *Libro del Embarazo y el Nacimiento*. Norma. Bogota: Norma.
- Susan Krauss Whitbourne, S. B. (2010). *Adult Development and Aging: Biopsychosocial Perspectives*. John Wiley & Sons.
- UNICEF. (2012). <http://www.unicef.org/>. Recuperado el 2012, de http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm
- United Nations. (2012). Millenium Development Goals., (pág. <http://www.un.org/millenniumgoals/>).

- Virtanen SM, Savilahti E, et al. (1994). Diet, cow's milk protein antibodies and the risk of IDDM in finishing children. Childhood diabetes in Finland Study Group. *Diabetologia*, 37(4)381.
- Vladimir Kalis, J. S. (2008). Material and type of suturing of perineal muscles used in episiotomy repair in Europe. *Pelvi Perineology*, 27: 17-20.
- Weber AM, M. L. (2002). Episiotomy use in the United States. *Obstet Gynecol*, 100(6):1177.
- Widlöcher, D. (2004). *Sexualidad infantil y apego. Psicología y psicoanálisis*. Mexico D.F: Siglo XXI.
- Women's Healthcare Topics. James W. Brann, M. (2006). *Surviving the Joy of Pregnancy*. James Brann.
- World Health Organization. (2006). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Geneva.

XVIII. Anexos.

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIAS



INVESTIGACION " TRATO DE CALIDAD DURANTE EL PARTO EN LA MATERNIDAD ISIDRO AYORA –QUITO"

Encuesta de Satisfacción de Usuaris

Numero de encuesta: _____

A. Califique el servicio que recibió al llegar a la Maternidad.

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. Fue rápida la atención al llegar a la Maternidad en labor de parto.	5	4	3	2	1	N/A
2. El tiempo de espera antes de ser trasladada al centro obstétrico fue razonable.	5	4	3	2	1	N/A
3. La atención por parte de un medico fue oportuna.	5	4	3	2	1	N/A
4. Fue eficaz el proceso de obtención de su historia clínica y demás papeleo.	5	4	3	2	1	N/A
5. Si llego en horas de la noche la atención fue inmediata	5	4	3	2	1	N/A
6. El tiempo de espera ya en el centro obstétrico fue razonable antes de que se le asigne una camilla,	5	4	3	2	1	N/A
7. El tiempo de espera en la camilla antes de recibir atención Fue razonable.	5	4	3	2	1	N/A
8. Se le mantuvo informada durante el proceso de labor de parto en el centro obstétrico.	5	4	3	2	1	N/A

B. Califique el trato recibido por nuestro personal de Salud en General

(Auxiliares, Enfermeras, Médicos, Obstetras, Residentes, ETC).

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. El personal de salud le atendió con cortesía	5	4	3	2	1	N/A
2. El personal de salud se mostro amigable y empático.	5	4	3	2	1	N/A
3. El personal de salud se preocupo por usted y su situación en especifico.	5	4	3	2	1	N/A

C. Califique el trato recibido por nuestro personal de limpieza.

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. El personal de limpieza se comporto amigable con usted.	5	4	3	2	1	N/A
2. En el caso de haber necesitado la ayuda del personal de limpieza, la misma fue inmediata.	5	4	3	2	1	N/A

D. Califique el trato recibido por el personal de nutrición.

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. El personal de nutrición fue amable el momento de entregarle sus alimentos.	5	4	3	2	1	N/A
2. El personal de nutrición supo ayudarle en algún pedido especial.	5	4	3	2	1	N/A

E. Califique el trato del médico Ginecólogo/Obstetra que le atendió.

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) fue amable con usted	5	4	3	2	1	N/A
2. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) se presento antes de atenderla	5	4	3	2	1	N/A
3. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) puso atención y supo escucharla.	5	4	3	2	1	N/A
4. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) pasó el tiempo necesario atendiéndola.	5	4	3	2	1	N/A
5. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) supo explicarle su situación en un lenguaje que usted entendía	5	4	3	2	1	N/A

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
6. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) la reviso por completo y no solo la parte ginecológica	5	4	3	2	1	N/A
7. El médico Ginecólogo/Obstetra(s) respeto su dolor al momento del tacto vaginal.	5	4	3	2	1	N/A

F. Califique sobre la infraestructura.

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. Es la maternidad (centro obstétrico y sala de parto) acogedor para usted.	5	4	3	2	1	N/A
2. Las instalaciones de la Maternidad permiten que su pareja permanezca con usted durante el parto	5	4	3	2	1	N/A
3. Las instalaciones de la Maternidad permiten que usted y su RN pasen juntos desde el momento del nacimiento.	5	4	3	2	1	N/A

G. En conclusión su satisfacción durante su estancia en la M.I.A ha sido:

	Excel ente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mal o	
1. La practica medica	5	4	3	2	1	N/A
2. El servicio durante su estadía	5	4	3	2	1	N/A

H. Recomendaría usted a otras (familia, amigas) a la maternidad SI 1 NO 2

Si no, porque _____

I. Hay algo en que podamos hacer para mejorar los servicios de la maternidad?

J. Información sobre usted:

Su edad:

Menor de 18	1
18 a 25	2
26 a 30	3
31 a 35	4
Mayor de 36	5

K. Usted:

Esta primera vez en la Maternidad	1
Ya ha tenido partos en la Maternidad	2

Gracias por su ayuda

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario Consentimiento Informado

Universidad San Francisco de Quito

Comité de Bioética

Título de la investigación: TRATO DE CALIDAD DURANTE EL PARTO EN LA
MATERNIDAD ISIDRO AYORA -QUITO

Versión y Fecha: Versión 2, Julio 7, del 2012

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: María Esther Castillo Muñoz

Co-investigadores: N/A

Número telefónico y correo electrónico del investigador principal: 081152983,

MARIA.CASTILLO@ESTUD.USFQ.EDU.EC

1. Introducción

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación sobre El trato de calidad durante el parto en la “Maternidad Isidro Ayora”, pues cumple los criterios de inclusión para ser incluida en esta investigación.

Su participación es una elección; tome el tiempo necesario para tomar la decisión y analícela con su familia y sus amigos. Este formulario incluye un resumen de la información que los investigadores analizarán con usted. Si usted decide participar en el estudio, usted recibirá una copia de éste formulario. Por favor, haga todas las preguntas o inquietudes que tenga sobre el estudio.

2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?

Cada embarazada vive una experiencia afectiva, física y psíquica diferente, que no puede ser comparada con la experiencia vivida por otra madre. Por esta razón, el trato que recibe una mujer antes, durante y después del parto son importantes para asegurar el bienestar de la madre y el recién nacido.

3. ¿Hay algún beneficio por participar en el estudio?

El participar en este estudio da como beneficio para la sociedad, la posibilidad de que el trato en las maternidades sea de calidad. El beneficio individual, de participar en este estudio es el apoyo moral por parte de la investigadora durante toda su labor de parto.

4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?

En el estudio participarán 50 mujeres, las mismas que serán escogidas en base a los siguientes criterios de inclusión:

- a) Presentarse en el Centro Obstétrico de la Maternidad Isidro Ayora.
- b) Tener 5 o más centímetros de dilatación en el primer examen vaginal.
- c) Aceptar participar en el estudio.

d) Firmar el consentimiento informado.

La muestra de este estudio será por conveniencia. Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo.

5. ¿En qué consiste el estudio?

El estudio consiste en identificar si la atención durante el parto en la maternidad Isidro Ayora es correcta. Se recogerán datos en un cuestionario, y en una tabla de datos el número de tactos vaginales realizados a las mujeres en labor de parto, el trato del personal de salud de la institución, el manejo de la labor de parto, los criterios usados para la realización de episiotomías, el manejo durante la expulsión del recién nacido, el tiempo que se deja el cordón umbilical antes del corte y la iniciación de la lactancia materna.

6. ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Su participación en el estudio durará, el tiempo que usted esté en la Maternidad.

7. ¿Cuáles son los riesgos de participar en este estudio?

Los riesgos que usted corre en éste estudio es que posiblemente se sienta incómoda al ser observada durante toda su labor de parto, el parto y postparto.

8. ¿La información o muestras que doy son confidenciales?

Su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo posible para mantener en forma confidencial toda su información personal.

Se aplicarán las siguientes medidas de seguridad para proteger la información que usted nos proporciona:

1. Para proteger su privacidad la información tendrá un código de paciente.
2. Solo las personas directamente relacionadas a la investigación sabrán su nombre.
3. Su nombre no será mencionado en las publicaciones o reportes de la investigación.
4. El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

9. ¿Qué otras opciones tengo?

Usted puede decidir no participar en el estudio.

10. ¿Cuáles son los costos del estudio de investigación?

Usted no tendrá que pagar nada por participar en este estudio.

11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?

Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio.

12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?

Su participación en este estudio es voluntaria; es decir, usted puede decidir no participar.

Además, si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento; para hacerlo debe ponerse en contacto con la investigadoras mencionada en este formulario de consentimiento informado. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si usted decide no participar o decide retirarse del estudio antes de que este termine.

13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?

Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a: María Esther Castillo Muñoz

Celular: 081152983 (Claro)

Correo electrónico: maria.castillo@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario también puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al teléfono 02-297-1775 o por correo electrónico a: comitebioetica@usfq.edu.ec

14. El consentimiento informado

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia del este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente el participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o representante legal

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento

Firma del investigador

Fecha

Firma del testigo (si es que aplica)

Fecha

ANEXO 4

CARTA DE PETICION AL DIRECTOR DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

Quito 11 de Septiembre del 2012

Sr. Doctor Humberto Navas López
Gerente
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Presente.

Con un saludo fraterno me dirijo a usted y a la vez pido se me autorice realizar una investigación con motivo de mi tesis de la Maestría de Salud Publica de la Universidad San Francisco de Quito. El tema de la investigación es: "Trato de calidad durante el parto". Al finalizar el estudio, me comprometo a entregarle los resultados obtenidos durante la investigación, para que los mismos sirvan a la institución.

En espera de que este pedido sea atendido favorablemente, me suscribo de usted,

María Esther Castillo

060248520-3

Tel: 081152983

email: maria.castillo@estud.usfq.edu.ec

Adjunto:

1. Autorización del comité de Bioética.
2. Protocolo de la Investigación.

1/11/2012

ANEXO 5

**CARTA DE PETICION A LA DIRETORA PROVINCIAL DE SALUD DE
PICHINCHA.**