

Facultad de Ciencias Médicas. Managua



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y
CIRUJANO.

Tema:

“Satisfacción de la Atención del Parto Vaginal en pacientes que ingresan en la Sala de Puerperio Fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Abril-Junio 2016”.

AUTORES:

- ❖ Br. Itzayana Moreno Ruiz.
- ❖ Br. Ceylin Cruz Pozo.

TUTOR:

Msc. MD José de los Ángeles Méndez.

Médico Gineco-Obstetra.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la satisfacción de la atención del parto vaginal en pacientes que ingresan en la sala de puerperio fisiológico del hospital Bertha Calderón Roque en el período de Abril-Junio 2016.

Metodología: El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. El área de estudio fue la sala de puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril-Junio 2016.

Resultados: Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes participantes de este estudio se encontró: el 32% corresponden al rango de edad entre 30-35 años, el estado civil de las pacientes en estudio fue el 42% separadas, el 41.8 % son universitarias, el 31.3 % son amas de casa, el 63% son de origen urbano. Respecto a las características gineco-obstetricas el 62 eran primigestas, el 62% no recibieron inducción del parto, el 63 recibieron preparación previa al parto. Se identificó que el 87% de las usuarias entrevistadas están satisfechas en relación a la toma de decisión durante la atención del parto, el 90.3 % de las expectativas de las usuarias sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de atención del parto fueron satisfechas, el 90% de las usuarias consideraron que la toma de decisiones propias durante la atención del parto generó una experiencia positiva de dicho acontecimiento.

Conclusiones: La población estudiada se encontró en el rango de edad entre 30-35 años, en su mayoría separadas, de escolaridad universitaria, de ocupación no remunerada (ama de casa) y de procedencia urbana. En su mayoría primigestas cuyo parto actual no fue inducido, no se les realizó episiotomía y que recibieron preparación para el parto. La mayoría de la población estudiada manifestó sentirse satisfecha con el hecho de formar parte en la toma de decisiones durante la atención de su parto. El nivel de cumplimiento de las expectativas de las usuarias Durante la atención recibida en todos los periodos del parto, fue alto, considerándose este muy bueno. En relación a la participación de la usuaria en la toma de decisiones durante el momento del parto, es considerada como SATISFACTORIA, lo que generó una experiencia positiva en el nacimiento de un nuevo ser.

Palabras claves

Satisfacción, trabajo de parto.

INDICE.

Contenido

INDICE.....	3
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	4
1.1 INTRODUCCION.....	7
1.2 ANTECEDENTES.....	9
1.3 JUSTIFICACION.....	11
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.5 OBJETIVOS.....	14
1.6 MARCO TEORICO.....	15
CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO.....	39
CAPITULO III. DESARROLLO.....	48
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA.....	52
CAPITULO V. ANEXOS.....	54

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo primeramente a Dios y nuestras madres por el deseo de superación y amor que nos brindan cada día en que han sabido guiar nuestras vidas por el sendero de la verdad. A nuestro tutor por su apoyo sin condición para brindarnos las herramientas necesarias para terminar este estudio y a las pacientes que participaron en el mismo dado que sin ellas esto no hubiese sido posible.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a *Dios* por guiar nuestros pasos hasta el final de las metas trazadas. A nuestros *Padres y Hermanos* quienes con mucho amor y paciencia han contribuido en nuestro crecimiento profesional.

A nuestro tutor por darnos las pautas necesarias y por su apoyo en todo momento para terminar con éxito este trabajo.

También a todas las pacientes que nos apoyaron con su participación voluntaria a fin de poder realizar este estudio.

Managua 01 Febrero, 2017

Opinión del Tutor

Realizar estudios de los cuales se adquiere información, a cerca de la satisfacción de un servicio recibido tiene un valor incalculable para los proveedores de este.

En este estudio las jóvenes investigadoras realizaron un trabajo fundamental, ya que de sus resultados se obtendrán modificaciones para mejorar la calidad de atención en una acción tan sensible como es la atención del parto.

Reciban las jóvenes investigadoras mis más altas muestras de felicitaciones por el esfuerzo investigativo realizado.

Atentamente

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

Profesor Titular dela Facultad

De Medicina UNAN-Managua

Gineco-Obstetra Tutor.

CAPITULO I. GENERALIDADES.

1.1 INTRODUCCION.

El parto es un acontecimiento vital muy importante en la vida de una mujer, ya que es una experiencia única y profunda con un gran contenido emocional.

La asistencia al parto es un hecho tan antiguo como la humanidad, la cual ha sido realizada por diferentes profesionales a lo largo de la historia: parteras o comadronas, médicos, etc. Sin embargo, en las últimas décadas, esta atención al parto normal se ha visto afectada por una creciente instrumentalización e intervencionismo que ha dificultado que se preste la suficiente atención a la mujer durante este proceso, lo cual puede influir en su bienestar físico y emocional y en su adaptación a la maternidad y al vínculo con su hijo/a.

La relación del médico con los pacientes ha cambiado profundamente en pocos años producto del enfoque de la sociedad hacia el usuario. Dicho efecto producido por el resultado de la asistencia sanitaria, ya que esta hoy en día se mide en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente del trato hacia su dolor, de su anatomía, su sensación de bienestar físico y mental. Ahora el médico ya no puede decidir sobre la salud del paciente libremente sin contar con la opinión de este.

Los pacientes han pasado a ser considerados como co-productores de los cuidados de la salud; como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud.

La opinión del paciente como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud y mejorar por consiguiente la relación médico-paciente; ya que la satisfacción del

usuario constituye un indicador clave para evaluar el desempeño global del personal de salud y analizarla ayuda a crear una cultura de mejora continua.

La prestación de los servicios de salud es un derecho de la población nicaragüense; de garantizarle una atención humanizada, solidaria, con tecnología apropiada que logra una completa satisfacción del usuario, la familia y la comunidad.

Dada la naturaleza de la medicina en la actualidad, la mejora continua de la calidad es uno de sus fines esenciales y por ello constituye un campo actual de estudio e investigación.

Por lo tanto entender la satisfacción de las mujeres en su experiencia en el parto es muy significativo para los proveedores de la salud, administradores y responsables de políticas como un indicador de la calidad de atención de maternidad razón por la cual surge este estudio. (Morales, 2014)

Todo lo anterior nos impulsa hacia la búsqueda continua en los procesos de mejora de la calidad. El presente estudio tiene como finalidad identificar la Satisfacción de la atención del parto vaginal en pacientes que ingresan en la sala de puerperio fisiológico del hospital Bertha Calderón Roque en el período de Abril-Junio 2016.

1.2 ANTECEDENTES.

Un estudio realizado por Oviedo Sarmiento (2010), sobre el “Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el hospital Jorge Voto Bernales Corpancho en peru: Es Salud”, concluyó que el nivel de expectativas de los grupos estudiados son altas y no hay diferencias significativas entre ambos grupos y desde el punto de vista de percepciones el nivel de satisfacción es bajo, es decir hay insatisfacción en ambos grupos y no hay diferencias significativas entre ellas y el programa de psicoprofilaxis obstétrica no influyó en el nivel de satisfacción de las usuarias.

WajajayNuñez (2013) realizó un estudio sobre “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero- Febrero 2013” con el objetivo de evaluar la percepción que tienen las usuarias sobre la calidad de atención del parto en el servicio de centro obstétrico. Encontró que la seguridad fue la dimensión más pobremente valorada mientras que los aspectos tangibles fueron los mejores valorados, y concluyó que las mujeres atendidas en el centro obstétrico del HNDAC perciben la calidad de atención en un nivel de “satisfacción leve” a partir de sus niveles explorados.

Otro estudio realizado por Espinoza Rojas (2014), sobre “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho Enero 2014” con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de atención de parto en centro obstétrico, aplicó a 80 puérperas la encuesta modificada tipo SERVPERF para valoración de la percepción de la calidad de atención del parto. Concluyendo que la percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del HSJL es insatisfactoria. (Gutierrez, 2015)

Navarro Collado, Daysi Marina realizo un estudio descriptivo de “Calidad de los servicios de atención de parto y puerperio. Hospital Cesar Amador Molina. SILAIS Matagalpa, durante el período de Abril a Junio del 2011”, con el objetivo de valorar la calidad de los servicios de atención del parto y puerperio del Hospital César Amador Molina del SILAIS Matagalpa, mediante una encuesta a 142 usuarias. Encontrando que las mujeres en su mayoría son mujeres jóvenes, en edades óptimas reproductiva en el 64.09%, con bajo nivel de escolaridad en el 62%, de procedencia rural en el 65%, con alta paridad en el 73.2%, con más de 3 partos, 63% eran amas de casa. Los prestadores de servicios es una fuerza de trabajo joven predominó el sexo femenino, en un 80% personal médico y enfermería con

experiencia en atención de parto y puerperio con más de 6 meses de laborar en dichos servicios. Las usuarias evaluaron la atención recibida, en su mayoría como buena 63% y excelente 28% en menos del 1% la catalogaron como mala. (Collado, 2011)

Arellano Morata Carmen, realizó un estudio “Evaluación de la calidad en la atención al parto normal en el servicio Murciano de salud”. En 180 pacientes se evaluó la atención al parto normal con 17 indicadores de calidad según las recomendaciones de la EAPN, encontrando: De 32 protocolos ninguno contenía las 11 recomendaciones de atención al parto y nacimiento. En 44.5% de partos con inicio espontáneo tuvieron estimulación con Oxitocina; los partos inducidos fueron 31.2%; el porcentaje de alumbramiento con manejo activo fue de 8.1%; 35.4% de mujeres con parto atípico se le realizaron episiotomía; el 97.2% parieron en posición de litotomía; la maniobra de Kristeller se les realizó al 33.3%. (Morata, 2012)

1.3 JUSTIFICACION

Sabemos que actualmente la relación médico–paciente ha sufrido deterioro, de acuerdo con Durán González, Lilia Irene, quienes estudiaron en el 2002 la “Calidad de atención del parto en un hospital universitario” en México encontrando que el trato proporcionado a la paciente fue deficiente en 79% de los casos, bueno, en 14%, y malo, en 7%. Entre los criterios que se calificaron se incluyó la forma en que el personal recibe a la paciente al ingresar al servicio, se encontró que a 90% de las pacientes se les saludó; al 97.5% de las pacientes no se les llamó por su nombre, en 62.5% se utilizó algún sobrenombre y en 35% no se utilizó apelativo para dirigirse a ellas. La interrelación médico-paciente obtuvo una calificación de deficiente, debido a que los médicos recibieron a las pacientes a través de un saludo impersonal e indiferente, no se les llamó por su nombre, utilizando sobrenombres como “madre”, “hija”, “gorda”, “señora”, entre otros, además no se les explicaron los procedimientos que se les realizaban y se apreció una falta de privacidad durante la exploración, ya que se efectuó sin importar la presencia de personas ajenas.

El Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), de proveer salud gratuita y atención oportuna y de calidad a los nicaragüenses y en el marco del desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF) continúa impulsando acciones para mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez; a través del desarrollo de la maternidad segura, como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; atención prenatal con amplia cobertura y calidad; así como brindar una atención institucional de parto limpio y seguro; todo lo cual se vería reflejado en la reducción de la morbi mortalidad materna perinatal. (Collado, 2011)

Por todo ello, es de vital importancia monitorear la calidad de la atención del parto y puerperio a la luz del cumplimiento de la normativa que está impulsando el MINSA, de la atención humanizada del parto. Con la presente investigación se espera obtener resultados que nos permita conocer si los usuarios/os de los servicios de parto y puerperio en el Hospital Bertha Calderón Roque, están satisfechos o conforme con la atención recibida acorde a lo establecido en la norma del parto humanizado vigente, cuyos resultados a la vez contribuyan a la búsqueda de alternativas que ayuden a mejorar la calidad en la prestación de

dicho servicio, también proporcionan información que puede ser clave para vigilancia y monitoreo.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es el nivel de Satisfacción de la atención del parto vaginal en pacientes que ingresan en la sala de puerperio fisiológico del hospital Bertha Calderón Roque en el período de Abril-Junio del 2016?

1.5 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Evaluar la satisfacción de la atención del parto vaginal en pacientes que ingresan en la sala de puerperio fisiológico del hospital Bertha Calderón Roque en el período de Abril-Junio del 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Mencionar las principales características socio-demográficas como Gineco-obstétricas de la población en estudio.
- ❖ Identificar el grado de satisfacción de la usuaria en relación a la toma de decisiones durante la atención del parto.
- ❖ Describir las expectativas de la usuaria sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de atención de parto.
- ❖ Comprobar si la participación por parte de la usuaria en la toma de decisiones durante la atención del parto puede generar una experiencia positiva de este acontecimiento.

1.6 MARCO TEORICO.

I. PARTO VAGINAL

Definición de parto.

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 g, igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación. (Schwarcz)

Una definición más completa es esta: El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.

Es de nuestra incumbencia definir también Parto de Bajo Riesgo, también llamado parto normal (Eutócico), considerado así el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas y que mediante el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras. (SALUD, 2008)

La OMS definió parto normal en 1996 como como aquel de comienzo espontaneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Siempre y cuando la madre como el niño esté en buenas condiciones. (Dra. Cristina Fernández de Kirchner, 2010)

Trabajo de Parto

¿A que llamamos trabajo de parto?

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. (Schwarcz)

El trabajo de parto se divide en tres periodos:

- a) El primer corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino acompañado del inicio del descenso fetal se caracteriza por una tasa de dilatación de 1 cm. por hora, a la vez este consta de dos fases:

- Fase Latente: Es la fase en la que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta cinco centímetros. Aproximadamente tiene una duración de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multíparas. Esta fase suele ser la más larga y la menos intensa además es el momento en que la futura madre ingresa en el hospital
 - Fase Activa: Es el lapso que media entre los cinco centímetros y diez centímetros de dilatación con el continuo descenso de la presentación fetal, esta fase dura menos y es más intensa que la anterior dado a que las contracciones se vuelven más prolongadas y frecuentes.
- b) El segundo periodo llamado Expulsivo, comienza con un borramiento y dilatación al 100% y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 min, es en este periodo que la futura madre toma parte activa pujando para que él bebe atraviese el canal de parto y salga al mundo exterior.
- c) El tercer periodo llamado Alumbramiento consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas). Este comprende desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas, tiene una duración promedio de 30 minutos. Y requiere de un manejo activo. (Dr. Alfredo Colon Lucach, 2014)

En síntesis en cada uno de estos tres periodos es de suma importancia brindar vigilancia y un manejo activo para lograr una atención del parto con éxito.

Atención del parto vaginal.

A como se menciona anteriormente la mayor parte de la embarazadas acuden al hospital durante la fase latente del primer periodo del parto, lo que permite realizar todos los procedimientos de rutina los cuales son realizados en el servicio de emergencia general u obstétrica, ya que es el primer contacto que realiza la parturienta con las unidades de atención del parto y se brinda en unidades de salud pública y privada.

Los objetivos de la atención obstétrica en este período son diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo del parto basado en la valoración del interrogatorio y examen físico (incluyendo examen obstétrico y examen ginecológico).

Para llevar a cabo todo esto es de vital importancia establecer una relación de respeto y confianza con la usuaria desde el primer contacto con la misma.

Diagnóstico de trabajo de parto.

- Interrogatorio

Solicitar carnet de Historia Clínica Perinatal Base, leer e interpretar datos de las atenciones prenatales realizadas. Proceder a completar las secciones de PARTO y ABORTO según corresponda. Corroborar edad gestacional.

Indagar sobre características de las contracciones y las pérdidas vaginales de líquidos (sangre, mucosidad, líquido claro) si las hay.

Evaluar la existencia de factores de riesgo para determinar si el parto será atendido en esa unidad de salud o hay que realizar referencia para atención especializada o en unidades del segundo nivel.

- Examen Físico

• General

Es de suma importancia valorar el estado o apariencia general, que va desde el color e hidratación de la piel y mucosas, hasta una valoración exhaustiva de estado neurológico.

Signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca materna, Temperatura, Frecuencia Respiratoria).

Peso y talla.

• Examen Obstétrico

Las Maniobras de Leopolds constituyen uno de los grandes pilares en el diagnóstico, son de utilidad para determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.

Luego se procede a valorar la vitalidad fetal la cual se evalúa mediante la determinación de los movimientos activos del feto y su frecuencia cardíaca fetal. A la vez se deben caracterizar las contracciones uterinas (frecuencia y duración), para determinar la actividad uterina.

Y por último determinar volumen uterino (medición de altura uterina con cinta obstétrica).

• Examen Ginecológico

El examen ginecológico es otro de los pilares fundamentales en el diagnóstico de trabajo de parto y está dirigido a:

- Indagar sobre existencia de infecciones o lesiones de vulva, vagina y cérvix.
- Valorar amplitud y elasticidad de partes blandas, dilatación, borramiento y posición cervical, presentación, variedad de posición y altura de la presentación.
- Proporción feto-pélvica (SALUD, 2008)

Recordemos que el tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas como lo recomienda el partograma (OMS 1993). Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno. (Dra. Cristina Fernández de Kirchner, 2010)

Evaluación del primer periodo de trabajo de parto.

Una vez que se ha diagnosticado que la paciente está en trabajo de parto se ingresa a sala de Labor y se procede a iniciar el llenado del Partograma con Curvada Alerta.

El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

El progreso de la dilatación y del descenso de la presentación se evaluará por medio del examen genital por vía vaginal, el cual debe ser efectuado con cuidado, para no provocar la rotura de las membranas.

Los cuidados materno-fetales que se deben brindar en este periodo son los siguientes:

- Toma de Signos Vitales incluyendo estado de hidratación materno:
- Si se detecta hipotensión, administrar infusión de Solución Salina. En caso de presentarse cefaleas, fosfenos, acúfenos evaluar inminencia de Eclampsia.
- Investigar signos u otros síntomas acompañantes.
- Embarazada debe estar en decúbito lateral izquierdo e ingerir líquidos azucarados.
- Se considera la situación como de ARO si se encuentran signos de Preeclampsia, cambios en la FCF o el tono uterino.
- Motivar la micción espontánea (evitar cateterismo) para contrarrestar su acción Inhibidora sobre la contractilidad.
- Enema evacuante se puede aplicar antes de los cuatro centímetros de dilatación (dosis única), si el proveedor lo considera necesario, para impedir la acción inhibidora ejercida por la repleción rectal sobre la contractilidad uterina y evitar la contaminación del área estéril por la materia fecal.
- Orientar a la paciente a que modifique su respiración entre y durante las contracciones. Si la embarazada ha asistido a cursos de parto psicofiláctico o sin temor, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.

- Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto o trabajo de parto prolongado refiera a especialista, hospitalización o manejo según protocolo de Emergencias Obstétricas.

Evaluación el segundo periodo del parto

El segundo período comprende el descenso, la rotación interna y el desprendimiento fetal, los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el segundo período del trabajo de parto son:

- El descenso constante del feto por el canal de parto.
- La realización de la rotación interna de la cabeza fetal.
- El desprendimiento del feto, sin dificultades en el moldeamiento de la cabeza fetal.

La expresión clínica de estas tres condiciones se manifiesta en el deseo de pujar de la mujer, se debe alentar una adecuada realización de los pujos en este momento, coincidiendo con el acmé de la contracción.

La utilización de ropa limpia y estéril, instrumental necesario y asepsia de región perineal son fundamentales para favorecer las condiciones de asepsia en el nacimiento del-a niño-a.

Este es el periodo en que la parturienta desempeña un papel activo por lo q es necesario establecer un ambiente de confianza y respeto así como proporcionar un acompañante de entera confianza a la misma.

La atención del expulsivo se detalla a continuación:

Siempre recordar llevar control de la contractilidad uterina y los pujos maternos.

- Se deberá estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones.
- Se recomienda no efectuar amniotomía, hasta alcanzar los diez centímetros de dilatación.
- Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo.
- Protección del periné a fin de evitar desgarros y laceraciones.
- Evaluar la elasticidad de los tejidos vulvares, perineales y vaginales y el tamaño de la presentación.
- Evaluar la velocidad del descenso de la presentación y el impulso proporcionado por el pujo materno según la paridad materna.
- Permitir el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia suboccipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.

Expulsión fetal

- Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía. Simultáneamente pídale a la mujer que jadee o que realice pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé
- Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé, para dirigir el desprendimiento de la misma, con la otra mano proteja con delicadeza el periné para evitar los desgarros por el mentón fetal.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, asegúrese que la misma haya cumplido la restitución y la rotación externa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé pídale a la mujer que deje de pujar.
- Aspire la boca y nariz del bebé solo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio.
- Revise con los dedos alrededor del cuello del bebé, para detectar presencia de circulares del cordón umbilical.
- Si el cordón umbilical se encuentra alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
- Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, coloque dos pinzas en el mismo (a fin de asegurar los extremos del cordón seccionado) y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.
- Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior, efectuando protección perineal de la salida del hombro posterior, para prevenir desgarros o extensión de la episiotomía cuando su práctica está indicada.
- Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Mantenga al bebé al nivel del periné hasta que el cordón deje de pulsar, inmediatamente después corte entre las pinzas el cordón.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre después de pinzado y cortado el cordón y proceda a pinzar y cortar el cordón umbilical dentro de los tres minutos de nacido. o Seque al bebé por completo, límpiele la cara y aspire nuevamente la boca y nariz sólo si hay excesiva cantidad de líquido amniótico o presencia de meconio y evalúe su respiración.

- Administrar diez UI de Oxitócica IM a la madre.
- Se procede al alumbramiento de la placenta y los anexos, haciendo tracción controlada y sostenida al mismo tiempo que se hace contracción sobre el pubis para evitar inversión uterina luego retorcerla sobre su eje o sostenerla en las manos hasta que se expulsan las membranas.
- Si el bebé llora o respira (ascenso del tórax por lo menos 30 veces por minutos), deje al bebé con la madre en la sala de parto si la madre está apta.
- Si el bebé no respira dentro de los primeros 30 segundos, pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimar al bebé.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con la madre.
- Cubra al bebé y, asegúrese de que la cabeza esté cubierta para evitar enfriamiento.
- Si la madre no se encuentra en buenas condiciones deposite al bebé para su cuidado en el personal que apoya la atención del parto (pediatra, enfermera).
- Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros, para repararlos.
- Proporcione alojamiento conjunto.
-

Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP)

El manejo activo (expulsión activa de la placenta) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su no utilización.

En el manejo activo se incluye:

- La administración inmediata de 10 UI de Oxitócica intramuscular.
- El pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento.
- La tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina.
- El masaje uterino (fúndico suave) posterior a la extracción de la placenta. (SALUD, 2008)

II. PUERPERIO FISIOLÓGICO

Definición

Muchos autores han definido puerperio, pero dichas definiciones tienen similitudes como vemos a continuación:

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad. (SALUD, 2008)

Es el periodo que transcurre entre el parto y la regresión de los órganos de la mujer hasta el estado que tenían antes del embarazo, exceptuando la glándula mamaria. (M.I. R.B. Avellaned Jimenez)

Dichos periodo se da tan pronto como nace el niño/a dado a que se desencadenan cambios espectaculares en los sistemas corporales de la mujer y los procesos que tuvieron lugar durante el embarazo revierten. Algunos sistemas experimentan solamente una reversión mínima, mientras que otros sufren grandes modificaciones. Por ejemplo, se producen más cambios involutivos en los sistemas cardiovascular y reproductor que en el respiratorio.

Estos cambios, aunque son normales, no dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos que implican riesgos para la salud, tanto físicos como psicológicos. Los reajustes psicológicos y familiares pueden afectar de alguna manera a su salud mental o a la estabilidad familiar. (M.I. R.B. Avellaned Jimenez)

Clasificación

a) De acuerdo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

b) De acuerdo al tiempo transcurrido lo podemos clasificar así:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas.
- Propiamente dicho (2do al 10mo día).
- Alejado (11avo al 45avo día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- Tardío (45avo al 60avo día). (SALUD, 2008)

Otras fuentes lo clasifican así:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas.
- Puerperio precoz: dura aproximadamente hasta el 7.º u 8.º día del posparto.
- Puerperio tardío: desde el 8.º día hasta las 6 o 7 semanas siguientes. (M.I. R.B. Avellaned Jimenez)

III. SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Ubicar el origen en el tiempo de la satisfacción de usuarios nos remite necesariamente al tema de la evaluación. Según Lancaster (1995), el tema de la evaluación empieza a tratarse en la década de los sesenta del siglo XX, e inicia con estudios relacionados con la evaluación de colecciones, campo ampliamente tratado desde entonces. La frase satisfacción de usuarios aparece en la siguiente década (1970), y poco a poco ha ido abriéndose paso hasta ser concebida como una de las formas básicas de la evaluación general de las unidades de información.

El tema de Satisfacción del usuario es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. (Juan Seclén-Palacin, 2011)

Delimitación conceptual de la satisfacción del usuario.

Más difícil que ubicar su origen es definirla, incluso varios autores (Shi; Holahan y Jurkat, 2004; Vogt, 2004; Griffiths, Johnson y Hartley, 2007) afirman que existe una carencia de marcos teóricos sobre la satisfacción de usuarios. Éstos últimos nos proveen de algunas definiciones:

- Es un estado que experimenta el usuario dentro de su cabeza, una respuesta que puede ser tanto intelectual como emocional.
- Estado de la mente que representa la mezcla de las respuestas materiales y emocionales del usuario hacia el contexto de búsqueda de información.
- El cumplimiento completo de una necesidad o deseo; el logro de un fin deseado

A partir de todas estas ideas podemos generar un concepto, la satisfacción de usuarios de la información es un estado mental del usuario que representa sus respuestas intelectuales, materiales y emocionales ante el cumplimiento de una necesidad o deseo de información. Este estado siempre es un constructo y juicio de evaluación, ya que se comparan los objetivos y expectativas contra los resultados obtenidos.

Un usuario es la persona o grupo de personas que tiene una necesidad de información y que utiliza o utilizará recursos o servicios de información para cubrirla, dicho así pareciera que es muy claro el objetivo de los profesionales de la información: planear, diseñar y proveer recursos y servicios de información. Hasta aquí estaremos realizando nuestra actividad, sin embargo, ¿nuestra actividad profesional representa nuestra esencia como disciplina?

La respuesta es que sólo representa una parte, el hacer de nuestra profesión, falta precisar la esencia, el ser de nuestra actividad, es decir, el sentido de nuestro hacer. Para llegar a él es necesario precisar que no sólo haremos, nuestro hacer debe cubrir las expectativas y necesidades de ese sujeto que necesita, utiliza o utilizará la información, concretamente tendremos que satisfacer cabalmente sus necesidades.

En su sentido más primigenio, satisfacer significa complacer un deseo, y por derivación satisfacción se entiende como la acción de satisfacer una necesidad o un deseo, el sentido de estos dos términos determina que nuestra esencia u ontología es complacer las necesidades de nuestros usuarios.

Calidad.

Un término que aparece constantemente asociado a la satisfacción es la calidad en general y más específicamente a la calidad de los servicios. La primera se entiende como que tan bueno es un servicio, y no necesariamente que tan grande o extenso, o como la idoneidad de un servicio o producto a su propósito o uso planteado, sujeta a las expectativas del cliente, usuario o público. En cuanto a la segunda, es definida como la diferencia entre las expectativas del usuario y las percepciones del servicio recibido, se debe satisfacer la petición de cada usuario en forma precisa, exhaustiva y expedita. Resalta el hecho que la calidad debe

estar en conformidad con los requerimientos o necesidades del usuario, de aquí su relación con la satisfacción de usuarios. (Salazar, 2011)

Satisfacción como indicador de la calidad de atención en salud.

En la asistencia en salud, el llamado es hacia su humanización y a ofrecer servicios de mayor calidad. El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según *Vanormalingen* (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos implicados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

Existen diferentes enfoques para abordar la evaluación de la calidad:

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Como definen *B. Zas* y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención

recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad. (PérezI, ReyesII, AbreullI, FortesIV, & OchoaV, 2008)

Evaluación de la satisfacción de usuarios.

Se han seguido diversos caminos para tratar de medir la satisfacción de los usuarios, los cuales cubren diferentes enfoques disciplinarios, cabe resaltar que en la mayoría de los estudios se han utilizado métodos y/o técnicas de corte cuantitativo. A continuación se describen de manera somera algunos modelos teóricos, métodos, técnicas e instrumentos que se han seguido para evaluar la satisfacción de los usuarios de información.

- Modelos teóricos:
 - a. Teoría de la no confirmación de expectativas: Es un modelo retomado de la mercadotecnia, sugiere que los clientes determinan su satisfacción, al comparar las expectativas que traían de un servicio o producto con su funcionamiento real, permite predecir su satisfacción o insatisfacción, ya que compara las expectativas de calidad de lo que va a consumir un sujeto con la experiencia real de consumo. Cuando la actuación del producto o servicio es mayor que las expectativas, resulta una no confirmación positiva o satisfacción; cuando es menor es una no confirmación negativa o insatisfacción. Para esta teoría la actuación del servicio está definida como la percepción subjetiva del cliente acerca de la calidad del producto o servicio después de ser consumido.

En la bibliotecología esta teoría se aplica entendiendo: cliente por usuario (aunque cada vez más en la literatura bibliotecológica también se emplee este término); producto por recurso de información físicamente recuperado; y servicio queda como tal. Esta teoría mide aspectos de calidad, y la forma como se ha medido hasta ahora es con encuestas, como instrumento de medida se ha usado el cuestionario de preguntas cerradas y escalas de medición.

- b. Descontento potencial: Empieza a utilizarse en la década de los setenta del siglo pasado, y considera que las quejas de los clientes son una serie de múltiples reacciones que emergen del descontento que sienten cuando esperan que cierto servicio sea de tal o cual forma. Este descontento puede ser de dos maneras: externo o que emerge, y potencial. En el externo el cliente presenta sus quejas ante las instancias que le puedan dar solución; en el potencial, el cliente no presenta públicamente su queja, sin embargo,

está insatisfecho con el servicio. Las razones por las que se puede sentir descontento potencial pueden ser:

- Pensar que hacer patente una queja no resolverá el problema.
- Sentir que el procedimiento para quejarse es complicado, o simplemente lo desconoce.
- Pensar que el asunto es demasiado pequeño y que no vale la pena quejarse.
- Pensar que quejarse está por debajo de la dignidad.
- Creer que no quejarse es una costumbre social, una actitud mental o un hábito de vida.

Algunas actitudes de los usuarios que nos muestran que tienen un descontento potencial son: elogiar a otras unidades de información o algún recurso o servicio específico para menospreciar otro; hacer una sugerencia racional; mostrar sus sentimientos mediante alguna conversación, comparando sus colecciones privadas como mejores que las de la biblioteca; no asistir a la biblioteca; presentar conductas inconvenientes (hablar fuerte, emplear palabras ofensivas). Si percibimos alguno de estos comportamientos significa que el usuario no está satisfecho pero teme por alguna razón presentar su queja o descontento.

- c. Análisis de disponibilidad: Se encarga básicamente de medir que los recursos estén disponibles físicamente cuando se necesitan. Está conformada por cuatro medidas independientes, que se refieren a la probabilidad de la satisfacción de una demanda específica, se miden los desempeños de: adquisición, circulación, biblioteca y al usuario. Estas medidas se cruzan con parámetros de evaluación: número total de demandas en el período de estudio; demandas satisfechas; demandas no satisfechas por fallas: en la adquisición, en la circulación, en la biblioteca y por el usuario.
- d. Medición de la calidad percibida: Fue desarrollada por Cronin y Taylor (1992), a diferencia del modelo de no confirmación, este modelo sólo se basa en percepciones. Según esta tendencia los clientes forman sus percepciones sobre la calidad de un servicio con base en una evaluación del desempeño en múltiples niveles, y al final combinan esas evaluaciones para llegar a la percepción global de la calidad del servicio.

- Instrumentos de medida:

En cuanto a los instrumentos de medida, ya se han mencionado algunos como son: cuestionarios, entrevistas, ensayos, documentos y registros grabados. A los que se pueden agregar los siguientes: diarios, cuadernos de campo, fotografías, grabaciones (audio, video y audiovisuales), mapas, y escalas de medición entre otros. En la actualidad han aparecido instrumentos que contienen indicadores preestablecidos para evaluar la calidad de los servicios de información, a continuación se presentan los más difundidos.

- a. SERVQUAL: Es una herramienta de escala múltiple elaborada por Parasuraman A.; Zeithalm, V.A.; y Berry, L.L. (1988) que mide la percepción de la calidad de los usuarios de cualquier servicio, la cual es entendida como el juicio de un cliente acerca de la superioridad o excelencia total de una entidad, relaciona: la calidad con la actitud; la calidad contra la satisfacción; y las expectativas contra las percepciones.

El instrumento mide cinco dimensiones de la calidad de los servicios: fiabilidad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Los autores transformaron estas dimensiones en 22 afirmaciones que son medidas, primero como expectativas y posteriormente como lo que percibieron. SERVQUAL está formado por dos partes: en la primera, se incluyen 22 afirmaciones que registran las expectativas del cliente, tanto del servicio deseado como del adecuado; la segunda, está conformada por 22 afirmaciones sobre la calidad percibida. Cada afirmación se mide con una escala de evaluación de Likert de 7 puntos que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Esta herramienta ha sido aplicada ampliamente, tanto en empresas o negocios como en unidades de información. (Zamudio, Cardoso Sampaio, & Santos Verguero, 2005)

- b. LIBQUAL+TM: Es un instrumento que se adaptó de SERVQUAL para apoyar la Iniciativa de Nuevas Mediciones de la Asociación de Bibliotecas de Investigación (Association of Research Libraries – ARL), esta herramienta hecha ex profeso para bibliotecas persigue los siguientes objetivos:

- Fomentar una cultura de excelencia en la provisión de servicios bibliotecarios.
- Ayudar a las bibliotecas a entender mejor las percepciones del usuario acerca de la calidad del servicio.
- Recoger e interpretar la retroalimentación del usuario en forma sistemática y a través del tiempo.
- Proveer a las bibliotecas de evaluaciones comparativas con sus instituciones pares.
- Identificar las mejores prácticas en el servicio bibliotecario.

- Enriquecer las habilidades analíticas de los miembros del personal para interpretar y actuar sobre los datos recogidos. (Disponible en LibQUAL+TM).

El instrumento está formado por 22 afirmaciones y una caja de texto. Las 22 afirmaciones miden las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio, y están organizadas en tres dimensiones: cómo les afectan los servicios; control de la información; y la biblioteca como lugar. El usuario indica: el nivel mínimo del servicio; el nivel de servicio deseado; y la actuación percibida del servicio. Incluye afirmaciones adicionales sobre resultados de la alfabetización en información, uso de la biblioteca y satisfacción en general. Por último, aparece una opción para comentarios, que permite un análisis cualitativo. (J. & Jones, 2008)

- c. SERVPERF: Es una escala de medición desarrollada por Cronin y Taylor, como resultado de la crítica a la escala SERVQUAL. La herramienta incluye únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la mitad las mediciones, la aplicación de esta herramienta nos lleva a considerar que la calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones. Al comparar estas herramientas con los modelos teóricos antes descritos, se puede percibir que las dos primeras siguen el modelo de no confirmación de las expectativas, y éste último el de la medición de la calidad percibida.
- d. BMSP: (bienestar materno en situaciones de parto) El primer instrumento publicado como escala multidimensional de percepción materna del parto, fue desarrollada en el Reino Unido por Smith a principios del milenio. Esta escala se compone principalmente de apoyo profesional, acompañamiento de la pareja, contacto precoz con el hijo, alivio del dolor y control del proceso, entre otras. A esta le suceden otras que agregaron, confianza en el cuidado del recién nacido, respeto a la privacidad, ambiente físico, cuidados durante todo el proceso y auto capacidad, soporte profesional, percepción de seguridad, participación. En forma simultánea se publica la escala multidimensional, propia para el proceso de parto y que proviene de la original de Wilde-Larsson y cols del año 1993, donde emergen los temas de la capacidad personal, ofrecimiento de distintas opciones de cuidado, la participación activa, apoyo profesional y percepción de seguridad. (Claudia Uribe T. MSc, 2014)

e. ESCALA DE EXPECTATIVAS DE MACKEY: La Escala de satisfacción materna fue diseñada para medir la satisfacción de la mujer con la experiencia del nacimiento de su hijo. El instrumento está dividido en cuatro sub-escalas:

- la primera sub-escala mide la percepción materna en relación con la satisfacción con ella misma.
- La enfermera.
- El médico.
- Respecto a la satisfacción con su hijo.
- La evaluación global de la satisfacción materna.

Para medir las expectativas de la mujer se usó la Escala de Expectativas de Mackey, está compuesta por 4 reactivos, cuyas puntuaciones van del 1 a 4, para los dos primeros reactivos 1 corresponde a no era lo que esperaba, 2 muy poco de lo que esperaba que fuera, 3 algo parecido a como esperaba que fuera, y 4 justo como esperaba que fuera. La calificación resultante se transformó en índice de 0 al 100. En donde a mayor puntaje obtenido, mayor cumplimiento de sus expectativas. (Julio Alfredo García-Puga, 2009).

IV. HUMANIZACION DEL PARTO.

El nacimiento no es una enfermedad. El parto es un proceso fisiológico normal en el que los aspectos emocionales son fundamentales y deben ser respetados. Es un acontecimiento íntimo y único en la vida de una mujer en el que deberíamos tener el papel protagonista y no quedar reducidas a un objeto pasivo de prácticas quirúrgicas.

La mujer tiene derecho a ser consultada sobre las intervenciones a las que va a ser sometida y recibir información sobre sus consecuencias y las alternativas existentes.

En cuanto a los aspectos emocionales, la mujer debería sentirse segura, apoyada y reconfortada. Ciertas actitudes y frases desconsideradas, recibir un trato humillante o ser ignoradas han hecho que muchas mujeres hayan vivido el parto de forma traumática. (Odent, 2012)

En diciembre de 1979, la asamblea General de las Naciones Unidas, dicta la resolución 34-180, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer ratificado por Nicaragua 27 de Octubre de 1983 en la cual se condena cualquier forma de discriminación contra la mujer, y recoge el compromiso de incluir el respeto de los derechos reproductivos (Carolina Dávila Murillo, 2010).

Por tal razón todas las mujeres tienen derecho a tener una vivencia del parto, una experiencia de vida que sea significativa y recordada con agrado. Este es el motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró 16 recomendaciones muy importantes que deberían ser conocidas por todas las embarazadas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, etc.)
- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea (el porcentaje actual de cesáreas en Estados Unidos se calcula aproximadamente en un 23%).
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).
- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.
- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada. (Furszyfer, 2011)

Así como la OMS el ministerio de salud de Nicaragua en su calidad de ente rector del sector salud a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer salud gratuita y atención oportuna a los nicaragüenses, continúa impulsando acciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez, mediante acciones concretas que contribuyan a operativizar los lineamientos orientados en la Política Nacional de Salud, así como, en el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

La norma “Humanización del Parto Institucional” está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, de los establecimientos públicos y privados, con el propósito de establecer acciones que

permitan mejorar la calidad de atención, participación de la familia y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios. El personal de salud debe brindar atención con calidad y calidez, debe potenciar la autoestima de las pacientes, las relaciones interpersonales y promover el amor, la comprensión y la solidaridad; todo ello se logra con un cambio de actitud y el trabajo en equipo. Sin duda alguna esto permitirá un compromiso de toda la sociedad en general con la familia, sin aislar los aspectos científicos relacionados con este aspecto.

A continuación presentamos algunas definiciones q debemos tomar en cuenta.

Humanización del parto: Es la atención digna a la embarazada coherente con los valores que la persona siente como peculiar e inalienable. Es la importancia del cuidar frente al curar, la importancia del estar y el ser frente al hacer. Establecer relaciones significativas que ayuden a la persona a recuperar su condición de persona.

Parto humanizado y/o Empático (tratar de actuar en línea con la cultura):

Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas.

En fin se entiende por parto humanizado o empático:

- a. Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- b. Reconocer y respetar las necesidades individuales incluidas su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia
- c. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- d. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee).
- e. Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- f. Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona.
- g. Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.

Parto Psicoprofiláctico: Es aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física y emocional, para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas. Es decir, natural pero con una preparación de por medio, la cual es brindada por instructoras, educadoras perinatales y en ocasiones por enfermera, ginecólogos, psicólogos o pediatras.

Nacimiento humanizado: Es el derecho que tiene la o el recién nacido de recibir la atención afectiva-emocional, garantizando el inmediato acercamiento al abdomen de su madre, corte del ombligo cuando este deje de pulsar, inicio de la lactancia materna, los cuidados inmediatos según normas y recibir el pronto afecto de sus padres o familiares.

Comunicación en salud: Es un proceso interactivo mediante el cual dos personas intercambian aspectos relacionados con su salud en la búsqueda de una mejor alternativa para el cuidado de la Salud de la paciente.

Derechos de la Mujer Embarazada.

- a. Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el conyugue o compañero, siempre que no existan complicaciones ni se altere el normal desarrollo del parto.
- b. Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- c. Confidencialidad respecto de sus datos personales y sanitarios.
- d. Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.
- e. Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.
- f. Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y de su hijo o hija, así como apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del recién nacido, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- g. Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del recién nacido.
- h. Recibir, del personal de salud, trato digno.

i. Recibir orientación sobre la importancia del registro del niño y la niña posterior al egreso del hospital para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación.

Derechos y Deberes de los Acompañantes.

A. Son derechos del acompañante:

- Estar con su familiar que está internado u hospitalizado para brindarle un apoyo emocional y físico, así también constituya un apoyo en la atención integral de su paciente.
- Recibir información y conocer el estado de salud de su familiar inmediatamente después del pase de visita, así como las alternativas de tratamiento, su pronóstico y la evolución.
- Recibir un buen trato de parte del personal de salud, los enfermos y otros familiares acompañantes.
- Participar en actividades educativas, recreativas y/o culturales dirigidas a los familiares.

B. Son deberes del acompañante:

- Cumplir con las normas establecidas en el hospital y sala donde está internada su familiar.
- Involucrarse en las actividades de cuidados como proceso de aprendizaje para el manejo de su familiar en el cuidado en su hogar.
- Permanecer en la sala al lado de su familiar.
- Comunicar a las autoridades correspondientes cualquier queja y/o sugerencia que contribuya a la mejora del funcionamiento de la sala, servicio u establecimiento de salud.
- Mantener el respeto y recato correspondiente para el resto de parturientas.
- No abandonar la sala sin comunicar al personal de enfermería de turno.
- Abandonar la sala al momento del pase de visita médica, procedimientos especiales a otra paciente o cuando lo solicite el personal de salud.
- Cuidar las instalaciones y mobiliarios utilizados para la atención de su paciente.
- No portar arma de fuego y/o corto punzante.
- No ingresar bajo efectos del alcohol, o cualquier otra droga.
- No introducir bebidas alcohólicas, cigarrillos u otra droga ilícita.
- Evitar ruidos innecesarios producidos por celulares u otros aparatos.

- Manejar una comunicación cordial y de respeto con el personal de salud.

Es de suma importancia proporcionar la información de los diferentes ejercicios de relajación tanto a la paciente como al acompañante a como detallamos a continuación:

Ejercicios de Respiración: A través de estos ejercicios se les enseña a la embarazada los diferentes tipos de respiración indispensables para el Parto y se les insta a practicarlos de manera constante, ya que harán que las Etapas de Dilatación y Expulsión sean más llevaderas. Estos ejercicios se practican a lo largo de toda la sesión del Curso de Parto Psicoprofiláctico. Entre sus beneficios podemos mencionar:

- Ayudan a una correcta oxigenación del bebé en las contracciones durante el Parto.
- Contribuyen al control emocional y relajación tanto en el momento del Parto como durante todo el embarazo.
- Desarrollan la capacidad de enfocar la atención en la respiración, exhalando e inhalando tranquila y profundamente a lo largo de cada contracción, pudiendo revertir el proceso y disminuir el dolor y el estrés.

Las técnicas de Respiración dada su importancia al momento de las contracciones y el Parto mismo. Las técnicas son:

- Respiración Abdominal: Consiste en tomar aire por la nariz y ver cómo se llenan los pulmones, al tiempo que se hincha poco a poco el abdomen. A continuación, se suelta progresivamente el aire por la boca mientras se contraen los músculos del diafragma. Este tipo de respiración se debe realizar cuando comienzan las contracciones más fuertes.
- Respiración Jadeante: Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto; también sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento.
- Respiración Torácica: Consiste en realizar dos o tres respiraciones profundas y cortas desde el tórax. Antes de expulsar el aire, se contraen los músculos abdominales y relaja la parte baja de la pelvis. Cuando ya no se pueda mantener por más tiempo la respiración, soltar el aire relajando el abdomen. Este ejercicio se puede realizar sentada o acostada y se utiliza

durante el periodo de expulsión del feto. Es lo que se conoce como pujos, ya que la madre siente una gran necesidad de empujar, entre contracción y contracción. Durante el último mes de embarazo, es mejor realizar este ejercicio de respiración con precaución para evitar que se adelante el parto.

Posiciones durante la fase de dilatación.

- a) La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:
 - La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.
 - La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
 - El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
 - El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
- b) La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25 %. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- c) La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.
- d) Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

Atención del Puerperio Inmediato

- a. Las habitaciones deben tener calor y poca luz.
- b. Estimular la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Permitir que las mujeres se fajen el abdomen.
- c. Permitir que el acompañante repose junto a ella, Excepto aquellos casos en que la condición de la paciente no lo permita.

- d. Preferiblemente habilitar con sabanas de colores vistosos y oscuros, ya que las mujeres temen manchar las sábanas blancas.
- e. Cumplir con las normas de atención al puerperio inmediato.
- f. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto. (Carolina Dávila Murillo, 2010)

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO.

2.1 Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

2.2 Área de estudio: El área de estudio fue la sala de puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque.

2.3 Universo: El universo fue constituido por 803 pacientes que recibieron atención médica en la sala de puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Abril-Junio 2016.

2.4 Muestra La muestra fue constituida por 207 Pacientes ingresadas en el servicio de puerperio fisiológico y que accedieron a participar en el estudio.

2.5 Unidad de análisis: Son todas las pacientes que accedan a ser entrevistadas.

2.6 Material y método: Para la recolección de la información se elaboró una ficha de recolección, en la cual están contenidos los datos de los objetivos de investigación; que fueron obtenidos de fuente primaria ya que se procedió al llenado de la ficha directamente a través de una entrevista con cada paciente que recibió atención médica en la sala de puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Abril-Junio 2016.

2.7 Análisis y procesamiento de la información: Se efectuó una amplia revisión bibliográfica del tema que nos ocupa, además se elaboró un modelo de vaciamiento de datos donde se recogieron las principales variables a estudiar. A cada paciente de este grupo de estudio se realizó una entrevista de la cual se extrajo la información que fue procesada en ordenador personal con sistema operativo Windows XP, Los textos se procesaron con el programa Microsoft Office Word y las tablas en Microsoft Office Excel. Finalmente se exponen los resultados.

2.8 Criterios de inclusión:

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

2.9 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio

2.10 Aspectos éticos:

Con el fin de llevar a cabo un estudio transparente y que sirva éste como un estímulo a seguir trabajando con una verdadera vocación al servicio, a los usuarios se les brindará una detallada explicación sobre los objetivos del mismo. No se prometerá retribución alguna, más que la satisfacción de contribuir para conocer dificultades que se pueden superar. Los fines del presente estudio, es de carácter científico y de uso académico o de retroalimentación en el servicio estudiado, para mejorar la atención médica brindada. Se hizo énfasis en la privacidad y confidencialidad de los datos que proporcionaron en la entrevista.

2.11 Listado de variables:

- ❖ **Objetivo #1:** Mencionar las principales características socio-demográficas como Gineco-obstétricas de la población en estudio.
 - Edad
 - Escolaridad
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Procedencia
 - Embarazos previos
 - Inducción de trabajo de parto
 - Episiotomía
 - Preparación previa al parto

- ❖ **Objetivo #2:** Identificar el grado de satisfacción de la usuaria en relación a la toma de decisiones durante la atención del parto.
 - Participación en la toma de decisiones durante los periodos del parto.
 - Preparación para sobrellevar los dolores durante las contracciones.
 - Grado de confort durante los periodos del parto.
 - Preparación para afrontar sus emociones durante los periodos del parto.
 - Dominio que tuvo sobre sus actos durante los periodos del parto.
 - Apoyo de su pareja o acompañante los periodos del parto.
 - Experiencia global durante los periodos del parto.

- ❖ **Objetivos #3:** Describir las expectativas de la usuaria sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de atención de parto.
 - Conocimiento, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.
 - Conocimiento, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto.
 - Trato personal que brindo la enfermera en el parto.
 - Trato personal que brindo el ginecólogo/a en el parto.
 - Apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y relajaciones en el parto.
 - Apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y relajaciones en el parto.

- Tiempo transcurrido para tomar en brazos a su bebe.
 - Tiempo transcurrido hasta que alimento a su bebe por primera vez.
 - Cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto.
 - Cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto.
- ❖ **Objetivo #4:** Comprobar si la participación por parte de la usuaria en la toma de decisiones durante la atención del parto puede generar una experiencia positiva de este acontecimiento.
- Satisfacción por participar en la toma de decisión en los diferentes periodos del parto.
 - Complacencia por elegir su acompañante durante el parto.
 - Placer por controlar sus actos durante los periodos del parto.
 - Calificar el parto una experiencia positiva o negativa.
 - Considerar que la toma de decisión durante el parto es determinante para que este sea una vivencia positiva.
 - Solicitar una vez más el servicio de atención del parto en el HBCR.

2.12 Operacionalización de variables:

Nº	Variable	Definición	Indicador	Escala
1	Edad.	Tiempo de vida transcurrido expresado en años.	Años	14-19 20-25 30-35 >35
2	Escolaridad.	Ultimo año académico cursado.	Según respuesta del entrevistada.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
3	Estado civil.	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.	Según respuesta de la entrevistada.	Soltera Casada Divorciada Separada Unión libre
4	Ocupación.	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Según respuesta de la entrevistada.	Ama de casa Domestica Profesional Técnica Desempleada.
5	Procedencia.	Punto geográfico de donde procede algo o alguien.	Según respuesta de la entrevistada	Urbana Rural
6	Embarazos previos.	Numero de gestas anteriores al actual finalizado.	Según respuesta de la entrevistada	Si No

7	Inducción de trabajo de parto.	Uso de medicamentos u otros métodos para iniciar el parto cuando este no ha iniciado de manera natural.	Según respuesta de la entrevistada	Si No
8	Episiotomía.	Incisión que se practica en el periné de la mujer, con el fin de evitar un desgarramiento de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión del bebé.	Según respuesta de la entrevistada	Si No
9	Preparación previa al parto.	Recomendaciones y entrenamiento sobre la conducta a tomar durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Si No
10	Participación en la toma de decisiones durante los periodos del parto.	Conocimiento que tuvo la paciente de todos los procedimientos realizados durante los periodos del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
11	Preparación para sobrellevar los dolores durante las contracciones.	Información o recomendaciones que se brindan al paciente para que le ayude a sobrellevar los dolores.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
12	Grado de confort durante los periodos del parto.	Sensación de bienestar y satisfacción por la atención brindada.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
13	Preparación para afrontar sus emociones durante los periodos del parto.	Entrenamiento con ejercicios de relajación y consejería de una conducta a tomar durante los periodos del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
14	Dominio que tuvo sobre sus actos durante los	Participación que tuvo la paciente para controlar sus	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha

	periodos del parto.	actos durante la experiencia en cada periodo del parto.		Insatisfecha
15	Apoyo de su pareja o acompañante durante los periodos del parto.	Ayuda emocional y psicológica que el acompañante le brinda.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
16	Experiencia global de los periodos del parto.	Conjunto de conocimiento obtenido de cada periodo del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
17	Conocimiento, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.	Aptitudes o cualidades intelectuales de la enfermera durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
18	Conocimiento, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto.	Aptitudes o cualidades intelectuales del ginecólogo/a durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
19	Trato personal que brinda la enfermera en el parto.	Nivel de humanismo por parte de la enfermera durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
20	Trato personal que brinda el ginecólogo/a en el parto.	Nivel de humanismo por parte del ginecólogo/a durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
21	Apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y relajaciones en el parto.	Ayuda brindada por parte de la enfermera hacia la paciente a la hora del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha

22	Apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y relajaciones en el parto.	Ayuda brindada por parte del ginecólogo/a hacia la paciente a la hora del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
23	Tiempo transcurrido para tomar en brazos a su bebe.	Lapso de tiempo desde el momento del alumbramiento hasta que recibe a su bebe la madre.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
24	Tiempo transcurrido hasta que alimento a su bebe por primera vez.	Lapso de tiempo desde el momento del alumbramiento hasta que la madre le da el pecho a su bebe por primera vez.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
25	Cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto.	Calidad de atención recibida por parte de la enfermera durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
26	Cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto.	Calidad de atención recibida por parte del ginecólogo/a durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
27	Satisfacción por participar en la toma de decisión en los diferentes periodos del parto.	Alegría o gusto por haber podido tomar decisión durante los periodos del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
28	Complacencia por elegir su acompañante durante el parto.	Alegría que le produjo haber elegido quien la acompañaría durante el parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha
29	Placer por controlar sus actos durante los periodos del parto.	Emoción que le produjo haber podido controlar sus actos durante los periodos del parto.	Según respuesta de la entrevistada	Satisfecha Insatisfecha

30	Calificar el parto una experiencia positiva o negativa.	Expresar o determinar si el parto denoto ser un hecho positivo o negativo para su vida.	Según respuesta de la entrevistada	Si No
31	Considerar que la toma de decisión durante el parto es determinante para que este sea una vivencia positiva.	Reflexionar si la toma de decisión en el parto constituye una experiencia que se considera importante.	Según respuesta de la entrevistada	Si No
32	Considerar una vez más el servicio de atención del parto en el HBCR.	Pensar en ser atendido nuevamente en el HBCR.	Según respuesta de la entrevistada	Si No

CAPITULO III. DESARROLLO.

RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en la sala de puerperio fisiológico del Hospital Bertha Calderón Roque, la población de estudio se caracterizó en relación a los grupos etarios la mayor presencia fue en los grupos de 30-35 años con 67 casos (32%), seguido del grupo de 20-25 años con 55 casos (27%), muy seguido del grupo de 14-19 años con 53 casos (26%), y el grupo de más de 35 años con 32 casos (15%). (Ver tabla #1)

El estado civil de las pacientes en estudio fue con mayor presencia en mujeres separadas con 86 casos (42%), seguido de mujeres casadas con 52 casos (25%), seguido de mujeres solteras con 45 casos (22%), muy seguidos de aquellas en unión libre con 15 casos (7%) y Divorciadas con 9 casos (4%). (Ver tabla #1).

Respecto a la escolaridad el grupo con mayor presencia son universitarias con 87 casos (41.8%), seguidos de educación secundaria con 77 casos (37 %), de educación primaria con 24 casos (11.5%) y analfabetas con 19 casos (9.1 %). (Ver tabla#1). En correspondencia con la ocupación el grupo que predominó fueron las amas de casa con 65 casos (31.3 %), luego técnicas con 52 casos (25%), profesionales con 36 casos (17.3%), desempleadas con 36 casos 17.3% y domésticas con 18 casos (8.7%). (Ver tabla #1). En esta población en estudio respecto a la procedencia predominaron las de origen urbano con 131 casos (63%) y seguido las de origen rural con 76 casos (37%). (Ver tabla #1).

Respecto a las características gineco-obstétricas en su mayoría fueron primigestas con 129 casos (62%) y multigestas con 78 casos (38%). (Ver tabla #2). La mayoría de las puérperas no recibieron inducción del parto con 130 casos (62.8%) y si recibieron inducción 77 casos (37.2%). (Ver tabla #2). No se le realizó episiotomía en 142 casos (69%) siendo este grupo la mayoría y si se le realizó a 65 casos (31%). (Ver tabla#2). Recibieron preparación previa al parto 130 casos (63%) y no recibieron 77 casos (37.2%). (Ver tabla #2).

Se identificó que las usuarias entrevistadas están satisfechas en relación a la toma de decisión durante la atención del parto con 180 casos (87%) y no lo están 27 casos (13%). (Ver tabla #4). De las expectativas de las usuarias sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de atención del parto fueron satisfechas en su mayoría con 187 casos (90.3%) , mientras un dijeron no estarlo solo 20 casos (9.7%). (Ver tabla#6). Las usuarias que consideraron que la toma de decisiones propias durante la atención del parto generó una experiencia positiva de dicho acontecimiento fueron la mayoría con 187 casos (90.3%), mientras solo lo consideraron una experiencia negativa 20 casos (9.7%). (Ver Tabla#8)

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

El estudio demostró que el grupo etario que predominó se encontró en edades de 30-35 años el cual corresponde a edad fértil reproductiva adecuada lo que conlleva a la disminución de embarazos precoces y abortos en condiciones de riesgo los cuales son algunos de los problemas de salud sexual y reproductivas que afectan a las adolescentes.

Otro factor que contribuye a disminuir las complicaciones obstétricas es que la mayoría de las pacientes viven en el área urbana, donde tienen a la disposición los servicios de salud y se les puede brindar una mayor cobertura y una atención más especializada.

Sin embargo la mayoría de las pacientes estudiadas eran madres solteras lo que podría repercutir en la evolución satisfactoria del embarazo y el trabajo de parto en el que está demostrado que el apoyo de la pareja durante este proceso es esencial para la buena salud materna infantil.

La mayoría de las pacientes refirieron haber entrado a la universidad, estas por su paridad se ven obligadas a abandonar sus estudios por falta de apoyo de su pareja, familia y malas condiciones económicas; lo cual se correlaciona con la ocupación de las mismas ya que en su mayor parte son amas de casa factor que podría repercutir en el desarrollo de complicaciones durante el parto y el puerperio por el tipo de tareas domésticas ejercidas que requieren de fuerza. (Ver tabla #1)

Se identificó en el estudio según las características gineco-obstétricas que en su mayoría fueron mujeres primigestas las cuales según los resultados de la encuesta no recibieron inducción de trabajo de parto y no se les realizó episiotomía lo que indica que la participación y colaboración de las mismas en el proceso de trabajo de parto han mejorado, siendo estas más colaboradoras y participativas con una mejor relación médico y paciente lo cual podría influir en la disminución de riesgo de infección de episiotomía y complicaciones durante el parto y postparto. (Ver tabla #2).

También se encontró que las mujeres entrevistadas se mostraron satisfechas de haber sido participativas en la toma de decisiones durante su trabajo de parto y que las expectativas de las mismas sobre la labor ejercida por el personal de salud complacen sus necesidades en ese momento que aparte de ser un acontecimiento de su vida pasa a ser una experiencia positiva de la misma. (Ver tabla #4,6 y 8)

COCLUSIONES

1. La población estudiada se encontró en el rango de edad entre 30-35 años, en su mayoría separadas, de escolaridad universitaria, de ocupación no remunerada (ama de casa) y de procedencia urbana.
2. En su mayoría primigestas cuyo parto actual no fue inducido, no se les realizó episiotomía y que recibieron preparación para el parto.
3. La mayoría de la población estudiada manifestó sentirse satisfecha con el hecho de formar parte en la toma de decisiones durante la atención de su parto.
4. El nivel de cumplimiento de las expectativas de las usuarias Durante la atención recibida en todos los periodos del parto, fue alto, considerándose este muy bueno.
5. En relación a la participación de la usuaria en la toma de decisiones durante el momento del parto, es considerada como SATISFACTORIA, lo que generó una experiencia positiva en el nacimiento de un nuevo ser.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del ministerio de salud junto a directores del SILAIS crear un mecanismo oportuno de acuerdo a nivel de población que existe en el país, para evaluar de forma sistemática el cumplimiento de la normativa del control prenatal en la educación y preparación para el nacimiento.
2. Aunque en este estudio se identificó que la mayoría de las pacientes recibieron preparación adecuada previa al parto, el porcentaje que no la recibió es significativo, por lo que recomendamos elaborar e implementar directrices y estrategias a nivel de atención primaria orientadas a fortalecer el primer contacto con la misma y que estas llegue preparada en un cien por ciento al segundo nivel para la atención de su parto.
3. Que las autoridades hospitalarias junto a sus jefes médicos, en donde se brinde atención del parto, mantengan siempre una vigilancia estricta, sobre las condiciones estructurales optimas y una alta calidad humana del personal de salud, para brindar una Atención de parto aplicando en un cien por ciento la estrategia de Parto Humanizado, como lo han hecho hasta ahora.
4. A todos los jefes de servicio y médicos de todas las salas del hospital, en especial la Maternidad y Labor y Parto brindar y ejecutar un plan de enseñanza permanente a las generaciones medicas futuras en base a normativas y protocolos emitidos por el MINSA, para elevar cada día la calidad y calidez de la atención a la embarazada.

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA.

- Carolina Dávila Murillo, M. B. (2010). *normativa 042*. managua.
- Claudia Uribe T. MSc, 1. A. (2014). adaptacion y validacion de la escala de bienestar materno en situacion del parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 2-3.
- Collado, D. M. (2011). *Calidad de los servicios de atencion de parto y puerperio.hospital cesar amador molina. silais matagalpa en el periodo de abril-junio del año 2011*. Matagalpa.
- Dr. Alfredo Colon Lucach, D. R. (2014). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Mexico DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud.
- Dra. Cristina Fernández de Kirchner, D. J. (2010). *GUIA PARA LA ATENCION DEL PARTO NORMAL EN MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA*. Argentina.
- Furszyfer, G. (2011). Educacion perinatal. *Parto humanizado*, 2-3.
- Gutierrez, G. L. (2015). *Calidad de atension del parto segun persepcion de las usuarias*. Lima, Peru.
- J., K., & Jones, S. (2008). Faculty perception of information control using LibQUAL+ TM indicators. *The Journal of Academic Librarianship*, 130-138.
- Juan Seclén-Palacin, C. D. (2011). *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: peru*.
- Julio Alfredo García-Puga, S. G.-O. (2009). Factores Asociados a la Satisfacción Materna con la Experiencia del Nacimiento de su Hijo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 24-25.
- M.I. R.B. Avellaned Jimenez, S. L. (s.f.). *Asistencia a la puepera en su estancia hopitalaria*. Malaga.
- Morales, I. E. (2014). Una medicion de la calidad en el servicio. *Universidad estatal de sonora*, 2-4.
- Morata, C. A. (2012). *Evaluacion de la calidad en la atencion del parto normal en el servicio murciano de salud*. Murcia.
- Odent, M. (2012). Recomendaciones de la OMS para un parto más seguro, humano y respetuoso. *Proyecto dolua*, 1-2.

- PérezI, C. M., ReyesII, R. M., AbreuIII, M. d., FortesIV, M. P., & OchoaV, I. I. (2008). la evaluacion de la satisfaccion en salud: un reto a la calidad. *Revista cubana de salud publica*, 1.
- Salazar, P. H. (2011). la importancia de la satisfaccion del usuario. *Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas*, 352-354.
- SALUD, M. D. (Agosto de 2008). Normativa - 011 NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENSION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO. Managua, amanagua, Nicaragua.
- Schwarcz, R. (s.f.). *Obstetricia*. El Ateneo.
- Zamudio, M., Cardoso Sampaio, M., & Santos Verguero, W. C. (2005). El uso de SERVQUAL en la verificación de la calidad de los servicios de unidades de información: el caso de la biblioteca del IPEN. *Revista Interamericana de la bibliotecologia*, 571-582.

ANEXOS.

TABLA N^o1

Características sociodemográficas del grupo de pacientes en estudio según porcentaje y frecuencia.

RANGO DE EDADES		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
14-19@	53	26
20-25@	55	27
30-35@	67	32
>36@	32	15
Total	207	100
ESTADO CIVIL		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	45	22
Casada	52	25
Divorciada	9	4
Union Libre	15	7
Separada	86	42
Total	207	100
ESTUDIOS REALIZADOS		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	19	9.1
Primaria	24	11.5
Secundaria	77	37
Universidad	87	41.8
Total	207	100
LABOR REALIZADA		
Ocupacion	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	65	31.3
Doméstica	18	8.7
Profesional	36	17.3
Técnica	52	25
Desempleada	36	17.3
Total	207	100
LUGAR DONDE VIVE		
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	131	63
Rural	76	37
Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N°2

Características gineco- obstétricas del grupo de pacientes en estudio según porcentaje y frecuencia.

EMBARAZOS PREVIOS		
Embarazo previo	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	38
No	129	62
Total	207	100
INDUCCION DEL PARTO		
Induccion	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	37.2
NO	130	62.8
Total	207	100
EPISIOTOMIA		
Episiotomia	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	31
No	142	69
Total	208	100
PREPARACION PREVIA DEL PARTO		
Preparacion previa	Frecuencia	Porcentaje
Si	130	63
No	77	37.2
Total	208	100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N°3

Satisfacción de la usuaria en relación a la toma de decisiones durante la atención del parto.

SATISFECHA CON PREPARACION PREVIA AL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	160	77.3
Insatisfecha	47	22.7
Total	207	100
GRADO DE PARTICIPACION DURANTE LA DILATACION		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	161	77.7
Insatisfecha	46	22.3
Total	207	100
CONDICIONES DE LA SALA DE LABOR Y PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	201	97.1
Insatisfecha	6	2.8
Total	207	100
PREPARACION PARA SOBRELLEVAR EL DOLOR		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	194	93.7
Insatisfecha	13	6.3
Total	207	100
POSICION TOMADA DURANTE LOS DOLORES		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	173	83.6
Insatisfecha	34	16.4
Total	207	100

INFORMACION BRINDADA SOBRE EL PROCESO DEL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	203	98
Insatisfecha	4	2
Total	207	100
COMPAÑIA QUE TUVO DURANTE LA DILATACION		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	189	91.3
Insatisfecha	18	8.7
Total	207	100
GRADO DE PARTICIPACION DURANTE EL EXPULSIVO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	202	97.5
Insatisfecha	5	2.5
Total	207	100
COMPLACENCIA POR ELEGIR ACOMPAÑANTE DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	205	99
Insatisfecha	2	1
Total	207	100
SATISFECHA EN LA TOMA DE DECISIONES		
	Frecuencia	Porcentaje
No era lo que esperaba	4	1.9
Muy poco de lo que esperaba que fuera	7	3.4
Algo parecido a lo que esperaba que fuera	80	38.6
Justo como esperaba que fuera	116	56
Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N⁰4

Satisfacción en general con la toma de decisiones durante la atención del parto.

SATISFACCION EN GENERAL CON LA TOMA DE DESICIONES DURANTE LA ATENCION DEL PARTO.		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SATISFECHAS	180	87.1
	INSATISFECHAS	27	12.9
	TOTAL		100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N°5

Expectativas de la usuaria sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de la atención del parto.

INFORMACION BRINDADA POR PERSONAL DE SALUD DE COMO ACTUAR DURANTE EL EXPULSIVO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	178	85.9
Insatisfecha	29	14.1
Total	207	100
APOYO POR PERSONAL DE SALUD DURANTE EL EXPULSIVO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	176	85
Insatisfecha	31	15
Total	207	100
INFORMACION BRINDADA A ACOMPAÑANTE DE COMO APOYAR DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	158	76.3
Insatisfecha	49	23.7
Total	207	100
CAPACIDAD CONOCIMIENTO COMPETENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	201	97.1
Insatisfecha	6	2.9
Total	207	100
CAPACIDAD CONOCIMIENTO COMPETENCIA DEL GINECOLOGO(A)		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	205	99
Insatisfecha	3	1
Total	207	100
TRATO PERSONAL DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	157	75.8
Insatisfecha	50	24.2
Total	207	100
TRATO GINECOLOGA		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	198	95.6
Insatisfecha	9	4.4
Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada

APOYO DE ENFERMERA CON RESPIRACIONES Y RELAJACIONES DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	170	82.1
Insatisfecha	37	17.9
Total	207	100
APOYO DE GINECOLOGA CON RESPIRACIONES Y RELAJACIONES DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	207	100
Insatisfecha	0	0
Total	207	100
TIEMPO TRANSCURRIDO PARA TOMAR EN BRAZOS A SU BEBE		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	185	89.3
Insatisfecha	22	10.7
Total	207	100
TIEMPO PARA ALIMENTAR A SU BEBE POR PRIMERA VEZ		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	185	89.3
Insatisfecha	22	10.7
Total	207	100
CUIDADOS FISICOS QUE RECIBIO DE ENFERMERA DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	204	98.5
Insatisfecha	3	1.5
Total	207	100
CUIDADOS FISICOS QUE RECIBIO DEL GINECOLOGO(A) DURANTE EL PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	207	100
Insatisfecha	0	0
Total	207	100
CALIDAD DE SERVICIO BRINDADO POR EL PERSONAL DE SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	187	90.3
Insatisfecha	20	9.7
Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N°6

Expectativas de la usuaria sobre el cumplimiento de la participación del personal de salud durante la experiencia de la atención del parto.

EXPECTATIVAS DE LA USUARIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA EXPERIENCIA DE LA ATENCION DEL PARTO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Satisfecha	187	90.3
	Insatisfecha	20	9.7
	Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada.

TABLA N^o7

Comprobar si la participacion de la usuaria en la toma de desiciones durante el parto puede generar experiencia positiva de este acontecimiento.

EXPERIENCIA DURANTE EL PERIODO DE DILATACION		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	187	90.3
Insatisfecha	20	9.7
Total	207	100
EXPERIENCIA DURANTE EL PERIODO DEL EXPULSIVO		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	203	98
Insatisfecha	4	2
Total	207	100
EXPERIENCIA DE PARTO VIVIDA		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	197	95.1
Insatisfecha	10	4.9
Total	207	100
CALIFICA EL PARTO UNA EXPERIENCIA POSITIVA O NEGATIVA		
	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	182	87.9
Negativa	25	12.1
Total	207	100
CONSIDERA QUE LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PARTO ES DETERMINANTE PARA QUE ESTE SEA UNA VIVENCIA POSITIVA		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	204	98.5
Insatisfecha	3	1.5
Total	207	100
CONSIDERA UNA VEZ MAS EL SERVICIO DE ATENCION DEL HBCR		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	205	99
Insatisfecha	2	1
Total	207	100
EN GENERAL EXPERIENCIA DE TRABAJO DE PARTO		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco de lo que esperaba que fuera	5	2.4
Algo parecido a lo que esperaba que fuera	70	33.8
Justo como esperaba que fuera	132	63.7
Total	207	100

FUENTE: Entrevista realizada.

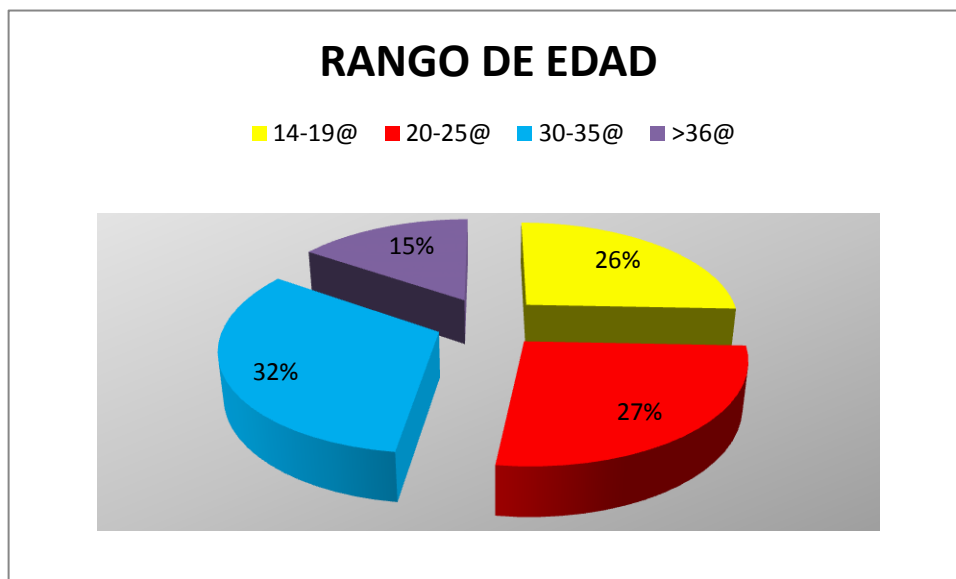
TABLA N^o8

La participación de la usuaria en la toma de decisiones durante el parto genera experiencia positiva de este acontecimiento.

LA PARTICIPACION DE LA USUARIA EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PARTO GENERA EXPERIENCIA POSITIVA DE ESTE ACONTECIMIENTO.		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SI	187	90.3
	NO	20	9.7
	TOTAL	207	100

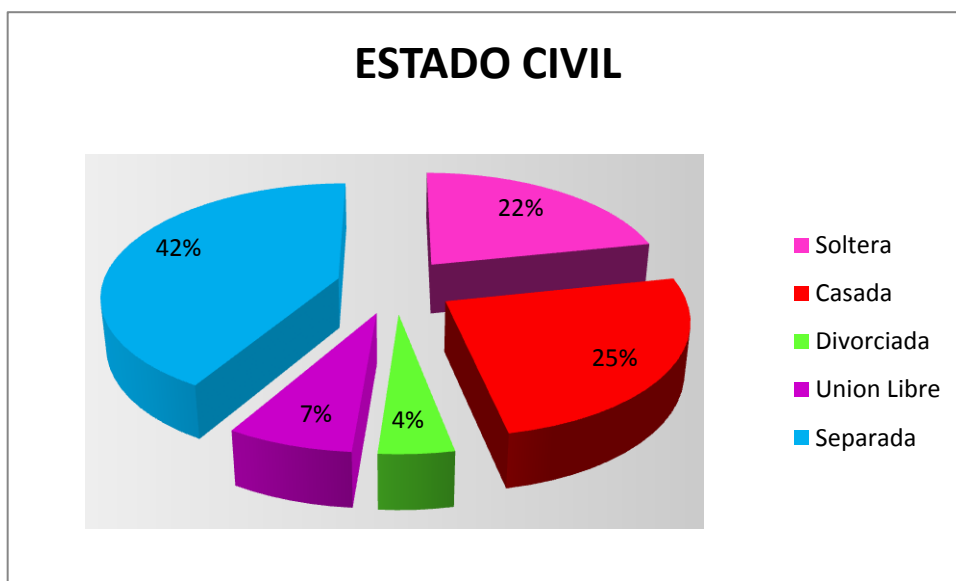
FUENTE: Entrevista realizada.

GRAFICA #1EDAD



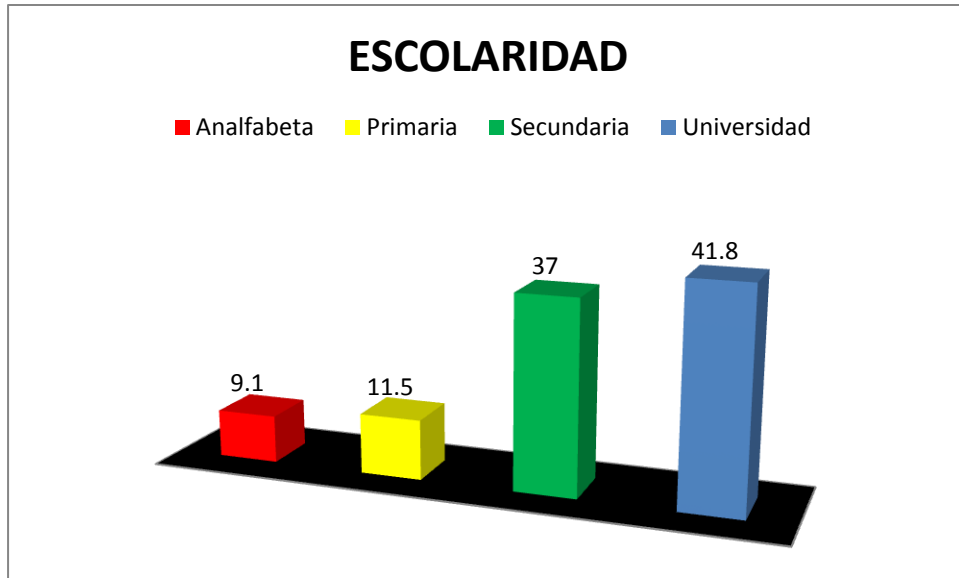
FUENTE: TABLA N° 1

GRAFICA #2 ESTADO CIVIL



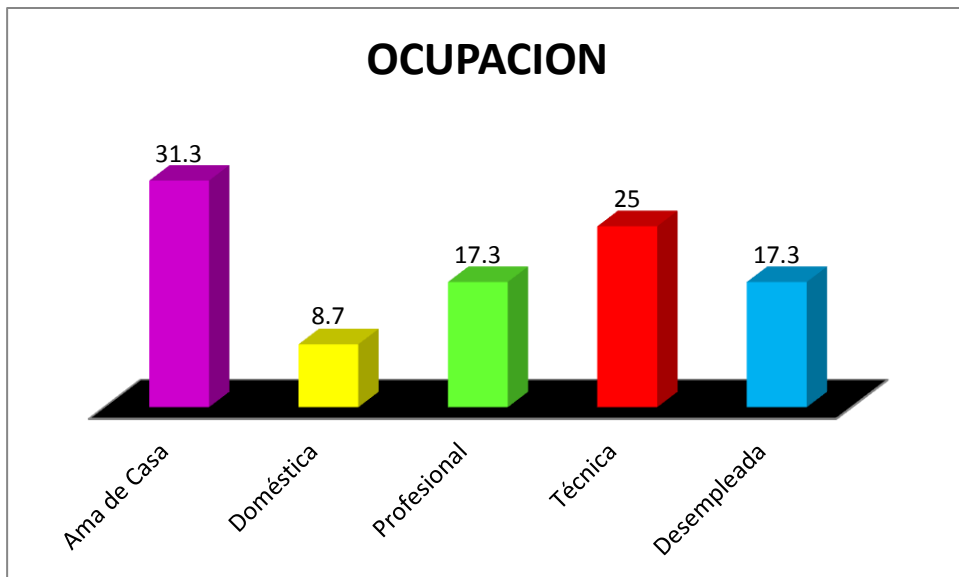
FUENTE: TABLA N° 1

GRAFICA #3 ESCOLARIDAD



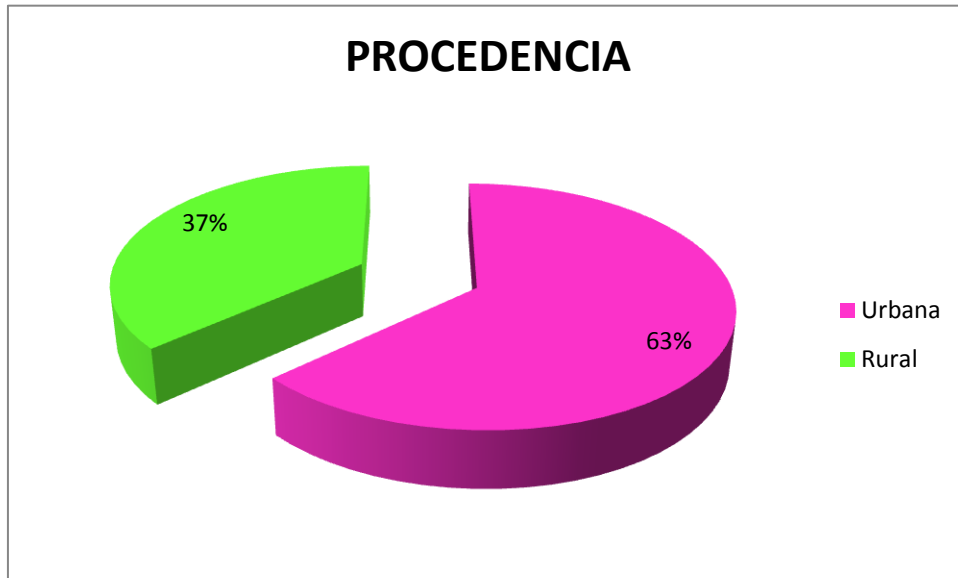
FUENTE: TABLA N° 1

GRAFICA#4 OCUPACION



FUENTE: TABLA N° 1

GRAFICA #5 PROCEDENCIA



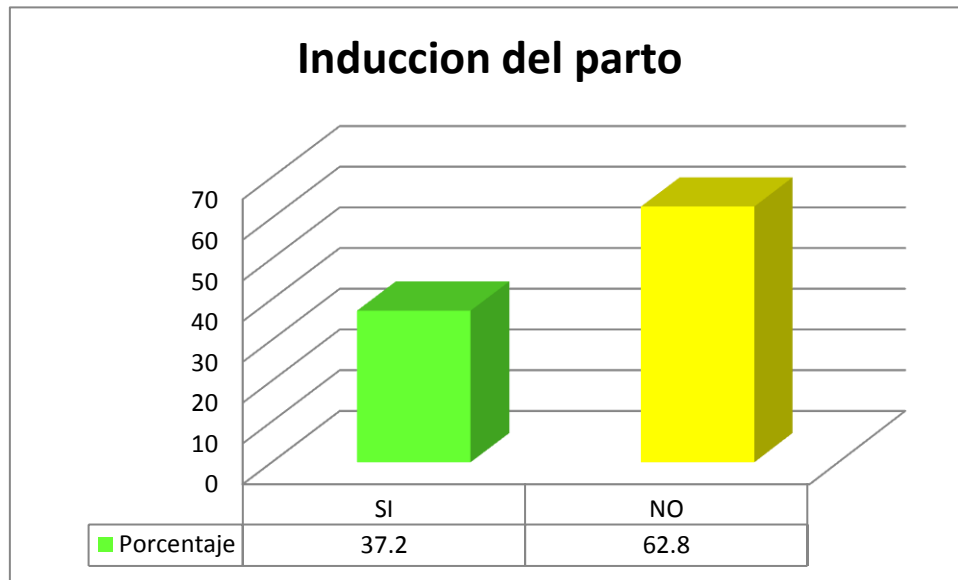
FUENTE: TABLA N° 1

GRAFICA #6 EMBARAZOS PREVIOS



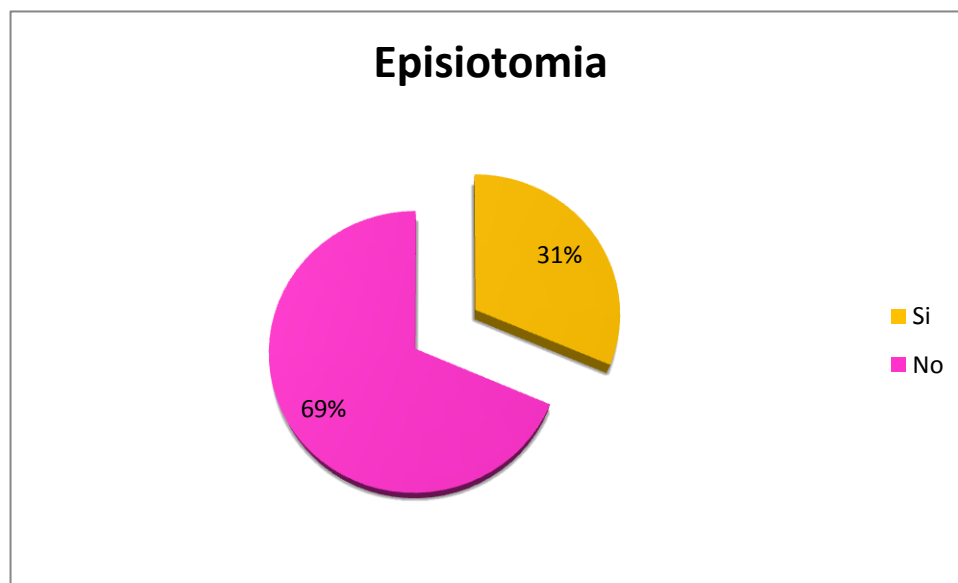
FUENTE: TABLA N° 2

GRAFICA #7 INDUCCION DEL PARTO



FUENTE: TABLA N° 2

GRAFICA #8 REALIZACION DE EPISIOTOMIA



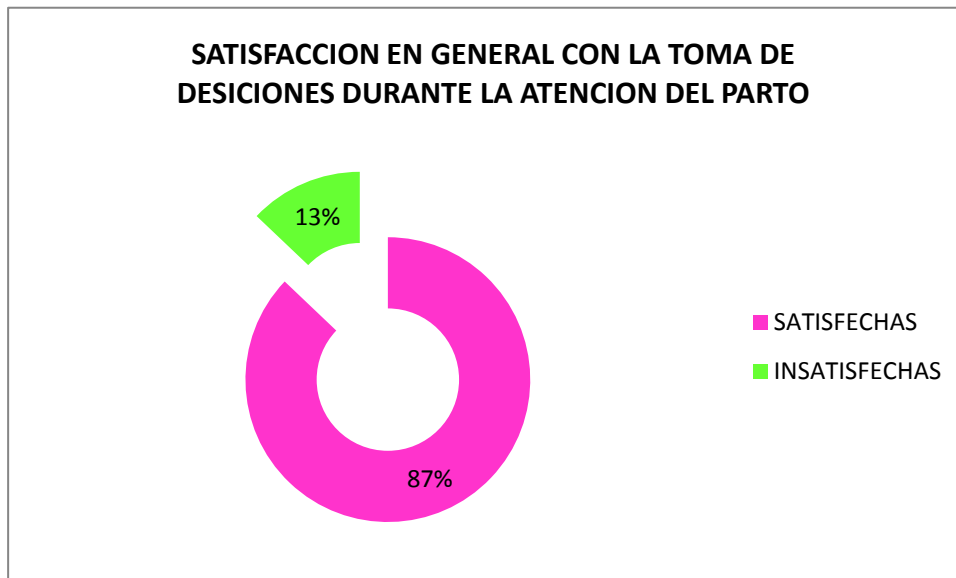
FUENTE: TABLA N° 2

GRAFICA # 9 PREPARACION PREVIA AL PARTO



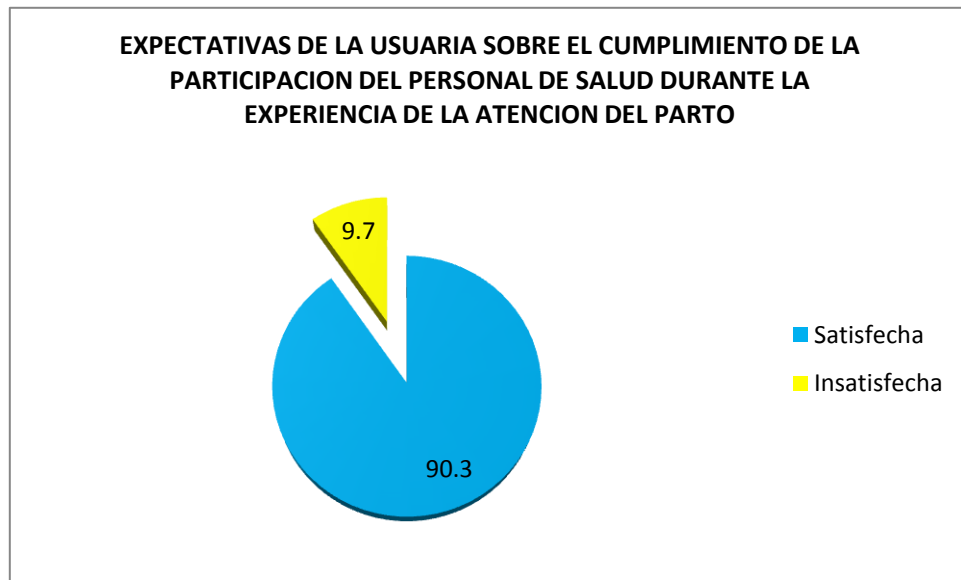
FUENTE: TABLA N° 2

GRAFICA # 10 SATISFACCION EN GENERAL CON LA TOMA DE DESICIONES DURANTE LA ATENCION DEL PARTO



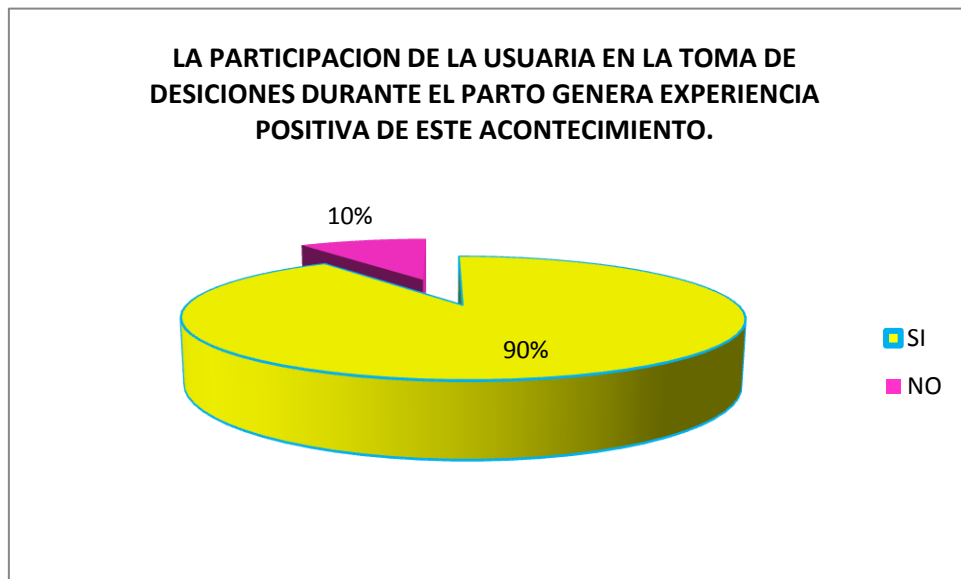
FUENTE: TABLA N° 4

GRAFICA #11 EXPECTATIVAS DE LA USUARIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA EXPERIENCIA DE LA ATENCION DEL PARTO.



FUENTE: TABLA N° 6

GRAFICA #12 COMPROBAR SI LA PARTICIPACION DE LA USUARIA EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PARTO PUEDE GENERAR EXPERIENCIA POSITIVA DE ESTE ACONTECIMIENTO.



FUENTE: TABLA N° 8

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Estimada paciente estamos realizando un estudio con el cual pretendemos conocer el grado de satisfacción de ustedes con la atención recibida durante el parto, lo cual será de mucha utilidad para el hospital permitiendo conocer el servicio que se está dando y como se podría mejorar; sus respuesta son confidenciales y le agradecemos por su colaboración.

I. DATOS GENERALES.

- Edad:**
- 14-19
 - 20-25
 - 30-35
 - >35
- Escolaridad:**
- Analfabeta
 - Primaria
 - Secundaria
 - Universitaria
- Estado civil:**
- Soltera
 - Casada
 - Divorciada
- Inducción de trabajo de parto:**
- Si
 - No
- Separada**
- Unión libre
- Ocupación:**
- Ama de casa
 - Domestica
 - Profesional
 - Técnica
 - Desempleada
- Procedencia:**
- Urbana
 - Rural.
- Embarazos previos:**
- Si
 - No

Episiotomía:

- Si
- No

Preparación previa al parto:

- Si
- No

II. PERIODOS DEL PARTO:

Señale el grado de satisfacción con cada una de las aseveraciones siguientes nombradas a continuación

Estímese que **DILATACION** es la abertura del orificio del cérvix uterino que comunica el cuerpo del útero con la vagina, **EXPULSIVO** momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible y **EL ALUMBRAMIENTO** es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

	¿ESTA SATISFECHA CON...	SATISFECHA	INSATISFECHA
1	Su preparación previa al parto.		
2	Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.		
3	Las condiciones de la sala de labor y parto.		
4	Preparación para sobrellevar los dolores durante las contracciones.		
5	La posición tomada durante los dolores.		
6	La información que se le brindaba de cómo iba el proceso de parto		
7	La compañía que tuvo durante el periodo de dilatación.		
8	Su grado de participación durante el expulsivo.		
9	La información brindada por el personal de salud de cómo actuar durante el expulsivo.		
10	Apoyo recibido por parte del personal de salud durante el expulsivo.		
11	La información brindada a su acompañante de como apoyarla durante el parto.		

12	Su experiencia durante el periodo de dilatación.		
13	Su experiencia durante el periodo del expulsivo.		
14	Conocimiento, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.		
15	Conocimiento, capacidad y competencia profesional del ginecólogo/a durante el parto.		
16	Trato personal que brindo la enfermera en el parto.		
17	Trato personal que brindo el ginecólogo/a en el parto.		
18	Apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y relajaciones en el parto.		
19	Apoyo que recibió del ginecólogo/a con las respiraciones y relajaciones en el parto.		
20	Tiempo transcurrido para tomar en brazos a su bebe.		
21	Tiempo transcurrido hasta que alimento a su bebe por primera vez.		
22	Cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto.		
23	Cuidados físicos que recibió del ginecólogo/a durante el parto.		
24	Complacencia por elegir su acompañante durante el parto.		
25	Con su experiencia del parto vivida.		

26	Con la calidad de servicio brindada por el personal de salud.		
27	Calificar el parto una experiencia positiva o negativa.		
28	Considerar que la toma de decisión durante el parto es determinante para que este sea una vivencia positiva.		
29	Considerar una vez más el servicio de atención del parto en el HBCR.		

ESCALA DE EXPECTATIVAS DE MACKEY.

30. Su satisfacción de la participación en la toma de decisiones durante el parto.

- a) No era lo que esperaba.
- b) Muy poco de lo que esperaba que fuera.
- c) Algo parecido a como esperaba que fuera.
- d) Justo como esperaba que fuera.

31. Su experiencia con el nivel de humanismo por parte de la enfermera durante el parto.

- a) No era lo que esperaba.
- b) Muy poco de lo que esperaba que fuera.
- c) Algo parecido a como esperaba que fuera.
- d) Justo como esperaba que fuera.

32. Su experiencia con el nivel de humanismo por parte del ginecólogo/a durante el parto.

- a) No era lo que esperaba.
- b) Muy poco de lo que esperaba que fuera.
- c) Algo parecido a como esperaba que fuera.
- d) Justo como esperaba que fuera.

33. Su satisfacción con los cuidados físicos recibidos por su hijo por parte del personal de salud.

- a) No era lo que esperaba.
- b) Muy poco de lo que esperaba que fuera.
- c) Algo parecido a como esperaba que fuera.
- d) Justo como esperaba que fuera.

34. En general su experiencia con el trabajo de parto.

- a) No era lo que esperaba.
- b) Muy poco de lo que esperaba que fuera.
- c) Algo parecido a como esperaba que fuera.
- d) Justo como esperaba que fuera.