



Universidad Autónoma De Querétaro
Facultad De Enfermería

Satisfacción de la primigesta con la atención de enfermería.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Bélgica Anahí Urbina Nájera

Querétaro, Querétaro; Febrero 2009.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

Satisfacción de la Primigesta con la Atención de Enfermería.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Bélgica Anahí Urbina Nájera

Dirigido por:

Dr. Benito Salvatierra Izaba

SINODALES


Dr. Benito Salvatierra Izaba
Presidente

M.C.E. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Secretario


Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Vocal

M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Suplente

M. en C. Guadalupe Salazar Pérez
Suplente



Lic. María Eugenia Peñaloza Servién
Director de la Facultad



Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado



Firma



Firma



Firma



Firma



Firma

Centro Universitario
Santiago de Querétaro, Qro.
Febrero 2009
México

RESUMEN

Introducción. La calidad de los servicios de salud ha tomado auge a partir de la necesidad de mejorar la satisfacción de los usuarios, para incrementar la confianza en las instituciones de salud, por ello este estudio propone una forma de evaluar la percepción del usuario en relación con la atención recibida de la mujer embarazada primigesta (MEP) , e identificar los puntos álgidos y fortalecerlos. El propósito de este trabajo fue determinar los factores (servicio, del paciente y culturales) que contribuyeron en la satisfacción de la MEP con la atención de enfermería. Metodología. Se utilizó un diseño descriptivo y transversal, en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, se aplicaron 120 entrevistas al momento del egreso a mujeres primigestas que fueron atendidas por parto o cesárea en los servicios de urgencias, expulsión, quirófano y gineco-obstetricia. Resultados. El predominio de insatisfacción de las MEP atendidas por parto o cesárea fue en el servicio de gineco-obstetricia con 79.2%, seguida por el servicio de urgencias con 40.8% y por último de los servicios de expulsión y quirófano fue del 39.2%. Estos básicamente tuvieron que ver con la actitud del personal, es decir, el buen trato humanizado e individualizado, la disponibilidad para satisfacer las necesidades del binomio madre-hijo, la información a los familiares y a la primigesta sobre los cuidados del puerperio y del neonato, identificación de signos de alarma, evidentemente esto requiere de compromiso del personal de enfermería para que las usuarias reciban y perciban una mejor calidad de atención. Conclusiones: A pesar de que es conveniente fortalecer la estructura y el recurso humano para satisfacer las demandas de servicio, se observó que las características personales y culturales no fueron determinantes para la percepción de la satisfacción de la primigesta con la atención de enfermería.

Palabras clave: Satisfacción, primigesta, atención de enfermería, trato digno

SUMMARY

Introduction. The quality of the Health Services has gotten a boom starting from the need of improving satisfaction of the users, to increase the confidence in health institutions. That is why this study proposes a way to evaluate the perception of the user with respect to the attention received by the prim-bear pregnant woman (MEP), and to identify and strengthen the cold points.

The purpose of this work was to determine the factors (service, patient, and culture) that contributed to the satisfaction of the MEP regarding nursing attention.

Methodology. A descriptive and transversal design was used; the site was in the General Hospital of San Cristobal de las Casas, Chiapas; 120 interviews were assigned to prim-bear pregnant women at the moment of leaving the hospital, those who were attended for caesarean section of natural birth in urgencies, expulsion, operating room, and gyneco-obstetrics.

Results. The predominance of dissatisfaction of the MEP attended for natural birth of caesarean section was in the service of gyneco-obstetrics with 79.2%, followed by the urgencies service with 40.8%, and finally the services of expulsion and operating room with 39.2%. these results were linked to the staff attitude, that is to say, the human and personalized treatment; the availability to satisfy the needs of the binomial mother-child, the information to the relatives and the prim-bear mother related to the new born; identification of the alarm signs; obviously this requires the compromise of the nursing staff so that the users received and perceived a better quality attention.

Conclusions. In spite of the convenience of strengthening the structure and human resources to satisfy the demands of the service, it was observed that the personal and cultural features were not determinants in the perception of satisfaction from the prim-bear mother with respect to nursing attention.

Key words: satisfaction, prim-bear, nursing attention, proper treatment

Bélgica Anahí Urbina Nájera
Expedient: 132145



SECRETARÍA
ACADÉMICA

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros

A quienes con su guía y conocimiento hicieron posible el llegar a esta meta, muchas gracias.

Al Dr. Benito Salvatierra y a su equipo.

Gracias por su tiempo, sus conocimientos, su apoyo y tener la paciencia para encaminar el logro de este proyecto.

A mi familia.

Gracias (Adolfo, Jonathan, Dylan, Mamá) por su comprensión, infinito apoyo y dedicación, por su tiempo y tolerancia para que lograré el objetivo, porque sin su infinito amor esto no hubiese sido posible.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de cuadros	v
Índice de Figuras	vi
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	<i>1</i>
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	7
1.3 Justificación	7
<i>II. REVISION DE LA LITERATURA</i>	<i>9</i>
2.1 Evolución de la calidad de la atención al usuario	9
2.2 Modelo de calidad de Avedis Donabedian	12
2.4 Estudios relacionados	22
2.5 Hipótesis	26
<i>III. METODOLOGÍA</i>	<i>27</i>
3.1 Diseño del estudio	27
3.2 Área de estudio	27
3.3 Universo y muestra	27
3.4 Material y método	28
3.5 Plan de análisis	29
3.6 Ética del estudio	29
<i>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	<i>32</i>
<i>VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</i>	<i>68</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>72</i>
<i>APÉNDICE</i>	<i>77</i>

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Modelo Avedis Donabedian 1984	17
2. Elementos de una propuesta para operacionalizar la teoría de la calidad de la atención a la mujer embarazada primigesta con la atención de enfermería	18
3. Componentes del trato digno en el servicio de urgencias.	43
4. Componentes satisfacción en quirófano y expulsión	50
5. Satisfacción en el servicio de gineco-obstetricia	57

INDICE DE FIGURAS

Figuras	Página
1 Datos sociodemográficos de la población: Procedencia, Etnia, Religión, Edad y Estado civil.	33
2. Datos sociodemográficos de la población: Escolaridad, Ocupación, Vive con, Jefe de familia.	34
3. Características de salud reproductiva de la población; Inicio de la vida sexual activa (IVSA), tiempo que transcurrió del inicio de la vida sexual al embarazo, control prenatal	36
4. Características de salud reproductiva de la población; Inicio del control prenatal con el médico o la partera, número de consultas	39
5. Tiempo de espera para la atención del parto o cesárea y tipo de procedimiento obstétrico	40
6. Evaluación general de Trato Digno en los servicios de urgencias, expulsión, quirófano, recuperación, gineco-obstetricia	41
7. Satisfacción en el servicio de urgencias versus Procedencia, etnia y religión	44
8. Satisfacción en el servicio de urgencias versus edad, estado civil, escolaridad	46
9. Satisfacción en el servicio de urgencias versus ocupación, procedimiento obstétrico y tiempo de espera	48
10. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus procedencia, etnia, religión.	51
11. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus edad, estado civil, escolaridad	53
12. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus ocupación, procedimiento obstétrico, tiempo de espera	55
13. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus Procedencia, étnica, religión	58
14. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus edad, estado civil, escolaridad	61
15. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus ocupación, procedimiento obstétrico, tiempo de espera	62

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales desafíos del Sector Salud es mejorar la calidad de atención que se brinda a la población y que ésta a su vez sea perceptible por los mismos usuarios; uno de los proyectos para lograr este objetivo es la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), la cual ha propuesto acciones tales como asegurar el trato digno, mejorar la organización de los servicios y estandarizar los criterios de calidad de la atención médica a partir de estándares factibles de alcanzar (Ruelas, 2003). La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) identificó la oportunidad de iniciar un proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería en conjunto con la CNCSS, definiendo indicadores de calidad en algunos procedimientos, considerando la importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente, por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería ya que permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido. (CIE 2004)

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es un programa que pretende elevar los índices de satisfacción del usuario, con relación a la atención que se le brinda, aunque es un programa Nacional que permite adecuar las estrategias a los problemas reales, dando la pauta a la investigación sobre factores que contribuyen en pro y en contra de la calidad de la atención, para incrementar el grado de satisfacción del usuario, esto fortalece para plantear estrategias acorde a cada situación, verificando la factibilidad de implementarlos con los recursos disponibles, utilizando las fortalezas y oportunidades del centro de trabajo y del personal de salud. (Ruelas, 2003)

Enfermería es el pilar de las Instituciones de Salud, como profesional tiene la responsabilidad de establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención a l@s usuari@s, quienes tienen derecho a recibir la mejor calidad de atención, que redunde en su

satisfacción, fundada en una sólida base de conocimientos, destrezas y habilidades, utilizando el juicio crítico para minimizar riesgos en la atención.

La concepción es una etapa muy importante, trascendente y de múltiples cambios en la vida de una mujer, ya que dentro de ella crece una nueva vida, a la cual sin conocerla se desea y se quiere, aunado a ello esta la responsabilidad que genera a los padres y familiares el bienestar del nuevo ser, provoca modificaciones en la vida de la mujer embarazada (alimentación, autopercepción, sueño, descanso, ejercicio, economía, actividad sexual), estos cambios van ligados al miedo a la atención del parto y es aquí donde el personal de enfermería que se encuentra en los diferentes servicios del hospital juega un papel importante, ya que el primer contacto que la mujer embarazada tiene en su mayoría es con el personal de enfermería, esto puede influir en la confianza que sienta con relación a la atención que se le brindará durante su estancia, por consiguiente percibirá satisfacción o insatisfacción con la atención recibida.

En este estudio se describe la “prestación” de la atención a la salud que se le brinda a la mujer embarazada primigesta (MEP) en un hospital de segundo nivel, se considera que en lo relativo a la salud reproductiva, uno de los eslabones críticos es la atención del parto, otra punto importante es que el primer embarazo en Chiapas ocurre en mujeres adolescentes. (Aguilar, 2006)

Con el presente trabajo se identificó la satisfacción que percibió la MEP, con relación a la atención que le fue proporcionada por el personal de enfermería a través de entrevistas a la usuaria en el momento de su egreso, del mes de mayo al mes de agosto del año 2005.

1.1 Planteamiento del problema

La evaluación de la calidad de la atención médica, se ha convertido en una perspectiva cualitativa donde participan todos los integrantes de una organización de salud. Este interés por la calidad se ha incrementado en todo el país, principalmente porque es uno de los requisitos indispensables para la certificación y acreditación de establecimientos de atención para la salud. (Ruelas, 2003)

La calidad total es una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y en todos sus niveles, por tanto la gestión de calidad total es el conjunto de técnicas de organización orientadas a obtener un alto nivel de calidad en la estructura, los procesos y resultados. La calidad total es una estrategia de gestión de toda la organización a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los propietarios y de la sociedad en general por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que se dispone: personas, materiales, tecnología y sistemas productivos. (Lorenzo, 2000)

Al hablar de calidad en los centros asistenciales o sanitarios, debemos esperar que se alcance una calidad integral, en la cual se encuentra involucrada la calidad intrínseca, que se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo y/o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello y la calidad percibida, valorada fundamentalmente por los usuarios y que es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario, como son: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad. (Jiménez, 2003)

La calidad de los servicios de salud en un hospital involucra la responsabilidad y compromiso de todo el personal que en el labora, donde se encuentra inmerso el gremio de enfermería. La CIE, en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. Los indicadores fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios (iatrogenia o negligencia) al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Asimismo, porque permiten identificar la percepción de los usuarios de los servicios de enfermería en cuanto al trato recibido. (CIE, 2004).

Los documentos anteriormente citados coinciden en señalar la importancia que tiene realizar evaluaciones sobre la calidad de los servicios, considerando las

expectativas del usuario y del personal de salud, a través de instrumentos de valoración que permitan establecer cuál es la satisfacción de las pacientes durante su estancia hospitalaria.

Las causas de satisfacción del usuario externo que se reconocen son el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones, así mismo las causas de insatisfacción son la falta de coordinación del personal de la institución de salud, las grandes listas de espera y los retrasos en la atención (Mira, 2002); al reconocer las causas de insatisfacción la unidad hospitalaria debe evitar los tiempos muertos, la repetición de pruebas, actividades, exploraciones, intercambio deficiente de información, desplazamientos innecesarios y la asistencia fragmentada de los usuarios (Miño, 2001).

Enfermería como parte de una empresa que otorga servicios de salud, debe conocer las necesidades que tiene la población al solicitar los servicios, y con base en esto tratar de establecer una propuesta congruente con la realidad para alcanzar niveles superiores de calidad, considerando todo el bagaje sociocultural, personal, familiar con el que el usuario llega, ya que esto puede influir en la percepción que tenga sobre la atención que reciba del personal.

La evaluación de la calidad a través de la opinión del usuario, fortalece la metodología propia del control de calidad, considerando que la satisfacción del cliente es un buen indicador de resultado de la asistencia que ha recibido a lo largo de su hospitalización, es importante que al pretender analizar sus expectativas se utilicen métodos que nos aproximen al conocimiento de sus opiniones ya sean favorables o desfavorables y siempre con el objetivo de producir mejora continua a través del análisis de estas. El escuchar la voz del paciente permite mejorar la calidad y su opinión es una gran oportunidad de mejorar la calidad de los servicios. (Saiz, 2002).

Por otro lado hay, que considerar que dentro de la calidad de la atención influyen los cambios políticos, ya que en cada sexenio hay innovaciones en cuanto a

programas de salud, observando que el enfoque es básicamente preventivo, sin embargo la cultura de salud real esta enfocada en lo curativo y modificar esa tendencia costará mucho, por ello es importante involucrar a los usuari@s de los servicios de salud, para fomentar en ellos la atención oportuna de la salud, otro punto importante es la situación económica de la población, lo cual hace necesaria la atención en instituciones públicas y no privadas, de ahí la sobrecarga de trabajo, esto genera implicaciones en la mujer embarazada ya que es parte de programas prioritarios de salud, y es el pilar de la sociedad por lo que todo lo relacionado a su proceso gestacional es de suma trascendencia; esto mantiene alerta para no hacer caso omiso a sus demandas y necesidades fortaleciendo las estrategias en pro de mejorar la calidad de atención que se le brinda al binomio madre-hijo.

En el Estado de Sonora se aplicó el proyecto, “Trato digno en pacientes egresadas por atención del parto/cesárea” diseñado por la Lic. Rosa María Rodríguez Durán (2001), posterior a identificar que la queja constante de mujeres que solicitan atención de parto, en hospitales del Estado de Sonora es mal trato y deficiente información por parte del personal de salud hacia las usuarias. Como una de las conclusiones identificó que en el componente de comunicación durante la atención de parto se necesita la implementación de un modelo de comunicación interpersonal efectiva, ya que se avanzó al disminuir el porcentaje de maltrato verbal de 27 a 3 por ciento.

Este proyecto se extendió a Chiapas, sin embargo los indicadores monitorizados eran para todos los miembros del equipo de salud, a pesar de que en el instrumento abarca datos que identifican al personal de enfermería, estos no son suficientes para verificar la relación interpersonal que ejerce con la mujer durante la atención del parto o cesárea, por otro lado también es importante recalcar el tipo de población que existe en Chiapas la cual es muy diferente a la de Sonora, y en los municipios de San Cristóbal de las Casas. La mujer en su mayoría inicia su vida sexual a muy temprana edad, son de escasos recursos económicos, con un nivel de escolaridad bajo, con arraigadas costumbres y tradiciones en cuanto a la atención del embarazo, parto y puerperio, con difícil acceso a servicios de salud, estos y

otros factores quizá influyan en la percepción que la mujer tenga en relación a la atención de enfermería que recibe en las Instituciones de Salud.

Chiapas tiene uno de los promedios más bajos de atención de partos por personal médico. Del total de nacimientos ocurridos entre 1994 y 1997, menos de la mitad fueron atendidos por un médico (49.0%), en contraste, la partera atendió uno de cada dos partos (Aguilar, 2006)

Por lo anterior se genera la duda del investigador, por saber si los factores de servicio, personales y culturales influyen en la satisfacción del usuario y si existe o no la necesidad de cambiar, modificar o reestructurar las estrategias de mejora continua para incrementar el grado de satisfacción de la MEP que acude para la atención del parto o cesárea con relación al trato que recibe de la enfermera, la Institución donde se aplicó este proyecto de investigación fue en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, el cual atiende a población abierta en su mayoría indígena (tzotzil y tseltal), cuenta con 60 camas censables y 34 no censables; 1 enfermera por turno en urgencias obstétricas, en ocasiones un pasante de enfermería, 1 enfermera en expulsión, 1 enfermera en cada quirófano, 2 enfermeras en el servicio de gineco-obstetricia, en su mayoría enfermeras generales.

Es por ello que se planteó la siguiente pregunta de investigación **¿Cuáles son los factores del servicio, paciente y culturales que determinan la satisfacción de la mujer primigesta con la atención de enfermería?**

1.2 Objetivos

1.2.1 General.

Analizar los factores (del servicio, del paciente y los culturales) que contribuyen en la satisfacción de la mujer embarazada con la atención de enfermería, en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

1.2.2 Específicos.

Identificar las características personales de la mujer embarazada y describir si estos influyen en la satisfacción de la atención de su parto o cesárea.

Determinar los factores de servicio y culturales para la satisfacción de la mujer en la atención del parto o cesárea.

1.3 Justificación

México ha puesto énfasis en la percepción que el usuario tiene de la atención que se le es otorgada en los servicios de salud, es por ello que se han implementado numerosos programas y formas de evaluar la percepción de la calidad de atención, una de ellas es la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual se enfoca al índice de trato digno en el servicio de urgencias, índice de organización de servicios de urgencias e indicadores de atención médica efectiva de servicios hospitalarios (Ruelas, 2003), sin embargo no está contemplada la indagación de la percepción de la mujer embarazada primigesta durante la atención obstétrica en hospitales de segundo nivel, quien es un foco de atención ya que la importancia de la atención prenatal en dichas mujeres puede ser el punto de partida para la detección de riesgos obstétricos, los cuales conllevan a la muerte materna o perinatal.

Por otro lado, es conveniente mencionar que aún con los indicadores establecidos para monitorear la calidad de la atención que brinda enfermería, no existe un enfoque más directo hacia la mujer embarazada, quien por dicho proceso se encuentra vulnerable ante cualquier forma de trato y a su vez puede ser una oportunidad para mejorar las acciones que respondan a sus necesidades y

expectativas; por ello no hay que limitar la atención de enfermería en aliviar el malestar en este caso de la mujer embarazada, sino incrementar los valores como: la confianza, el respeto, la individualidad, la igualdad, la equidad de género y la no discriminación, haciendo hincapié en esto último por la diversidad cultural que existe en San Cristóbal de las Casas, Chiapas y la barrera de lenguaje que presenta el personal de salud.

Por ello se ha puesto especial interés en investigar los factores que favorecen la satisfacción de la mujer embarazada primigesta con la atención de enfermería en el Hospital General, de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, ya que en situaciones de este tipo se ha considerado mejorar la estructura, aumentar el recurso humano, aumentar los insumos, cuando en su mayoría depende de la actitud, la confianza, la interrelación, la comunicación, el respeto y otros valores que como personal de salud se van quedando en el camino y que al cuestionar resulta que para el usuario son los de mayor importancia

Con lo anterior se considera que una investigación de esta magnitud, podrá brindar un mayor enfoque para reestructurar o modificar las estrategias de mejora continua en los diferentes servicios, por los que es atendida la mujer embarazada y con esto incrementar la satisfacción tanto de la embarazada como el de sus familiares, por otro lado también da la pauta para retomar y adecuar los programas de atención existentes en la Secretaría de Salud ya que la población de afluencia en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas es básicamente multicultural, propiciando una mejor interrelación entre usuarios y prestadores de servicios.

II. REVISION DE LA LITERATURA

Para hablar de calidad se retomó la historia de los principales personajes que aportaron conceptos y teorías para mejorar la percepción del usuario y del prestador de servicios, para fines de esta investigación se retomó la teoría de Avedis Donabedian, también se considero abordar lo referente a la mujer embarazada.

2.1 Evolución de la calidad de la atención al usuario

Armand Feigenbaum, entre los años 1960 y 1970 señaló que el control de calidad hasta el fin del siglo XIX se caracterizó por ser realizado totalmente por los operarios, lo que denominó “Control de Calidad del Operario”, posteriormente en el periodo de la Primera Guerra Mundial se dio el “Control de calidad del Capataz” y entre las dos guerras aparece el Control de Calidad por Inspección o lo que se conoce como el “Control de Calidad Moderno”. (citado por Schuldt,1998).

En un documento citado por Miranda (2006), menciona los aportes de:

Edward Deming (1989), describió los Catorce puntos para la dirección; los cuales señalan qué se debe contemplar para la dirección de la empresa: 1. Crear la firme determinación de mejorar el producto o servicio, 2. Adoptar la nueva filosofía, 3. Suprimir la dependencia de la inspección masiva, incorporando la calidad dentro del producto o servicio, 4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio, 5. Mejorar continuamente el sistema de producción, 6. Instituir la formación en el trabajo, 7. Implantar el liderazgo, 8. Librarse del miedo. El miedo nace de la inseguridad y conduce al fracaso, 9. Derribar las barreras entre departamentos, 10. Ser conscientes de que la mayoría de las causas que provocan la baja calidad pertenecen al sistema y no a causas imputables al trabajador, 11. Eliminar los estándares cuantitativos de trabajo, (No tienen en cuenta la calidad), 12. Eliminar las barreras que privan al trabajador de estar orgulloso de su trabajo, 13. Implantar un programa vigoroso de educación y automejora, 14. Poner a todo el personal a conseguir la transformación.

Joseph Juran en 1954, aportó la Trilogía de Juran, donde menciona que “La planificación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad son los instrumentos del directivo en la gestión de la calidad.

Philip B. Crosby 1961, desarrolló un concepto denominado los “Absolutos de la calidad total”. Así mismo propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos, los cuales eran: 1. Compromiso pleno de dirección y gerencia con la calidad, 2. Formación de equipo de mejoramiento de la calidad, 3. Determinar el nivel actual de la calidad, 4. Estimar costo del incumplimiento de las normas de calidad o de la no calidad, 5. Difundir entre el personal los problemas de la mala calidad, 6. Detección de oportunidades de mejoramiento, 7. Establecimiento de un comité para llevar programa de cero defectos, 8. Capacitar los líderes formales, 9. Llevar a cabo el día cero defectos, 10. Convertir los compromisos en acciones, 11. Búsqueda de las causas, 12. Implantar programas periódicos de reconocimiento, 13. Reuniones periódicas con los responsables del mejoramiento de la calidad, 14. Iniciar nuevamente todo el ciclo.

Kaoro Ishikawa en 1949, creó círculos de calidad; lo cual describió como “Grupos de voluntarios, estables en el tiempo, que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno de trabajo.

En un artículo de Schuldt (1998) menciona a otros autores que hicieron sus aportaciones entre 1950 y 1960 a la calidad tales como:

Taiichi Ohno en su obra Just in Time, señala lo siguiente: “Calidad es el sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto con la calidad exigida, en la calidad precisa y el momento exacto”. Masaaki Imai Kaizen, explica que Calidad “Significa mejora continua en japonés. Es el espíritu y práctica de los principios de mejora continua en la empresa”.

Genichi Taguchi menciona la Ingeniería de la calidad como: “Métodos para el diseño y desarrollo de los procesos de industrialización con el máximo de eficiencia”. Kiyoshi Suzaki menciona que la Gestión Visual como: “Un sistema donde

la información necesaria para la gestión operativa está presente allí donde trabajan las personas.”

Durante los 60's Shigueo Shingo desarrolló “Poka Yoke” y los sistemas de inspección en la fuente”. Y para 1977 planteó formalmente “Cero control de calidad” como una estrategia para conseguir “Cero defectos”, lo cual a su criterio nunca se conseguiría con la forma en que el control estadístico de la calidad enfocaba el problema.

Enfocando la atención al ámbito específico de salud, en el siglo XIX, Florence Nightingale inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: limpieza, saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipuleo, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria. Este enfoque simple, fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria (Trincado y Fernández,1995).

Estados Unidos de América fue el primer país en institucionalizar su interés en mejorar la calidad de la atención en salud. En 1917 el Colegio Americano de Cirujanos institucionaliza el primer set de estándares nacionales de calidad y en 1951 se fundaba la “Joint Comisión” de acreditación de hospitales (Manual de vigilancia de la calidad,1998).

En 1964 Morehead y Donaldson de la Universidad de Columbia, realizan estudios de la calidad en hospitales de Nueva York. En 1965 inicia sus trabajos de calidad uno de los grandes de la nueva calidad: Avedis Donabedian, describiendo que los servicios de salud hay que estudiarlos en tres niveles: estructura, proceso y resultado; y que a su vez los mismos se relacionan con tres dimensiones: técnica, interpersonal y confort. En 1969 A.J. Anderson describe una metodología para la evaluación de la calidad de la atención médica. En 1979, Palmer aborda las variables e indicadores de calidad de la atención médica individual e institucional. En 1982, Vuori describe como componentes del concepto de calidad a la calidad científico-técnica, la efectividad, la eficiencia y la educación. Nutting en 1987,

describe como atributos de la calidad a la competencia profesional, la distribución de la asistencia/integralidad, la efectividad, la eficiencia y la continuidad/coordiación. Finalmente en 1990, el Programa Ibérico bajo la dirección de Saturno, reconoce tres componentes de calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción en una modificación conceptual del modelo de Palmer (Álvarez, 2000).

En 1995 se celebra el Primer Taller sobre Calidad Total en los servicios de salud en la ciudad de Managua, República de Nicaragua en el mes de junio. En 1996 la nueva Dirección Nacional de Enfermería de Educación Permanente y Evaluación de la Calidad de Enfermería, la cual es la encargada de coordinar todo el trabajo dirigido a este campo gerencial y pedagógico, adoptó para ello entre sus funciones: La programación, la capacitación, el monitoreo y la instrumentación, validación y generalización de la propuesta (Álvarez, 2000)

La calidad implica lograr los mayores beneficios posibles de salud para el paciente, disminuyendo al máximo los riesgos y tomando en consideración los avances tecnológicos del momento. El usuario, por su parte, evalúa la calidad de la atención con base en sus propios deseos, medios, valoraciones y expectativas. Carpenito (2001) y otros autores citados por Carpenito como, Jonson (1978), Felton (1985), King y Tarsitano (1982) han demostrado que los pacientes que reciben una información estructurada relativa a lo que sentirán, verán, oirán y olerán, además de sobre lo que pasaran, expresan menos ansiedad.

2.2 Modelo de calidad de Avedis Donabedian

Como resultado del esfuerzo de Avedis Donabedian, los sistemas de salud son campo de investigación y ya no se ve solo al paciente, sino al entorno en el cual él esta como parte del logro o no de su estado de salud; de igual forma se tienden puentes entre lo académico, lo teórico, la acción y la práctica. En todo su trabajo incorpora la convicción apasionante de que el mundo de las teorías y el mundo de los hechos no están separados, como algunos piensan, sino que son inseparables uno de otro. Las ideas, en particular, son las fuerzas verdaderas que le dan forma al mundo tangible (Otero M. y Otero I. 2004).

Donabedian consideraba que la calidad que se observa en el hospital realmente esta limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial, al proceso interpersonal. La idea de que los pacientes deben involucrarse en su atención en general no es practicada de manera responsable. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable sobre su salud pero sin su manipulación. El médico es el aspecto clave del sistema. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica pero no una empresa comercial en sentido estricto. (Martínez, 2001).

Avedis Donabedian (citado por Otero y Otero 2004) planteaba los siguientes roles del usuario:

- ◆ Definidores de la calidad
- ◆ Evaluadores de la Calidad
- ◆ Informantes de la calidad
- ◆ Co-productores de la atención
- ◆ Ejecutores de la garantía de calidad
- ◆ Controladores de los prestadores
- ◆ Reformadores del servicio de salud.

Avedis Donabedian (1984) propuso dos vertientes conceptuales que permiten categorizar lo concerniente a la calidad de la atención médica, y en general, a la calidad de los servicios de salud. Reconoce que la calidad de la atención médica presenta dos dimensiones: La dimensión técnica y la dimensión interpersonal.

La dimensión técnica, se refiere a “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos”, otro aspectos de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos (financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada, pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse,

medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que además del desperdicio que esto representa es posible que se esté sometiendo a riesgos innecesarios.

La dimensión interpersonal, consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. Explica la dimensión interpersonal como “El manejo de las relaciones interpersonales debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones”

El tercer elemento de la atención denominado Amenidades, describe características concretas como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, cama cómoda, buena alimentación, etc. Pero también incluye aspectos un poco más abstractos como comida, privacidad, cortesía, aceptabilidad, etc. Donabedian, consideró a las amenidades como parte del, o contribución al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quién las proporciona (personal de salud público, privado, instituciones). Otros elementos que sugiere analizar cuando se explora conceptualmente una definición de calidad de atención a la salud son: los costos, los servicios, la cantidad, la accesibilidad, continuidad y aceptabilidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y del personal de salud. (Donabedian, 1984)

Así, Donabedian propone la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques: *la estructura, el proceso y el resultado* (Ruelas, 2003).

La estructura, es el conjunto de condiciones en que se lleva a cabo la atención sanitaria; la estructura es determinante para el desarrollo de los procesos y

para las pautas de comportamiento de las personas y de los sistemas en ella incluidos. No debe verse la estructura como algo estático, sino como algo dinámico que está continuamente intercambiando información con el exterior, y que al mismo tiempo delimita un marco donde se realizan los procesos. Muchas veces se pretenden cambios organizativos a través de la modificación de los procesos pero sin tocar la estructura lo cual suele ser sinónimo de fracaso es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza. Los indicadores de “estructura” son los más fáciles de obtener y por tanto son los más usados pero tienen el inconveniente de no reflejar íntimamente la relación entre el elemento estructura y la calidad de los resultados obtenidos. (Iñiguez, 2005)

Los procesos dentro de una organización obedecen a las reglas de juego que les marca la estructura, son el resultado de patrones estructurales de comportamiento y por tanto se quieren modificar los procesos habrá de ver si la estructura lo permite o hay que modificarla. Las características de los procesos asistenciales están más directamente relacionadas con los resultados obtenidos que las características de la estructura. Los indicadores para medir la calidad de los procesos se pueden obtener de la historia clínica u otros registros o incluso preguntando a los pacientes. (Iñiguez, 2005).

Los resultados permiten evaluar indirectamente la destreza y habilidades con que la asistencia se llevó a cabo y además permiten que los pacientes/clientes puedan juzgar la calidad de la atención que recibieron. Medir los resultados es algo más difícil. Cuando los resultados se producen mientras se presta la asistencia son fácilmente observables y pueden evaluarse sin problemas. Es lo que hacen los médicos y enfermeras para conducir los cuidados: los resultados intermedios les guían en la siguiente decisión a tomar. Pero cuando los resultados relevantes aparecen tiempo después de que la prestación asistencial haya terminado es mucho más difícil establecer una relación entre ambos. (Van-Dick, 2001)

El modelo de Avedis Donabedian se describirá a continuación en una tabla ejemplificada de su teoría, posteriormente se realizó la adaptación del modelo

aplicado a la mujer embarazada primigesta en relación a la atención que recibe del personal de enfermería.

Cuadro 1. Modelo Avedis Donabedian 1984

	ESTRUCTURA	PROCESO		RESULTADO
		Primario	Asistencia clínica (evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación)	Clínicos: diagnósticos, efectos adversos, errores médicos...
ADMINISTRATIVA	Estrategias, políticas, liderazgo, metas, objetivos, procedimientos administrativos, sistemas de recompensas y reconocimientos.....	Secundarios	Liderazgo, análisis y planificación, metas, objetivos, políticas, despliegue de políticas, monitorización, control, evaluación del sistema....	Funcionales: capacidad funcional, secuelas... Psicológicos: confianza, temores, depresión...
TECNICA	Métodos de gestión, productos, servicios y especificaciones, tecnología, sistemas de información, equipos, infraestructura...		Procesos de apoyo (farmacia, Rx, lab..), control de procesos, selección de proveedores, compras, mantenimiento de equipo e infraestructura...	Sociales: poblaciones más sanas, mayor productividad, puestos de trabajo, hábitos más saludables... Evaluativos: opiniones de los pacientes, eficiencia, eficacia....
HUMANA	Habilidades, conocimientos, valores, código de conducta, autoridad y responsabilidad, distribución de tareas y funciones, modelos mentales, normas y reglas...		Comunicación, capacitación, trabajo en equipo, toma de decisiones, motivación y recompensa, aprendizaje....	Resultados integrales: expectativas de vida, calidad de vida...

Fuente: Iñiguez (2005)

Cuadro 2. Elementos de una propuesta para operacionalizar la teoría de la calidad de la atención a la mujer embarazada primigesta con la atención de enfermería

	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
DIMENSIÓN TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disponibilidad de equipo, instrumental e insumos completo y en buen estado. ❖ Personal capacitado para la atención del binomio madre-hijo. ❖ Material de curación esterilizado y suficiente. ❖ Participación del personal de enfermería en la elaboración de estrategias de mejora para la atención a la salud. ❖ Contar con el personal suficiente de enfermería para los diferentes servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oportunidad en la atención de la mujer embarazada. ❖ Jerarquiza las necesidades de cada paciente. ❖ Aplica la atención de enfermería, basada en los programas, normas y reglamentos. ❖ Congruencia clínica-dx-terapéutica. ❖ Duración en la realización de los procedimientos ❖ Manuales de procedimientos para la atención del binomio madre-hijo. ❖ Diagramas de flujo de los procedimientos básicos en la atención del binomio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Control de factores de estructura y proceso a través de instructivos elaborados. ❖ Retroalimentación de los procesos. ❖ Impacto técnico (eficacia). ❖ Impacto social (efectividad) ❖ Impacto económico (eficiencia) ❖ cumplimiento de objetivos sobre calidad del sistema de salud. ❖ Problemas no detectados de manera oportuna en el primer nivel
DIMENSIÓN INTERPERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disponibilidad de instalaciones limpias, cómodas, ventiladas y bien iluminadas. ❖ Las instalaciones permiten el respeto a la intimidad de las mujeres. ❖ Los trámites que deben realizar las mujeres o sus acompañantes son sencillos. ❖ Contar con la asesoría del supervisor (a) de enfermería en el servicio. ❖ Modulo de información para usuarios y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El trato que el personal proporciona a las usuarias es respetuoso, digno y personalizado ❖ Se procura que la permanencia en el servicio de la mujer embarazada sea placentera o menos difícil. ❖ La información de los cuidados, procedimientos y la atención del parto es clara, precisa y oportuna, para la usuaria y sus familiares. ❖ Se le permite a la mujer embarazada expresar sus temores, dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfacción de las usuarias y sus acompañantes en relación al trato de enfermería. ❖ Las quejas de las usuarias y sus acompañantes son tomadas en cuenta para su resolución. ❖ Garantiza el mínimo de daños para el binomio madre-hijo.

Fuente: Adaptado por Bélgica Anahí Urbina Nájera propia con base en Avedis Donabedian (citado por Miranda 2006), (*Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002*).

Lo anterior tiene un enfoque general, con la atención de la mujer embarazada primigesta, de acuerdo al trato que recibe de la enfermera en su primer contacto con el servicio de salud, permitiendo en este apartado aplicar una adaptación de la teoría de Avedis Donabedian a la atención de enfermería en una forma muy específica a las actividades y procesos de atención que realiza, siguiendo paso a paso hasta obtener un resultado.

2.3 Proceso del embarazo en la mujer, considerando a Aller (1997) y a Espinosa, (2005).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio).

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el

cuello del útero, se forma un tapón de moco denso durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta

para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato.

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.

Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.

Embarazos múltiples.

Problemas en un embarazo previo.

Hijos anteriores con alguna malformación.

Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a talla)

Talla menor a 140 cm.

Riesgos alimenticios:

Los pescados con alto contenido de mercurio deben ser evitados, como el tiburón, pez espada, carita, blanquillo y algunos atunes. Otros pescados como los camarones, salmón, bacalao y bagre, no deben ingerirse más de una vez por semana por tener un bajo contenido de mercurio.

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

Embarazos en Adolescentes El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción cefalopélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente, y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

2.4 Estudios relacionados

Abril y cols. (2000), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, sobre la satisfacción del usuario y prestador de servicios médicos como un indicador de calidad, en el Instituto de Salud Pública de Hermosillo, Sonora, los resultados fueron que el 73.0 por ciento de los hombres y el 67.0 por ciento de las mujeres reportaron estar satisfechos con la atención médica, recibida. La mayoría (88.0%) de los y las entrevistado(a)s reportaron recibir siempre un trato amable, tanto de médicos como de asistentes. En cuanto a satisfacción del prestador de servicio, tanto médico(a)s (65.0%) como asistentes médicos (59.0%) reportaron estar satisfechos con el trabajo realizado. Sin embargo, se encontró que en los aspectos relacionados con la disponibilidad de

recursos para realizar su trabajo ambos, médico(a)s y asistentes consideraron en su mayoría que no cuentan con el equipo suficiente para llevarlo a cabo.

El cuidado es una actividad susceptible de mejorarse permanentemente. La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes, la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan el bien interno (Orrego, 2001)

La competencia profesional se evidencia a través de la calidad de los registros de la información y su interpretación que comprende, entre otros aspectos, la identificación y priorización de las situaciones sanitarias y de diagnóstico (Torres, 2002).

En un estudio de calidad total de la atención en enfermería y la percepción del paciente en servicios de cirugía general, Jordán y Espino, (2002) refieren que los porcentajes más altos corresponden a las categorías de exigencias y no apoyos, refiriendo el paciente la falta de atención y de calidad en las actividades propias del profesional de enfermería, secundaria probablemente, al exceso de pacientes que tiene a su cargo este profesional.

En un estudio transversal, descriptivo aplicado a 431 usuarios externos del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (Jiménez y cols 2003), se identificó la percepción de la atención de enfermería, la cual fue muy buena en un 50%, buena en un 49% y mala en 1%, las recomendaciones de los usuarios externos directos e indirectos para abatir el 1% fueron: mejorar la disponibilidad, aumentar el conocimiento, estimular al personal e interesarse más por los pacientes, a ponerse en el lugar del paciente y mejorar las actitudes del personal del turno nocturno.

En ese estudio se concluye que la calidad de atención de enfermería no se correlaciona significativamente con la evolución adecuada, por lo cual algunas pacientes se sienten satisfechas aun a pesar de la mala evolución observada. Ello

subraya la importancia de la formulación de estrategias que permitan optimizar dicha atención.

Díaz y cols. (2003) realizaron un estudio con la finalidad de conocer la opinión del familiar del paciente pediátrico sobre la calidad de atención de enfermería que éste recibe. Para el logro de dicho objetivo se aplicaron encuestas a familiares de pacientes hospitalizados de un hospital pediátrico de la localidad, tomando en cuenta seis índices para evaluar la calidad, como son: humanización y comunicación del cuidado, calidad técnica del cuidado de enfermería y de apoyo al familiar, continuidad del cuidado de enfermería, eficiencia-resultado del cuidado de enfermería, medio ambiente físico del servicio, y disponibilidad de la enfermera. Se obtuvo como resultado que existe debilidad relevante en los siguientes índices: humanización y comunicación del cuidado, calidad técnica del cuidado de enfermería y de apoyo al familiar, y eficiencia- resultado del cuidado de enfermería. Con base en dichos resultados se llegó a la conclusión de que la calidad total de la atención de enfermería es regular con un 76.2 por ciento en la unidad de estudio. Con esto, se aporta información relevante como una oportunidad a directivos de dicha institución, para la planeación de programas de sensibilización y actualización.

En otro estudio de Caligiore y Díaz (2003), se valoró la satisfacción del usuario adulto de los servicios de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Se consideró que la opinión de los usuarios es esencial para evaluar la calidad del cuidado de salud. La muestra fue de 210 personas, hospitalizadas en esta área, realizándose un estudio descriptivo, de campo y prospectivo. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario diseñado por García (1993) el cual fue adaptado para esta población. Los resultados evidencian que el 82.0 por ciento considera que el trato del personal de Enfermería es bueno y un 78.0 por ciento opina que cuando requirieron la atención fueron atendidos satisfactoriamente. El 54.0 por ciento respondió que fue atendido oportunamente, no así el 46.0 por ciento por la alta demanda de usuarios. El 85.0 por ciento de los usuarios expresan que el cuidado de Enfermería es bueno y que se les informaba sobre los medicamentos administrados.

En el hospital de Oxkutzcab, Yucatán del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los resultados de evaluación de calidad de los servicios de enfermería en el año 2003, se encontró que el 37 por ciento del personal de enfermería se presentaba con el paciente, el 65.7 por ciento le hablaba por su nombre y el 65 por ciento brindaba un trato digno. (Chan, 2006) En dicho estudio se observó con estos resultados la oportunidad para mejorar el trato a través de la capacitación, la presentación de resultados, el seguimiento y el monitoreo de los indicadores con lo que pudo mejorar a 92.7 por ciento, 88 por ciento y 92 por ciento respectivamente.

Los estudios anteriores coinciden en que la participación de enfermería en el trato directo al usuario es de vital importancia, más aún monitorizar, evaluar y dar seguimiento a los cuidados para identificar las oportunidades de mejorar el trato proporcionado con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas del mismo, esto propiciaría una mejor relación interpersonal entre la enfermera y el usuario, que conlleve a la prevención y promoción de estrategias que mejoren la calidad de vida disminuyendo así los riesgos a la salud.

En un estudio realizado en una unidad médica de alta especialidad se encontró que la satisfacción del usuario por la atención recibida del personal de enfermería, fue 12.1% excelente, 48.4% suficiente, 28% insuficiente y sólo 3.8% inadecuado. En forma descriptiva, los índices más altos de satisfacción los obtuvieron los pacientes de 46 a 60 años de edad (4.54), de escolaridad primaria (4.51), seguido por los de licenciatura (4.47), los pacientes que acudieron al servicio en 10 o más visitas en menos de seis meses (4.49), y los pacientes del turno vespertino (4.50). Las dimensiones que obtuvieron los menores índices de satisfacción fueron: La oportunidad de la atención (3.90) y el trato amable (3.81) (Ponce, 2006)

En un estudio realizado en un hospital Universitario de Venezuela se encontró que, sentirse respetado y escuchado tuvo importancia para los participantes. Consideraron más amable el trato recibido por las enfermeras que el recibido por los médicos. Las consideraron más cercanas y sensibles a sus necesidades; aunque se quejan de que con los médicos es más formal y menos distendida, ni médicos ni enfermeras fueron solicitados para proporcionar apoyo emocional, prefirieron buscarlo

en su familia, comentaron que hay algunas enfermeras que se olvidaban que duele o que estaban mal, simplemente hacían su trabajo, ellas escuchaban, pero muchas veces no comprendían. (Simón y cols, 2006)

Para que la calidad pueda mejorar es importante la reorganización de los servicios de enfermería, la implementación de sistemas de gestión de la calidad, para compartir con el personal una cultura de compromiso hacia los fines de la organización, tomando los valores éticos de cada individuo, motivando y escuchando la opinión tanto del usuario como del prestador del servicio, para que en conjunto se formen eslabones que permitan la elaboración de estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de la atención, poniendo especial énfasis en el primer nivel de atención ya que es ahí donde radica la educación a la población sobre los cuidados a la salud, brindando atención a la mujer embarazada con enfoque de riesgo fortaleciendo la protección y vigilancia de la evolución del embarazo, parto y puerperio, procurando una maternidad placentera.

2.5 Hipótesis

HI. La satisfacción de la embarazada primigesta con la atención que recibe del personal de enfermería, guarda estrecha relación con los factores personales, es decir, con la edad, la etnia, el estado civil y escolaridad.

Ho. La satisfacción de la embarazada primigesta con la atención que recibe del personal de enfermería, no guarda estrecha relación con los factores personales, es decir, con la edad, la etnia, el estado civil y escolaridad.

Ha. El 80% de la satisfacción de la embarazada se debe al tiempo de espera y al trato que recibe del personal de enfermería, es decir, los aspectos humanos de estructura y proceso de la teoría de Avedis Donabedian.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

El diseño de la siguiente investigación fue un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo

3.2 Área de estudio

Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. En los servicios de urgencias, expulsión, quirófano y gineco-obstetricia

3.3 Universo y muestra

Mujeres primigestas que fueron atendidas por parto o cesárea

La estimación del tamaño de muestra se consideró en tres partes; la primera: el nivel de confianza del 95% para un valor Z de 1.96, la segunda: el error de muestreo del 8.5% para un valor $d=0.085$, la tercera parte fue la prevalencia de atención de enfermería con calidad, misma que es desconocida y con un comportamiento multinomial, dado las clasificación propuesta en este trabajo de tesis: satisfecha o insatisfecha, por lo anterior el valor $p_i = 0.33$ y $q_i = 0.67$.

$p_i = 1 - q_i$ Basados en el teorema binomial.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p_i * q_i}{d^2} \text{ donde } i = 1, 2, 3, 4, \dots n \text{ _ mujeres _ primigestas}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.33 * 0.67}{0.085^2}$$

$$n = \frac{0.8367}{0.0072} = 116$$

El proceso de acopio de información consideró criterios de inclusión, exclusión y eliminación (ver apéndice 3) a todas las mujeres primigestas atendidas de mayo a agosto del 2005, resultando en ese periodo 120 primigestas que acudieron al hospital para la atención del parto o cesárea.

3.4 Material y método

3.4.1 Procedimiento

Se realizó un plan de recolección de datos, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación que en este caso fue analizar los factores (del servicio, del paciente y los culturales) que contribuyen en la satisfacción de la mujer embarazada con la atención de enfermería, validando el instrumento de recolección de datos a través de la aplicación de una prueba piloto, realizando las modificaciones y enriqueciéndolo con el fin de que la información emanada del proyecto sirviera para generar estrategias que pudieran mejorar los procesos de atención; se realizaron 120 entrevistas a usuarias, en los servicios de urgencias, expulsión, quirófano, y gineco-obstetricia. Se tomaron los ingresos del censo diario de pacientes en el servicio gineco-obstetricia, para verificar a las primigestas que iban a egresar.

3.4.2 Instrumento

Se realizó la operacionalización de las variables del estudio (ver apéndice 4). La entrevista (apéndice 5) fue aplicada para evaluar la satisfacción de la mujer embarazada primigesta con la atención de enfermería, en los diferentes servicios por los que recibió atención (urgencias, expulsión, quirófano y gineco-obstetricia), fue dividida en 5 apartados que consto de los siguientes: 1. Datos de identificación personal, 2. embarazo, 3. Atención en urgencias, 4. Atención en expulsión o quirófano, 5. Atención en gineco-obstetricia.

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario que no llevo más de 20 minutos, fue con la participación únicamente de la investigadora, en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada especial del Hospital General, en el momento del egreso, hasta completar la cuota de 120 cuestionarios, esto se realizó en el lapso de mayo a agosto del 2005.

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando las mismas características de la población en estudio en otra Institución, donde se realizaron las modificaciones en cuanto a estructura de algunas preguntas, agregando otras que se consideraron importantes, pasando posteriormente al área de Estadística

del Colegio de la Frontera Sur, para que se tuviera la confiabilidad estadística del instrumento.

3.5 Plan de análisis

Bajo el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 12 utilizando estadísticos, descriptivos.

Se elaboró un indicador de satisfacción con base en el cluster o análisis de conglomerados o grupos, del cual se obtuvo:

Análisis simple: se obtuvieron las tasas de prevalencia sobre la calidad de atención de la mujer embarazada primigesta por servicio. También se calcularon proporciones de éxito (satisfacción) y fracaso (insatisfacción) por servicio.

Análisis bivariado se utilizaron las pruebas de bondad de ajuste para analizar la relación entre calidad (percepción de la satisfacción) versus los factores sociodemográficos y de salud reproductiva u obstétricos. Se utilizó la prueba Ji cuadrada, valor p (error alfa) y el grado de libertad.

Finalmente se obtuvo un indicador resumen de la calidad total basándose en la interacción de los dos indicadores de los tres servicios.

3.6 Ética del estudio

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

La investigación médica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes a la investigación a proteger su integridad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, entre otras. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Serán consideradas las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud (2004) en sus apartados; Artículo 13 y 14 y fracciones V, VI, VII y VIII y según el artículo 17 párrafo I, donde señala: I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; al igual que se basará en el artículo 23, donde establece: En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento

informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio analizó la relación entre la satisfacción de la mujer embarazada primigesta con la atención de enfermería en una muestra de 120 usuarias que egresaron del hospital general de San Cristóbal de las Casas, las cuales fueron atendidas por parto o cesárea, en el periodo del 01 de junio al 30 de agosto del 2005, en los servicios de urgencias, expulsión, quirófano y gineco-obstetricia.

La población la constituyeron mujeres primigestas de entre 15 y 36 años, el lugar de procedencia predominante fue de San Cristóbal con el 56.7% (68), seguido por municipios de los Altos con el 36.7% (44) (Teopisca, Villa las Rosas, Oxchuc, Tenejapa, Amatenango. Altamirano, Pantelho, San Juan Chamula, Hixtan, Chalchihuitan, Lazaro Cardenas Chilil, San Juan Cancuc, Cancuc, Zinacantan, Chenalho, San Andrés Larrainzar) y un 6.7% (8) de otras regiones (Tuxtla, Tonalá, Ocosingo, Chiapa de Corzo, Venustiano Carranza, Solosuchiapa y Comalapa), de esta población el 50.0% (60) era mestiza y el otro 50.0% (60) pertenecía a otra etnia (tsotsil, tselta o tojolabal), el 75.0% (90) profesaba la religión católica, el 18.3% (22) otra religión y el 6.7% (8) ninguna religión; también se pudo observar la distribución por edad de la población en estudio, el 46.7% (56) tenían entre 15 y 19 años de edad (el promedio de edad fue de 20 años), el 44.2% (53) eran mujeres de entre 20 y 24 años de edad y el 9.2% (11) lo constituían mujeres de entre 25 y 36 años. De estas el 85.0% (102) estaba casada o en unión libre y el otro 15.0% (18) era madre soltera. (Figura 1)

Estos datos coinciden con un estudio de Damián (2000), donde menciona que en la zona indígena la sexualidad es un tema tabú difícil de abordar en las comunidades, por costumbre los matrimonios son muy tempranos (alrededor de los 15 años), en algunas ocasiones pactados por los padres sin consentimiento de las hijas. El embarazo adolescente es muy frecuente, lo que pone en riesgo su vida. Por ser mujer se menosprecia su educación por o que en general la mujer indígena no termina la primaria, pocas saben leer y escribir en español. Por ser mujer es mal visto que salgan de sus comunidades.

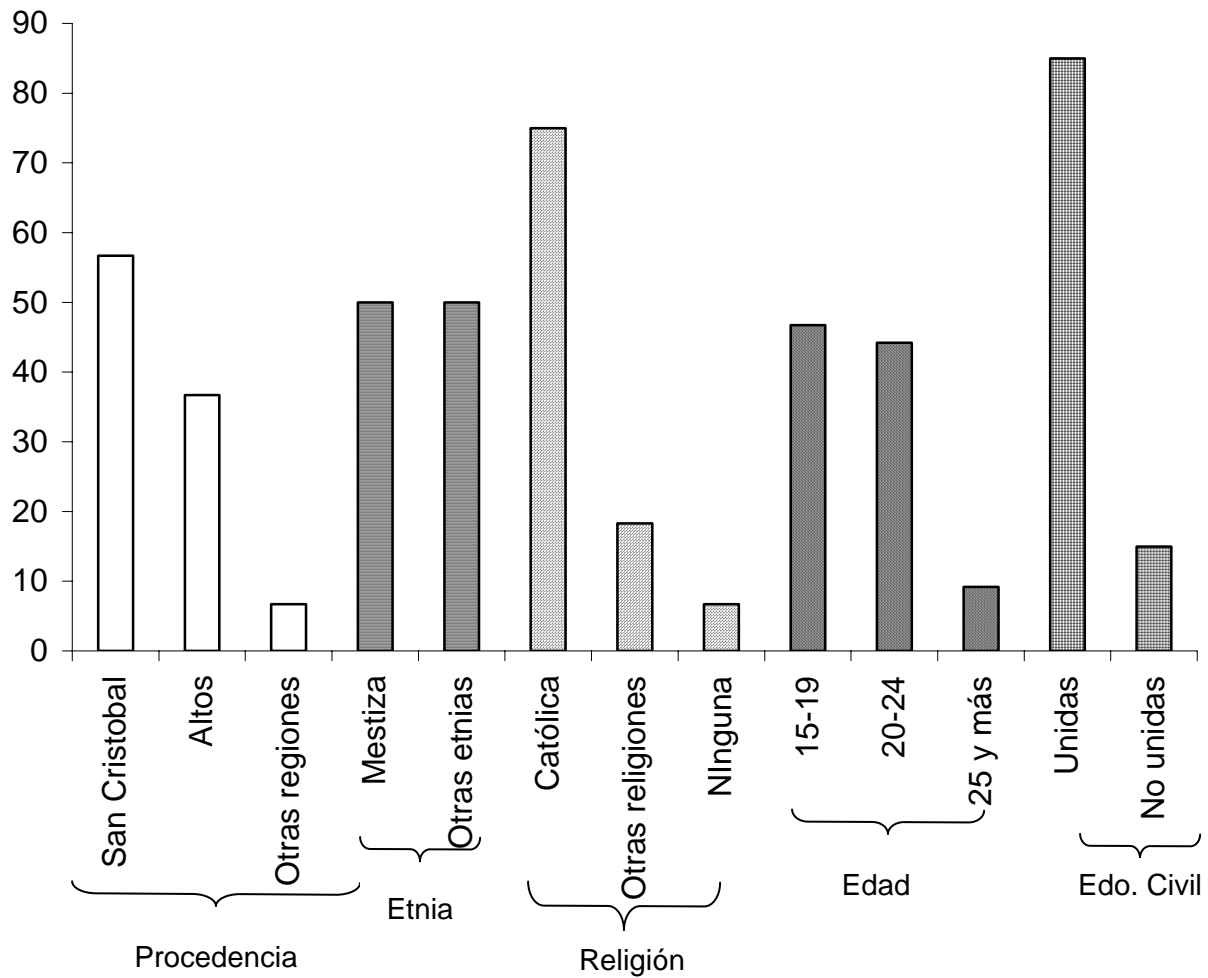


Figura 1 Datos sociodemográficos de la población: Procedencia, Etnia, Religión, Edad y Estado civil. Estudio descriptivo de satisfacción de la primigesta con la atención de enfermería (EDSPA), que acudieron al Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para la atención de su parto o cesárea, realizada del mes de mayo al mes de agosto del 2005

De acuerdo al grado de estudio de la población, esta se encontraba en un 13.3% (16) sin estudios, 38.3% (46) sabía leer, escribir o tenía primaria completa o incompleta, el 39.2% (47) tenía secundaria, carrera técnica, preparatoria o bachillerato, completo o incompleto y únicamente el 9.2% (11) contaba con carrera profesional; en cuanto a ocupación el 73.3% (88) se dedicaban al hogar, el 5.8% (7) eran estudiantes y el 20.9% (25) tenían un trabajo remunerado económicamente; por otro lado el 4.2% (5) vivían solas, 44.2% (53) vivían con el esposo y el 51.7% (62) con algún otro miembro de la familia, el 4.2% (5) era jefe de familia; el 48.3% (58) consideraba a su esposo o pareja como jefe de familia y el 47.5% (57), el jefe de familia era algún otro miembro de la familia (Figura 2). Con estos resultados se observó un nivel de escolaridad muy bajo, aunque más de la mitad de la población entrevistada pertenecía a la Ciudad de San Cristóbal, dentro de este apartado se encontraba la población de origen indígena que residía en dicha ciudad.

Existe una gran relación con el estudio de Aguilar (2006), donde identificó que el grado de escolaridad era bajo tanto de mujeres indígenas como de mestizas, aunque estas últimas registraron indicadores más favorables; aproximadamente siete de cada diez mujeres cuenta con educación primaria o menos (71.8%), entre las mestizas fue de 52.3% en contraparte la porción de mujeres con 10 años o más de estudio fue significativamente más elevada entre las mujeres mestizas (16.8%) que en las indígenas (2.6%)

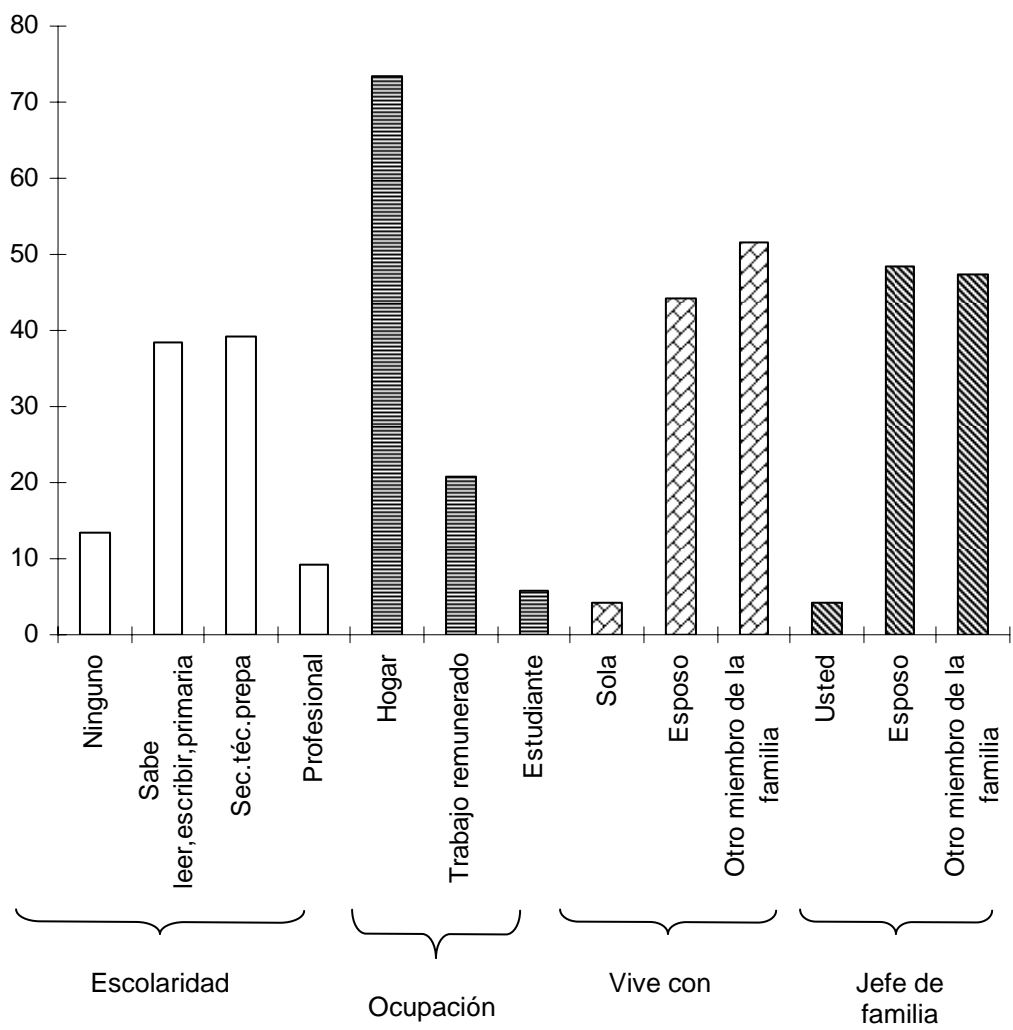


Figura 2. Datos sociodemográficos de la población: Escolaridad, Ocupación, Vive con, Jefe de familia. EDSPA E, 2005

Poco más de la mitad (66.6%) de las mujeres comenzaron a vivir en pareja por primera vez, esto fue entre los 10 y 19 años, el resto inicio de los 20 años en adelante. El periodo entre el Inicio de la vida sexual activa (IVSA) y el primer embarazo fue de 0 a 11 meses del 61.6%, el resto de 1 año en adelante (Figura 3), esto refleja el inicio a temprana edad de la maternidad, por consiguiente el apoyo moral y económico se combina en un 90% por el esposo o algún miembro de la familia. Más de 50 usuarias entrevistadas acudieron a control prenatal tanto con el médico como con la partera, sin embargo de las 44 que asistieron únicamente con el médico (Figura 3), más de la mitad cumple con lo establecido por la OPS, dicha organización establece que para el control prenatal deben llevarse 4 consultas durante el periodo gestacional, las consultas deben realizarse de acuerdo a la etapa de gestación (antes de las 12 semanas, 26 semanas, 32 semanas y 36/38 semanas), este número está basado en el nuevo modelo de atención prenatal de la OPS (2003), sin embargo no cumplen con los intervalos ya que muchas de estas consultas fueron otorgadas en el segundo y cuarto mes del embarazo

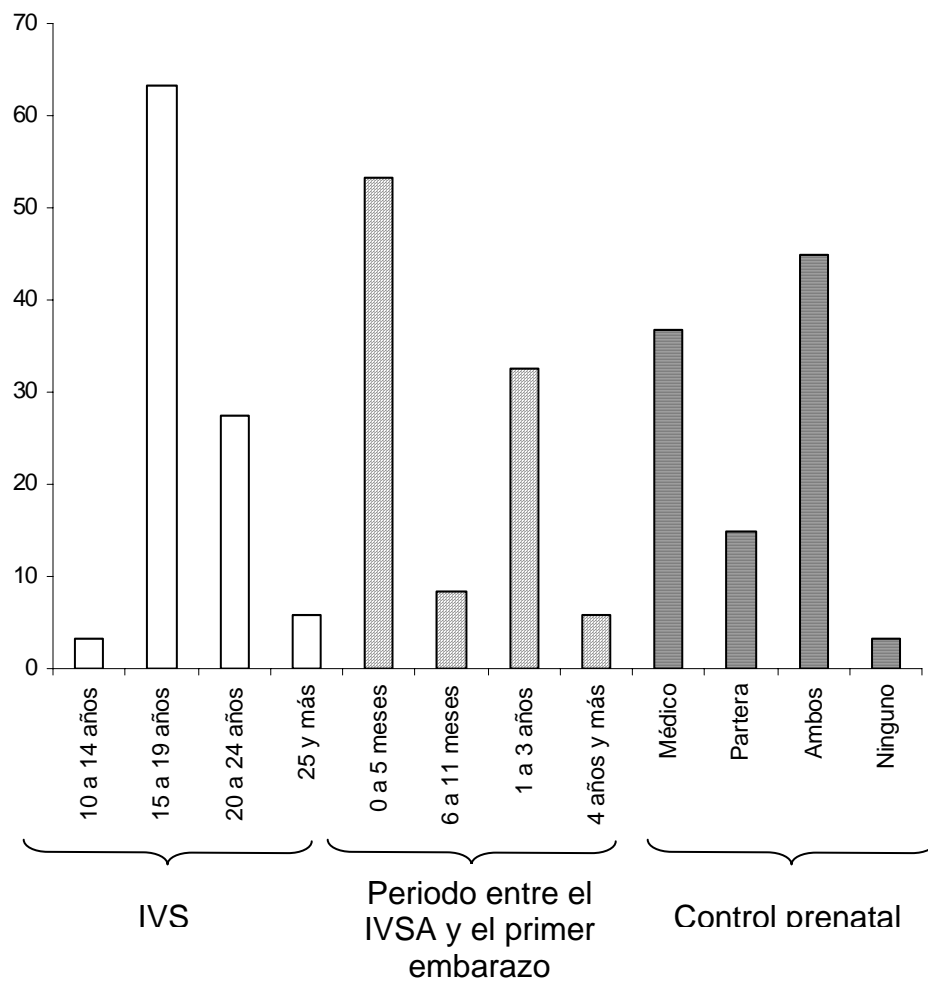


Figura 3. Características de salud reproductiva de la población; Inicio de la vida sexual activa (IVSA), tiempo que transcurrió del inicio de la vida sexual al embarazo, control prenatal EDSPA, 2005

De los meses de embarazo que las mujeres tenían cuando fueron a su primera revisión con el médico, el 49.2% tenía de 0 a 3 meses, el 23.3% de 4 a 6 meses y el 9.2% de 7 meses en adelante; de este grupo el 25.0% acudió de 1 a 4 veces a consulta con el médico y el 55.8% de 5 a más. Los meses de embarazo que las mujeres embarazadas tenían cuando fueron por primera vez a su revisión con la partera el 22.5% tenía entre 0 y 3 meses, el 25.0% tenía entre 4 y 6 meses y el 15.0% más de 7 meses. De este grupo de mujeres el 34.2% acudió de 1 a 4 veces a su revisión con la partera, y el 25.8% acudió de 5 veces a más (Figura 4).

En un estudio realizado sobre morbilidad percibida y atención prenatal en Chiapas, se menciona que quienes no reportaron morbilidad percibida alguna registraron en promedio 2.8 consultas prenatales, mientras que las mujeres incluidas en el grupo de percepción de riesgo, el promedio de consultas recibidas durante el embarazo fue de 5.46, lo que sugiere que los servicios de salud se utilizan más para resolver problemas, que para el control preventivo. (Aguilar, 2006).

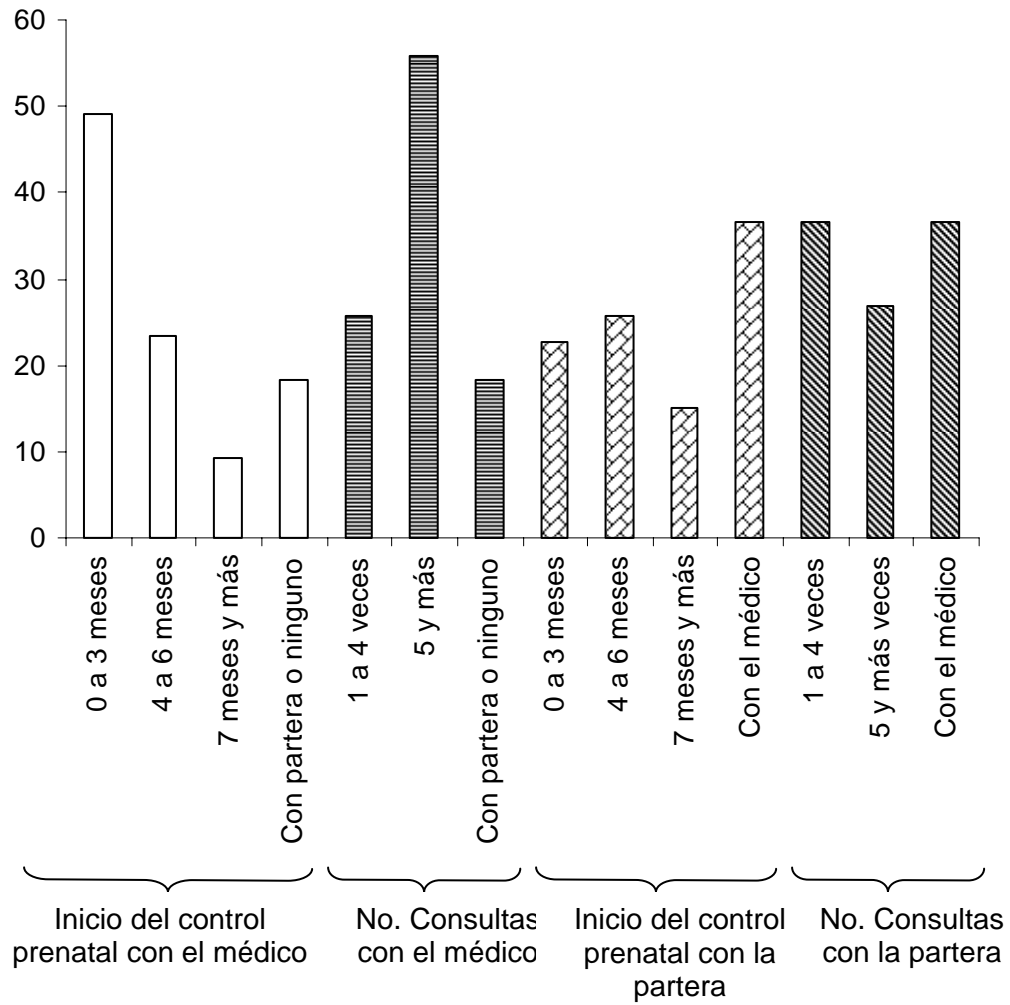


Figura 4. Características de salud reproductiva de la población; Inicio del control prenatal con el médico o la partera, número de consultas EDSPA, 2005

El tiempo total que la mujer embarazada tardó para la atención de su parto fue de 15 a 30 minutos el 5% de 1 a 3 horas el 45.8%, de 4 a 6 horas el 19.2%, de 7 a 9 horas el 13.3% y de 10 horas a más el 16.7%. Uno de los puntos más cruciales en esta investigación fue que se observaron tiempos muy prolongados de espera ya que solo el 5% del total de usuarias espero de 15 a 30 minutos, caso totalmente contrario a lo que la CNCSS fomenta que es: “recibir atención en el servicio de urgencias de unidades hospitalaria en 30 minutos o menos, sin importar el tipo de urgencias, sea real o sentida” (Ruelas,2003) el resto de usuarias esperaron desde 31 minutos hasta 33 horas, refiriendo en su mayoría que “después de revisarlas las mandaban a caminar”, “les ponían suero con medicina, hasta esperar que naciera el bebe”, “los ginecólogos estaban ocupados y hasta que se desocupaban las revisaban”, “habían muchas operaciones”, “nos revisaban muchos médicos diferentes y cada uno decía algo diferente”, esto traía como consecuencia la espera prolongada de las usuarias ya sea en los pasillos del hospital o en el servicio de urgencias, terminando en su mayoría con cesáreas de urgencias por sufrimiento fetal, aspiración de meconio o detección inoportuna de DCP (desproporción céfalo-pelvica).

Se observó el procedimiento obstétrico de las mujeres embarazadas, haciendo notar que el 30.8% de las primigestas la atención obstetricia fue por vía vaginal y el 60.2% por vía cesárea, fuera esta programada o de urgencia (Figura 5), este último dato coincide con Cadena (2003) quien demuestra en toda América Latina y el Caribe un incremento en dicha práctica, lo que si bien podría atribuirse a una mayor identificación de riesgos en el embarazo y parto, sugiere que el proceso de medicalización del embarazo y el parto puede llevar a la población a un mayor riesgo de complicación cuando esta intervención no está plenamente justificada.

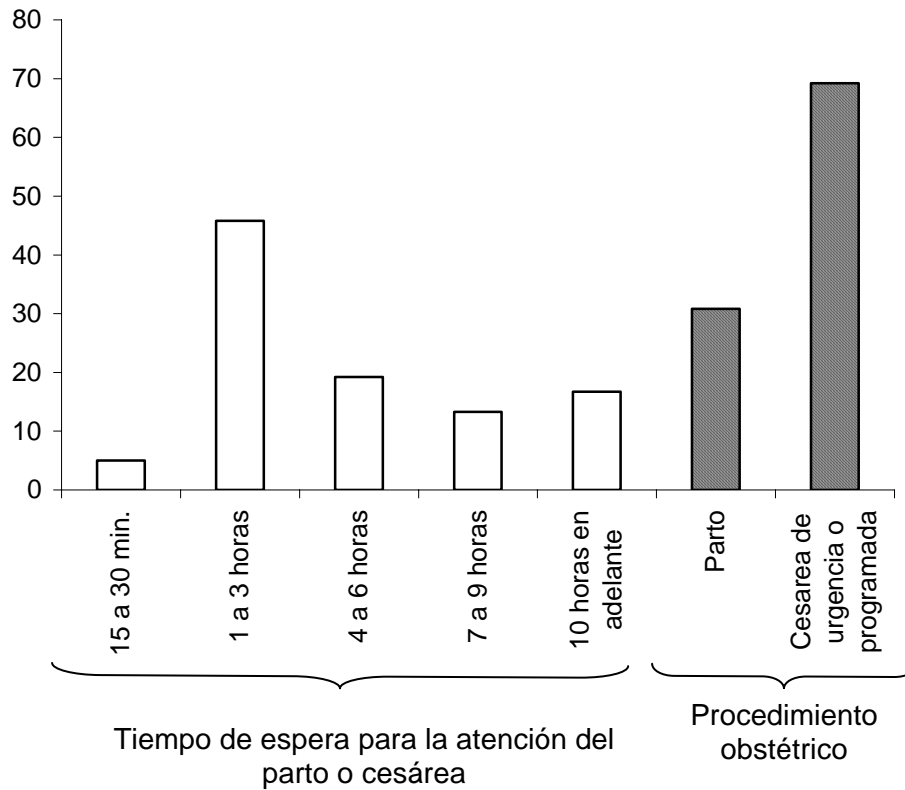


Figura 5. Tiempo de espera para la atención del parto o cesárea y tipo de procedimiento obstétrico. EDSPAE, 2005

En el servicio de urgencias, se observó un 59.2% (71), en los servicios de expulsión y quirófano un 60.8% (73) y en el servicio de gineco-obstetricia 20.8% (25) usuarias satisfechas con la atención (Figura 6)

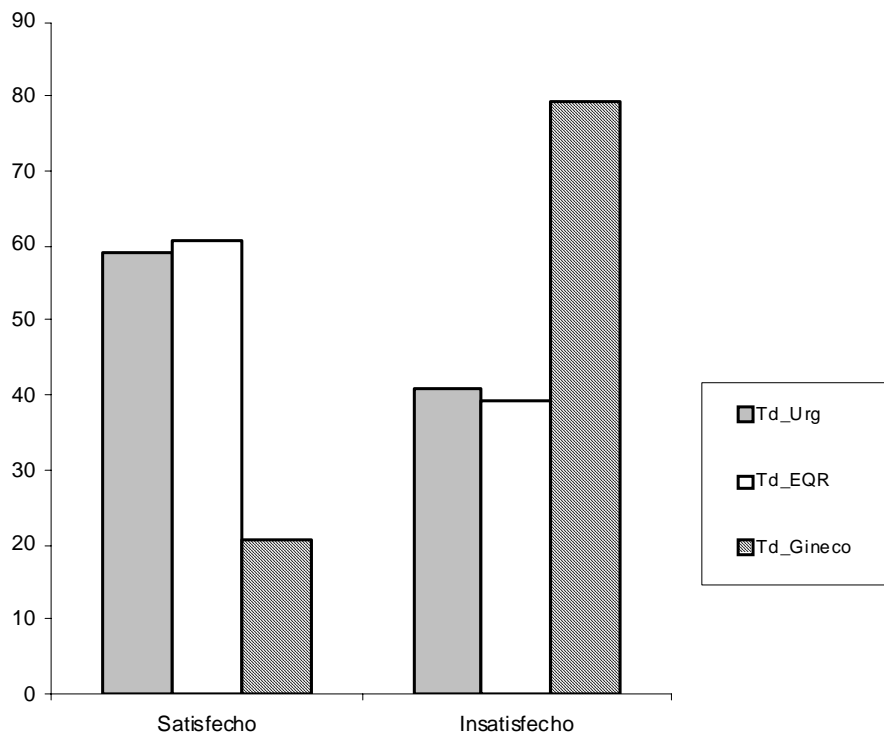


Figura 6. Evaluación general de la satisfacción de la usuaria en los servicios de urgencias, expulsión, quirófano, recuperación, gineco-obstetricia. EDSPA, 2005

En el servicio de urgencias; se pudo notar que la enfermera en un 80.0% no se presenta con la usuaria, en un 60.8% la mujer embarazada no es llamada por su nombre y en un 80.0% la enfermera no le brinda información a la usuaria sobre el proceso del parto (cuadro 3),

Cuadro 3. Componentes del trato digno en el servicio de urgencias.

Satisfacción en urgencias			
Concepto	Frec.	N	% (+)
1 ¿La enfermera le dijo como se llamaba?	24	120	20.0
2 ¿La enfermera la llamo por su nombre?	47	120	39.2
3 ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfermera?, le gusto	107	116	89.2
4 ¿Se sintió atendida por la enfermera?	108	119	90.0
5 ¿en algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso?	113	120	94.2
6 ¿Cuándo Ud. iba a tener a su bebé la enfermera platico con Ud. para decirle que iba a pasar?	25	118	20.8
7 ¿Antes de qué naciera su bebé la enfermera le explico como iba el proceso del parto?	28	118	23.3
8 ¿Antes de que naciera su bebe la enfermera le explico lo que le iba a hacer?	61	120	50.8
9 ¿Se sintió incomoda cuando le hicieron los tactos?	31	119	25.8
10 ¿En algún momento la dejaron destapada?	91	120	75.8
11 ¿La ropa que le proporcionaron cubría todo su cuerpo?	101	120	84.2
Promedio	67	119	55.75

Fuente: EDSPAE, 2005

Al relacionar los componentes de satisfacción en urgencias con la procedencia se observó que el trato en la población de estudio fue percibido como satisfactorio en un 59.2%, teniendo como valor de Chi2 5.598, 2 grados de libertad (gl) y un valor de p de 0.061. En relación con la Etnia se observó que el 59.2% (71) estuvo satisfecha, teniendo como valor de Chi2 1.695, 1 gl y un valor de p de 0.193 ; en cuanto a la religión católica 53 mujeres (58.90%) estuvo satisfecha, de otras religiones 13 (59.1%) estuvo satisfecha; las que no profesaban ninguna religión 5 (62.5%) estuvo satisfecha con la atención recibida en el servicio de urgencias, con un valor de Chi 2 de 0.04, 2 gl. un valor de p de 0.98 (Figura 7)

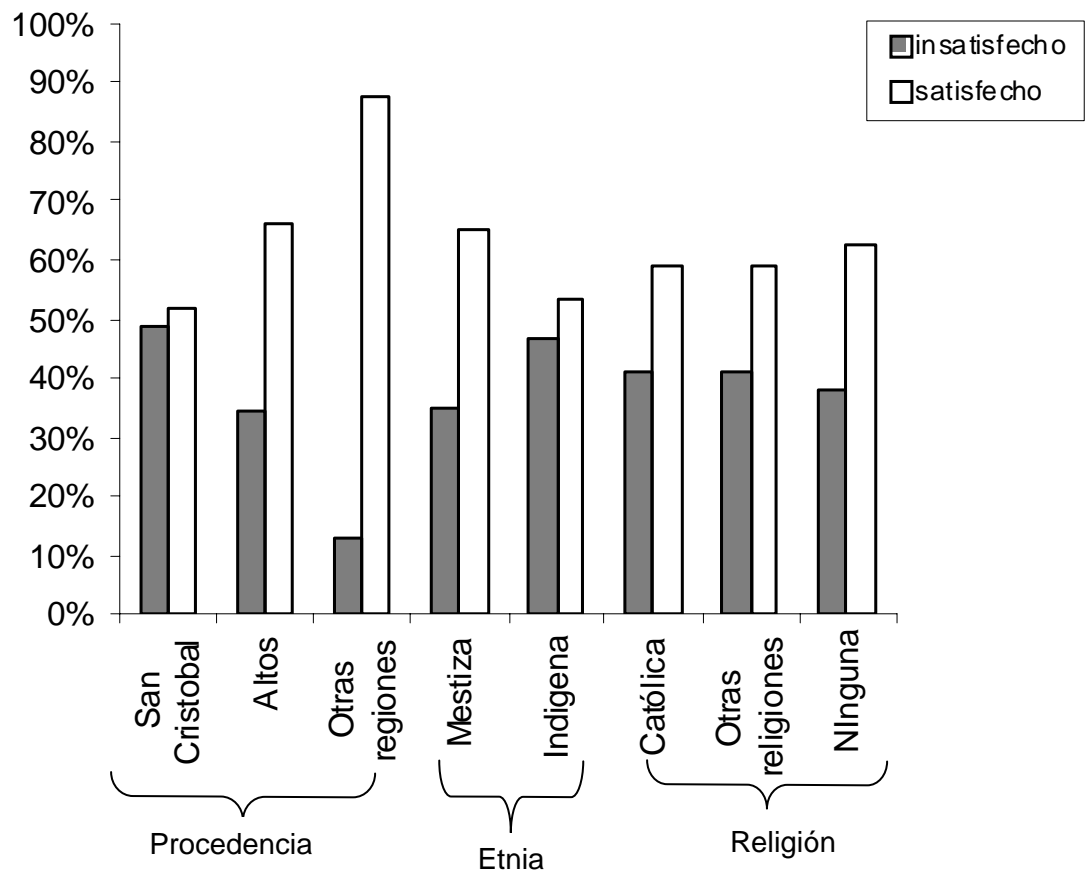


Figura 7. Satisfacción en el servicio de urgencias versus Procedencia, etnia y religión. EDSPA 2005

En cuanto a la relación de satisfacción en urgencias con la edad de las mujeres embarazadas 33 primigestas (58.9%) de entre 15 a 19 años, 30 (56.6%) de entre 20 a 24 años y 8 (72.7%) de 25 años en adelante, haciendo un total de 71 (59.2%) estuvieron satisfechas con la atención; con una Chi2 de 1.025, 2 gl y p de 0.599. En cuanto al estado civil de 62 (60.8%) de unidas y 9 (50.0%) de no unidas, con un total de 71 (59.2%) estuvo satisfecha con la atención, y valores de Chi2 0.726, 1 gl, p 0.394. En cuanto a la escolaridad 8 (50.5%) que no tenía estudio, 29 (63.0%) que sabe leer, escribir, primaria completa o incompleta, 25 (53.2%) con secundaria, carrera técnica o prepa completa o incompleta, 9 (81.8%) con carrera profesional, haciendo un total de 71 mujeres (59.2%) estuvo satisfecha con la atención en el servicio de urgencias, teniendo como valores de Chi2 4.12, 3 gl, p 0.249(Figura 8)

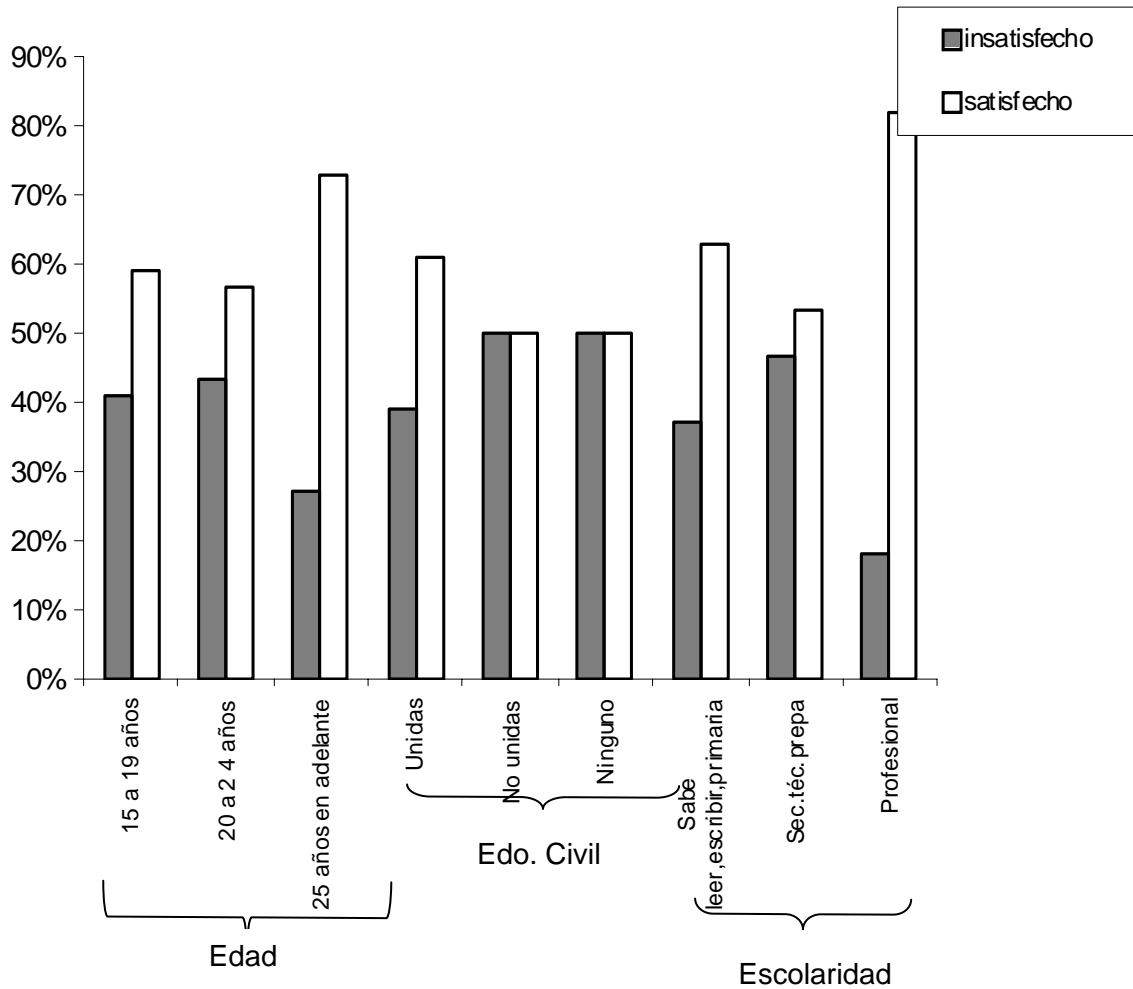


Figura 8. Satisfacción en el servicio de urgencias versus edad, estado civil, escolaridad. EDSPA E, 2005

Comparando la satisfacción en el servicio de urgencias con la ocupación de la población se encontró que 54 primigestas (61.4%) que se dedicaban al hogar, 14 (56.0%) que tenían un trabajo remunerado y 3 (42.9%) que eran estudiantes con un total de 71 (59.2%) estuvieron satisfechas con la atención, con valores de Chi2 1.033, 2 gl, p 0.596. En cuanto al procedimiento obstétrico 22 (59.5%) que fueron atendidas por parto y 49 (59.0%) atendidas por cesarea con un total de 71 primigestas (59.2%) estuvieron satisfechas con la atención, y valores de Chi2 0.002, 1 gl, p 0.965. En cuanto al tiempo de espera el resultado fue el siguiente 3 (50.0%) que esperaron 30 minutos o menos y 68 (59.6%) que esperaron 31 minutos en adelante con un total de 71 mujeres (59.2%) estuvieron satisfechas con la atención recibida en el servicio de urgencias, con valores de Chi2 0.216, 1 gl, p 0.642 (Figura 9).

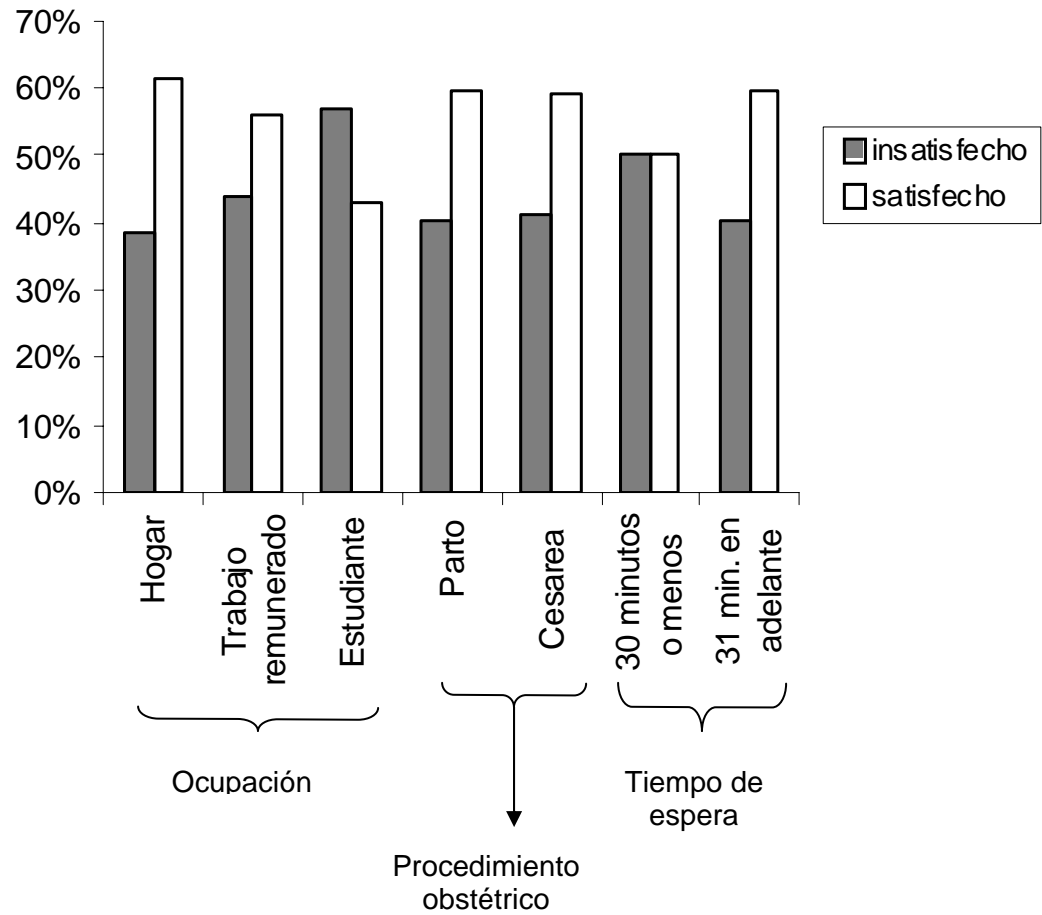


Figura 9. Satisfacción en el servicio de urgencias versus ocupación, procedimiento obstétrico y tiempo de espera. EDSPA, 2005

4.3.5 Expulsión y Quirófano

Por otro lado al establecer los componentes que se tomaron en cuenta para valorar la satisfacción en los servicios de quirófano y expulsión se observó que solamente el 13.3% la enfermera se presenta con la usuaria, el 35.8% llamó a la usuaria por su nombre, el resto utilizó otras palabras como madre, hija, señora entre otras, en un 34.2% la enfermera no explicó los procedimientos que le iba a realizar a la usuaria, más de un 60.0% el personal de enfermería no enseñó al bebé después de nacer y no comentó cuando midió este. (cuadro 4)

Cuadro 4. Componentes satisfacción en quirófano y expulsión

Satisfacción en quirófano y expulsión			
Concepto	Frec	N	% (+)
1 ¿La enfermera le dijo como se llamaba?	16	120	13.3
2 ¿La enfermera la llamo por su nombre?	43	120	35.8
3 ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfermera?, Le gusto	103	115	85.8
4 ¿Se sintió atendida por las enfermeras?	108	117	90.0
5 ¿En algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso, me puede comentar?	115	120	95.8
6 ¿La enfermera le pidió su apoyo en forma amable durante el parto o cesárea?	96	119	80.0
7 ¿La enfermera le explico los procedimientos que le iba a realizar durante el parto o cesárea?	41	118	34.2
8 ¿Se sintió apoyada por la enfermera durante su parto o cesárea?	104	117	86.7
9 ¿Recibió alguna palabra de aliento para tranquilizarla durante el parto o cesárea?	62	111	51.7
10 ¿Cuándo nació su bebe se lo enseñaron?	88	120	73.3
11 ¿Le dijeron el sexo de su bebé?	98	120	81.7
12 ¿Le enseñaron el sexo de su bebé?	47	120	39.2
13 ¿Le dijeron cuánto peso?	85	119	70.8
14 ¿Le dijeron cuanto midió su bebé?	39	105	32.5
15 ¿Le dijeron el estado de salud de su bebe?	67	120	55.8
Promedio	74	117	61.7

Fuente: EDSPA, 2005

Al relacionar la satisfacción en expulsión y quirófano con la procedencia se observó 41 (60.3%) de San Cristóbal, 26 (59.1%) de los Altos, 6 (75.0%) de otras

regiones con un total de 73 mujeres (60.8%) estuvo satisfecha con la atención recibida, obteniendo valores de Chi2 0.78, 2 gl, p 0.677. En cuanto a la etnia se encontró 43 (71.7%) mestizas, 30 (50.0%) de otras etnias con un total de 73 (60.8%) estuvo satisfecha con la atención recibida, teniendo valores de Chi2 5.971, 1 gl, p 0.015. En cuanto a religión se observo 59 mujeres (65.6%) de católicas, 10 (45.5%) de otras religiones y 4 (50.0%) que no profesaba ninguna religión haciendo un total de 73 (60.8%) estuvieron satisfechas con la atención recibida, con valores de Chi2 3.361, 2 gl, p 0.186. (Figura 10)

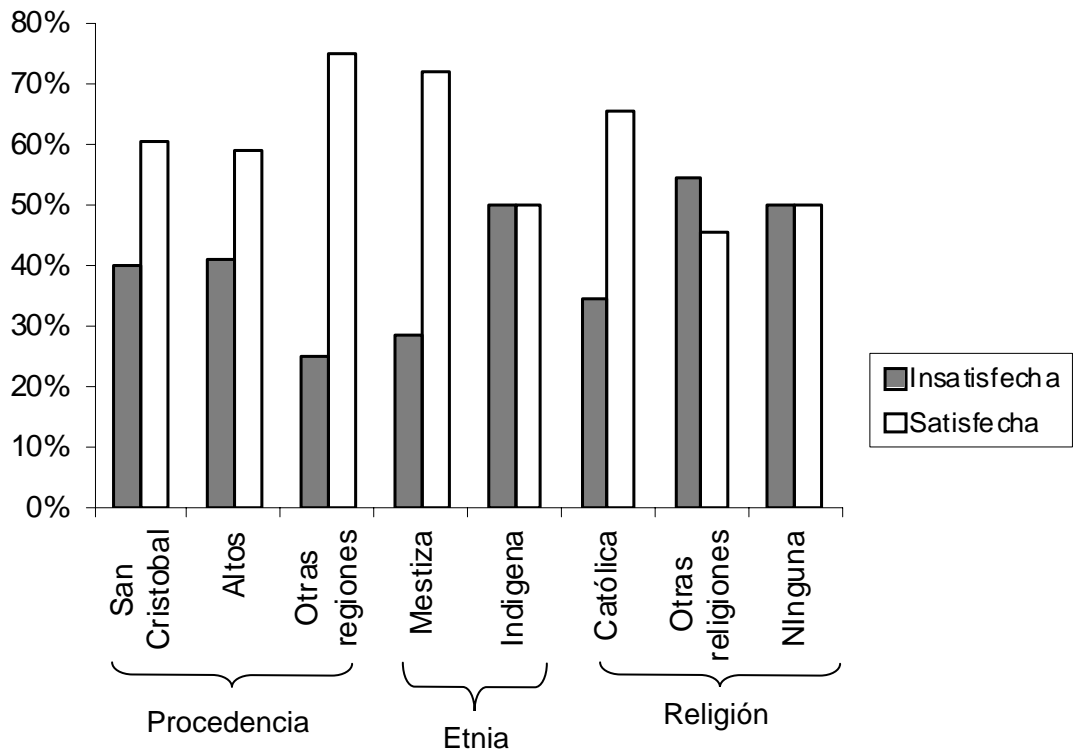


Figura 10. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus procedencia, etnia, religión. EDSPA E, 2005

En cuanto a la relación de satisfacción en expulsión y quirófano con la edad de las mujeres embarazadas 31 primigestas (55.4%) de entre 15 a 19 años, 33 (62.3%) de entre 20 a 24 años y 9 (81.8%) de 25 años en adelante, haciendo un total de 73 (60.8%) estuvieron satisfechas con la atención; con una Chi2 de 3.005, 2 gl y p de 0.223. En cuanto al estado civil de la población 62 (60.8%) de unidas y 11 (61.1%) de no unidas, con un total de 73 (60.8%) estuvo satisfecha con la atención, y valores de Chi2 0.001, 1 gl, p 0.979. En cuanto a la escolaridad 9 (56.3%) que no tenía estudio, 24 (52.2%) que sabe leer, escribir, primaria completa o incompleta, 31 (66.0%) con secundaria, carrera técnica o prepa completa o incompleta, 9 (81.8%) con carrera profesional, haciendo un total de 73 mujeres (60.8%) estuvo satisfecha con la atención en el servicio de urgencias, teniendo como valores de Chi2 4.35, 3 gl, p 0.226 (Figura 11)

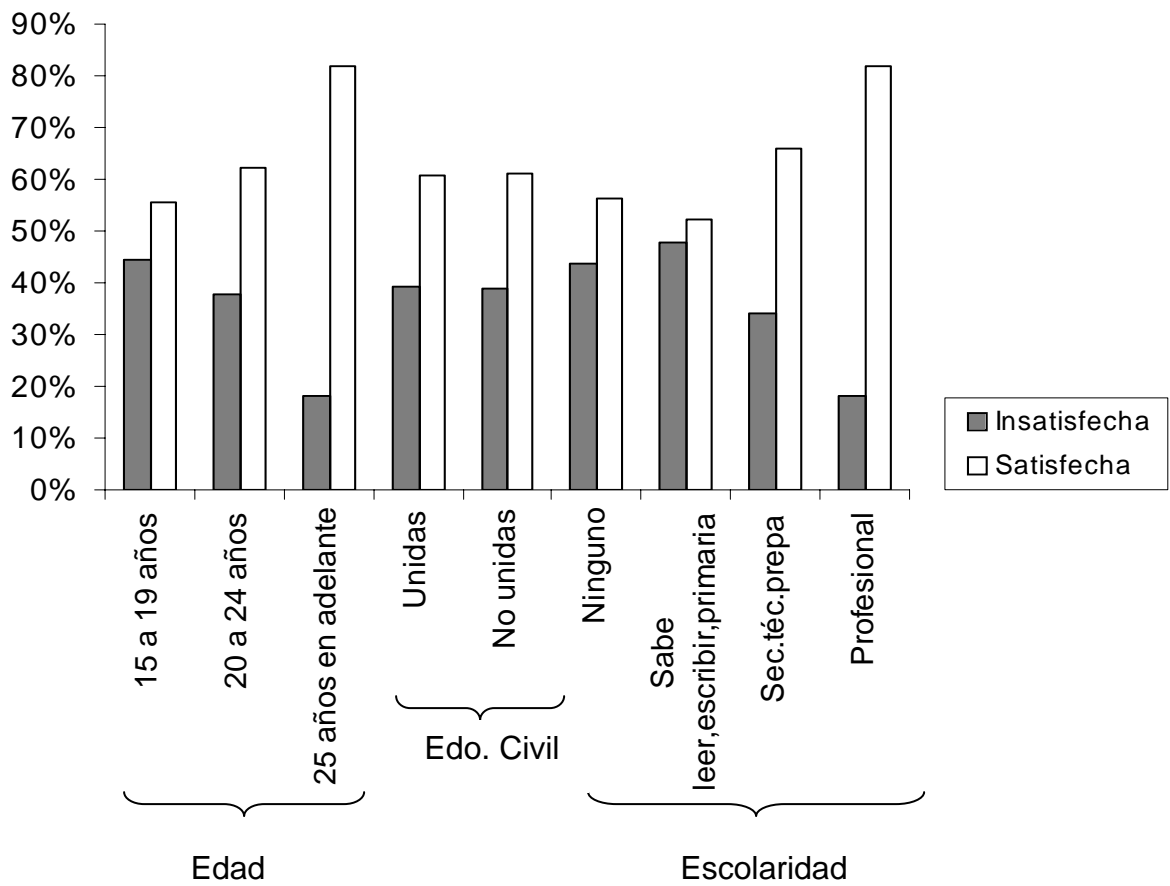


Figura 11. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus edad, estado civil, escolaridad. EDSPA, 2005

Comparando la satisfacción en el servicio de expulsión y quirófano con la ocupación de la población se encontró que 51 (58.0%) que se dedicaban al hogar, 20 (80.0%) que tenían un trabajo remunerado y 2 (28.6%) que eran estudiantes con un total de 73 (60.8%) estuvieron satisfechas con la atención, con valores de Chi2 7.524, 2 gl, p 0.023. En cuanto al procedimiento obstétrico 25 (67.6%) que fueron atendidas por parto y 46 (57.8%) que fueron atendidas por cesárea, haciendo un total de 73 (60.8%) estuvieron satisfechas con la atención y valores de Chi2 1.033, 1 gl, p 0.309. En cuanto al tiempo de espera el resultado fue el siguiente 3 (50.0%) que esperaron 30 minutos o menos y 70 (61.4%) que esperaron 31 minutos en adelante con un total de 73 mujeres (60.8%) estuvieron satisfechas con la atención recibida en el servicio de urgencias, con valores de Chi2 0.07. 1 gl, p 0.791 (Figura 12).

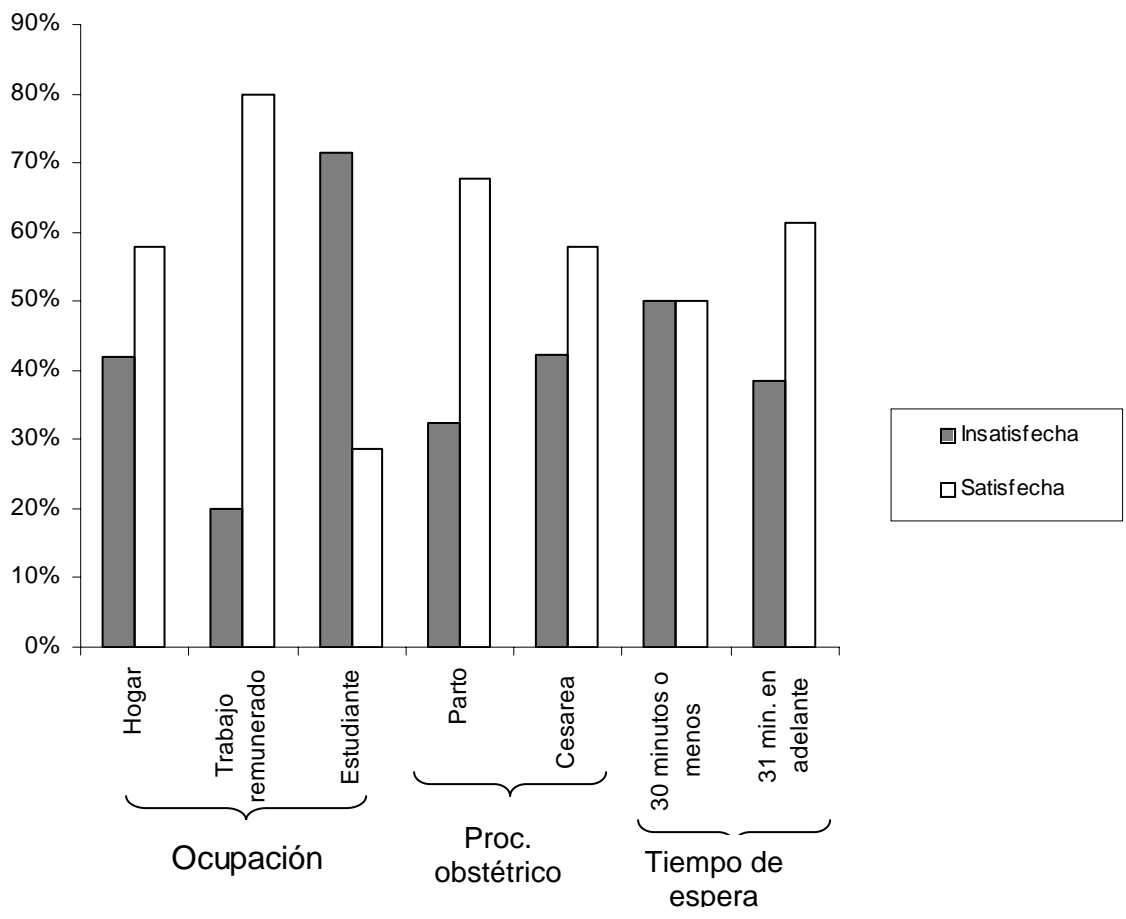


Figura 12. Satisfacción en los servicios de expulsión y quirófano versus ocupación, procedimiento obstétrico, tiempo de espera. EDSPA, 2005

4.3.9 Satisfacción en los servicios de Gineco-obstetricia

En el cuadro 5 se puede observar que solamente el 13.3% de las usuarias refirieron que la enfermera se presento con ellas, que solamente el 10% de las usuarias comento que la enfermera le explico cómo cuidar la herida y sobre el aseo que debería tener, el 4.2% recibió información sobre cómo alimentar a su bebe y el 9.2% recibió información sobre los cuidado que iba tener con su bebe.

Cuadro 5. Satisfacción en el servicio de gineco-obstetricia

Satisfacción en gineco-obstetricia			
Concepto	Frec	N	% (+)
1 ¿La enfermera le dijo como se llamaba?	16	120	13.3
2 ¿La enfermera la llamo por su nombre?	65	120	54.2
3 ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfermera?, le gusto	115	120	95.8
4 ¿Se sintió atendida por la enfermera?	106	115	88.3
5 ¿En algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso, me puede comentar?	114	119	95.0
6 ¿La enfermera le explico cómo cuidar la herida?	12	120	10.0
7 ¿La enfermera le explico sobre el aseo que debe tener usted?	12	120	10.0
8 ¿La enfermera le dijo como alimentar a su bebe?	5	120	4.2
9 ¿La enfermera le dijo qué cuidados iba a tener su bebé?	11	120	9.2
Promedio	50.6	119	42.2

Fuente: EDSPAE, 2005

Al relacionar la satisfacción en gineco-obstetricia con la procedencia se observó que 19 (27.9%) de San Cristóbal, 5 (11.4%) de los Altos, 1 (12.5%) de otras regiones con un total de 25 mujeres (20.8%) estuvo satisfecha con la atención recibida, obteniendo valores de χ^2 5.067, 2 gl, p 0.079. En cuanto a la etnia se encontró 15 (25.0%) mestizas, 10 (16.7%) de otras etnias con un total de 25 (20.8%) estuvo satisfecha con la atención recibida, teniendo valores de χ^2 1.27, 1 gl, p 0.26. En cuanto a religión se observó 20 mujeres (22.2%) de católicas, 3 (13.6%) de otras religiones y 2 (25.0%) que no profesaba ninguna religión haciendo un total de 25 (20.8%) estuvieron satisfechas con la atención recibida, con valores de χ^2 0.948, 2 gl, p 0.623. (Figura 13)

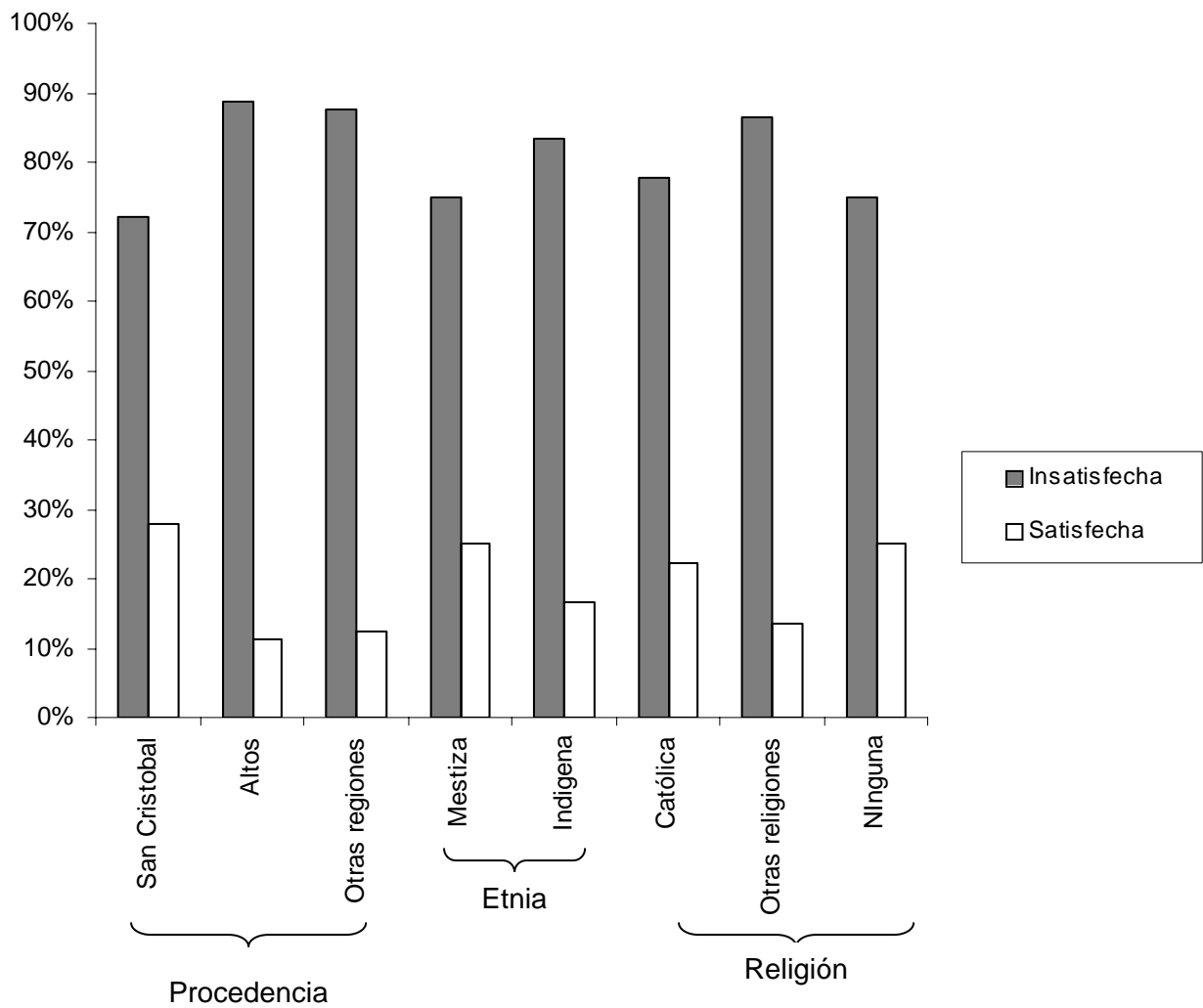


Figura 13. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus Procedencia, étnica, religión.EDSPA, 2005

En cuanto a la relación de la satisfacción en gineco-obstetricia con la edad de las mujeres embarazadas 11 primigestas (19.6%) de entre 15 a 19 años, 11 (20.8%) de entre 20 a 24 años y 3 (27.3%) de 25 años en adelante, haciendo un total de 25 (20.8%) estuvieron satisfechas con la atención; con una Chi2 de 0.308, 2 gl y p de 0.857. En cuanto al estado civil de la población de 23 (22.5%) de unidas y 2 (11.1%) de no unidas, con un total de 25 (20.8%) estuvo satisfecha con la atención, y valores de Chi2 1.371, 1 gl, p 0.242. En cuanto a la escolaridad 1 (6.3%) que no tenía estudio, 11 (23.9%) que sabe leer, escribir, primaria completa o incompleta, 8 (17.0%) con secundaria, carrera técnica o prepa completa o incompleta, 5 (45.5%) con carrera profesional, haciendo un total de 25 mujeres (20.8%) estuvo satisfecha con la atención en el servicio de urgencias, teniendo como valores de Chi2 6.686, 3 gl, p 0.083 (Figura 14)

La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de este varía considerablemente cuando está grave cuando está en vías de recuperación). Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población (Caminal, 2001)

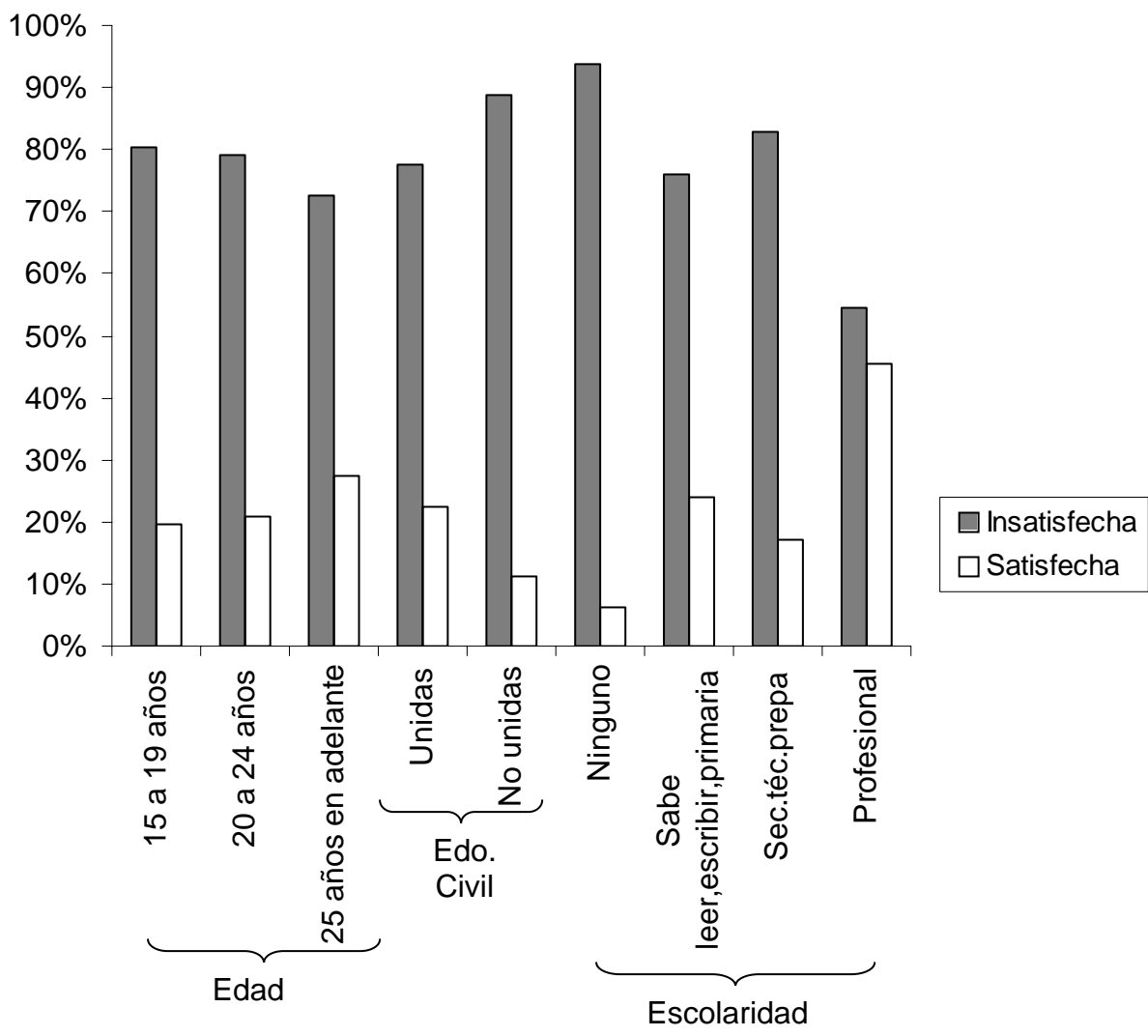


Figura 14. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus edad, estado civil, escolaridad. EDSPA, 2005

Comparando la satisfacción en el servicio de gineco-obstetricia con la ocupación de la población se encontró que 20 (22.7%) que se dedicaban al hogar, 5 (20.0%) que tenían un trabajo con un total de 25 (20.8%) estuvieron satisfechas con la atención, con valores de Chi2 3.469, 2 gl, p 0.177. En cuanto al procedimiento obstétrico 8 (21.6%) que fueron atendidas por parto y 17 (20.5%) que fueron atendidas por cesárea, haciendo un total de 25 (20.8%) estuvieron satisfechas con la atención y valores de Chi2 0.02, 1 gl, p 0.887. En cuanto al tiempo de espera el resultado fue el 1 (16.7%) que esperaron 30 minutos o menos y 24 (21.1%) que esperaron 31 minutos en adelante con un total de 25 mujeres (20.8%) estuvieron satisfechas con la atención recibida en el servicio de urgencias, con valores de Chi2 0.07. 1 gl, p 0.791 (Figura 15).

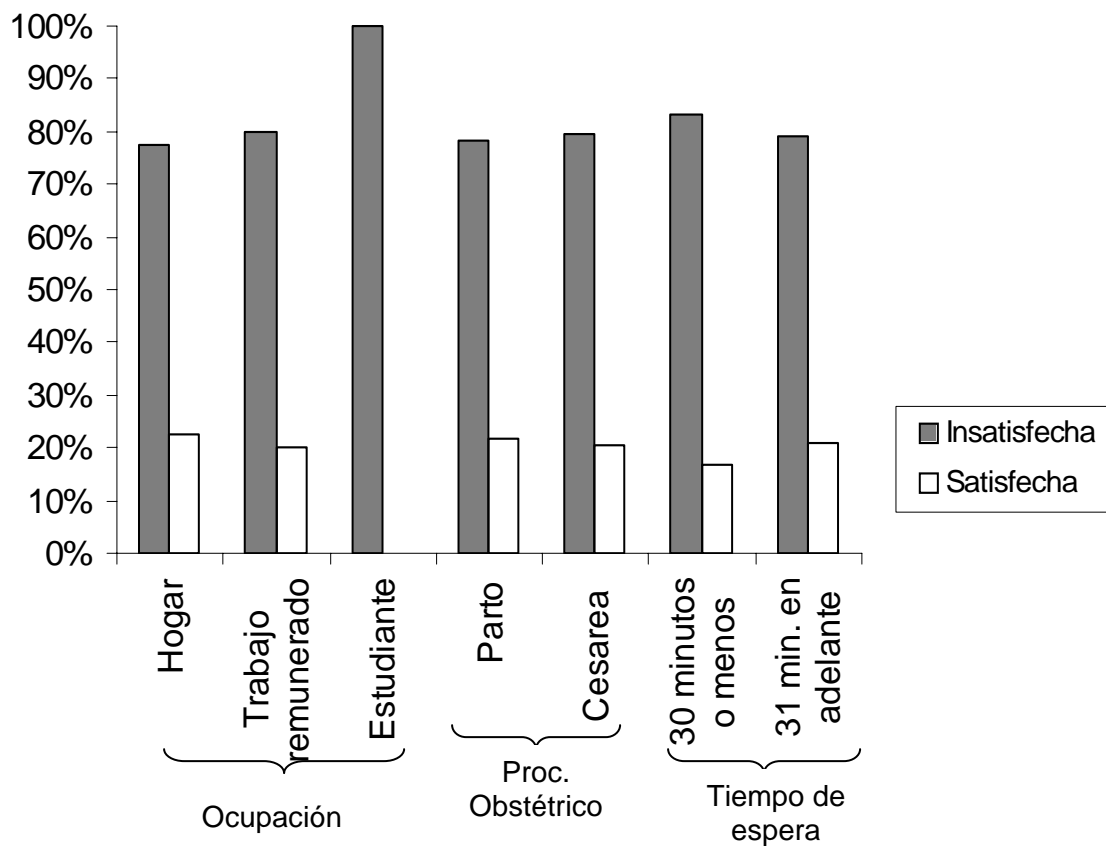


Figura 15. Satisfacción en los servicios de gineco-obstetricia versus ocupación, procedimiento obstétrico, tiempo de espera. EDSPA, 2005

Por otro lado en las tres áreas de estudio (el servicios de urgencias, expulsión, quirófano y gineco-obstetricia) se valoró la percepción de la satisfacción de la usuaria, observando que el personal de enfermería, en su gran mayoría (más del 70%) no se presentan con las usuarias y tampoco las llaman por su nombre, en los diferentes servicios donde las usuarias fueron atendidas, utilizan otra palabra para referirse a ella tales como: madrecita, hija, señora, mamita entre muchas otras, esto hace notar que la enfermera no brinda un trato individualizado, ya que no se tiene el hábito de tratar a la o el usuario por su nombre, curiosamente las usuarias refirieron sentirse cómodas y en más confianza cuando la enfermera utilizaba otra palabra para referirse a ella.

Otro dato importante fue que la enfermera no informa a la usuaria en más del 50%, sobre los procesos por los que iba a pasar previa a la atención del parto o los procedimientos que se le iban a realizar, por lo que generaba cierto temor o angustia al no saber lo que iba a suceder, el proporcionarles información adecuada favorece la toma de decisiones en lo referente a su salud así como reafirma el ejercicio pleno de sus derechos y a su autonomía. Por otro lado la experiencia de vida de cada mujer influye directamente en la forma de cómo ella vive el proceso gestacional.

Las creencias, valores, tabúes, sentimientos y expectativas de la embarazada/acompañante deben ser respetados por el equipo involucrado en la atención prenatal. Este es un momento privilegiado para discutir y esclarecer cuestiones, de forma individualizada, para que se reflejen directamente en la calidad de la vivencia. El compartir conocimientos requiere un diálogo abierto y sin prejuicios, el uso de una terminología accesible, que permita a la mujer la expresión de dudas, miedos, angustias, temores, emociones y fantasías.

Como menciona Tena y Arroyo (2005), es importante reconocer en la persona su concepción holística, entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros). Es fundamental que la enfermera retome los valores ético-morales que rigen la profesión para propiciar un ambiente de confianza ya que en la mujer primigesta se

acentúan las dudas y los temores que en su mayoría no menciona por temor a ser reprendida.

Por otro lado en las entrevistas realizadas a las usuarias en el servicio de urgencias, se observó que el trato recibido en el 59.2% de las usuarias fue satisfactorio, y de igual manera en los servicios de expulsión y quirófano en el 60.8% de las usuarias independientemente del municipio, religión, étnia, escolaridad, edad, estado civil u ocupación, sin embargo al cuestionar sobre lo que menos les gusto de la atención comentaron que: los tactos eran realizados con mucha frecuencia por diferentes médicos y que a su vez eran muy dolorosos, 29 usuarias refirieron que en algún momento las dejaron destapadas de las cuales 11 de ellas no supo porqué, las batas proporcionadas en 19 usuarias estaban muy chicas.

En casi la mitad de las mujeres embarazadas en algún momento antes del parto o cesárea se sintieron sucias y la mitad de ellas tuvo la misma sensación después de la atención, básicamente porque presentaban perdidas vaginales (sangrado, líquido amniótico, moco) y no fueron aseadas oportunamente; la enfermera no apoyó a la usuaria a levantarse, ni a darle información sobre los cuidados que iba a tener para con su bebe.

En el servicio de gineco-obstetricia se observó que el 79.2% de las usuarias percibió una atención deficiente, de manera general 47 usuarias se quejaron de que después de nacer el bebe no les informaron a sus familiares y no les consiguieron una cama por lo que permanecieron mucho tiempo en el servicio de recuperación sin ver a sus familiares y sin que ellos supieran el estado de salud tanto de ellas como el de su bebe.

En un estudio de Bronfman (2003), se correlacionó la calidad de atención de enfermería con la evolución en 105 pacientes obstétricas en la sección de gineco-obstetricia del Hospital Central Militar de México, D. F., asimismo se determinó la satisfacción del prestador de servicios (enfermera). La evolución fue adecuada en 91 pacientes (86.6%), 77 satisfechos y 14 insatisfechos. Inadecuada en 14 (13.3%), 12 satisfechos versus 2 insatisfechos, de acuerdo a la escala de satisfacción del usuario.

La escala de satisfacción del prestador de servicios aplicada a 20 enfermeras señala en 16 (80.0%), una percepción de condiciones insuficientes, inadecuado en 2 (10.0%) y excelente en un 2 (10.0%).

Comparando estos resultados con el estudio se observó que el 53.0% de usuarias estuvo insatisfecha con la atención de enfermería versus 47.0% que estuvo satisfecha con la atención, esto nos dice que hay similitud entre ambos estudios ya que ninguno cumple con los estándares de calidad que menciona la CNCSS, la cual menciona que para lograr el nivel de satisfacción hay que cumplir con el 80% de cada una de las líneas de acción. (Frenk, 2002)

La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibieron y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado". (Caligiore 2003), esto desafortunadamente no se relaciona con estudio realizado en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, ya que existe en más de la mitad de la población una insatisfacción con el trato recibido en los diferentes servicios.

Por otro lado Orrego y Ortiz (2001), refieren que es necesario garantizar la calidad, exigir de los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orientan el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: ética, técnica, interpersonal y de percepción. Esto tampoco se cumple en el estudio realizado en San Cristóbal de las Casas, Chiapas; ya que uno de los puntos cruciales referidos por las usuarias fue la falta de información sobre los procedimientos a realizar, sobre la atención del parto, los cuidados a realizar durante el puerperio y los cuidados al recién nacido.

De manera general se observó que el predominio de insatisfacción de las mujeres embarazadas primigestas que fueron atendidas por parto o cesárea fue en el

servicio de gineco-obstetricia con 79.2% (95), seguida por el servicio de urgencias con 40.8% (49) y por último de los servicios de expulsión y quirófano con 39.2% (47).

Se observó una coincidencia en los aspectos donde las usuarias percibieron mayor insatisfacción con la atención de enfermería, si eran de San Cristóbal e indígenas (tseltal, tzotzil, chol, tojolabal), esto posiblemente nos hable de que aunque el municipio predominante fue San Cristóbal, existen asentamientos de población indígena en la ciudad, quizá buscando mejores oportunidades para la atención a la salud, laborales, educativas, sociales, políticas y económicas. Por otro lado el grupo de edad predominante que percibió mayor insatisfacción fue en de 15 a 24 años, que saben leer, escribir y tienen primaria completa o incompleta, que se dedican a las labores del hogar, que profesan la religión católica, énfasis también en las mujeres que estaban unidas y que habían sido atendidas por cesárea, con un tiempo de espera desde la primera revisión hasta la atención del parto de 35 minutos hasta 33 horas.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La población en su mayoría era residente de la Ciudad de San Cristóbal, aunque había un porcentaje que era de origen indígena, el promedio de edad de la población fue de 20 años, más del 80% tenía el apoyo de una pareja, poco más de la mitad se encontró en el rango de sin estudios hasta primaria completa, 73.3% se dedicaban a las labores del hogar, se observó una alta incidencia (66.3%) de las mujeres encuestadas inicio a muy temprana edad sus relaciones sexuales entre los 10 y 19 años, y el periodo posterior al inicio de la actividad sexual para embarazarse fue de 0 a 11 meses, de la población en estudio se encontró que el 36.7% acudieron a control solamente con el médico, un 54% tanto con la partera como con el médico, casi la mitad de las mujeres embarazadas acudieron a control por primera vez cuando tenían entre 0 y 3 meses de embarazo, el 55.8% tenía de 5 a más consultas sin embargo se observó que no corresponden con el periodo de semanas de gestación sugerido por la OPS (2003), se puede afirmar que los factores personales y culturales de la mujer embarazada primigesta, no están relacionados con la satisfacción percibida con la atención de enfermería.

Una debilidad observada fue el tiempo de espera para la atención del parto, ya que en un 5% se cumplía con lo establecido por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, donde menciona que el tiempo de atención en urgencias debe ser menor a 30 minutos, se observó que poco más de la mitad (60.2%) de los embarazos fueron interrumpidos por cesárea.

En la satisfacción de la atención de enfermería en relación a los servicios, se observó de manera general que el índice más bajo fue en el servicio de gineco-obstetricia con 20.8%, comentando las madres que cuando les pedían apoyo tardaban en llegar, no les cambiaban la ropa de cama oportunamente, no les informaban sobre los cuidados durante el puerperio y del recién nacido, no les informaban a sus familiares sobre el estado de salud del binomio, lo cual refieren les generaba angustia porque no

les permitían el acceso inmediato a sus familiares, en los servicios de urgencia, expulsión y quirófano el promedio de satisfacción fue del 72%

Esto hace referencia a un bajo nivel de satisfacción, observando que las debilidades percibidas por la mujer embarazada primigesta fueron un deficiente trato personal e individualizado, escasa educación para la salud y el autocuidado, falta de disposición del personal para resolver dudas, insuficiente explicación del procedimiento antes y durante su realización, presentación poco frecuente desde su ingreso, durante su estancia y en el egreso hospitalario, que el personal de enfermería no propiciaba una relación de empatía con la mujer embarazada, tiempos prolongados para la resolución del problema, insuficiente comunicación entre familiares y personal de enfermería posterior al nacimiento del recién nacido.

Por otro lado no se observó una relación multiplicativa entre el esfuerzo de enfermería y el de los médicos, sino pareciera que ellas hacen cosas que sólo se suman a las funciones del médico sin considerar las expectativas del usuario, el clima organizacional no es percibido por el personal y evidentemente se ve reflejado en la percepción del usuario, el trabajo en equipo es insuficiente por la inexistencia de acuerdos para organizar la atención de enfermería.

Para mejorar estos resultados es conveniente reorganizar los servicios de acuerdo a la preparación del personal de enfermería, modificar la estructura en relación a la demanda de usuarios, generar políticas institucionales que motiven el esfuerzo extra del personal, por ejemplo: por cada enfermera en determinado servicio, debe atender una cantidad de usuario, al ser mayor la cantidad y permanecer en horario extra mayor debería ser el salario, a pesar de que es conveniente fortalecer la estructura y el recurso humano con capacitación e incentivos, para satisfacer las demandas de servicio, es pertinente retomar los valores que destacan a la enfermera como es el trato humano, holístico, individualizado, con conocimientos y habilidades, compromiso, responsabilidad y tantos otros que se han perdido en el camino, anteponiendo la sobrecarga de trabajo, el insuficiente personal para cumplir con las políticas institucionales, la poca disponibilidad del área de gobierno para promover estrategias de mejora.

Lo anterior conlleva a reflexionar acerca del contenido ético y el alcance profesional de la atención de enfermería, las aportaciones de enfermería al desarrollo y mantenimiento de los Derechos Humanos, identificando los valores profesionales y fomentar las actitudes necesarias para conocer los valores que son compartidos, cuáles generan conflicto, que alternativas de cuidado existen, cuál es la responsabilidad profesional para promover en el usuario una mejor calidad de vida.

Es conveniente comentar que dentro de las oportunidades que el personal del Hospital Regional maneja para mejorar la calidad de atención, es solicitarle a algún compañero que hable algún idioma (tsotsil o tzeltal) para fungir como traductor, ya que desafortunadamente no se cuenta con ese recurso de manera permanente en los servicios con mayor afluencia de atención obstétrica; existe la evaluación y fortalecimiento de proyectos de mejora que el personal propone sin embargo estos no han tenido la suficiente difusión, supervisión y evaluación.

Es importante tener presente que cada mujer embarazada tiene una forma particular de mantener y consolidar su vida de acuerdo a sus características familiares, personales, socioculturales, políticas entre otras, desarrolladas a lo largo de su vida, las cuales deben ser respetadas y consideradas para el planteamiento de los cuidados, y como enfermeras la responsabilidad inherente a disminuir los riesgos a la salud, incrementando la confianza en las instituciones, propiciando una maternidad sin riesgo, un parto y puerperio satisfactorio y saludable, por ello es importante que enfermería retome los espacios perdidos en las instituciones de salud a través de consultorios de atención de embarazo de bajo riesgo por enfermeras obstétricas.

De acuerdo a la propuesta presentada sobre la teoría de Avedis Donabedian, en la *dimensión técnica*, en el apartado de *estructura* se identificó de acuerdo a la observación que la sobrecarga de trabajo (60 camas censables y 34 no censables) con presupuesto de nivel central para 60 camas, el material, equipo y recursos humanos son insuficiente para las necesidades de los usuarios, el personal de enfermería no presenta participación activa en cuando a la elaboración de estrategias de mejora. En el *proceso*, se identificó la falta de manuales y diagramas de flujo de procedimientos para la atención del binomio madre-hijo, tiempos prolongados de espera para la atención.

En cuanto a la *dimensión interpersonal*, en la *estructura* se observó que las instalaciones no se encontraban muy limpias, los biombos estaban incompletos por lo que no permitían la privacidad, existen muchos trámites burocráticos, la asesoría del personal supervisor de enfermería es insuficiente, en cuanto al *proceso* la información no fluye de manera adecuada hasta los familiares en cuanto al estado de salud del binomio madre-hijo, la orientación sobre el autocuidado es insuficiente, las usuarias comentaron que el personal de enfermería no resolvía sus dudas porque siempre tenían mucho trabajo.

Es conveniente comentar que aunque los resultados reportan una satisfacción del usuario al solicitar que comentaran de manera abierta lo que les agrado y lo que no les agrado de la atención, se expresaron mencionando puntos como: la ropa estaba rota o muy corta, no las cubrieron durante los procedimientos, no les daban la información antes, durante y después de cada procedimiento, no les preguntaban cómo se sentían en relación a la experiencia de trabajo de parto, parto y puerperio inmediatos, en su mayoría la mamá se enteraba del sexo del bebé hasta que llegaba al servicio de gineco, estos comentarios no pudieron ser evaluados estadísticamente porque fueron cualitativos y como complemento para la información cuantitativa.

Se considera pertinente mencionar que esta investigación puede utilizarse como base para establecer un indicador de trato en la mujer embarazada, que la teoría modificada de Donabedian fue una parte más para identificar los factores de satisfacción de la mujer embarazada primigesta, aunque el resultado no fue el esperado por el alto índice de insatisfacción en los servicios estudiados, es de vital importancia retomar los puntos álgidos para disminuir la insatisfacción.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Ruiz Candelaria, Nazar Beutespacher, Salvatierra Izaba, et. al, Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México, Revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica; Vol. 4, núm.1, art.3, julio-diciembre 2006.
- Aller Juan y Pagés Gustavo, Obstetricia moderna, Fundafer, Caracas, Venezuela 1997; pág. 1 a 14
- Álvarez, Pérez, Adolfo y Cols.- Diagnóstico Organizacional: Una propuesta de intervención estratégica párale mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de enfermería.- Revista Desarrollo Científico de Enfermería.- Vol.5 No. 3 Abril 2000 Pág. 84-90
- Bronfman, M. N, López , M. S. y cols, Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias: Revista Salud Pública, Mex, vol. 45, no. 6, noviembre-diciembre de 2003, pág. 445 a 454
- Cadenas, R; La práctica de la cesarea en las areas urbanas de México, cuadernos de salud reproductiva, 52:63-93, Chiapas, México 2003
- Caligiore Corrales, I. Y Díaz Sosa, J.A., Satisfacción Del Usuario Del Área De Hospitalización De Un Hospital Del Tercer Nivel. Mérida. Venezuela, mayo 2003, encontrado en <http://www.um.es/global/>
- Caminal, Josefina; La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios; Revista Calidad Asistencial, vol. 16, Barcelona 2001; pág. 276 a 279
- Carpenito, L. J. 2001.- Planes de cuidados y documentación en enfermería, diagnósticos de enfermería y problemas asociados.- Ed Interamericana.- Madrid. España.

Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María, Cañizares Pérez Mayilée y Ibarra Ana María.- Satisfacción de los pacientes con la atención médica.- Revista Cubana Med Gen Integral 1999; Vol. 15. Pág. 33-42

Chan Pech Nidelvia, Trato digno en enfermería, 3er. Foro Nacional por la calidad en salud, marzo 2006 (presentación en power point)

Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), lineamientos para la evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.-Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.- Junio de 2003.

Damián Palencia Diana, Mujeres y sexualidad en Chiapas, una experiencia educativa, red de mujeres en Chiapas, 2007, encontrado en: www.gedu.secnetpro.com/adjuntos/mujereschiapas.doc

Díaz Garza Juana, Aguilar Sanmiguel Margarita, Camacho Grimaldo Mirtala, Cordero Catalina; Calidad De Atención De Enfermería En Segundo Nivel, Al Paciente Pediátrico En Opinión Del Familiar; Nuevo León 2003; encontrado en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-3-2004/01.htm>

Donabedian A. La calidad de la atención médica. México, DF: Ed La Prensa Médica Mexicana, 1984.pág. 166 a 234

Espinosa de los Reyes, S, Victor y cols., PAC GO1, Programa de Actualización para el Gineo-Obstetra, Una edición de intersistemas, S. A de C. V., México, D. F., 2005 Pág. 53 a 55

Frenk, Julio, Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud, México, 2002; pág. 9 a 96

Hernández Castañón, Ma. Alejandra; (compiladora), Antología Investigación III, UAQ 2004, Documento 4: Análisis y difusión de resultados científicos. “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 209-216”

Hungler, Polit.- Investigación científica en ciencias de la salud; 6ta. Edición; Ed. Mc Graw Hill, México, 2003 Pág. 131 a 148

- Iñiguez Antonio, julio 2005, Avedis Donabedian, encontrado en: www.webcalidad.org
- Jiménez, V. M, Ortega, V. M, Cruz, A. G y cols, Satisfacción del usuario como indicador de calidad, Revista mexicana de enfermería cardiológica, Vol. II, núm. 2, mayo-agosto 2003, pág. 58 a 65
- Jorda, J. Ma. Y Espino V. Ma.- Calidad total de la atención de enfermería y la percepción del paciente en servicio de C.G.- Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 10 No. 2. Marzo 2002, Pág. 35 a 40
- Ley General de Salud; Ultima reforma aplicada 19/01/2004.
- Lorenzo S, Mira J, Sánchez E, Gestión de calidad total y medicina basada en evidencia. Revista de Medicina clínica 2000; 114 (12), pág. 460 a 463
- Manual de Vigilancia de la Calidad.- Manual e Instructivo de acreditación y vigilancia de la calidad de los policlínicos de la Caja Nacional de Salud de La Paz Bolivia.- Caja Nacional de Salud.- Management Sciences for Health.- United States Agency for International Development. 1998 Pág. 1 a 17
- Martínez, González Lidia y Reyes Frausto Sandra; Informado y Reformado.- Avedis Donabedian: Una experiencia directa con la calidad de la atención.- Boletín trimestral del NAADHR/AL, Abril/Junio 2001 N°8.- Pág. 1ª4
- Mira, J. J. y cols, Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Revista de calidad asistencial; vol. 17, Num. 5 pág. 273 a 283
- Miranda Sandor Luis, Romero, A. L, La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados, mayo 2006, pág. 1 a 23. www.gestiopolis.com
- Miño G., Gestión por procesos y calidad asistencial, Revista JANO 2001; 61 (1405): 10
- Nazar, B. A, Salvatierra, I. B, Zapata, M. e, Ra Ximhai, Universidad Autónoma indígena de México, Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa; septiembre-diciembre 2007, vol. 3, núm. 3, pág. 763 a 779

OPS, lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe ; Washington, D.C: OPS, © 2004.

Orrego, Sierra Silvia y Ortiz Zapata Ana Cecilia.- Calidad del cuidado de enfermería.- encontrado en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/Calidad%20del%20cuidado.htm> Pág. 1 a 6

Otero M. Jaime y Otero I. Jaime.- Avedis Donabedian y la Calidad de la Atención de salud; encontrado en: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm> pag. 1 a 11

Ponce Gómez J, Reyes M, H., Ponce G, G., Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad; Rev. Enfermería del IMSS, 2006; 14 (2), 65-73

Rodríguez Duran, Rosa, Trato digno en pacientes egresados por atención de parto/cesarea, presentación en power point, Secretaria de Salud, Sonora 2001.

Ruelas, Barajas Enrique, lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la Calidad.- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.- Enero de 2003.

Saiz A y cols, Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad; Revista de calidad asistencia, 2002; 17 (5): 284-291

Schuldt Jurgen E., Luxembourg 1998; encontrado en: <http://www.geocities.com/WallStreet/Exchange/9158/tq.htm>.

Tena Tamayo Carlos y Arroyo de Cordero Graciela.- Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería.- Desarrollo Científico de Enfermería.- Vol. 13 N°. 1 Enero-febrero 2005, pág. 21 a 27

Torres, Figueroa Carmela y Salas Chaveco Emelina.- Evaluación de la atención de enfermería en el hogar materno “Celia Sánchez Manduley” durante el segundo semestre del 2001.- Revista Medisan 2002.- Cuba, marzo, Vol. 6, Pág. 34-38.

Trincado, Agudo María Teresa y Fernández Caballero Emilio. Calidad en Enfermería.-
Revista Cubana de Enfermería, enero-abril, 2000, Pág. 1 a 5

Van-Dick Puga Jose y cols., Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud;
cuaderno de divulgación científica; No. 29; septiembre 2001, ISSN-1405-6828,
SNTSS sección III, México, D. F.

APÉNDICE 1. Definición de términos

Ámbito de salud: Entendido como todos los elementos estructurales, organizacionales y humanos que en conjunto proveen la satisfacción del usuario ya sea sano o enfermo.

Atención: Percepción selectiva de una parte o un aspecto del medio.

Atención de enfermería: Es la cortesía, demostración de respeto y la aplicación de valores éticos a los cuidados que el personal de enfermería proporciona a toda persona sana o enferma, por el hecho de pertenecer como individuo a una sociedad.

Buen trato: Es un trato digno y respetuoso, que pasa no sólo por lo que se hace sino el cómo se hace

Calidad: Propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en varios grados es decir, obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.

Calidad de los servicios de enfermería: Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio.

Factores interpersonales: Todo aquello que se desprende del trato y relación entre la enfermera y la usuaria

Mujer embarazada: Toda mujer embarazada que acuda al servicio de urgencia para la atención del parto o cesárea con 37 semanas de gestación o más.

Riesgo reproductivo: Entendido como los eventos que durante el embarazo, el parto y el puerperio pueden llevar al binomio (madre-hijo) a la muerte o a complicaciones.

Satisfacción del usuario: La satisfacción del usuario depende de la resolución de problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibieron y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado.

Servicios de urgencias: Sección de los hospitales en que se atienden a usuarios con problemas graves o necesitan cuidados médicos especiales.

Apéndice 2. Variables

1 Variable independiente

Diversas características de la atención del personal de enfermería.

2 Variable dependiente

Percepción de la satisfacción de la mujer embarazada.

3 Variables antecedentes

Características sociodemográficas y obstétricas de las usuarias

Apéndice 3. Criterios

1. Criterios de inclusión:

Las personas que participaron en el estudio fueron únicamente mujeres embarazadas primigestas que acudieron para la atención de su parto o cesárea, entre 15 y 36 años de edad, con 37 semanas de gestación o más.

2. Criterios de exclusión:

Toda mujer embarazada con 2 o más gestas, menor de 37 semanas de gestación, complicaciones obstétricas, pérdida del producto o que necesitará cuidados intensivos neonatales, menor de 15 y mayor de 36 años de edad, en estado crítico y que no deseará participar en la entrevista.

3. Criterios de eliminación:

Mujeres no embarazadas, partos atendidos en su domicilio

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA MUJER QUE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
O CESÁREA

Apéndice 4. Operacionalización de variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Satisfacción del usuario	Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio. (lineamientos operativos de la Secretaria de Salud 2003)	Ser tratado con respeto, en un ambiente digno, cordial y humano, cumpliendo con las expectativas del usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad en la atención del parto • Amabilidad en el trato • Proceso de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera menor a 31 minutos • Tiempo de espera de 31 minutos o más. • se dirigió respetuosamente por su nombre, se presento con usted, la invito a pasar, la escucho con atención, respondió a sus preguntas. • relación prestador-paciente (confianza, comunicación), información recibida, comodidad (ropa) 	<p style="text-align: center;">Ordinal</p> <p style="text-align: center;">Nominal</p> <p style="text-align: center;">Nominal</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Atención de Enfermería.	Es la cortesía, demostración de respeto y la aplicación de valores éticos a los cuidados que el personal de enfermería proporciona. (Lineamientos Oper. De la Secretaría de Salud 2003)	Brindar un trato humano que muestre el conocimiento, las habilidades y destrezas en la atención al usuario, cubriendo las necesidades potenciales y sentidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre atención del parto • Habilidad para realizar los principales procedimientos en la atención del parto • Percepción de la usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre: proceso del parto, cuidados posparto, cuidados al recién nacido y durante el puerperio • Le explica respetuosamente los procedimientos a realizar, respeta su individualidad • Replica la información asimilada dada por el personal de enfermería 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Características personales de las usuarias	Elementos fenotípicos y de desarrollo que caracteriza al individuo. (Diccionario enciclopédico 2000)	Tiempo que ha vivido una persona desde que nació	<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años cumplidos 	Cuantitativa discreta
		Nivel académico con el que cuenta	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad 	<ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer ni escribir • Sabe leer y escribir • Primaria • Secundaria • Carrera técnica • Preparatoria • Licenciatura • 	Nominal
		Conjunto de individuos con características lingüísticas y culturales iguales	<ul style="list-style-type: none"> • Etnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Tzotzil • Tseltal • Tojolobal 	Nominal
		Lugar de donde procede	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Barrio de la ciudad • Foráneo (Localidad del municipio) 	Nominal
		Labor a la que se dedica	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Hogar • Trabajo remunerado • Estudiante 	Nominal
		Condición civil en la que se encuentra	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • unión libre • Soltera 	Nominal
Características obstétricas	Elementos que presenta la mujer en edad reproductiva	Edad en la que inicio su vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la vida sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años cumplidos 	Cuantitativa discreta
		Condición obstétrica en la que se encuentra	<ul style="list-style-type: none"> • Gesta • Para • Abortos • Cesáreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de eventos obstétricos 	Cuantitativa discreta
			<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo que transcurrió del inicio de la vida sexual al embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Meses o años 	Cuantitativa discreta
			<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del control prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Meses de embarazo 	Cuantitativa discreta
			<ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Con médico • Con partera 	nominal
			<ul style="list-style-type: none"> • Total de consultas durante el control prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas 	Cuantitativa discreta



**Apéndice 5.
Instrumento (entrevista)**

**Universidad Autónoma De Querétaro
Facultad De Enfermería**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA “SATISFACCIÓN DE LA MUJER
EMBARAZADA PRIMIGESTA CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA”.**

FOLIO: _____

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Lugar de procedencia	Fecha	Día	Mes	Hora
Municipio	De entrevista			
Horas de viaje	Turno			
Forma de traslado	De ingreso			
Origen étnico	De egreso			
Religión	En que se atendió su parto o cesárea			

1. **¿Cuántos años tiene cumplidos?:** _____
2. **Fecha de Nacimiento:** dd/mm/aa _____
3. **¿Cuál es su estado civil?:** ()
 (1) casada (2) Unión libre (3) Soltera (4) Divorciada (5) viuda (6) otra _____
4. **¿Hasta que año estudio?** (años completos) ()
 (0) Ninguno (1) sabe leer y escribir (P1,P2,P3,P4,P5,P6) Primaria
 (7,8,9) secundaria (10,11,12) técnico (13,14,15) preparatoria (16,17,18,19,20) Licenciatura
 (21) Postgrado o más
5. **¿A qué se dedica?** ()
 (1) hogar (2) doméstica (3) empleada (4) profesionalista (5) estudiante (6) lavar y plancher
6. **¿Con quien vive usted?** ()
 (1) sola (2) esposo (3) madre (4) ambos padres (5) suegros (6) abuelos (7)tios (as)
 (7) hermanos (as) (8) otro: _____
7. **¿cuántas personas viven en la casa?** ()
 (1) 1 (2)2 (3) 3 (4)4 (5)5 (6) más de 6
8. **¿Quién es el jefe (a) de la familia donde vive?** ()
 (1) ella (2) esposo (3) padre (5) suegro (6) madre (7) abuelito (8) tío

9. ¿Quién la acompañó al hospital para la atención de su parto o cesarea? ()

- (1) esposo (2) padres (3) hermana (4) esposo/papas (5) esposo/suegra (6) mama (7) tío (a) (8) suegra/esposo (9) esposo/padres/suegra (10) esposo/cuñado (11) vecina (12) mamá/hermana (13) madrina/esposo/suegra (14) hermana/esposo (15) otro:
: _____

2. SU EMBARAZO

10. ¿qué edad tenía cuando empezó a vivir en pareja por primera vez?:

11. ¿Durante el tiempo que ha vivido en pareja alguna vez usted o su pareja uso o hizo algo para no embarazarse? ()

- (1) Sí ¿Qué? _____ (2) No

12. ¿cuánto tiempo después de vivir en pareja se embarazó?: _____

13. ¿Se embarazo mientras estaba utilizando o haciendo algo para no embarazarse? ()

- (1) Si (2) No

14. ¿Durante su embarazo fue a que la revisarán?: ()

- (1) si (2) no pase a la pregunta 22

15. ¿Con quién? ()

- (1) médico pase a la pregunta 20 (2) partera (3) ambos

16. Si acudió con la partera ¿por qué? _____

17. ¿cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a su primera revisión?: con el médico: _____ y cuántos con la partera?: _____

18. ¿en total cuántas veces acudió a sus revisiones? Con el médico: _____ y cuántas con la partera? _____

19. ¿Durante su embarazo usted tuvo? ()

- (1) hinchazón de cara, manos y pies (2) presión alta (3) sangrado (4) I.V.U.
(5) vómito intenso (6) varices (7) ninguno (8) otro: _____

3. ATENCIÓN EN URGENCIAS.

20. ¿Desde que llego al hospital cuánto tiempo tardo para que naciera su bebé?

21. ¿A los cuántos meses de embarazo nació su bebe?: _____

22. ¿ Su bebé nació por?: ()

- (1) parto (2) cesárea programada pase a la preg. 28 (3) cesárea de urgencia pase a preg. 28

23. ¿En dónde nació su bebé? ()

- (1) Expulsión (3) camilla (4) casa

24. ¿ Quién la atendió? ()

- (1) médico (2) enfermera (3) partera (4) Otro: _____

25. ¿ Le explicaron por qué le hicieron la cesárea?

- (1) si (2) no ¿qué le dijeron? (si la respuesta es no, No aplica) _____

26. ¿La enfermera le dijo como se llamaba? ()

- (1) Sí (2) No

27. ¿La enfermera la llamo por su nombre? ()
 (1) Sí (2) No
28. ¿La enfermera utilizo alguna otra palabra para llamarla? ()
 (1) si (2) no ¿Cuál? (si la respuesta es no, No aplica):_____
29. ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfra?, le gusto?: ()
 (1) si (2) no ¿Por qué?(si la respuesta es si No aplica)_____
30. ¿Se sintió atendida por la enfermera? ()
 (1) Sí (2) no ¿ Por qué? (si la respuesta es si No aplica)_____
31. ¿En algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso, me puede comentar? ()
 (1) Sí (2) no ¿porqué?(si la respuesta es no, No aplica)_____
32. ¿cuándo ud. Iba a tener a su bebé la enfermera platico con usted para decirle que iba a pasar? ()
 (1) si (2) no ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, No Aplica)_____
33. ¿Antes de que naciera su bebé la enfra. Le explico como iba el proceso del parto? ()
 (1) Sí (2) no ¿Porqué?(si la respuesta es si, No aplica)_____
34. ¿Antes de que naciera su bebe la enfermera le explico lo que le iba a hacer? ()
 (1) Sí (2) no ¿ Por que? (si la respuesta es si, No aplica)_____
35. ¿se sintió incomoda cuando le hicieron los tactos? ()
 (1) Sí (2) no ¿Porque?_____
36. ¿en algún momento la dejaron destapada? ()
 (1) Sí (2) no (3) no se ¿Por qué?(si la respuesta es no, No aplica)_____
37. ¿La ropa que le proporcionaron cubría todo su cuerpo? ()
 (1) Sí (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, No aplica):_____
38. ¿Usted quería preguntarle algo a la enfermera y no lo hizo? ()
 (1) si (2) no ¿ porque no le pregunto? (si la respuesta es no, NO aplica)_____
39. ¿en algún momento antes del parto se sintió sucia? ()
 (1) Sí (2) no ¿Porqué?(si la respuesta es no, No aplica)_____
40. ¿en algún momento después del parto se sintió sucia? ()
 (1) Si (2) no ¿Porqué? (si la respuesta es no, NO aplica):_____

4. EXPULSIÓN O QUIRÓFANO

41. ¿La enfermera le dijo como se llamaba? ()
 (1) Sí (2) No
42. ¿La enfermera la llamo por su nombre? ()
 (1) Sí (2) No
43. ¿La enfermera utilizo alguna otra palabra para llamarla? ()
 (1) si (2) no (3) no me acuerdo ¿Cuál?(si la respuesta es no, No aplica)::_____
44. ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfra?, le gusto?: ()
 (1) si (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, No aplica):_____
45. ¿Se sintió atendida por la enfermera? ()
 (1) Sí (2) no ¿ Por qué? (si la respuesta es si, NO aplica):_____
46. ¿En algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso, me puede comentar? ()
 (1) Sí (2) no ¿ porqué? (si la respuesta es no, No aplica):_____
47. ¿ La enfermera le pidió su apoyo en forma amable durante el parto o cesárea? ()
 (1) si (2) no
48. ¿La enfermera le explico los procedimientos que le iba a realizar durante el parto o cesárea? ()
 (1) si (2) no ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, NO aplica):_____

- 49. ¿se sintió apoyada por la enfermera durante su parto o cesárea? ()**
 (1) Sí (2) no ¿porqué? (si la respuesta es si, NO aplica):_____
- 50. ¿Sintió que el médico tenía la capacidad para ayudarla en caso de que algo se complicara? ()**
 (1) Sí (2) no (3) no se ¿Porqué? (si la respuesta es si, No aplica):_____
- 51. ¿Durante el parto le hicieron: ()**
 (1) corte (2) desgarro
- 52. ¿El médico le explico antes de cortarle? ()**
 (1) si (2) no (3) no me acuerdo ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, NO aplica):_____
- 53. ¿El médico le explico lo que iba a sentir durante el parto o la cesárea? ()**
 (1) si (2) No (3) no me acuerdo (4) no sé (5) no entendí ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, NO aplica)_____
- 54. ¿Recibió alguna palabra de aliento para tranquilizarla durante el parto o cesárea? ()**
 (1) si (2) no (3) no me acuerdo (4) no sé ¿Cuál? (si la respuesta es no, NO aplica):_____
- 55. Cuándo nació su bebe escucho que lloro? ()**
 (1) Sí (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, NO aplica): _____
- 56. Cuándo nació su bebé se lo enseñaron? ()**
 (1)Si (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, NO aplica):_____
- 57. ¿Le dijeron y enseñaron el sexo de su bebé? ()**
 (1) si ¿Cuál?:_____ (2) no Hasta en que momento se lo dijeron y enseñaron?_____
- 58. ¿Cuántos bebés tuvo? ()**
 (1) único (2) gemelos
- 59. ¿Le dijeron cuánto peso y midió su bebé? ()**
 (1) si ¿Cuánto?:_____ (2) no (3) no me acuerdo
- 60. ¿Le dijeron el estado de salud de su bebe? ()**
 (1) si (2) no (3) no me acuerdo ¿Porqué? (si la respuesta es si, No aplica):_____
- 61. ¿Durante la atención de su parto o cesárea tuvo alguna complicación? ()**
 (1) si (2) no pase a preg. 66 ¿porqué?:_____
- 62. ¿Cómo siente que el personal actuó en la complicación? ()**
 (1) muy bien (2) buena (3) Mala ¿Por que?:_____

5. ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

- 63. ¿La enfermera le dijo como se llamaba? ()**
 (1) Sí (2) No
- 64. ¿La enfermera la llamo por su nombre? ()**
 (1) Sí (2) No
- 65. ¿La enfermera utilizo alguna otra palabra para llamarla? ()**
 (1) si (2) no ¿Cuál?:_____
- 66. ¿Qué piensa usted de cómo la llamo la enfra?, le gusto?: ()**
 (1) si (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, No aplica):_____
- 67. ¿Se sintió atendida por la enfermera? ()**
 (1) Sí (2) no ¿Por qué? (si la respuesta es si, NO aplica):_____
- 68. ¿En algún momento se quejo y la enfermera no le hizo caso, me puede comentar? ()**
 (1) Sí (2) no ¿porqué? (si la respuesta es no, No aplica):_____

69. ¿La enfermera le explico como cuidar la herida? ()
 (1) si (2) no ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, No aplica): _____
70. ¿La enfermera le explico sobre el aseo que debe tener usted? ()
 (1) si (2) no ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, NO aplica): _____
71. ¿la enfermera le dijo como alimentar a su bebé? ()
 (1) si (2) no ¿Qué le dijo? (si la respuesta es no, No aplica): _____
72. ¿la enfermera le dijo qué cuidado iba a tener su bebé? ()
 (1) si (2) no ¿Sobre que? (si la respuesta es no, No aplica): _____
73. ¿La relación que tuvo con su bebé durante su estancia en el hospital la considera? ()
 (1) muy buena (2) buena (3) mala (4) otro: _____
 ¿Porqué? (si la respuesta es 1 ó 2, No aplica): _____
74. ¿Durante la atención que recibió escucho de la enfermera algún comentario que no le gusto? ()
 (1) si (2) no ¿Cuál? (si la respuesta es No, no aplica): _____
75. En general ¿cómo se siente respecto al trato que le dieron cuando nació su bebe? ()
 (1) muy bien (2) bien (3) mal (4) otro
 ¿ Por que? (cuando la respuesta sea 1 ó 2, No aplica): _____
76. En general ¿cómo sintió el trato que le dio la enfermera? ()
 (1) muy bien (2) bien (3) mal (4) otro
 ¿Por qué? (si la respuesta es 1 ó 2, No aplica): _____
77. ¿Qué fue lo que más le gusto de la atención en el Hospital?: _____
78. ¿Qué fue lo que menos le gusto de la atención en el hospital?: _____
79. ¿Si usted se embarazará nuevamente se atendería en este hospital? ()
 (1) si (2) no ¿Porqué? (si la respuesta es si, No aplica): _____
80. Si usted pudiera hablar con el director para mejorar la atención ¿Qué le diría? _____
81. Qué sugiere para mejorar la atención? _____

