

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO**



**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO**

MENCIÓN: ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN
PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-
OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT
AÑO 2015”**

TESISTA: SALDAÑA GUERRERO MILTON ORLANDO

ASESOR: Mg. MÓNICA ESPINOZA NARCISA

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi padre, (QDDG) por su alma noble
y porque siempre supo transmitirme
su optimismo ante la adversidad

A mis hijos porque me contagian
su alegría, empeño, entusiasmo y el
convencimiento de poder desenvolverme en
las áreas que mi profesión me permite realizar

II

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a todas las madres que participaron de las encuestas que permitieron la realización de mi tesis.

Además mi agradecimiento al Director, Personal Administrativo y Asistencial que dieron acogida al presente estudio y tuvieron participación activa en el mismo

RESUMEN

La satisfacción de las mamás por la atención recibida durante el parto y su estancia en el puerperio inmediato; optimizando la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, es un reto de Calidad que se vive todos los días en un Servicio de Obstetricia.

Objetivo general: Determinar de qué manera se relaciona la atención del parto con la estancia hospitalaria en puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Material y Métodos: Estudio no experimental descriptivo - correlacional, de corte transversal.

Se tomó una muestra: No probabilística de 50 puérperas de parto vaginal sin complicaciones, 29 con alta precoz, 11 con alta estándar y 10 con alta prolongada. Se les aplicó la encuesta modificada SERVPERF la cual fue sometida a la prueba de confiabilidad de Cronbach con un valor de 0.811 que nos indica instrumento altamente confiable.

Resultados: Existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.313; es decir si la atención del parto fue satisfactoria, la estancia hospitalaria resulta ser prolongada en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 31.3% entre ambas variables.

Concluyendo: Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.993 > 9.49$), entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Palabras claves: Parto vaginal, estancia hospitalaria, alta estándar, alta precoz, puérpera

SUMMARY

The satisfaction of the mothers by the attention received during the delivery and their stay in the immediate puerperium; Optimizing the availability of the hospital bed resource, is a quality challenge that is experienced every day in an Obstetrics Service.

Objective: To determine how the delivery care is related to the hospital stay in postpartum vaginal women of the Gynecological Obstetrics Service of the EsSalud Octavio Mongrut Muñoz Hospital in the city of Lima, in the year 2015.

Material and Methods: Descriptive, correlational non - experimental study, with cross - sectional study.

A sample was taken: Non-probabilistic of 50 puerperal vaginal deliveries without complications, 29 with high precocious, 11 with high standard and 10 with prolonged discharge. We applied the modified SERVPERF questionnaire which was subjected to the Cronbach reliability test with a value of 0.811 that indicates a highly reliable instrument.

Results: There is a direct and significant relationship when obtaining a value of 0.313; ie if the delivery was satisfactory, the hospital stay is prolonged in postpartum vaginal delivery. We also found that there is a 31.3% relationship between the two variables.

Concluding: Since the value of X^2_c is greater than X^2_t ($11.993 > 9.49$), then we reject the null hypothesis and accept the alternative hypothesis; That, in fact, there is a direct and significant relationship between delivery care and hospital stay in postpartum vaginal women of the Gynecological Obstetrics Service of the Hospital EsSalud Octavio Mongrut Muñoz of the city of Lima, in the year 2015.

Key words: Vaginal birth, hospital stay, high standard, precocious discharge, puerperal

INTRODUCCIÓN

Existe desbalance entre la oferta y la demanda de los Servicios de Salud. Según ENDES 2014 PERU, 89.2% de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud por personal de salud calificado, comprendidos 96% en el área urbana y 72% en el área rural; en las regiones de la Selva 76.5% y en las de la sierra 83.2%.

Según el “programa estratégico Salud Materno Neonatal” del Ministerio de economía y finanzas del Perú: “para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de profesionales trabajen por la mejora continua de las inversiones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios

El año 2011 a través de este sistema de vigilancia se notificaron en el Perú, 464 defunciones en gestantes; que dan una Razón de Muerte Materna estimada de 61 x 100 000 NV. Además 4 de cada 10 niños que quedan huérfanos al nacer, fallecen antes de cumplir un año.

La satisfacción de las mamás por la atención recibida durante el parto y su estancia en el puerperio inmediato; optimizando la disponibilidad del recurso cama hospitalaria, es un reto de Calidad que se vive todos los días en el Servicio de Obstetricia del Hospital I Essalud Octavio Mongrut de Lima como parte del sistema de Salud en el Perú.

La investigación para su desarrollo se constituye de los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación. Donde se describe la satisfacción de las usuarias con la atención del parto recibida y su estancia hospitalaria post parto

Se mencionó las preguntas específicas con sus dimensiones correspondientes, de igual manera el objetivo general y los objetivos específicos cada mención con sus respectivas dimensiones, por ultimo las hipótesis general y específicas buscando la contrastación de ambas variables para rechazar la hipótesis nula o aceptar las hipótesis alternas,

la justificación del porque esta investigación, la viabilidad y sus limitaciones del estudio de investigación.

Capitulo II: Marco Teórico: Descripción de ambas variables de estudio variable independiente Atención de parto con sus dimensiones de Respuesta rápida, empatía, seguridad, confianza, Elementos tangibles. Variable dependiente: estancia hospitalaria con sus dimensiones alta precoz, alta estándar

Capítulo III: Marco Metodológico, con sus respectivos diseños y tipos de estudio, la forma de recolección de los datos, la descripción de los cuestionarios de la recolección de los datos

Capítulo IV: La mención de los resultados con sus respectivas leyendas e interpretaciones y la contrastación de las hipótesis general y específicas por cada dimensiones mencionadas en la operacionalización de ambas variables.

Capítulo V: Discusión de Resultados. Con otros estudios pasados relacionados con el tema de investigación.

Conclusiones y Sugerencias tanto para los objetivos específicos y el objetivo general dando respuestas a las preguntas del estudio.

Finalmente considerar las referencias Bibliográficas y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general:	12
1.2.2 Problemas específicos.....	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1 Objetivo general:.....	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Hipótesis	14
1.4.1. Hipotesis general	14
1.4.2. Hipotesis específicas.....	14
1.5. Variables	15
1.5.1. Variable Independiente	15
1.5.2. Variable Dependiente	15
1.5.3. Operacionalización de variables	16
1.6. Justificación e importancia	17
1.6.1. Justificación teórica	17
1.6.2 Justificación práctica	17
1.7. Viabilidad.....	17
1.8. Limitaciones.....	18

A.	En cuanto al objeto de estudio	18
B.	En cuanto al enfoque	18
C.	En cuanto a la localización.....	18

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes:	19
2.1.1.	A nivel Internacional	19
2.1.2.	A nivel nacional	24
2.2.	Bases teóricas	26
2.3.	Definiciones conceptuales	43
2.4.	Bases Epistémicas.....	48

CAPÍTULO III
MARCO METODOLOGICO

3.1	Tipo de investigación	53
3.2	Nivel de la investigación.....	53
3.3	Diseño y esquema de la investigación.....	54
3.4	Población y muestra.....	54
3.4.1.	Población.....	54
3.4.2.	Criterios de exclusión.....	55
3.4.3.	Criterios de inclusión.....	55
3.5	Tamaño de muestra.....	56
3.6	Instrumentos de recolección de datos	56
3.7	Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de los resultados	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.	Resultados: Presentación, Análisis e Interpretación	62
4.1	Resultados del trabajo de campo.....	62
4.2	Presentación, análisis e interpretación de resultados	63
4.2.1	Variable independiente	63
4.2.1	Variable dependiente	64
4.3.	Prueba de Hipótesis y contrastación	76
4.3.1	Contrastación de la hipótesis general	76
4.3.2	Contrastación de la hipótesis específica 1	80
4.3.3	Contrastación de la hipótesis específica 2	84
4.3.4	Contrastación de la hipótesis específica 3	88
4.3.5	Contrastación de la hipótesis específica 4	92
4.3.6	Contrastación de la hipótesis específica 5	96

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1	Contrastación de los Resultados	100
5.2	Aporte científico de la investigación.....	103
	CONCLUSIONES	104
	SUGERENCIAS	106
	BIBLIOGRAFÍA.....	107

ANEXOS

- ANEXO Nº 01: Consentimiento informado.
- ANEXO Nº 02: Historia clínica perinatal.
- ANEXO Nº 03: Ficha de recolección de datos.
- ANEXO Nº 04: Encuesta SERVPERF.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

En un hospital nivel I, el servicio de obstetricia es uno de los que cuenta con más ingresos de pacientes nuevos, y de ellos la mayor parte acuden para atención de parto.

Si no se produce complicaciones durante su estancia hospitalaria (parto y puerperio) la paciente es dada de alta cuando se encuentre en condiciones para su autocuidado y el de su hijo.

La disponibilidad de cama hospitalaria, es un problema que se afronta diariamente, esta situación nos conduce a tomar decisiones y establecer estrategias para poder satisfacer la demanda sin descuidar la calidad en la atención de parto.

Una estrategia es el Alta precoz; es decir, disminuir la estancia hospitalaria post parto y de esa manera contar con una cama disponible para el ingreso de una paciente nueva que requiera la atención de su parto.

El Servicio de Obstetricia es uno de los que cuenta con menor estancia hospitalaria. La paciente hospitalizada recibe los cuidados que su condición amerita, y es durante su estancia que se identifica y evita las complicaciones maternas o neonatales.

Establecer el límite entre la satisfacción del usuario, es decir el impacto de la atención recibida durante la atención de parto y su estancia post parto es un parámetro importante para valorar la calidad de la atención brindada en un Servicio de Obstetricia.

Calidad en gerencia es también optimizar los recursos del establecimiento de salud, tanto el recurso humano como la capacidad física instalada. Así el recurso Cama Hospitalaria en un Hospital de

ESSALUD, cada vez es más sensible en razón que la demanda va en aumento y la oferta por el momento no logra estar a la par.

1.2. Formulación del problema

La demanda cada vez mayor de gestantes por los servicios de salud nos lleva a plantear una estrategia que permita mejorar la eficiencia del recurso cama hospitalaria pero sin reducir calidad de atención; por lo cual se propone el alta precoz a las puérperas (menor tiempo de estancia hospitalaria a las madres luego del parto) y se les brinda la encuesta SERVPERF para saber si se sienten satisfechas con la atención recibida durante su estancia hospitalaria.

1.2.1. Problema general

¿De qué manera la atención del parto se relaciona con la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se viene dando la relación entre la atención del parto y la estancia con alta precoz (estancia posnatal menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015?
- ¿Cómo se viene dando la relación entre la atención del parto y la estancia con alta estándar (estancia posnatal mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar de qué manera se relaciona la atención del parto con la estancia hospitalaria en puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Establecer de qué manera se relaciona la atención del parto con la estancia de alta precoz (estancia posnatal menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.
- Establecer de qué manera se relaciona la atención del parto con la estancia de alta estándar (estancia posnatal mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

1.4 Hipótesis general y específicas

1.4.1 Hipótesis General

Existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

1.4.2 Hipótesis Específicos

- Existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia con alta precoz (estancia posnatal menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.
- Existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia con alta estándar (estancia posnatal mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

1.5 Variables

1.5.1. Variable Independiente:

Atención del parto

DIMENSIONES

1. Respuesta rápida
2. Empatía
3. Seguridad
4. Confianza
5. Elementos tangibles

1.5.2. Variable Dependiente

Estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal

DIMENSIONES

1. Estancia con alta precoz
2. Estancia con alta estándar

1.5.3. Operacionalización de variables

		OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
		Dimensiones	Indicadores
		Técnicas e Instrumentos	
INDEPENDIENTE	Atención del parto	1.Respuesta rápida	1. ¿Fue Usted atendida inmediatamente a su llegada al hospital?
			2. ¿En momentos en los cuales necesito la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?
			3. ¿Fue trasladada rápidamente a la sala de partos una vez entro en periodo expulsivo?
		2.Empatía	4. ¿El personal del centro obstétrico la trato con amabilidad, respeto y paciencia?
			5. ¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?
			6. ¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?
		3.Seguridad	7. ¿Su atención estuvo a cargo del médico de turno?
			8. ¿Se le dejó sola durante largo periodos de tiempo?
			9. ¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?
			10. ¿El personal del Centro Obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?
			11. ¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?
			12. ¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?
			13. ¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?
		4.Confianza	14. ¿Volvería usted a dar a luz en este centro de salud?
			15. ¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?
			16. ¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?
			17. ¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?
			18. ¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?
		5.Elementos tangibles	19. ¿Recomendaría a un Familiar o amigo a que den a luz en este centro de salud?
			20. ¿Los ambientes del centro obstétrico y la sala de parto estuvieron limpios y cómodos?
21. ¿Se sentía confortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?			
22. ¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?			
DEPENDIENTE	Estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal	1. estancia con alta precoz (pos parto menor de 24 horas)	1. Periodo de tiempo entre hora de parto y hora de alta (menor de 24 horas : alta precoz)
		2. estancia con alta estándar (pos parto entre 24 y 48 horas)	2. Periodo de tiempo entre hora de ingreso y hora de alta (estancia hospitalaria de la púerpera con alta precoz)
			3. Periodo de tiempo entre hora de parto y hora de alta (de 24 a 48 horas : alta estándar)
			4. Periodo de tiempo entre hora de ingreso y hora de alta (estancia hospitalaria de la púerpera con alta estándar)
			FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Formato de Historia clínica Perinatal abreviado)

1.6. Justificación e importancia

1.6.1. Justificación teórica.

El presente estudio lograra mejorar el nivel de conocimiento sobre atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

1.6.2 Justificación práctica

La presente investigación servirá como un antecedente para continuar con posteriores estudios.

Siendo más beneficiadas las pacientes que acuden al Servicio de Obstetricia para atención de Parto Vaginal no complicado, al establecer como estrategia el uso eficiente de la cama hospitalaria disponible, manteniendo la calidad en la atención brindada.

1.7. Viabilidad

Es viable esta investigación por las siguientes razones:

- a) El objeto de estudio son las puérperas de parto vaginal hospitalizados en el servicio de Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz. 2015.
- b) Los objetivos del estudio son alcanzables por las diversas informaciones que existe como antecedentes del estudio.
- c) El autofinanciamiento existencia de recursos humanos, técnicos, económicos y materiales para la ejecución de la tesis.

1.8. Limitaciones

A. En cuanto al objeto de estudio

- No todas las puérperas de Parto Vaginal quisieron participar en el estudio.
- Falta de apoyo económico para realización del Trabajo.
- Demora en los trámites para los permisos para recolectar datos

B. En cuanto al enfoque

- Las Puérperas de parto vaginal que cumplen con criterios de inclusión no toman en cuenta, el valor científico de investigación.

C. En cuanto a la localización

- Los turnos rotativos fue una limitante para la realización de recolección de datos y aplicación de encuesta para el estudio.
- Por ser un Hospital de EsSalud su atención está dirigida a la población adscrita y por la limitación en el número de cama hospitalaria disponible un sector de pacientes busca otras alternativas para su atención de parto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. A nivel Internacional.

Un estudio realizado por Hodnett E et al (2013), sobre “soporte continuo para mujeres durante el parto” concluye que el apoyo continuo durante el trabajo de parto tiene beneficios clínicamente significativos para las mujeres y los niños y no se conoce ningún daño. Además todas las mujeres deberían tener apoyo durante todo el trabajo de parto y el parto. (1)

Un estudio realizado por Giraldo Montoya et al (2013), “sobre Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto” realizado en una Unidad Materno Infantil de Medellín, concluye que se deben cambiar los métodos tradicionales de cuidado y propiciar otras formas de atención más humanizadas para que las mujeres asuman su rol de madres con seguridad y decisión. (2)

Un estudio realizado por Fernández Raigada (2014), sobre “Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria” realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) Concluye que las mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el HUCA estuvieron satisfechas con la atención sanitaria recibida. (3)

Un estudio realizado por Goberna Tricas (2012), sobre "Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto" realiza una reflexión ética filosófica y concluye que El parto es por definición una situación vulnerable en la que los profesionales deben ejercer el cuidado. Siempre existen aspectos unidos a la corporalidad del proceso que no podrán anticiparse en la elaboración del plan de parto, por ello en el proceso

asistencial y en la actuación profesional a la competencia técnica es fundamental añadir las habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento. (4)

Un estudio realizado por Fernández Raigada (2014), sobre "Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria" utilizando el cuestionario COMFORT. Concluye que las mujeres atendidas estaban satisfechas y el aspecto mejor valorado es la respuesta de la matrona a las necesidades maternas durante el parto. (5)

Un estudio realizado por Acosta L, et al. (2012), sobre "Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina". Concluye que la satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con factores como el estilo de vida, las experiencias previas y las expectativas de futuro. Este componente de subjetividad y su relación con el contexto social complejiza el análisis de la satisfacción del usuario. Sin embargo el análisis de este constructo es importante para proporcionar insumos de información pertinente para generar desde la gestión respuestas oportunas y optimización de los recursos sanitarios. (6)

Una revisión realizada por Nardin J (2009) sobre " Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término." Concluye que la evidencia actual es insuficiente para respaldar la política de alta hospitalaria postnatal temprana como práctica de rutina. En muchos países de escasos recursos, ya se implementó el alta hospitalaria temprana después del parto debido a razones económicas. Los administradores de la salud deben tener conciencia que los riesgos y beneficios de esta política no se evaluaron adecuadamente, en especial en los países en desarrollo. (7)

Otro estudio de revisión realizado por Bravo P (2011), sobre " Alta postparto precoz: las consecuencias de la reducción del tiempo de hospitalización para mujeres y recién nacidos" con el objetivo de examinar la literatura e identificar los resultados más relevantes del alta precoz

postparto para las mujeres, recién nacidos y el sistema de salud concluye que la evidencia disponible no es suficiente para rechazar o apoyar la práctica del alta precoz en el postparto porque los estudios presentaron resultados diferentes para las mujeres y los recién nacidos. La necesidad de realizar estudios clínicos, de forma sistemática es discutida. (8)

Millá A. (2015) Jefe de la Sección de Obstetricia del Hospital General Universitario de Elche ha explicado que "se trata de un Protocolo surgido para dar respuesta a la demanda de las propias parturientas ya que son ellas mismas las que han mostrado interés en irse a casa lo antes posible tras dar a luz argumentando, entre otros motivos, que no se consideran personas enfermas y que creen que en su propio entorno familiar y en su hogar se adaptarían mucho mejor a la situación". (9)

Otro estudio realizado en Chile por Oliva C (2004), sobre "Satisfacción Usuaria: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria". Concluye que este programa, basado en un modelo biopsicosocial de atención, genera mayor satisfacción en los usuarios que los programas tradicionales basados en un modelo exclusivamente biomédico. (10)

Un estudio realizado en un Hospital de Mérida, Yucatán, por Puch Ku (2008) sobre " Factor Sociocultural en el Déficit de Autocuidado Durante el Puerperio Mediato en Primigestas Hospitalizadas" Concluye que en el diseño de programas para la salud y los que existen para la mujer embarazada, es recomendable que se considere la escolaridad como parte fundamental de los factores condicionantes básicos (FCB). Otros aspectos de los FCB como la edad, el estado civil, la ocupación, la religión y la adherencia a los tratamientos requieren de estudiarse en muestras representativas de la población de mujeres que cursan el período del puerperio. (11)

Un estudio realizado por Martínez Díaz (2011), sobre "Calidad de la atención del puerperio fisiológico inmediato en el servicio de maternidad.

Hospital Bertha Calderón Roque. Managua. 2011" concluye que la satisfacción de la calidad de atención por parte de las usuarias, se manifestó en el buen trato, la privacidad y vigilancia postparto por parte del personal médico y paramédico. La insatisfacción se reflejó en la falta de adecuadas condiciones relacionadas a la higiene, ventilación, confidencialidad, iluminación y la falta de consejería en sexualidad. (12)

Un estudio realizado por Yanover y colaboradores (1976), sobre "Cuidados perinatales materno infantil de bajo riesgo: alta temprana con cuidado en casa" concluye que en el grupo de estudio y el control no encuentra diferencia significativa o tendencia en el número o tipo de morbilidad durante la hospitalización o en el periodo de seis semanas pos parto. (13)

Un estudio realizado por Shorten A (1995), sobre "alta obstétrica temprana versus estadía hospitalaria tradicional" concluye que el costo beneficio para cuidados obstétricos de bajo riesgo requiere mayor investigación en Australia. (14)

Un estudio realizado por Britton JR (1994), sobre "alta precoz del recién nacido a término: un continuo dilema" concluye que las recomendaciones de alta precoz de la Academia Americana de Pediatría siguen siendo apropiadas, y las decisiones relacionadas con el momento del alta del recién nacido a término debe ser individualizada y hecha por el profesional en base en los aspectos médicos, sociales y económicos de cada caso. (15)

Una publicación realizada por Parisi Eaton (2001), sobre "alta temprana post parto: Recomendaciones para un Reporte Preliminar al Congreso" explica que las Directrices para la atención perinatal , publicado conjuntamente por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 1992 , indicó que cuando no hay complicaciones: 1) la estancia hospitalaria después del parto recomendada varía entre 48 horas en caso de parto vaginal y 96 horas en el parto por cesárea , excluyendo el día de nacimiento

(directrices y legislaciones más posteriores no han hecho la distinción " excluyendo el día de nacimiento ") ; y 2) el alta dentro de las 48 horas siguientes al nacimiento se define como alta temprana y alta en < 24 horas como alta muy temprana. (16)

Un estudio realizado por Rueda J. (2015), sobre "Implicaciones y costo-efectividad del alta temprana del binomio madre-hijo después de un parto normal" Revisó la literatura internacional sobre alta temprana (24-48 horas) y su relación con complicaciones, para elaborar un modelo de costo-efectividad en recién nacidos, por parto vaginal a término no complicado, comparándola con alta ultra temprana (<24 horas) que incluya un programa de control posnatal organizado que permita evaluar a la madre y al bebe a las 48-72 horas. Luego concluye que un alta ultra temprana se justificaría solo si se cumpliera con una detallada lista de chequeo para garantizar que, el ahorro para el sistema no se traduzca en mayores complicaciones para la madre y el niño. (17)

Un estudio realizado por Braveman P et al (1995), sobre "alta temprana de madres y recién nacidos: una revisión crítica de la literatura" concluye que La investigación publicada ofrece poco conocimiento de las consecuencias de estancias hospitalarias cortas materno / recién nacidos o la variación de las prácticas posteriores al alta para la población en general. Se necesita más investigación para informar la política clínica y el reembolso de los servicios de salud en los primeros días de vida y la crianza. Se necesitan estudios rigurosos de tamaño suficiente para examinar el impacto de las diferentes estancias en el hospital y las diferentes prácticas posteriores al alta en un rango de resultados para las madres y los recién nacidos en diversas poblaciones y entornos. Teniendo en cuenta las prioridades, las decisiones sobre la planificación de Alta neonatal / obstétrica deben hacerse con cuidado. (18)

2.1.2 A nivel Nacional

Un estudio realizado por Oviedo Sarmiento (2010), sobre el “Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el hospital Jorge Voto Bernales Corpancho: EsSalud”, concluyó que el nivel de expectativas de los grupos estudiados son altas y no hay diferencias significativas entre ambos grupos y desde el punto de vista de percepciones el nivel de satisfacción es bajo. (19)

Otro estudio realizado por Lora Loza (2006), sobre “Calidad de atención materna en los servicios de obstetricia percibido por las usuarias: estudio comparativo en dos hospitales regionales del norte del Perú”, encontró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) en lo relacionado a la accesibilidad, comunicación, respeto y cortesía, credibilidad, competencia técnica, responsabilidad, y comprensión y conocimiento de los usuarios externos. (20)

Otro estudio realizado por Villanueva A. (2014), sobre "Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias". Concluye que el nivel de satisfacción de las mujeres puérperas usuarias de los establecimientos de salud incluidos en el estudio es mucho mayor que el nivel de cumplimiento de los estándares de la atención del parto establecidos. Además se encuentra que las usuarias de los servicios de salud en la atención del parto dan prioridad a la apariencia y limpieza del personal de salud y menor importancia a la “atención recibida en el establecimiento”. (21)

Wajajay Nuñez (2013) realizó un estudio sobre “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero- Febrero 2013” con el objetivo de evaluar la percepción que tienen las usuarias sobre la calidad de atención del parto en el servicio de centro obstétrico. Encontró que la seguridad fue la dimensión más pobremente valorada y concluyó que las mujeres atendidas en el centro obstétrico del HNDAC perciben la calidad

de atención en un nivel de “satisfacción leve” a partir de sus niveles explorados. (22)

Otro estudio realizado por Espinoza Rojas (2014), sobre “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho Enero 2014” aplicó a 80 puérperas la encuesta modificada tipo SERVPERF para valoración de la percepción de la calidad de atención del parto. Concluyendo que la percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del HSJL es insatisfactoria. (23)

Otro estudio realizado por Incacutipa Quispe (2012), sobre "calidad de la atención del parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el instituto nacional materno perinatal – 2012" concluye que la calidad de atención del parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el Instituto Nacional Materno Perinatal, fue el 48,24 % para las mujeres insatisfechas. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención. (24)

Un estudio realizado en Tacna por Miranda Benavente y Cols., sobre “Calidad de atención del parto vaginal en gestantes del distrito Gregorio Albarracín atendidas en los servicios públicos de salud, Tacna – 2006” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad del servicio brindado. La dimensión de la calidad que motivó más para la elección del prestador de servicio de salud es la Empatía, es decir valoran más el buen trato, atención esmerada e individualizada que se les pueda brindar. Los 3 ítems con mayor satisfacción fueron: personal limpio y presentable, horarios convenientes de atención, y cumplir lo ofrecido. (25)

2.2 Bases Teóricas:

Estadísticas mundiales 2014

En 2013, cada día murieron casi 800 mujeres por causas maternas. Casi todas estas muertes (99%) se producen en países en desarrollo, y la mayoría podrían evitarse, ya que las intervenciones médicas pertinentes existen y se conocen bien. El principal obstáculo es la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto. A escala mundial, alrededor de siete de cada diez partos son atendidos por personal de salud cualificado. Sin embargo, la cobertura de este servicio varía mucho según el nivel de ingresos del país, desde casi la totalidad de los partos (99%) en los países de ingresos altos a menos de la mitad de ellos (46%) en los de ingresos bajos. De los 135 millones de nacidos vivos en todo el mundo, más de 15 millones son hijos de mujeres de entre 15 y 19 años. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte de mujeres de entre 15 y 19 años en los países de ingresos bajos y medianos. (26)

Mortalidad Materna

EN EL MUNDO: Cada minuto 380 Mujeres quedan embarazadas, 190 Mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 Mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 1 Mujer muere (525,600 en un año). EN EL PERÚ: Cada día 2,140 Mujeres quedan embarazadas, 813 Mujeres se enfrentan a un embarazo no deseado, 856 Mujeres sufren complicaciones del embarazo, 2 Mujeres mueren por complicaciones del embarazo parto y puerperio, además 4-5 de cada 10 niños que quedan huérfanos al nacer, fallecen antes de cumplir un año. (27)

Evolución de la razón de mortalidad materna

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la evolución de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha ido en descenso desde la estimación de 298 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos para el periodo comprendido 1985 – 1990 a 93 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el año 2011, El Sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna en el año 2012, notificó 452 defunciones de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, de ellas el 67% (302 defunciones) correspondieron a muertes maternas de causas directas, 28% (126 defunciones) a causas indirectas y 5% (24 defunciones) a causas incidentales. En consecuencia teniendo en cuenta la definición de muerte materna (defunciones de causas directas e indirectas) se considerarían 428 muertes maternas notificadas hasta la semana epidemiológica 52. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial sobre las tendencias de la mortalidad materna en el periodo de 1990 a 2010, se ha estimado para el Perú, la meta de 67 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos para el año 2015. (28)

Mortalidad materna en EsSalud

Durante el año 2014, en el Seguro Social se reportaron 49 muertes maternas, representando un 11% de las muertes maternas del país. La principal causa de muerte materna fue por trastornos de hipertensión durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de las causas directas fueron por complicaciones obstétricas evitables mediante intervenciones

eficaces y oportunas. Cabe señalar que un 50% de las complicaciones obstétricas no puedan prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma. Con excepción del aborto, la mayor parte de las muertes maternas ocurrieron durante el parto o poco después del mismo.
(29)

Hospital nivel I EsSalud

Los Hospitales en relación a su capacidad resolutive se diferencian por niveles de complejidad. El Hospital ESSALUD Octavio Mongrut Muñoz pertenece a la RED de Salud Sabogal. Es un Hospital Nivel I ubicado en la zona urbana, en el Distrito de San Miguel y cuenta con población adscrita ubicada en los distritos aledaños y es Hospital de referencia de otros distritos más alejados como ventanilla que cuenta con asentamientos humanos muy distantes al distrito de San Miguel.

La mayor demanda de pacientes en nuestro servicio es de gestantes y la mayoría vienen para parto. El reto está en establecer un flujo óptimo usando como estrategia la estancia hospitalaria pos parto menor de 24 horas para determinadas puérperas de parto vaginal, sin comprometer la salud de las pacientes, con el fin de liberar camas para atención de más partos institucionales como estrategia para reducir la mortalidad materna perinatal.

Servicios de salud de calidad

Según el "Programa Estratégico Salud Materno Neonatal" del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú: "Para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de profesionales trabajen por la mejora continua de las inversiones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios. (30)

Estrategias para mejorar las coberturas de los servicios de salud

Se vienen utilizando estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, mejorar la calidad de atención de los servicios de salud materno, optimizando los recursos humanos como profesional calificado, promoviendo la atención prenatal reenfocada, el parto institucional y el "parto limpio", para lo cual se fortalecen las acciones de atención primaria de salud. (31)

Inicio del parto

Lo cierto es que todavía se desconoce el estímulo normal que desencadena la cascada bioquímica que inicia el trabajo de parto. (32)

Dolor de Parto

El dolor de parto constituye un reto para los sistemas de salud de muchos países. Existen conceptos inadecuados y confusión entre la gente común, médicos y obstetras, acerca de su naturaleza, función y efectos y, sobre

todo, en los métodos de control. Consecuentemente algunas parturientas y algunos ginecoobstetras refutan las medidas analgésicas. Mientras otros con tratamientos impropriamente manejados, suelen ocasionar incrementos en la morbimortalidad materno fetal. (33)

Trabajo de Parto

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas extraordinarias que producen la dilatación del cuello uterino y fuerzan al feto a través del canal del parto. Se consume mucha energía durante este lapso y por tanto se usa el término trabajo de parto para describir este proceso. Las contracciones miométricas del trabajo de parto son dolorosas, lo cual explica el término dolores para describir el trabajo de parto. (34)

Parto

Dar a luz es una de las experiencias más intensas que va a tener una mujer o una pareja a lo largo de su vida. Habitualmente es doloroso y representa un riesgo para la madre y el feto quien será recién nacido.

Las diferentes culturas nos enseñan que no hay una única manera de dar a luz. Este tipo de atención puede darse en nuestros hospitales; no es sólo una adaptación de nuestra sala de partos o Centro obstétrico, sino una adaptación más profunda en la mentalidad de los equipos asistenciales. (35)

Parto

Se define como la dilatación progresiva del cérvix uterino en asociación de las contracciones uterinas repetidas. Esta definición sirve para excluir la incompetencia cervical; y contracciones que se producen sin una verdadera dilatación progresiva como ocurre con frecuencia al final del embarazo. (36)

Parto

El parto es la expulsión de un feto desde el claustro materno al exterior con un peso igual o mayor de 500 gr. Igual o mayor a las 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación. (37)

Parto en cuclillas:

El parto en Cuclillas es una costumbre que se ha practicado desde tiempos inmemoriales, así por ejemplo la Biblia nos refiere, en el Éxodo que las sillas de parir ya eran utilizadas por Shiphrah y Puah, las matronas que ayudaron al nacimiento de niños Judíos en Egipto. Se refiere que las mujeres en esta época daban a luz sentada o en cuclillas, tal como eran atendidos los partos en Egipto, y con frecuencia lo hacían agachadas sobre un par de ladrillos, o sobre una silla de parir. Las mujeres a lo largo de la historia han preferido parir en posiciones verticales y la mayoría de las posiciones de parto se ilustran en historias de textos que muestran el nacimiento en una postura derecha con muslos cerrados. El parto en cuclillas se ha abogado debido a que impide la

compresión fetal, aumenta el diámetro de la salida pélvica y, quizás con la justificación menor tiempo de expulsivo, debido a la fuerza de gravedad y por medio de eso facilitar el esfuerzo materno durante el expulsivo. (38)

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014 PERÚ:

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta de manera continua el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sus resultados se presentan en el documento, Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Los resultados permiten disponer de información sobre salud reproductiva y salud materna e infantil. La encuesta se ejecuta a una muestra de 29 mil 941 viviendas del país, entrevistando a 10 mil 16 niños, 24 mil 800 mujeres en edad fértil, es decir, aquellas cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 49 años de edad y 27 mil 633 mujeres y hombres de 15 y más años de edad.

1. Parto institucional: Es aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetríz y enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario. En la Encuesta 2014, la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud por personal de salud calificado fue 89,2%, La cobertura de partos institucionales fue mayor entre las mujeres con cuatro y más visitas de control prenatal en comparación con aquellas sin ninguna visita (90,6%

frente a 43,7%). Asimismo, entre madres con educación superior y aquellas sin educación (98,1% frente a 61,3%) y entre las mujeres ubicadas en el quintil superior (97,4%) en relación con aquellas del quintil inferior de riqueza (66,3%). Según ámbito geográfico, existió una diferencia de 24,0 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (96,0% frente a 72,0%). Mientras que, en las regiones de la Selva (76,5%) y la Sierra (83,2%) se apreciaron los menores porcentajes de partos institucionales.

2. Tipo de atención durante el parto: Entre los años 2009 y 2014, se advierte un incremento de atención de parto por médico (de 49,4% a 60,2%). En contraste, la atención de parto por obstetriz disminuyó de 30,1% a 28,0%. Asimismo, la atención por comadrona/partera, bajó de 7,6% en el año 2009 a 4,9% en el año 2014.

El porcentaje de atención por un médico fue 1,3 veces más alto si la madre tiene educación superior que si no tiene educación (79,2% frente a 33,9%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (86,0%) en relación con madres del quintil inferior de riqueza (33,5%).

De otro lado, el porcentaje de partos atendidos por obstetriz fue mayor en el caso de las madres ubicadas en el segundo quintil de riqueza (37,1%), en las menores de 20 años de edad (35,3%), en mujeres con educación secundaria (33,4%) o cuando el parto se realizó en un establecimiento de salud (30,9%).

3. **Ámbito geográfico:** Por área de residencia, más mujeres fueron atendidas por un médico en el área urbana que en el área rural (69,3% frente a 38,7%); A nivel departamental se registró gran disparidad, como las diferencias entre el 77,8% de partos atendidos por un médico en Lima, 77,6% en la Provincia Constitucional del Callao y 74,7% en Arequipa. Con respecto a los nacimientos por cesárea, estos se efectuaron en mayor proporción en Lima Metropolitana y Resto Costa (41,3% y 37,2%, respectivamente), así como en el área urbana (35,6%).
4. **Niveles y momento del control postnatal de los últimos nacimientos:** El 71,5% de mujeres tuvo un primer control postnatal dentro de las primeras cuatro horas después del parto, lo que fue una situación ventajosa. Si se añade la proporción que la tuvo entre las 4 y 23 horas postparto, el 92,0% de mujeres tuvieron su control postnatal antes de los dos días después del parto.

Según ámbito geográfico, en la Selva y en el área rural, el 63,9% y 67,1%, respectivamente, de mujeres tuvieron un control antes de las cuatro horas postparto.

5. **Niveles y momento del control postnatal de los últimos nacimientos que no ocurrieron en un establecimiento de salud:** Entre las mujeres que no dieron a luz en un establecimiento de salud, el 32,5% no recibió atención postnatal. Aunque esta condición constituye una situación en extremo riesgosa, considerando que una alta proporción de las muertes maternas ocurren en el

postparto, se evidencia una disminución favorable desde el año 2009 (35,8%). Sin embargo, por característica seleccionada fue mayor entre las mujeres del quintil inferior (41,1%) o en las menores de 20 años de edad (40,2%) y en mujeres con el sexto o posterior nacimiento (38,3%).

6. Persona que proporcionó la atención postnatal en los últimos nacimientos: Del total de los últimos nacimientos que recibieron control postnatal, el 37,1% de ellos fueron atendidos por médico, seguido por obstetriz (30,4%) y luego por enfermera (24,3%); en conjunto, representaron un total de 91,8% de mujeres atendidas por un personal calificado. Es importante resaltar la muy baja participación de otro trabajador de salud o comadrona/partera como proveedores de atención postnatal. Se aprecian nuevamente los conocidos diferenciales para este servicio. Así, solo 21,5% de mujeres del quintil inferior de riqueza recibieron atención postnatal por médico, comparado con el 53,1% entre mujeres del quintil superior. En forma similar, solo el 21,1% de mujeres sin educación accedieron al médico para su primer control postnatal en comparación con el 45,3% de aquellas con educación superior.

A nivel departamental, subsisten marcadas diferencias de control postnatal por médico en la Provincia Constitucional del Callao (53,6%), Arequipa (52,9%) y Lima (46,7%).

7. Barreras en el acceso a servicios de salud: El 94,7% de las mujeres entrevistadas en el año 2014 reportaron algún problema para acceder a servicios de salud y tratarse de algún episodio de enfermedad. Esta cifra fue menor que en el año 2009 (96,9%). Según motivos específicos, el 85,2% de mujeres manifestaron como problema la “falta de medicinas disponibles” y el 83,6% de mujeres respondió que “no había personal calificado que la atiende”. Otro problema manifestado fue “conseguir dinero para el tratamiento”, que fue expresado por el 55,7% de mujeres. El 51,8% de mujeres mencionó que “no había personal femenino” que la atiende en la consulta. Este problema se registró con menor porcentaje entre mujeres ubicadas en el quintil superior (36,2%), con educación superior (38,6%), que tuvieron uno a dos hijas y/o hijos vivos (45,3%) y entre las divorciadas, separadas o viudas (45,7%). La razón “distancia al establecimiento” como problema de acceso a los servicios de salud fue menor en 3,6 puntos porcentuales al encontrado en el año 2009 (39,4% frente a 43,0%). Mientras que la razón “no quiere ir sola” representó el 39,2%. La necesidad de “tener que tomar transporte” para acceder a los servicios de salud está relacionada a la anterior razón (distancia al establecimiento) por lo que el patrón en los porcentajes de mujeres que mencionan dicha razón como problema de acceso fue similar, inclusive más contrastante entre las mujeres del quintil inferior en relación con las del quintil superior de riqueza (66,8% frente a

16,1%), por nivel de educación (65,1% para aquellas sin educación y 21,7% para las mujeres con educación superior) Según ámbito geográfico, “conseguir dinero para el tratamiento” fue un problema grande en áreas rurales (72,6%) y en departamentos como: Cajamarca (71,8%), Puno (71,7%), Amazonas (68,9%) y Apurímac (68,6%); y en la Sierra como un todo (64,9%) pero menos en Lima Metropolitana (44,7%). La razón “no había personal femenino” no pareció ser un problema importante entre mujeres residentes en Ucayali (40,2%), Lima Metropolitana (40,8%), Lima (41,1%), y en la Provincia Constitucional del Callao (42,0%). Y por área de residencia, en el área urbana (48,1%). (39)

Cama Hospitalaria

Es aquella dispuesta en un hospital para el alojamiento de un paciente durante las 24 horas del día: son las dedicadas a la atención regular de pacientes internados, las de cuidados intensivos. Dependiendo del país o institución hay quienes consideran dentro del número de camas del hospital a aquellas de: cuidados intermedios o mínimos, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría y las camas de observación cuando están equipadas para que un mismo paciente permanezca en ellas más de 24 horas. (40)

Estancia Hospitalaria

También denominado ESTADÍA, ESTADA o PERMANENCIA. Es el tiempo promedio - en días y fracción de días- que el paciente permanece

hospitalizado ocupando una cama: el tiempo promedio que utiliza un servicio o un hospital para ingresar, diagnosticar, tratar y/o rehabilitar a sus pacientes (el promedio de días que permanece un grupo de pacientes, en general o específico por edad, por servicio, por tipo de enfermedad, etc.). Es típicamente un indicador de proceso, específicamente un indicador de rendimiento del recurso cama, y está estrechamente relacionado con el número de egresos que produce un servicio u hospital en un período dado consecuencia del proceso de gestión en salud. (41)

Días Cama Ocupados (D-C-O) o días Paciente

Se entiende por días-cama-ocupados la suma de los días de hospitalización de los pacientes que estuvieron encamados en un periodo. Es un dato que proporciona el Departamento de Estadística, y es tomado del "censo diario" de pacientes que se realiza diariamente. Para construir este dato, se toma en consideración las camas que están siendo ocupadas por los pacientes que han ingresado a cada servicio, obteniendo así los DCO por día. De modo que los DCO de un mes corresponde a la sumatoria de los DCO que se tuvo en el transcurso de dicho mes (DCO del día 1 + DCO del día 2 + etc.). Es el indicador fundamental de programación de recursos. El Día Cama Ocupado representa la articulación de los recursos que se emplean en la atención del paciente y que determinan los costos de operación: atención médica y de enfermería, alimentación, procedimientos, limpieza, administración de

la cama, etc. Este indicador tiene estrecha relación con otro que analizaremos más adelante denominado: Porcentaje de Ocupación. (42)

Porcentaje de Ocupación – Índice Ocupacional (I.O.)

Es el porcentaje de camas que en promedio están siendo utilizadas durante un período dado, por ejemplo, un día, un mes, un año, etc. (mide el grado de utilización de las camas). Los términos Índice Ocupacional y Porcentaje Ocupacional representan el mismo concepto, aunque pueden tener una expresión matemática discretamente diferente. Está condicionado por dos factores: la dotación de camas y el Promedio de Días Estancia. Es una medida de la racionalidad en el uso de los recursos de inversión (capacidad instalada, representada por la dotación de camas) y de la capacidad institucional para atender la demanda de servicios hospitalarios. Este indicador está relacionado con la presión que ejerce la demanda (población) sobre las camas de hospitalización. Al igual que la estancia promedio, es un indicador de proceso. Por sí solo no se puede considerar al I.O. como una medida de eficiencia ya que puede estar elevado como consecuencia de estancias muy prolongadas, situación poco deseable e indicadora de menor eficiencia. También debe tenerse en cuenta que el porcentaje de ocupación se modifica en relación al tamaño del hospital; en una institución de 25 camas, un ingreso lo eleva considerablemente, mientras que en otro hospital de 250 camas apenas lo modificará. (43)

Instrumentos para Evaluar Calidad de un Servicio

La definición más aceptada de la calidad de un servicio se basa en el concepto de calidad percibida. Parasumaran, Zeithaml y Berry (1985) han definido esta calidad como el juicio global del consumidor acerca de la excelencia del servicio, que resulta de comparar sus expectativas con el resultado real del mismo. A su vez Cronin y Taylor (1992) han propugnado que la calidad percibida se debe entender como la percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio, excluyendo del análisis las expectativas. Estos autores con el ánimo de validar métodos para evaluar la calidad percibida del servicio, han aportado (desde finales de la década de los ochenta) dos destacados instrumentos de medición, la escala de SERVQUAL (Parasumaran, Zeithaml y Berry) y la escala SERVPERF (Cronin y Taylor) esta última surge como herramienta alternativa que permite medir exclusivamente las percepciones del desempeño del servicio. (44)

Instrumentos del Sistema Informático Perinatal (SIP): Historia Clínica Perinatal (HCP)

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los Países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva. En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de

la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte del currículo de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de ginecoobstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Los objetivos del SIP son:

- Servir de base para planificar la atención
- Unificar la recolección de datos adoptando Normas
- Obtener localmente estadísticas confiables
- facilitar la auditoria
- caracterizar a la población asistida

- evaluar la calidad de la atención
- categorizar problemas
- realizar investigaciones epidemiológicas operacionales

Todos los formularios pueden ser impresos desde el Programa SIP2007.

Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente predefinidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo. En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP (ver anexos. Como se explicó en la sección anterior, la HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública. (45)

2.3 Definiciones Conceptuales:

Parto: Expulsión de un feto mayor de 22 semanas, contadas desde el primer día de su última menstruación normal, con un peso mayor de 500 gramos.

Periodo de dilatación: Se inicia cuando el orificio cervical interno alcanza 2 cm; y termina cuando la dilatación es completa, es decir, 10 cm.

Periodo Expulsivo: Se inicia cuando el orificio cervical interno se ha incorporado totalmente al segmento uterino inferior y ya no se palpa al practicar el examen vaginal y culmina con la salida total del feto.

Periodo de Alumbramiento: inicia luego de la salida del feto hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas.

APGAR: Es un sistema de puntuación, basado en 5 parámetros establecidos internacionalmente, que evalúa la necesidad de asistencia médica al recién nacido en los primeros minutos de vida, se obtiene al minuto y a los 5 minutos. Expresa la adaptación cardio-respiratorio y la función neurológica del recién nacido.

Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso inferior a 2 500 gramos. Por ejemplo, prematuros o a término con restricción de crecimiento intrauterino

Desgarro perineal: Desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto, Según su extensión, se clasifica en desgarro perineal de primer grado, cuando afecta solamente a una pequeña parte del periné; de segundo grado, cuando afecta a la musculatura y llega hasta el esfínter externo del ano, y de tercer grado, cuando afecta al esfínter anal.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el momento del estudio. La edad gestacional se expresa en semanas.

Embarazo pre término: Gestación que se encuentra entre 28 y 36 semanas.

Embarazo a término: Gestación entre las 37 y 41 semanas.

Embarazo pos término o pos maduro: Es el que dura más de 42 semanas.

Embarazo de alto riesgo: Embarazo con certeza o probabilidad de sufrir daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal.

Parto eutócico: Parto normal, con feto en presentación cefálica de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda o maniobras especiales, a la madre o al feto.

Parto distócico: parto que no es normal (patológico).

Fiebre puerperal: Temperatura mayor de 38.5°C en las primeras 24 horas pos parto y mayor de 38°C a partir de las 24 horas a 6 semanas pos parto

Legrado uterino: Extracción de tejidos de la cavidad uterina. Pueden ser restos abortivos, restos de alumbramiento incompleto o tejido endometrial.

Líquido amniótico: es el líquido, dentro de las membranas amnióticas, que rodea al embrión en desarrollo y después al feto. Le permite libertad de movimiento y amortigua los golpes que pudiera recibir. Recibe las secreciones del feto, en especial la orina.

Mortalidad Materna: Se refiere a la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después del parto, por cualquier

causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio o por su manejo.

Multigesta: Mujer que ha tenido más de un embarazo.

Multipara: Mujer que ha tenido varios partos.

Muerte intraparto: La muerte fetal o materna que ocurre durante el trabajo de parto.

Muerte neonatal: Muerte del producto desde el momento del nacimiento, hasta que cumple 28 días.

Muerte prenatal: Muerte del producto, desde que el embarazo es mayor de 20 semanas, hasta antes del nacimiento.

Recién nacido o neonato: Producto de la concepción proveniente de un embarazo mayor de 20 semanas (nacido vivo o mortinato) hasta antes de cumplir un mes.

Nulípara: Se dice de la mujer que nunca ha tenido partos.

Nuligesta: Mujer que nunca se ha embarazado.

Oligohidramnios: Cantidad disminuida del líquido amniótico.

Parto: Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un recién nacido y la expulsión de la placenta y membranas amnióticas.

Parto inducido o provocado: cuando las contracciones uterinas se desencadenan mediante la administración de oxitocina.

Parto de producto a término: Expulsión de un feto de 37 a 41 semanas de edad intrauterina y que pesa más de 2 500 gramos.

Parto de producto pre término: Expulsión del feto que ha cumplido 28 semanas y antes de que cumpla 37 semanas. El peso del producto es de 1 000 gramos a menos de 2 500 gramos.

Parto de producto inmaduro: Expulsión del feto después de la semana 20 y antes que cumpla 28. El producto pesa de 500 a menos de 1 000 gramos.

Periodo prenatal: Periodo desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

Polihidramnios: Cantidad excesiva de líquido amniótico (convencionalmente un monto mayor a 1 500 mililitros).

Prematuro: Nacido antes de tiempo

Primigesta o primigravida: Mujer que se encuentra en su primer embarazo.

Primipara: Mujer que ha tenido un parto de un feto viable.

Producto macrosómico: Recién nacido que pesa más de 4 kg.

Producto pos maduro: Es el recién nacido de un embarazo de más de 42 semanas de duración, sin importar el peso del mismo.

Sufrimiento fetal: Cuadro de hipoxia que afecta al feto durante el parto. Se puede diagnosticar mediante el registro de la frecuencia cardiaca fetal, simultáneamente con las contracciones uterinas. El diagnóstico más exacto lo da el estudio del equilibrio ácido base en la sangre del feto.

Alumbramiento: expulsión de la placenta.

Puerperio: Periodo que transcurre desde el parto hasta las 6 semanas pos parto. En ese lapso de tiempo la mujer se recupera de los cambios gestacionales.

2.4 Bases Epistémicas

2.4.1 PARTO

Obstetricia prehistórica: Dado que el parto en aquellas épocas prehistóricas ocurría de manera solitaria, sin acompañamiento, ha de considerarse que esa fue, asimismo, la época pre obstétrica. La mujer primitiva en trance de parto se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nade en frente, sola, en las orillas de los ríos o de las lagunas, o, según las circunstancias, en la soledad del bosque o en la oscuridad de la caverna, padeciendo los dolores sin gritas, pues, las fieras merodeaban muchas veces a su alrededor. La posición instintiva que adoptaba tenía que ser en cuclillas, pues así le era más fácil y productivo pujar. Ella sabía, igualmente de manera instintiva, como lo saben las hembras de otras especies animales, que había que separar a su hijo de la placenta; lo hacía trozando el Cordón umbilical por machucamiento o con el filo de una piedra. El agua, que era para muchas tribus una deidad o elemento purificador, se encargaba de limpiar la sangre de los de la recién parida y del cuerpo del recién nacido. Antes de Nuestra Era: En el papiro de Ebers se consigna que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas. Igual cosa ocurría entre los hebreos, según relata la Tora. En la antigua Grecia, en la época que vivió Hipócrates, las mujeres ejercían la obstetricia y ocultamente la ginecología, que tenía ya verdadera personalidad médica. Existían las obstetrices o Comadronas y las *feminae medicae* o ginecólogas. Las primeras atendían los partos sencillos, pero

debían llamar a los médicos cuando surgían complicaciones; las segundas eran expertas en las enfermedades propias de la mujer. Siglo XX: En 1847 un ginecólogo y partero de Edimburgo, James Young Simpson (1811-1870), utiliza por primera vez el éter en obstetricia y luego el cloroformo. Solo cuando la reina victoria de Inglaterra dio a luz en 1853 al príncipe Leopoldo bajo los efectos de dicho agente anestésico, se consolidó Su empleo. En Viena el húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) llama la atención sobre los beneficios que deriva el lavado de las manos con una solución de cloruro de calcio, antes de atender los partos. Como consecuencia, decrece asombrosamente la mortalidad por fiebre puerperal. Con esta observación nace la antisepsia. (46)

Parto en el Perú: Desde los inicios de la humanidad el nacimiento de los seres humanos se ha efectuado en posición vertical. Durante el S. XVII, en muchos países de Europa, se cambió la posición para el parto, con la finalidad de resolver algunos problemas durante el período expulsivo y evitar así la demora en la salida del feto; llegando incluso a utilizar cierto instrumental como el Fórceps para la asistencia externa del parto vaginal, hoy esta práctica ha ido en desuso. En el Perú, tradicionalmente el parto se realizaba en forma vertical, conducido únicamente por la mayoría de la fisiología. Esto se evidencia a través de las cerámicas dejadas por nuestros antepasados, donde se representaban a las nativas momentos antes del parto; así como a las encargadas de los cuidados maternos, antes y después del alumbramiento. El parto se efectuaba por gravedad, lo que acusa un perfecto conocimiento clínico en su forma más fácil y

normal. En una cerámica representada se ve al marido que sujeta a la esposa por los flancos del vientre, sin duda para hacerle masajes y ayudarla para el alumbramiento, y a la partera dedicada con vigilante atención a la evacuación del nuevo ser. Junto a la parturienta están los utensilios y cajas que servían para estos casos. En cuanto a la expresión del trance, la faz de la mujer acusa los agudos dolores del alumbramiento. Con la llegada de la medicina occidental, se sustituye este proceso natural por un conjunto de técnicas para hacerlo horizontal. Sin embargo, algunas regiones han conservado su costumbre ancestral que hoy tal vez sea bueno estudiar y difundir; tratando de que el Parto Vertical recupere la capacidad y la confianza en la propia naturaleza, sin renunciar a la tecnología, sino reservándola para las complicaciones y los casos de riesgo. (47)

2.4.2 ESTANCIA HOSPITALARIA

Para los años 4000 a. c., las religiones habían identificado a algunas de sus deidades con capacidades curativas. El templo de Saturno, y más tarde el templo de Esculapio en Asia Menor, fueron reconocidos como tales centros de curación. Luego, los hospitales brahmánicos fueron establecidos en Sri Lanka aproximadamente en el año 431 a. c., y el rey Aśoka estableció una cadena de hospitales en la península indostánica alrededor de 230 a. c. Para los Años 100 a. C., se establecieron los hospitales romanos para el tratamiento de sus soldados

enfermos o heridos. En el mundo islámico medieval, la palabra "bimaristán" se utilizó para indicar un establecimiento hospitalario donde los enfermos fueron recibidos, atendidos y tratados por personal cualificado. El hospital público en Bagdad se abrió durante el Califato Abasí de Harún al-Rashid en el siglo VIII. Los hospitales medievales en Europa siguieron un patrón similar a la bizantina financiadas por las comunidades religiosas, con la atención prestada por monjes y monjas. Algunos hospitales eran multifuncionales, mientras que otros fueron fundados para fines específicos, tales como hospitales de leprosos o como refugio para los pobres o para los peregrinos: no solo para los cuidados de los enfermos. Desde el siglo XV el hospital medieval presentó una separación entre la institución dedicada a la asistencia de los enfermos y los albergues para pobres, ambas bajo responsabilidad de la comunidad y no de la Iglesia. A partir del siglo XVIII los hospitales fueron centro de renovaciones gerenciales al abrir sus puertas a estudiantes y profesionales no-residentes con un énfasis en la opinión multidisciplinaria para el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad. Indicadores de gestión hospitalaria: La actividad de un hospital se mide con indicadores como el número de ingresos, las camas presupuestadas en comparación con las ocupadas, estancias hospitalarias promedias, mortalidad por servicios, reingresos, sus recursos humanos, tecnológicos, materiales, financieros, etc. A estos indicadores se unen otros subjetivos que tienen en cuenta la satisfacción del paciente atendido, los cuales pueden analizarse desde de una perspectiva clínica, es decir, el nivel de

aceptación de los usuarios basado en criterios de validez, y de una perspectiva estadística por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR), por ejemplo. Estos indicadores y otros diseñados por iniciativa de ciertos hospitales, se utilizan fundamentalmente como instrumentos de gestión hospitalaria, permitiendo identificar la actividad diaria y permitir fijar objetivos y monitorizar la actividad global de sus servicios. (48)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

DESCRIPTIVA.

Describe la satisfacción percibida por las puérperas con el tiempo de estancia hospitalaria postparto con respecto a su atención perinatal

1. Por la formulación de los modelos estadísticos para describir y caracterizar las variables: Dependiente e independiente.
2. Por la aplicación de un Cuestionario, buscando la correlación entre ambas variables.
3. Por la aplicación la encuesta SERVPERF de la satisfacción de la atención recibida ya validada y usada en estudios similares, la cual consta de 22 preguntas comprendidas en 05 dimensiones: Respuesta rápida, empatía, seguridad, confianza y elementos tangibles.
4. Por la aplicación del protocolo de investigación de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco.

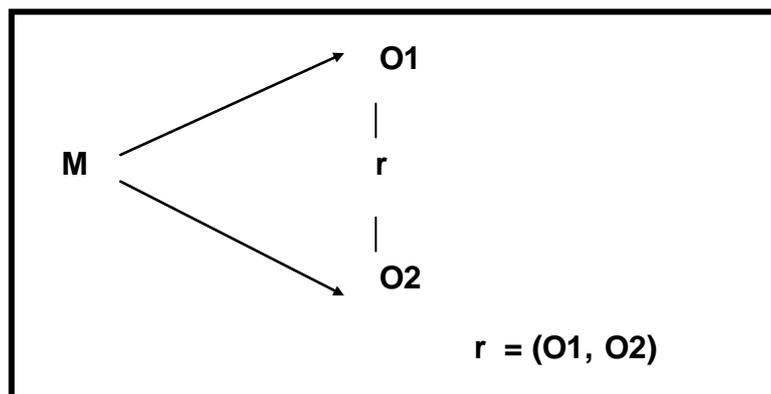
3.2 Nivel de Investigación

DESCRIPTIVO – CORRELACIONAL

En cuanto trata de caracterizar y establecer la correlación entre las variables y sus dimensiones:

3.3 Diseño y esquema de Investigación

El diseño de investigación es no experimental, modalidad Descriptivo – Correlacional, que modela la forma de la implementación y ejecución del proceso investigativo, cuyo esquema lineal es la siguiente: (Sánchez y Reyes. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. pág. 89).



Donde:

M1 = Muestra de las puérperas de parto vaginal

O1 = Medición del impacto de la atención del parto

O2 = Medición de la estancia hospitalaria

r = Correlación entre la información O1 y O2

3.4 Población y muestra

3.4.1 POBLACIÓN

La población en estudio es de 50 puérperas de parto vaginal hospitalizadas en el servicio de Obstetricia a del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz; 29 con estancia hospitalaria post parto menor de 24 horas (alta precoz) y 11 con estancia hospitalaria pos

parto entre 24 y 48 horas (alta estándar) y 10 con estancia hospitalaria mayor de 48 horas (alta prolongada)

3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las puérperas que deseen participar en dicho estudio y por voluntad propia.

Puérperas que ingresaron al Servicio de Obstetricia luego del parto ocurrido en el mismo HIOMM desde enero del 2016

Puérpera de Parto vaginal no instrumentado, presentación cefálica, iniciación trabajo de parto espontáneo o inducido, alumbramiento completo espontáneo o dirigido, con o sin episiotomía, no desgarro de IV grado y APGAR RN mayor de 3

Puérperas con estancia hospitalaria menor o igual a 48 horas

Puérperas cuyo establecimiento de origen es el HIOMM (residencia próxima al hospital)

Puérperas de parto vaginal sin complicaciones ocurrido en el HIOMM

Puérperas sin complicaciones durante su estancia hospitalaria

Puérperas no adolescentes (mayores de 19 años)

Puérperas de parto vaginal sin complicaciones

Puérperas de parto único y cefálico

Puerperio clínico sin complicaciones durante su estancia hospitalaria

Puérperas con estancia hospitalaria no mayor de 48 horas

3.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Puérperas que no desean participar en el estudio

Puérperas adolescentes (menor o igual a 19 años)

Puérperas que fueron referidas (completaron hospitalización pos parto en otro hospital)

Puérperas de parto ocurrido en lugar distinto al HIOMM

Puérperas que tuvieron complicaciones durante el parto y/o estancia hospitalaria en el HIOMM

Puérperas de parto por Cesárea

Puérperas que solicitaron retiro voluntario

Puérperas con patología previa que requiere seguimiento en el puerperio (por ejemplo HTA, Diabetes mellitus, otros)

3.5 Tamaño de la muestra

MUESTRA DE TIPO NO PROBABILISTICA:

Es por conveniencia o intención

3.6 Instrumento de recolección de datos

Se aplicará el Formato del Sistema de Vigilancia Perinatal – EsSalud abreviado , es decir se reducirá algunos ítems como el nombre de la paciente, el autogenerado y los criterios de exclusión como datos referidos a cesárea, complicaciones

Se aplicará un cuestionario en base al SERVPERF (SERVICE PERFORMANCE), para evaluar la calidad percibida de los servicios de salud.

Para el estudio de satisfacción de las puérperas se considera la valoración del propio instrumento SERVPERF aplicado a las usuarias, que consiste en 22 preguntas comprendidas en 5 dimensiones y serán contestadas bajo los siguientes parámetros:

- Satisfacción amplia (6)
- Satisfacción moderada (5)
- Satisfacción (4)

- Insatisfacción leve (3)
- Insatisfacción moderada (2)
- Insatisfacción severa (1)

El puntaje total se sumará y al promedio resultante de todas las encuestas se comparará con los parámetros arriba expuestos para determinar el grado de satisfacción o insatisfacción general de la usuaria.

Las 05 dimensiones a evaluar se describen a continuación:

- **Respuesta rápida:** Es la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Preguntas 1 a 3.
- **Empatía:** Atención individualizada que ofrecen los proveedores a sus consumidores. Agrupa otras sub-dimensiones como accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario. Preguntas 4 a 6.
- **Seguridad:** Son los conocimientos y atención mostrados por los empleados (en este caso profesionales de la salud), y el nivel de habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Preguntas 7 a 14.
- **Confianza:** Es la habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Preguntas 15 a 19.
- **Elementos tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. Preguntas 20 a 22.

3.7 Técnicas e Instrumentos a emplear para la recolección de la información

Para la recolección de datos se utilizará como herramienta de trabajo la encuesta, personal, confidencial, autorizada y anónima, respondiendo un cuestionario.

El Instrumento utilizado es el SERVPERF (SERVICE PERFORMANCE), elaborado para evaluar la atención de los servicios de salud.

- Asimismo, Solicitar a la dirección y entidades administrativas responsables, la autorización para obtener los datos necesarios de las

puérperas de parto vaginal hospitalizadas en el Centro Obstétrico del HIOMM

- Presentación de tres impresiones en originales del proyecto y los documentos de aceptación para iniciar la ejecución del proyecto.
 - Seleccionar a los participantes del estudio según criterios de inclusión y exclusión.
 - Aplicación del instrumento para la obtención de las respuestas.
 - Tabulaciones de los datos del instrumento llenados por las puérperas de parto vaginal hospitalizadas en el Centro Obstétrico del HIOMM
-
- Procesamiento de los datos.
 - Elaboración del informe final para la sustentación.

CUADRO N° 1

LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A EMPLEAR PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fuentes	Técnicas	Instrumentos	Ítems
Bibliográficas – Hemerográficas Virtuales	– Llenado de los instrumentos – Exploración Virtual	– Fichas Bibliográficas – Páginas Web	48 ítems
Puérperas dadas de Alta	Test	SERVPERF	22 preguntas
Puérperas dadas de Alta	Test	Ficha de recolección de datos	38 preguntas

CUADRO N° 2

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

ETAPAS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
A Procesamiento de la Información y Elaboración de datos	Técnicas estadísticas	Tablas –Cuadros– Gráficas Estadígrafos descriptivos Estadígrafos de dispersión
B Análisis e Interpretación	De la Descripción De la Explicación De la Correlación	Estadígrafos descriptivos Proporciones, ratios. Coeficientes de correlación
C Sistematización y Redacción del Informe	Protocolo del Informe de Investigación.	Tablas – Cuadros de priorización, de análisis e interpretación de los resultados
D Presentación y defensa del Informe	Protocolo de sustentación.	Equipo de proyección y sonido Fichas de resumen Documentos sustentatorios

Destacándose el análisis estadístico, que incluye las siguientes actividades:

- Historia clínica perinatal y encuesta SERV PERF para obtención de la información validada
- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos
- Uso de tablas de contingencia
- Representación Gráfica
- Análisis e interpretación descriptivo – Correlacional de los resultados.
- Síntesis y estimación de los resultados y pruebas de hipótesis y contrastación.
- Se usó para el análisis, la desviación estándar

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4 RESULTADOS: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION

4.1. Resultados del trabajo de campo

PLANEAMIENTO: Los permisos a las autoridades del Hospital por llevarse a cabo allí dicho estudio, lo cual es revisada por las autoridades del comité de ética para autorizar la realización de dicho estudio.

EJECUCION: Selección de las participantes del estudio según criterios de inclusión para informarles sobre el estudio y previo consentimiento informado aplicación del instrumento para la obtención de las respuestas, luego de haber concluido la etapa de recolección de datos, estos datos fueron tabulados, para ser sometidos al Excel y SSPSS 21.

EVALUACION: La evaluación se realizó mediante los problemas. Planteados, los Objetivos e hipótesis mencionadas, ya que todos los datos tabulados con sus dimensiones se presentaron en cuadros de frecuencia, contingencia, y cuadros de correlaciones gráficos correspondientes con sus respectivas interpretaciones.

Los cuadros y gráficos van presentados de acuerdo a las variables, la independiente y la dependiente, cada uno de ellos con sus respectivas interpretaciones.

Asimismo se ha elaborado la contrastación de hipótesis con la distribución Chi cuadrada, mediante la bondad de ajustes. Tanto para la Hipótesis general y específicas dando respuesta a cada una de las preguntas planteadas.

4.2. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

EL PROCESAMIENTO DE DATOS SE GENERÓ APARTIR DE LOS RESULTADOS SIGUIENTES:

Tablas de frecuencia de la Variable independiente Atención del parto en las puérperas de parto vaginal:

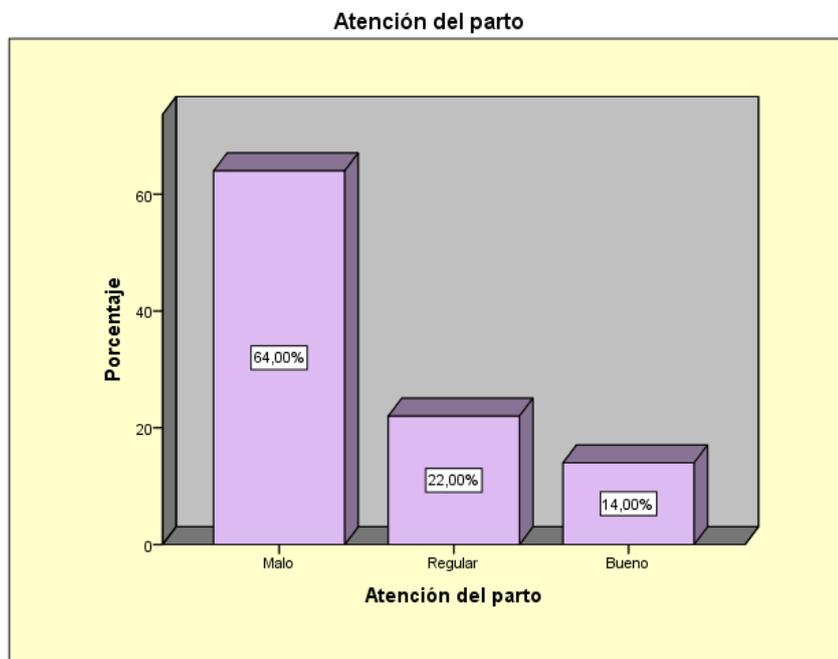
ATENCIÓN DEL PARTO (SATISFACCIÓN) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 1: Atención del parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	32	64,0	64,0	64,0
Regular	11	22,0	22,0	86,0
Bueno	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Grafica No 1:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 64% es malo en la atención del parto, el 22% es regular en la atención del parto, el 14% es bueno en la atención del parto.

Tablas de frecuencia de la Variable dependiente Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal:

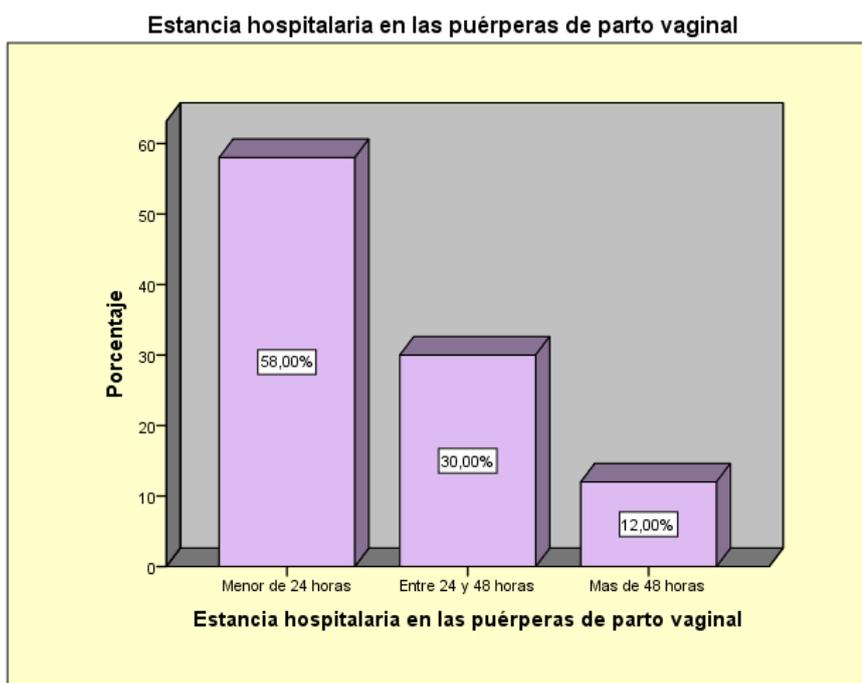
ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 2: Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menor de 24 horas	29	58,0	58,0	58,0
Entre 24 y 48 horas	15	30,0	30,0	88,0
Más de 48 horas	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 2:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 58% tienen menor de 24 horas de estancia hospitalaria en las puérperas de parto, el 30% tienen entre de 24 y 48 horas de estancia hospitalaria en las puérperas de parto y el 12% tienen más de 48 horas de estancia hospitalaria en las puérperas de parto.

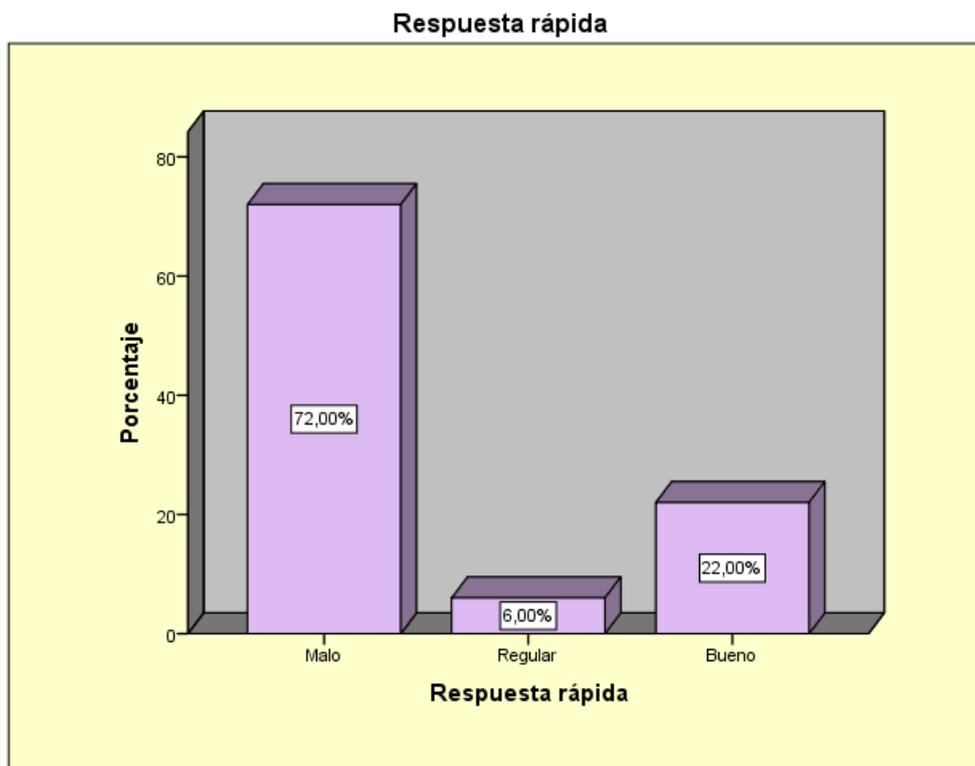
ATENCIÓN DEL PARTO (RESPUESTA RÁPIDA) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 3: Respuesta rápida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	36	72,0	72,0	72,0
Regular	3	6,0	6,0	78,0
Bueno	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 3:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 72% es malo a las respuestas rápidas, el 22% es bueno a las respuestas rápidas y el 6% es regular a las respuestas rápidas.

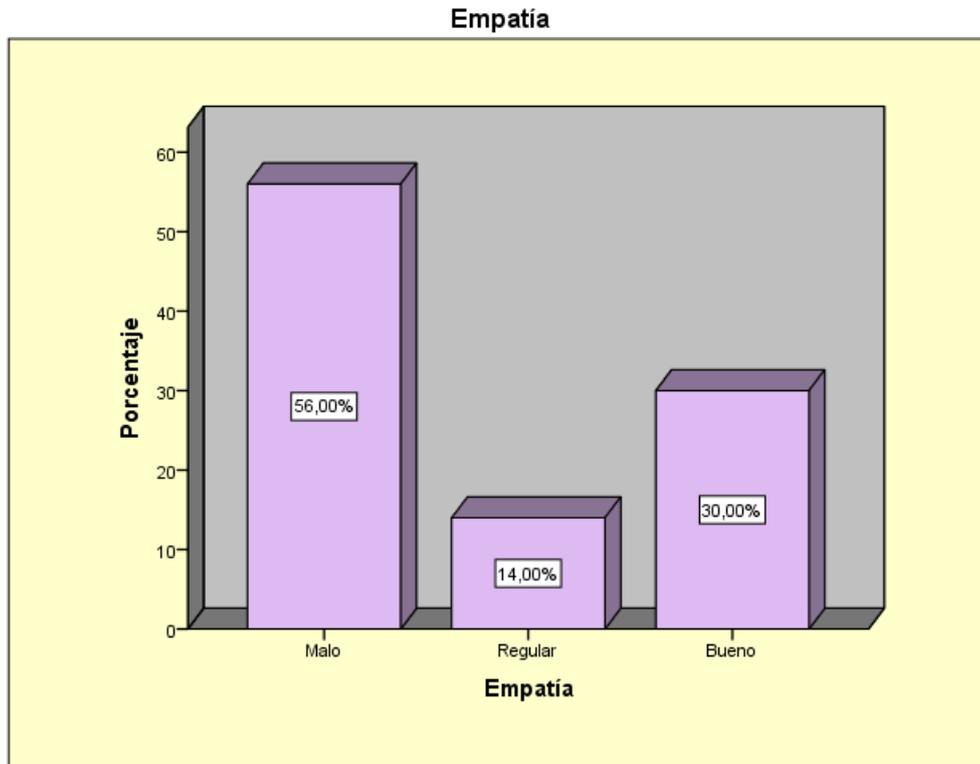
**ATENCIÓN DEL PARTO (EMPATÍA) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL.
SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT.
AÑO 2015**

Tabla No 4:Empatía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	28	56,0	56,0	56,0
Regular	7	14,0	14,0	70,0
Bueno	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 4:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 56% es malo en relación a la empatía, el 30% es bueno en relación a la empatía y el 14% es regular en relación a la empatía.

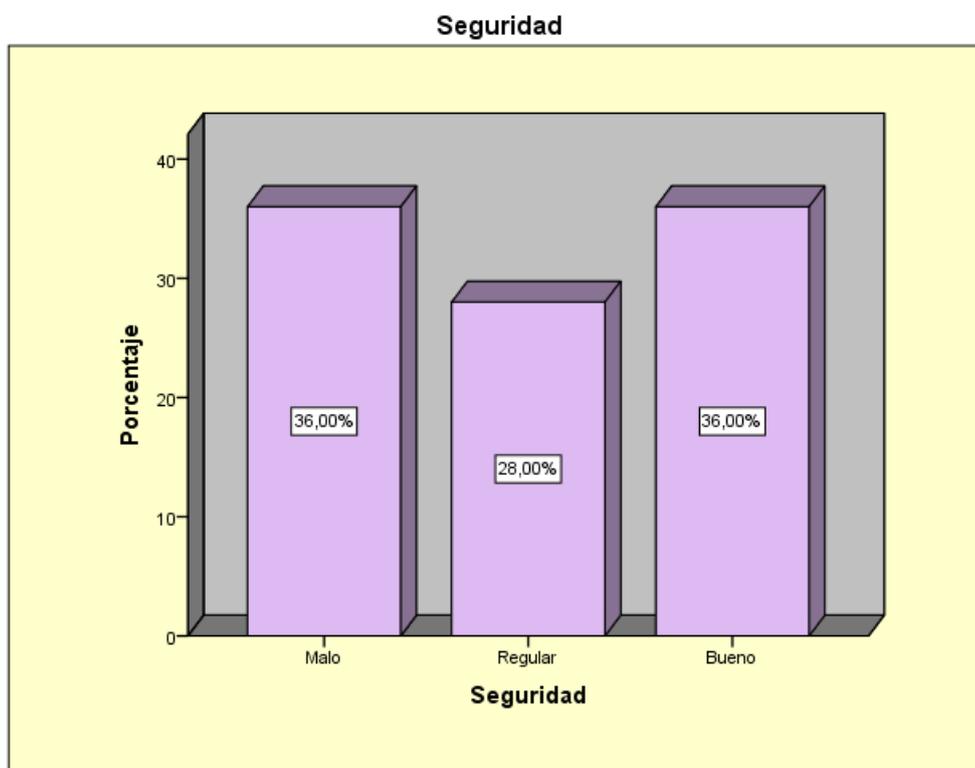
**ATENCIÓN DEL PARTO (SEGURIDAD) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL.
SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT.
AÑO 2015**

Tabla No 5:Seguridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	18	36,0	36,0	36,0
Regular	14	28,0	28,0	64,0
Bueno	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 5:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 36% es malo en relación a la seguridad, el 36% es bueno en relación a la seguridad y el 28% es regular en relación a la seguridad.

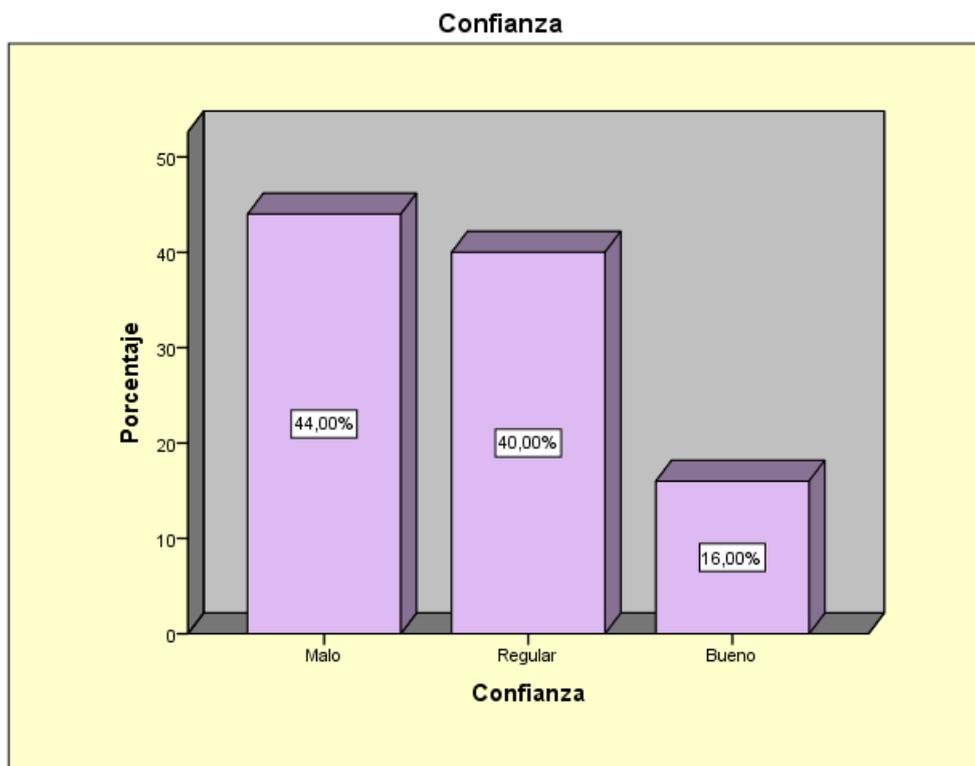
**ATENCIÓN DEL PARTO (CONFIANZA) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL.
SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT.
AÑO 2015**

Tabla No 6:Confianza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	22	44,0	44,0	44,0
Regular	20	40,0	40,0	84,0
Bueno	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 6:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 44% es malo en relación a la confianza, el 40% es regular en relación a la confianza y el 16% es bueno en relación a la confianza.

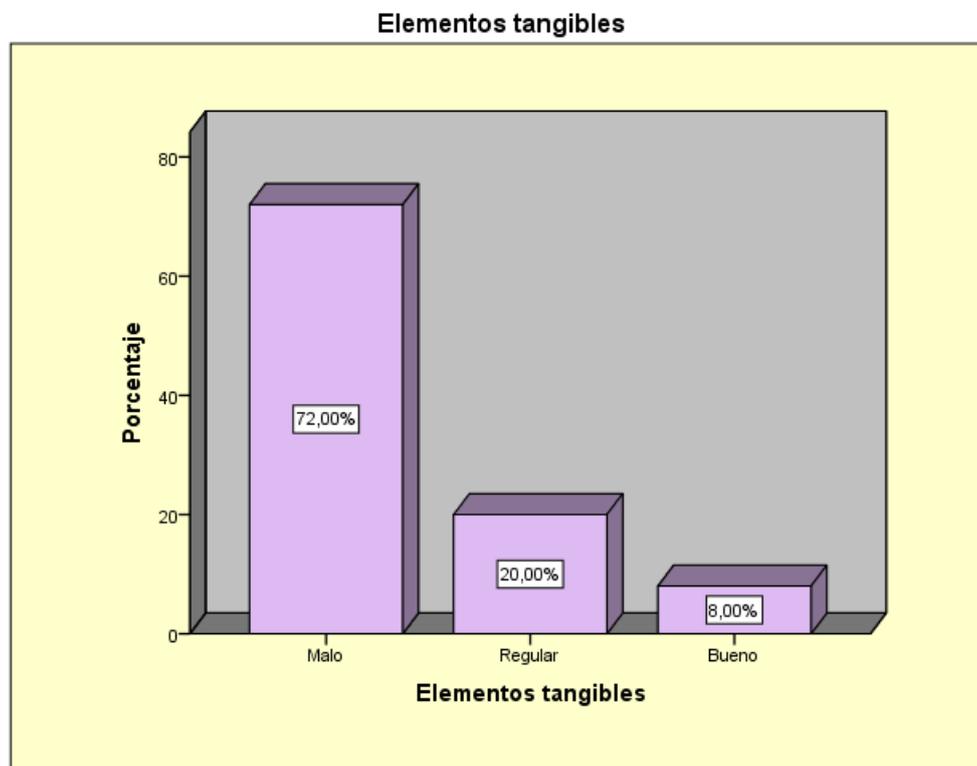
ATENCIÓN DEL PARTO (ELEMENTOS TANGIBLES) EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 7:Elementos tangibles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	36	72,0	72,0	72,0
Regular	10	20,0	20,0	92,0
Bueno	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 7:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 72% es malo en relación a los elementos tangibles, el 20% es regular en relación a los elementos tangibles y el 8% es bueno en relación a los elementos tangibles.

Tablas de frecuencias cruzadas

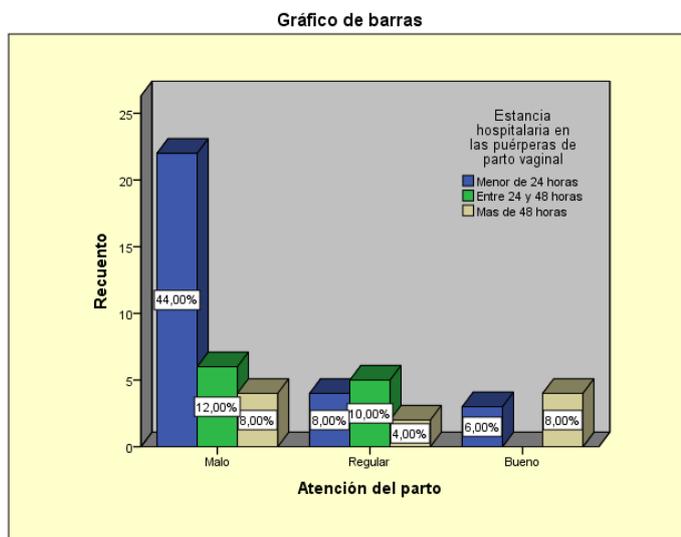
LA ATENCIÓN DEL PARTO CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 8: Tabla de contingencia Atención del parto * Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
Atención del parto	Malo	Recuento	22	6	4	32
		% del total	44,0%	12,0%	8,0%	64,0%
	Regular	Recuento	4	5	2	11
		% del total	8,0%	10,0%	4,0%	22,0%
	Bueno	Recuento	3	0	4	7
		% del total	6,0%	0,0%	8,0%	14,0%
Total	Recuento	29	11	10	50	
	% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 8:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 44% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es menor de 24 horas, la atención del parto es malo, el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, la atención del parto es malo y el 8% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es más de 48 horas, la atención del parto es malo.

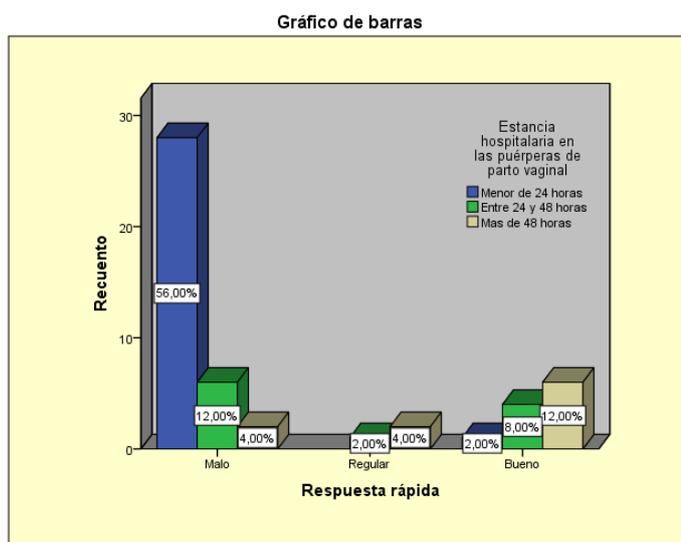
LA RESPUESTA RAPIDA CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 9: Tabla de contingencia Respuesta rápida * Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
Respuesta rápida	Malo	Recuento	28	6	2	36
		% del total	56,0%	12,0%	4,0%	72,0%
	Regular	Recuento	0	1	2	3
		% del total	0,0%	2,0%	4,0%	6,0%
	Bueno	Recuento	1	4	6	11
		% del total	2,0%	8,0%	12,0%	22,0%
Total		Recuento	29	11	10	50
		% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 9:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 56% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es menor de 24 horas, la respuesta rápida es malo, el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, la respuesta rápida es malo y el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es más de 48 horas, la respuesta rápida es bueno.

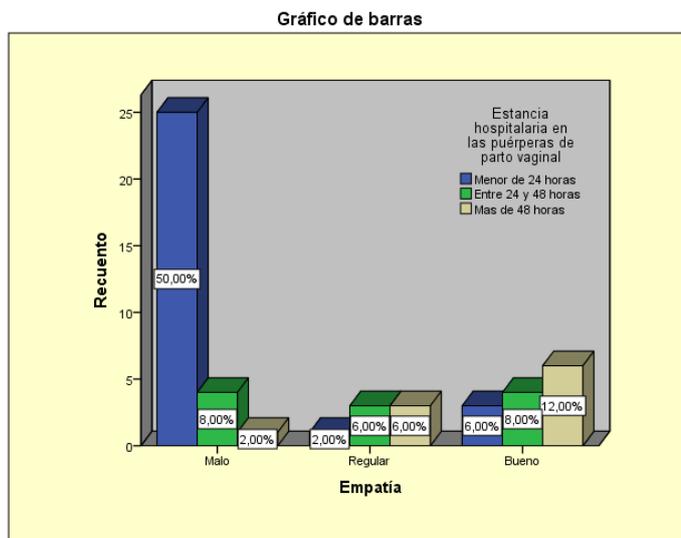
LA EMPATÍA CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

**Tabla No 10: Tabla de contingencia
Empatía * Estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal**

		Estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal			Total	
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
Malo	Recuento	25	4	1	30	
	% del total	50,0%	8,0%	2,0%	60,0%	
	Empatía Regular	Recuento	1	3	3	7
Empatía Regular	% del total	2,0%	6,0%	6,0%	14,0%	
	Bueno	Recuento	3	4	6	13
Bueno	% del total	6,0%	8,0%	12,0%	26,0%	
	Total	Recuento	29	11	10	50
		% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 10:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 50% considera que cuando la estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal es menor de 24 horas, la empatía es malo, el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal es más de 48 horas, la empatía es bueno y el 8% considera que cuando la estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, la empatía es bueno.

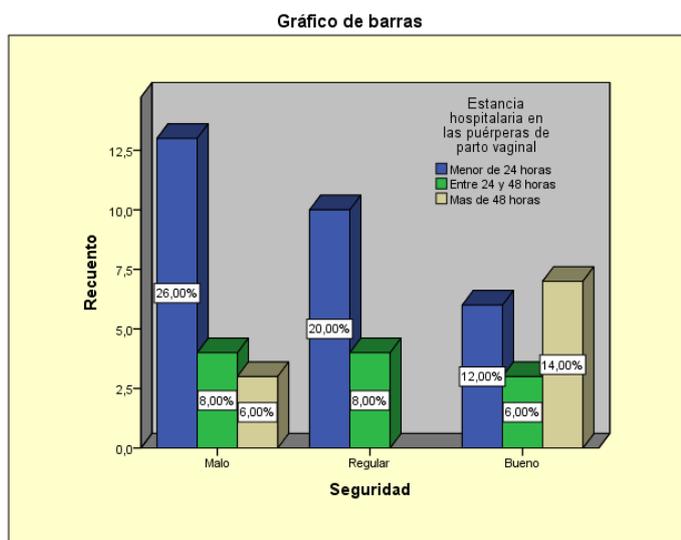
LA SEGURIDAD CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 11: Tabla de contingencia Seguridad * Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
Seguridad	Malo	Recuento	13	4	3	20
		% del total	26,0%	8,0%	6,0%	40,0%
	Regular	Recuento	10	4	0	14
		% del total	20,0%	8,0%	0,0%	28,0%
	Bueno	Recuento	6	3	7	16
		% del total	12,0%	6,0%	14,0%	32,0%
Total	Recuento	29	11	10	50	
	% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 11:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 26% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es menor de 24 horas, la seguridad es malo, el 14% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es más de 48 horas, la seguridad es bueno y el 8% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, la seguridad es regular.

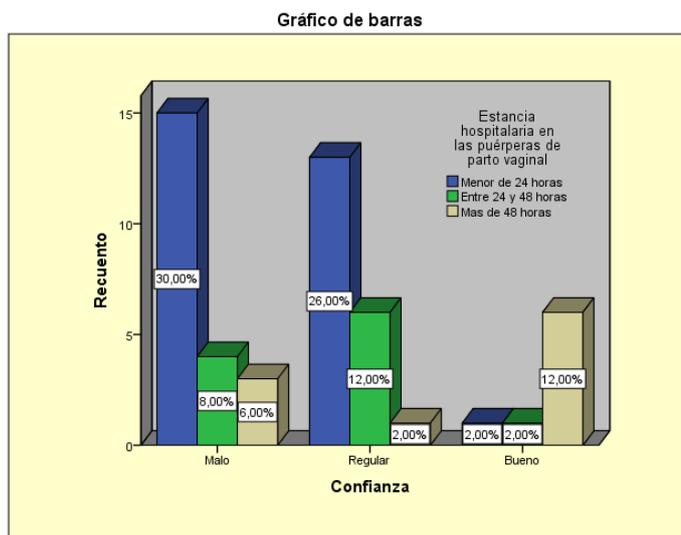
LA CONFIANZA CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

**Tabla No 12:Tabla de contingencia
Confianza * Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal**

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas	
Malo	Recuento	15	4	3	22
	% del total	30,0%	8,0%	6,0%	44,0%
Confianza Regular	Recuento	13	6	1	20
	% del total	26,0%	12,0%	2,0%	40,0%
Bueno	Recuento	1	1	6	8
	% del total	2,0%	2,0%	12,0%	16,0%
Total	Recuento	29	11	10	50
	% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 12:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 30% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es menor de 24 horas, la confianza es malo, el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es más de 48 horas, la confianza es bueno y el 12% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, la confianza es regular.

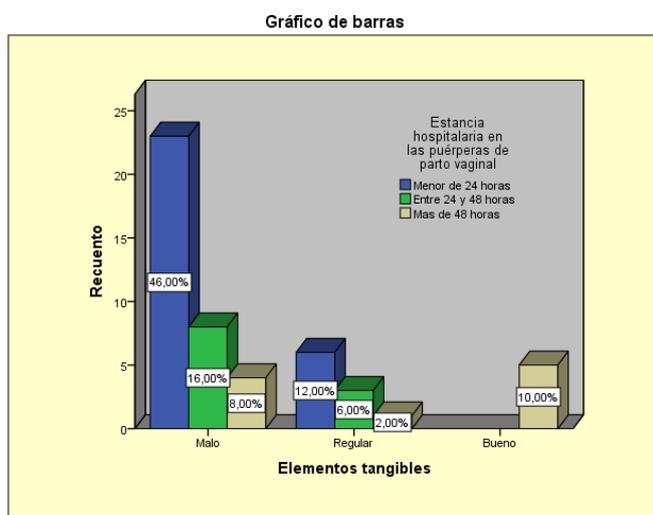
LOS ELEMENTOS TANGIBLES CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL. SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT. AÑO 2015

Tabla No 13: Tabla de contingencia Elementos tangibles * Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
Elementos tangibles	Malo	Recuento	23	8	4	35
		% del total	46,0%	16,0%	8,0%	70,0%
	Regular	Recuento	6	3	1	10
		% del total	12,0%	6,0%	2,0%	20,0%
	Bueno	Recuento	0	0	5	5
		% del total	0,0%	0,0%	10,0%	10,0%
Total	Recuento	29	11	10	50	
	% del total	58,0%	22,0%	20,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 13:



Interpretación:

De la encuesta aplicada se tiene que el 46% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es menor de 24 horas, los elementos tangibles es malo, el 16% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es entre de 24 y 48 horas, los elementos tangibles es malo y el 10% considera que cuando la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal es más de 48 horas, los elementos tangibles es bueno.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS Y CONTRASTACIÓN

4.3.1 CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS GENERAL

I Formulación de la hipótesis general

a) Hipótesis general:

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
	Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas		
	Malo	22	6		4
Atención del parto	Regular	4	5	2	11
	Bueno	3	0	4	7
Total	29	11	10	50	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,993 ^a	4	,017
Razón de verosimilitudes	11,527	4	,021
Asociación lineal por lineal	5,251	1	,022
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,40.

Contrastación

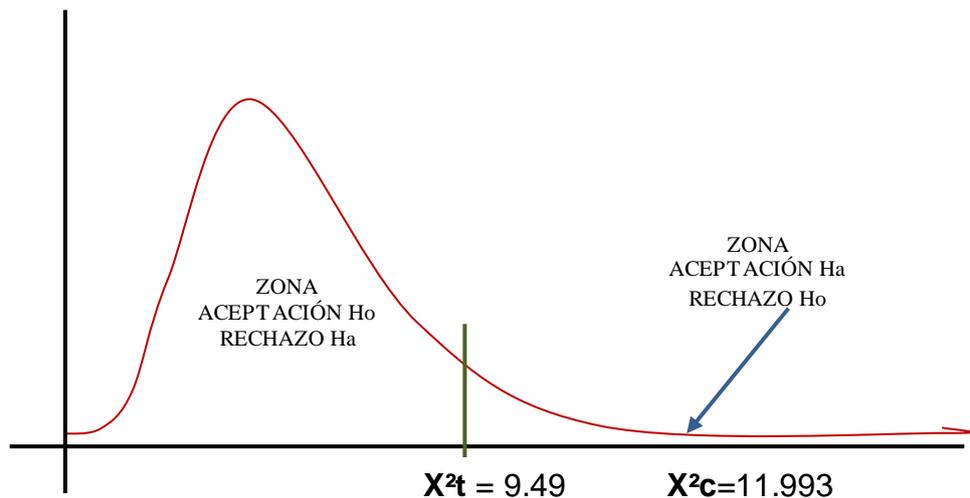
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.993 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Atención del parto
		Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,313*
Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal		N	50
		Coefficiente de correlación	,313*
		Sig. (bilateral)	,027
Atención del parto		N	50

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.313; es decir a mayor atención del parto mejor es la estancia hospitalaria en las puérperas de parto. Así mismo comprobamos que existe una relación de 31.3%.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.027$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, comprobando si existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

4.3.2 Formulación de la hipótesis específica

I Formulación de la hipótesis específicas 1

a) Hipótesis específica 1

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto (respuesta rápida) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto (respuesta rápida) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%.

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas	
Respuesta rápida	Malo	28	6	2	36
	Regular	0	1	2	3
	Bueno	1	4	6	11
Total		29	11	10	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,963 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	25,976	4	,000
Asociación lineal por lineal	20,659	1	,000
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

Contrastación

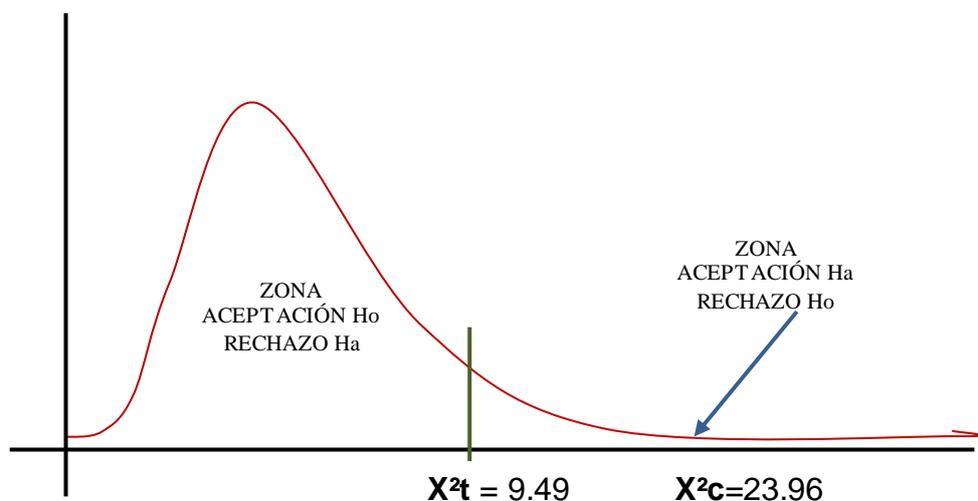
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($23.963 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto (respuesta rápida) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Respuesta rápida
Rho de Spearman	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,672**
		N	50
	Respuesta rápida	Coeficiente de correlación	,672**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (respuesta rápida) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.672; es decir a mejor atención del parto (respuesta rápida) o mayor es la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 67.2% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que la atención del parto (respuesta rápida) si se relaciona con la información recibida del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

I Formulación de la hipótesis específicas 2

a) Hipótesis específica 2

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%.

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Estancia hospitalaria en las púerperas de parto vaginal			Total
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Mas de 48 horas	
Empatía	Malo	25	4	1	30
	Regular	1	3	3	7
	Bueno	3	4	6	13
Total		29	11	10	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,664 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	23,491	4	,000
Asociación lineal por lineal	17,477	1	,000
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,40.

Contrastación

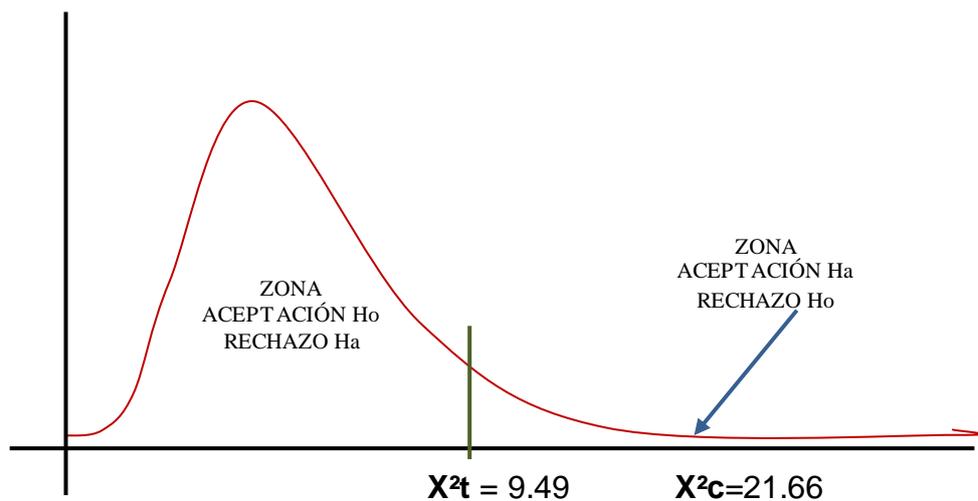
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($21.664 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones

			Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Empatía
	Coeficiente de correlación		1,000	,625**
	Sig. (bilateral)		.	,000
Rho de Spearman	N		50	50
Empatía	Coeficiente de correlación		,625**	1,000
	Sig. (bilateral)		,000	.
	N		50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.625; es decir a mejor la atención del parto (empatía) mayor la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 62.5% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que la atención del parto (empatía) si se relaciona con la información recibida del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

I Formulación de la hipótesis específicas 3

a) Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto (seguridad) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto (seguridad) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%.

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas	
Seguridad	Malo	13	4	3	20
	Regular	10	4	0	14
	Bueno	6	3	7	16
Total		29	11	10	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,714 ^a	4	,046
Razón de verosimilitudes	11,496	4	,022
Asociación lineal por lineal	3,884	1	,049
N de casos válidos	50		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.

Contrastación

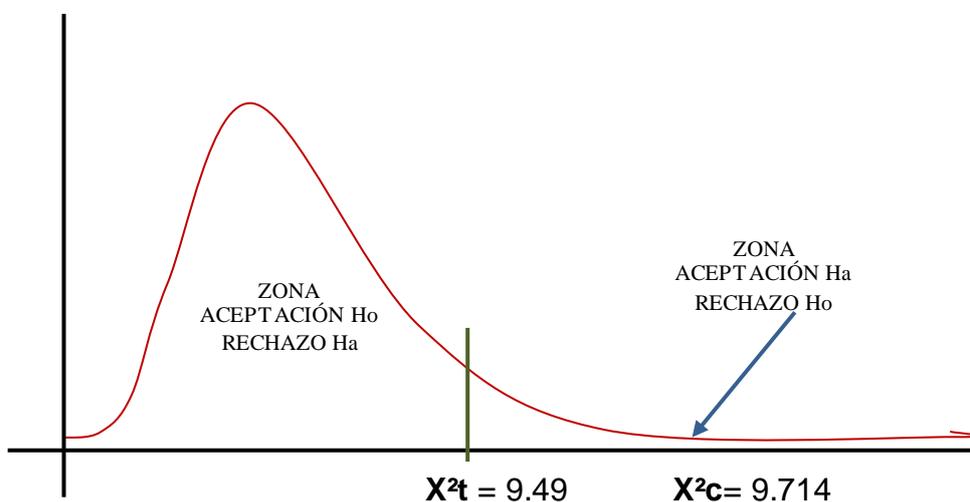
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($9.714 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto (seguridad) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Segurida d
Rho de Spearman	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,258
		N	50
	Seguridad	Coeficiente de correlación	,070
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	50

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (seguridad) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.258; es decir mejor la atención del parto (seguridad) mayor es la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 25.8% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que la atención del parto (seguridad) si se relaciona con la información recibida del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

I Formulación de la hipótesis específicas 4

a) Hipótesis específica 4

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto (en confianza) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto (en confianza) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%.

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde: X^2 = Chi cuadrado O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento) E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total	
	Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Mas de 48 horas		
	Malo	15	4		3
Confianza	Regular	13	6	1	20
	Bueno	1	1	6	8
Total	29	11	10	50	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,269 ^a	4	,001
Razón de verosimilitudes	16,602	4	,002
Asociación lineal por lineal	8,065	1	,005
N de casos válidos	50		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,60.

Contrastación

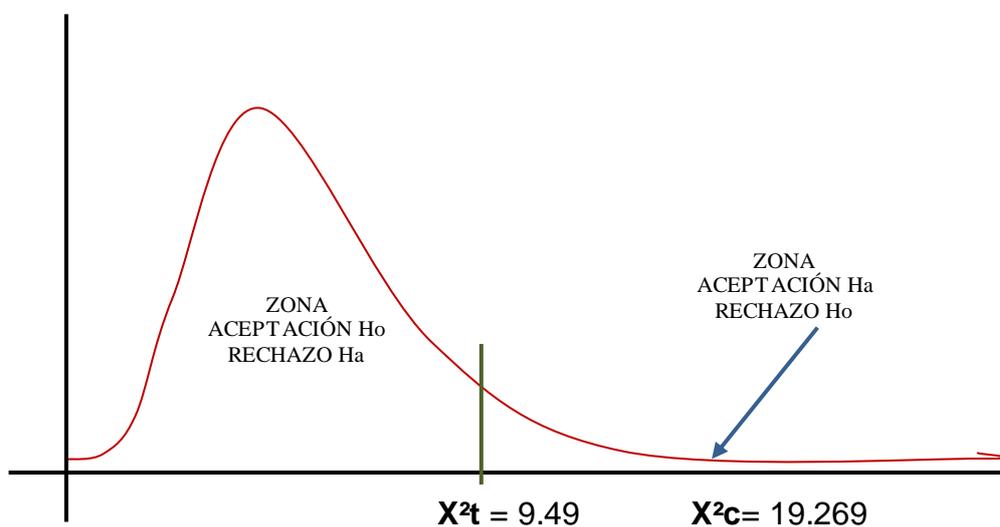
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($19.269 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto (en confianza) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las púerperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

		Correlaciones		
			Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Confianza
Rho de Spearman	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Coeficiente de correlación	1,000	,343*
		Sig. (bilateral)	.	,015
		N	50	50
		Coeficiente de correlación	,343*	1,000
	Confianza	Sig. (bilateral)	,015	.
		N	50	50

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (en confianza) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.343; es decir a mejor principio la atención del parto (en confianza) mayor es la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 34.3% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.015$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que la atención del parto (en confianza) si se relaciona con la información recibida del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

I Formulación de la hipótesis específicas 5

a) Hipótesis específica 5

Ho: No existe relación directa y significativa entre la atención del parto (con elementos tangibles) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre la atención del parto (con elementos tangibles) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

b) Determinación del nivel de confiabilidad de la prueba:

Se asume el nivel de confiabilidad al 95%.

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde: $X^2 =$ Chi cuadrado $O_i =$ Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento) $E_i =$ Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal			Total
		Menor de 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas	
Elementos tangibles	Malo	23	8	4	35
	Regular	6	3	1	10
	Bueno	0	0	5	5
Total		29	11	10	50

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,454 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	18,855	4	,001
Asociación lineal por lineal	11,127	1	,001
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,00.

Contrastación

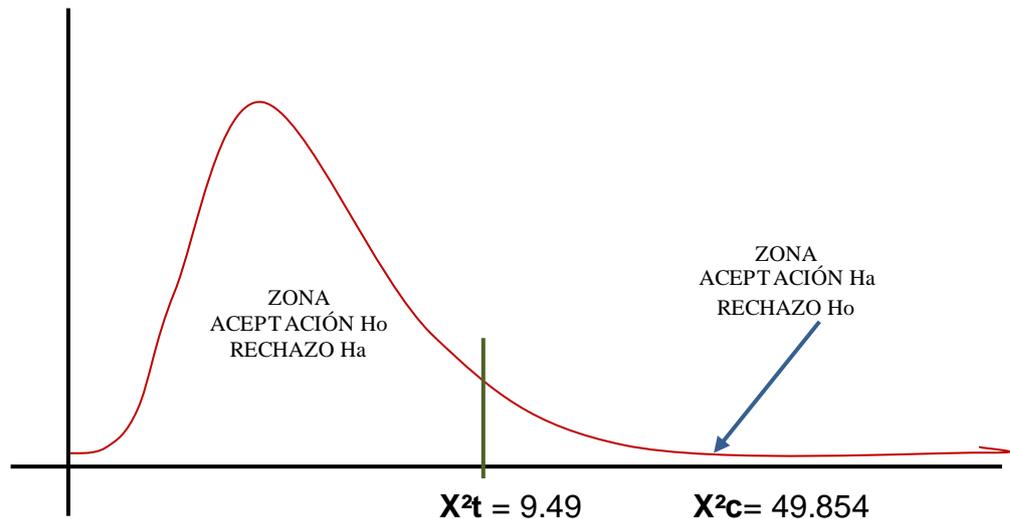
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 4 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 9.49.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($49.854 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre la atención del parto (con elementos tangibles) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las púerperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones

		Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Elementos tangibles
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000
	Estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal	Sig. (bilateral)	,360*
		N	50
	Elementos tangibles	Coefficiente de correlación	,360*
		Sig. (bilateral)	,010
		N	50

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (con elementos tangibles) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.360; es decir a mejor atención del parto (con elementos tangibles) mayor estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 36.0% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que la atención del parto (con elementos tangibles) si se relaciona con la información del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Contrastación de los Resultados

- 5.1.2 La pregunta que orientó a la formulación de la hipótesis general ha sido ¿De qué manera la atención del parto se relaciona con la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015? Y se llegó a la **conclusión que:** Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; Que **existe una relación directa y significativa entre** la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal. Es decir, de los datos que se tiene; X^2_c frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 4 grados de libertad; teniendo: Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.993 > 9.49$) rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna tal como dijera en su estudio: Hodnett E et al (2013), sobre “soporte continuo para mujeres durante el parto” concluye que el apoyo continuo durante el trabajo de parto tiene beneficios clínicamente significativos para las mujeres y los niños y no se conoce ningún daño. Además todas las mujeres deberían tener apoyo durante todo el trabajo de parto y el parto.
- 5.1.3 Nuevamente se concluye en este estudio dando respuesta a la pregunta específica ¿Cómo se viene dando la relación entre la atención del parto y la estancia en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015? Comprobamos que existe una relación de 31.3%%

entre ambas variables. Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que efectivamente existe relación directa y significativa entre la atención del parto y la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia. **Tal como lo afirma:** Bravo P (2011), sobre " Alta postparto precoz: las consecuencias de la reducción del tiempo de hospitalización para mujeres y recién nacidos" donde **concluye que:** la evidencia disponible no es suficiente para rechazar o apoyar la práctica del alta precoz en el postparto porque los estudios presentaron resultados diferentes para las mujeres y los recién nacidos. De igual manera lo afirma: Shorten A (1995), sobre "alta obstétrica temprana versus estadía hospitalaria tradicional" concluye que el costo beneficio para cuidados obstétricos de bajo riesgo requiere mayor investigación en Australia.

- 5.1.4 Y por último en la pregunta ¿Cómo se viene dando la relación entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital I EsSalud Octavio Mongrut Muñoz de la ciudad de Lima, en el año 2015?. Que efectivamente existe relación directa y significativa entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta estándar mayor de 24 horas y menor de 48 horas) en las puérperas de parto vaginal. Como el valor del X^2c es mayor al X^2t ($21.664 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; De igual manera lo afirma: Espinoza Rojas (2014), sobre "Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho Enero 2014" quien aplicó a 80 puérperas la encuesta modificada tipo SERVPERF para valoración de la percepción de la calidad de atención del parto.

Concluyendo que la percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del HSJL es insatisfactoria.

5.2 Aporte Científico de la Investigación

Este estudio es de mucho valor científico ya que se lograra aumentar la atención de parto institucional sin perder la calidad de atención durante la estancia hospitalaria de la mujer que es madre de un recién nacido. Asimismo propone una visión diferente, tomando en consideración la sensación de satisfacción de usuario de los servicios de salud como evaluación de la calidad de atención y no solo optimizar los recursos de la institución; buscando establecer el equilibrio entre la estancia hospitalaria, sin poner en riesgo la salud de puérpera y la satisfacción de haber recibido la atención de su parto con calidad.

Se lograra aumentar la atención de parto institucional sin perder la calidad de atención durante la estancia hospitalaria de la mujer que es madre de un recién nacido

Con la atención de parto institucional, la gestante es atendida en su parto por personal profesional calificado, disminuimos el riesgo de muerte materna, como se sabe la mayor incidencia es en las primeras 24 horas post parto, asimismo evitamos el riesgo de morir que tiene un niño huérfano en el primer año de vida. Por ello el siguiente trabajo de investigación justifica su importancia.

CONCLUSIONES

Se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.313; es decir si la atención del parto fue satisfactoria, mayor es la estancia hospitalaria en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 31.3%.

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (respuesta rápida) y estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.672; es decir a mejor atención del parto (respuesta rápida) mayor es la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 67.2% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que entre la atención del parto (empatía) y la estancia posnatal (alta precoz menor de 24 horas) en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.625; es decir a mejor atención del parto (empatía) mayor es la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 62.5% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que entre entre la atención del parto (seguridad) y la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.258; es decir a mejor atención del parto (seguridad) mayor es la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 25.8% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que entre entre la atención del parto (confianza) y la estancia posnatal en las puérperas de parto

vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.343; es decir a mejor atención del parto (confianza) mayor es la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 34.3% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que entre entre la atención del parto (con elementos tangibles) y la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.360; es decir a mejor atención del parto (con elementos tangibles) mayor es la estancia posnatal en las puérperas de parto vaginal. Así mismo comprobamos que existe una relación de 36.0% entre ambas variables.

SUGERENCIAS

- 1.- Plantear a las autoridades de la Dirección del hospital Mongrut un Plan para que la Institución incluya personal para brindar atención domiciliaria a puérperas de alta precoz.
- 2.- Plantear a las autoridades de la Dirección del Hospital Mongrut la necesidad de la Institución de designar personal capacitado para que los pacientes puedan tramitar su alta a cualquier hora del día y de esa manera tener disponibilidad de camas para el ingreso de nuevos pacientes que requieran ser hospitalizados.
- 3.- Brindar contenidos educativos sobre la estancia hospitalaria en los talleres de psicoprofilaxis de manera que las puérperas tengan conocimiento en que consiste el alta precoz
- 4.- Reiterar el pedido a las autoridades encargadas de la Dirección acerca de la necesidad de ampliar los establecimientos de salud para satisfacer la demanda, ampliando el número de camas y el ingreso de personal profesional calificado para el Servicio de Obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2013 Jul [access: 2016 Feb 4]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857334>
2. Dora Isabel Giraldo Montoya, Elvira Margarita González Mazuelo, Claudia Patricia Henao López Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto *Av Enferm*. 2015; 33(2):271-281.
3. Fernández Raigada, Rosa Isabel; Fernández Feito, Ana. Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria. *Rev Paraninfo Digital*, 2014; 20. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n20/201.php>> Consultado el 04 de Febrero del 2016
4. Goberna Tricas J. Autonomía, heterotomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE. Revista de Enfermería* [revista en internet] 2012 abril [citado 2016 enero 23]; 6(1): 71-8. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12/11>.
5. Fernández Raigada, Rosa Isabel; Fernández Feito, Ana. Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria. *Rev Paraninfo Digital*, [revista en internet] 2014; 20 [Consultado el 14 de febrero del 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/201.php>
6. Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, Didoni M, Jure H, Acevedo G, Estario JC, Fernández AR. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enferm Glob* [revista en internet]. 2011 enero [citado 2016 enero14]; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000100014&script=sci_arttext
7. Nardin J, Mignini L. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de octubre de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

8. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Alta postparto precoz: las consecuencias de la reducción del tiempo de hospitalización para mujeres y recién nacidos. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):758-63
9. ABC.es Alicante [página web en Internet]. Alicante: ABC.es; 2013 [citado 2016 enero 15]. Un protocolo de alta precoz permitirá a las madres que dan a luz irse antes a casa. Disponible en <http://www.abc.es/local-alicante/20131019/abci-madres-hospital-maternidad-201310191859.html>
10. Oliva C. Hidalgo C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé* 2004; 13(2): 173 - 186
11. Puch Ku E. Rosales R. Huerta-Franco M. Factor Sociocultural en el Déficit de Autocuidado Durante el Puerperio Mediato en Primigestas Hospitalizadas. *Desarrollo Científ Enferm*. 2008 mayo; 16 (4):155-8.
12. Martínez Díaz EdIA. Calidad de la atención del puerperio fisiológico inmediato en el servicio de maternidad. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Managua; 2011
13. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mother and infants: early discharge with home care. *N Engl J Med* 1976; 294:702-705.
14. Shorten A. Obstetric early discharge versus traditional hospital stay. *Aust Health Rev*. 1995; 18(2):19-39
15. Britton JR¹, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 1994 Sep; 94(3):291-5
16. Parisi A. Early Postpartum Discharge: Recommendations from a Preliminary Report to Congress. *Pediatrics* 1994 Sep; 94(3):291-5
17. Rueda J, Otálora M, Rosselli D. Implicaciones y costo-efectividad del alta temprana del binomio madre-hijo después de un parto normal. *Revista Medicina [revista en internet]* 2015 marzo [citado 2016 febrero 05]; 37(1). Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/108-2/572>

18. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi M, Miller C. Early Discharge of Newborns and Mothers: A Critical Review of the Literature. *Pediatrics* 1995; 96:716-26
19. Oviedo E.N. Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho: EsSalud. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
20. Lora M.G. Calidad de atención materna en los servicios de Obstetricia percibido por las usuarias: estudio comparativo en dos Hospitales Regionales del Norte del Perú. 2006
21. Villanueva A, Riega P. Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias. *Rev. Per. Ep.* 2003, 11(1)
22. Wajajay N. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del servicio de centro obstétrico del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Enero- Febrero 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2013
23. Espinoza R. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho. Enero 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014
24. Incacutipa Q. Calidad de la atención del parto vaginal desde la perspectiva de la usuaria en el INMP 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna 2012
25. Miranda B. y Cols. Calidad de atención del parto vaginal en gestantes del distrito Gregorio Albarracín atendidas en los servicios públicos de salud, Tacna 2006. Seri informes Técnicos No 72
26. OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2014 [base de datos en internet] Ginebra: OMS; 2014 [consultado 13 de febrero del 2016] disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
27. Blog del Dr. Santiago Díaz Risco [internet] Cajamarca: Santiago Díaz. 2010. [consultado el 13 febrero 2016]. Disponible en:

<https://diazrisco.wordpress.com/category/mortalidad-materna/Quinto>
Objetivo de Desarrollo del Milenio

28. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epid. (Lima). 2012; 21(52):892-896.
29. EsSalud anuncia acciones para reducir mortalidad materna durante embarazo [Página principal en internet] Lima: EsSalud; 2015 [consultado 13 de febrero del 2016] disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-anuncia-acciones-para-reducir-mortalidad-materna-durante-embarazo/>
30. Tanaka T. Influencia del presupuesto por resultados en la Gestión Financiera Presupuestal del Ministerio de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011.
31. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Perú 2009
32. Sandoval X., Cabero L. inicio del parto. En: Cabero RL. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la reproducción Madrid: Editorial Médica Panamericana 2003: 388
33. Cordero R. Dolor de Parto. En Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Editorial MAD Corp S.A. 1999:483
34. Cunningham F. Parto. En: Cunningham F. Williams Obstetricia 20° edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana 1998: 241.
35. Santacruz Martín B. Parto a la carta. Rev Pediatr Aten Primaria.2012; 14: 193-4.
36. O'Brien W. y Cefalo R. Parto y expulsión En Obstetricia 3ra edición. Madrid: Editorial Marbán, S.L. 2001; 131
37. Schwarcz – Sala – Duverges. El parto normal. Obstetricia 6ta edición. Buenos Aires: El ateneo; 2005 p.432 – 439
38. Blog del Dr. Santiago Díaz Risco [Internet] Cajamarca: Santiago Díaz. 2010. [consultado el 23 enero 2016]. Disponible en: <https://diazrisco.wordpress.com/category/el-parto/>
39. Instituto Nacional de Estadística. Parto. Año 2015 [en línea] [última actualización 2014; fecha de acceso 23 de enero del 2016] disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

40. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud/Producción, Eficiencia, Recursos y Costos. Camas hospitalarias. Año 2010 [en línea] [Última actualización 26 de julio del 2010; fecha de acceso 14 de febrero del 2016] disponible en: <http://www.mgpss-perc.com/content/43/multimedia/perctoolstema3-01.swf>
41. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud/Producción, Eficiencia, Recursos y Costos. Promedio de Estancia. Año 2010 [en línea] [Última actualización 26 de julio del 2010; fecha de acceso 14 de febrero del 2016] disponible en: <http://www.mgpss-perc.com/content/43/multimedia/perctoolstema3-07.swf>
42. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud/Producción, Eficiencia, Recursos y Costos. Días cama ocupados (D-C-O) o días paciente. Año 2010 [en línea] [Última actualización 26 de julio del 2010; fecha de acceso 14 de febrero del 2016] disponible en: <http://www.mgpss-perc.com/content/43/multimedia/perctoolstema3-04.swf>
43. Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud/Producción, Eficiencia, Recursos y Costos. Porcentaje de Ocupación - Índice Ocupacional (I.O.). Año 2010 [en línea] [Última actualización 26 de julio del 2010; fecha de acceso 14 de febrero del 2016] disponible en: <http://www.mgpss-perc.com/content/43/multimedia/perctoolstema3-08.swf>
44. Barrera SL Artunduaga BW Evaluación de la calidad de los servicios públicos domiciliarios en la ciudad de Bucaramanga,. Calidad percibida, una planeación metodológica de la escala SERVPERF [proyecto de grado en internet] Bucaramanga: UIS; 2010 [citado el 13 de febrero del 2016] Disponible en: <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/8399/2/134920.pdf>

45. Fescina RH, De Mucio P, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1572).
46. Policlínico Universitario Dr. Luis Galván Soca[página web en internet] Ciudad de la Habana:POLGALVAN;2010-2011[actualizado 2010 diciembre 23; citado 2016; febrero 15]. Disponible en:http://www.polgalkan.sld.cu/contenido/artic_historia_ginecologia.htm
47. Sánchez C. Parto vertical. Historia de la Medicina Peruana [blog en Internet]. 2009 Abril 15 [citado el 2016 Feb 15]:20(58). Disponible en: <http://historiamedicinaperuana.blogspot.pe/2009/04/parto-vertical.html>
48. Wikipedia [base de datos en internet] California: Fundación Wikimedia; 2006[actualizado el 12 de febrero del 2016: citado 2016 febrero 15] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Administración_hospitalaria

ANEXOS

ANEXO 1:

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN ESCUELA DE
POST GRADO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio: IMPACTO DE LA ATENCION DE PARTO Y
ESTANCIA HOSPITALARIA EN LAS PUERPERAS DE PARTO
VAGINAL DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTERICIA DEL
HOSPITAL I ESSALUD OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ AÑO 2015**

Investigador: MILTON SALDAÑA GUERRERO

**El objetivo de este estudio es correlacionar la satisfacción de la
usuaria durante la atención del parto con la estancia hospitalaria
pos parto.**

**Se recogerá información por parte del investigador y/o nuestros
colaboradores relacionada a las variables del estudio mediante
una ficha de recolección de datos y se medirá la satisfacción
materna mediante un cuestionario validado para este fin. La
información obtenida a través de esta entrevista será mantenida
bajo estricta confidencialidad.**

Yo.....

.....

**He sido informada de los beneficios de esta investigación para
mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer
preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información
sobre el mismo a través del investigador o sus colaboradores.**

**Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo
retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna
consecuencia en mis cuidados médicos.**

**Voluntariamente doy mi conformidad para participar en esta
investigación**

FIRMA DEL PACIENTE

DNI:.....

ANEXO 2: HISTORIA CLINICA PERINATAL

Historia Clínica Perinatal Regional (anverso)

HISTORIA CLINICA PERINATAL - DIAGNOSTICO - EVOLUCION										FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		LUGAR DE NACIMIENTO		LUGAR DE ATENCION	
<p>ANTECEDENTES</p> <p>PREVIOS: Abortos, Embarazos, Partos, Cesáreas, etc.</p> <p>ACTUALES: Hipertensión, Diabetes, etc.</p>										<p>DD / MM / AAAA</p>		<p>AAAA</p>		<p>XXXXXXXXXX</p>		<p>XXXXXXXXXX</p>	
<p>EXAMENES: Hemograma, Glicemia, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>TRATAMIENTO: Medicamentos, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>EVOLUCION: Estado de salud, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>COMENTARIOS: Observaciones, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>CONSEJOS: Recomendaciones, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>OTROS: Datos adicionales, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>RESUMEN: Síntesis de la historia, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>CONCLUSIONES: Diagnóstico final, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>RECOMENDACIONES: Seguimiento, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	
<p>OTROS DATOS: Información adicional, etc.</p>										<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>		<p>XXXX</p>	

**ANEXO 3:
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: HISTORIA CLINICA
PERINATAL REDUCIDA**

HOSPITALIZACIÓN **FECHA** / / **HORA** : AM PM

Edad en años < 15 años > 35 años

Estudio Ninguno Primaria Secundaria Técnica Universitaria
 Completa Incompleta

Estado civil Casada Estable Soltera

Vive sola SI NO

Antecedentes Personales Patológicos NO SI

TBC DBM HTA/PREECLAMPSIA ITU OTROS

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Número de Gestas Anteriores

Número de Abortos Número de Hijos vivos

Número de Partos vaginales Número de Cesáreas

Embarazo planificado SI NO

Cesárea en parto anterior SI NO

Control prenatal de 0 a 3 mayor o igual a 4 mayor o igual a 6

Hemoglobina mayor o igual a 11 gr% Hemoglobina menor de 11 gr%

Preparación para el parto (Psicoprofilaxis) SI NO

PARTO VAGINAL **FECHA** / / **HORA** : AM PM

UNICO SI NO **CEFALICO** SI NO

Inicio Espontáneo Inducido

Rotura de Membranas ante parto mayor o igual a 18 horas SI NO

Episiotomía SI NO Desgarro NO SI I II III IV

Placenta Completa Retenida

Edad Gestacional al momento del Parto

Menor de 37 sem. entre 37 y 41 sem. mayor de 41 sem.

Atendió el Parto Médico Obstetrix Enfermera
 No profesional

Recién Nacido MASCULINO FEMENINO

Peso/talla adecuado para edad gestacional SI NO

Acompañante en TDP SI NO en Parto SI NO

NACIMIENTO Recién Nacido vivo SI NO

Atendió al RN Médico Obstetrix Enfermera
 No Profesional

APGAR AL MINUTO 0-3 3-6 7-10
 A 5 MINUTOS 0-3 3-6 7-10

PUERPERIO Complicaciones NO SI

HTA/Preeclampsia Hemorragia post Parto Infección puerperal otro

Medicación post parto Oxitocina Antibiótico Ninguna Otro

Transfusión sanguínea NO SI

EGRESO MATERNO

ALTA MEDICA **FECHA** / / **HORA** : AM PM

ESTANCIA MATERNA POST PARTO (horas entre parto y alta médica)

Menor de 24 horas

Entre 24 y 48 horas

Más de 48 horas

ANEXO 4:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Y ENCUESTA SERVPERF

Medición de la Calidad percibida de la Atención del Parto

Hora de inicio: _____

Fecha:

Día _____ Mes _____ Año _____

Buenos días. Estamos haciendo una encuesta con la finalidad de mejorar los servicios que brinda este Hospital. Realizamos una encuesta que trata de averiguar cuan satisfecha esta Ud. Con el servicio recibido durante el parto. Para ello, pedimos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que le haremos a continuación. Muchas gracias por su tiempo.

Para la ficha de recolección de datos, completar los espacios en blanco y señale su respuesta con una (x) en los círculos correspondientes a cada pregunta.

Para la encuesta SERV PERF Por favor utilizar la siguiente escala para contestar las preguntas:

- Satisfacción amplia (6)
- Satisfacción moderada (5)
- Satisfacción (4)
- Insatisfacción leve (3)
- Insatisfacción moderada (2)
- Insatisfacción severa (1)

Encuesta SERVPERF

N°	Dimen siones	Atributos	1 Insatis facción severa	2 Insatis facción moderada	3 Insatis facción leve	4 Satisfac ción	5 Satisfac ción moderada	6 Satisfac ción Amplia
1	Respues ta rápida	1. ¿Fue Usted atendida inmediatamente a su llegada al hospital?						
2		2. ¿En momentos en los cuales necesito la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente?						
3		3. ¿Fue trasladada rápidamente a la sala de partos una vez entro en periodo expulsivo?						
4	Empatía	4. ¿El personal del centro obstétrico la trato con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		5. ¿Recibió algún grito o mal trato por el personal de salud?						
6		6. ¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?						
7	Segu ridad	7. ¿Su atención estuvo a cargo del médico de turno?						
8		8. ¿Se le dejó sola durante largo periodos de tiempo?						
9		9. ¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?						
10		10. ¿El personal del Centro Obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su parto?						
11		11. ¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?						

N°	Dimensiones	Atributos	1 Insatisfacción severa	2 Insatisfacción moderada	3 Insatisfacción leve	4 Satisfacción	5 Satisfacción moderada	6 Satisfacción Amplia
12	Seguridad	12. ¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento del parto (expulsivo)?						
13		13. ¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?						
14		14. ¿Volvería usted a dar a luz en este centro de salud?						
15	Confianza	15. ¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto?						
16		16. ¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto?						
17		17. ¿Se le permitió acariciar y amamantar a su bebe apenas nació?						
18		18. ¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?						
19		19. ¿Recomendaría a un Familiar o amigo a que den a luz en este centro de salud?						
20	Tangible	20. ¿Los ambientes del centro obstétrico y la sala de parto estuvieron limpios y cómodos?						
21		21. ¿Se sentía comfortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?						
22		22. ¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?						

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento se utilizó el alpha de cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 95 ítems, siendo el tamaño de muestra 50 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el alpha de cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.

Resultados:

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Válidos		50	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
Total		50	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,811	50

Discusión:

El valor del alfa de cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de alfa de cronbach para nuestro instrumento es 0.811, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable