



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**



**“SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A MUJERES
DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HGZ No 2 DE
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. PAULINA SÁNCHEZ FLORES

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2021



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**



**“SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A MUJERES
 DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HGZ No 2 DE
 TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA: *[Signature]*
 DRA. PAULINA SANCHEZ FLORES**

**ASESOR METODOLÓGICO:
 DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 13**



**COORDINACIÓN
 DELEGACIONAL DE
 INVESTIGACIÓN
 EN SALUD
 CHIAPAS**

**ASESOR DE CONTENIDO
 DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN
 MEDICO NO FAMILIAR
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2**



AUTORIZACIONES

**DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN
 LEÓN
 COORDINADOR AUXILIAR
 MEDICO E INVESTIGACIÓN EN
 SALUD
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS**

**DRA. ROSA DEL CARMEN
 GALLEGOS SANDOVAL
 COORDINADOR AUXILIAR
 MÉDICO DE EDUCACIÓN EN
 SALUD
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS**

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2021



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**



**“SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A MUJERES DURANTE
EL PARTO Y PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HGZ No 2 DE TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS”**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
DRA. PAULINA SÁNCHEZ FLORES
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
MATRÍCULA: 98076437
TELÉFONO: 55 65 03 47 60
CORREO ELECTRÓNICO: ru21mp@gmail.com

ASESOR METODOLOGICO
DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
MATRÍCULA: 99074474
TELÉFONO: 961 65 82278
CORREO ELECTRÓNICO: yunisra@hotmail.com

ASESOR DE CONTENIDO
DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN
MEDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
MATRÍCULA: 99332495
TELÉFONO: 961 65 81984
CORREO ELECTRÓNICO: umqbalcazar@gmail.com
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2021

INDICE

RESUMEN.....	5
I. MARCO TEÓRICO	7
II. JUSTIFICACIÓN.....	19
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
IV. OBJETIVOS.....	21
V. HIPÓTESIS.....	21
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
DISEÑO DEL ESTUDIO	22
LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO.....	22
UNIVERSO.....	22
TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	24
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	25
PROCEDIMIENTO.....	26
VII. ASPECTOS ÉTICOS.....	27
VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	34
IX. RESULTADOS	35
X. DISCUSIÓN.....	38
XI. CONCLUSIÓN.....	40
XII. RECOMENDACIONES.....	42
XIII. REFERENCIAS.....	43
XIV. ANEXOS.....	48

RESUMEN

Título: Satisfacción de la calidad de atención brindada a mujeres durante el parto y puerperio atendidas en el HGZ No. 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: La salud materno-infantil es un objetivo fundamental para el desarrollo y reproducción biológica y social del ser humano, de esta manera brindar bienestar a las familias, y así reducir los índices de pobreza y desigualdad en la población. Es por ello que, al medir la satisfacción de la atención recibida por las mujeres durante el puerperio inmediato atendidas en un Hospital de segundo nivel, desde su estancia en la sala de labor hasta el puerperio inmediato, ayuda a fomentar el análisis de la calidad de los servicios de salud. Las experiencias positivas de las mujeres durante el parto y pueden crear las bases para una maternidad saludable.

Objetivo: Determinar la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio que fueron atendidas en el HGZ No. 2.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Incluyó 374 pacientes del servicio de puerperio de bajo riesgo, previa firma de consentimiento informado se midió la satisfacción de la calidad de la atención recibida con la “Escala COMFORTS (Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale)” que engloba 4 dimensiones: Cuidados durante el parto, Cuidados durante el puerperio, Cuidados del recién nacido y Logística y entorno. Permitiendo establecer 5 categorías: Muy insatisfactoria, Insatisfactoria, Indiferente, Satisfactoria y Muy satisfactoria. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

Resultados: La edad mínima fue de 14 años y una máxima de 42 años, con una media 25.99 años [DE± 5.54]. Ocupación: ama de casa con 190 pacientes (51%). Escolaridad: preparatoria con 165 pacientes (44.11%). Estado civil: casada con 216 pacientes (57.8%). Respecto a la satisfacción de la calidad de la atención el 58.3% la califico de muy satisfactoria en contraste con una respuesta muy insatisfactoria en el 0.3% de la muestra.

Conclusión: En este estudio se puede observar una percepción en su mayoría positiva de las derechohabientes atendidas en el servicio de puerperio de bajo

riesgo respecto a la calidad de la atención recibida. Sin embargo, no podemos restar importancia al porcentaje que obtuvo una puntuación, indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha y buscar estrategias que permitan trabajar en conjunto para obtener experiencias positivas con la atención de las derechohabientes

Palabras clave: Satisfacción, parto, puerperio, recién nacido.

I. MARCO TEORICO

Medir la satisfacción es importante para comprar la calidad otorgada por los servicios de sanitarios, ya que puede proporcionar datos importantes sobre el actuar de éstos y vincular con su eficacia, de esta manera se pueden observar sus deficiencias y describir aspectos en relación a la calidad percibida, con el fin de mejorar los puntos donde se identifiquen deficiencias en busca de soluciones. (1) Es un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios (2)

Hace muchos años la atención de la mayoría de las personas se otorgaba en hospitales con infraestructura deficiente, con difícil acceso, y con poco personal. Dicha situación, ha mejorado en los últimos 30 años, con mayor énfasis en las instalaciones y su calidad de atención. Desde el 2001, en México se dio a conocer la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, uno de sus puntos principales es la promoción y dignificación de la atención médica, solicitada por los pacientes, concomitantemente debe ser efectiva, para recuperar la confianza en las instituciones de salud pública y privada. (3)

Se han realizado encuestas a nivel nacional a los usuarios que recurren a los servicios sanitarios tanto ambulatorios y hospitalarios, para comparar la satisfacción con la atención médica que recibieron, “el progreso es real cuando además de los indicadores objetivos como el PIB, se consideran factores que se relacionan con el bienestar individual, y se enfocan a la manera como las personas experimentan y valoran ciertos fenómenos, entre ellos el empleo, la educación y la atención a la salud.” (3) La satisfacción se logra al encontrar un equilibrio entre las expectativas del usuario y la atención que recibe.

El bienestar es un estado subjetivo, que es experimentado de forma individual. Las experiencias que involucran los sentidos se asociación a sensaciones placenteras o dolorosas. Aquellas situaciones, en las cuales los sentimientos y emociones se asocian con efectos positivos se traduce en un estado de bienestar tanto físico como

mental. Las experiencias cognitivas, mantienen una estrecha relación al llegar a una meta o en su defecto el fracaso. (3)

Los sistemas de salud buscan, mejorar constantemente y obtener resultados adecuados en la atención de los pacientes, incluido el núcleo familiar, a fin de disminuir su costo e incrementar efectividad. (4). “La calidad forma parte de la esencia de cualquier tipo de acción y debe ser implícita en las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad.” En cuanto a salud, son diversos los factores que pueden alterarla. La calidad de la atención médica es resultado de un sistema legal, administrativo, deontológico y ético, incluyendo los derechos y obligaciones para otorgar servicios en salud, en donde se requieren evaluaciones de cotejo realizadas por pacientes. Con esto se pretende reducir los riesgos asociados a una atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. (5)

“La calidad es un conjunto de actitudes, recursos y resultados”, que buscan mejorar la calidad sin incrementar los costos, de esta forma superar las metas. “La calidad, es la integración funcional de todos los recursos hacia un fin común.” (5)

Al integrar los elementos de la calidad de la atención, se buscan herramientas que integren los elementos para favorecer el desarrollo óptimo de todos los participantes con la atención sanitaria. (5)

Con la falta de cualquiera de estas dimensiones, la calidad puede ser incompleta o parcial:

1. Técnica: Es el proceso de atención médica al enfermo que va desde el inicio del interrogatorio hasta la implementación del tratamiento, dicho actuar debe ser individualizado.
2. Interpersonal: Hace referencia al trato percibido por el paciente y sus familiares desde su llegada a solicitar atención a una institución y hasta el momento de retirarse.

3. Política: Requiere el cumplimiento de las prácticas establecidas bajo una normativa.
4. Estructural: Es contar con equipo suficiente y completo, así como recursos humanos, con el perfil necesario.
5. Desarrollo Organizacional: Identificación oportuna de incidencias, con el fin de disminuir los errores, cumplir cabalmente con las certificaciones.
6. Eficiencia: Calidad en salud. (5)

La calidad en la atención materna, pretende incorporar programas para mejorar y estandarizar los procesos de atención obstétrica, dirigidos a la prevención y reducción de las muertes maternas. Las mujeres que cuenta con experiencias positivas, pueden crear las bases para una maternidad saludable. (5,6)

El evitar y prevenir errores, requiere la implementación de soluciones con el fin de mejorar la calidad, a través de una correcta planeación. Es de suma importancia apoyar los organismos que regulan las actividades y supervisar que cada miembro tenga un adecuado desempeño dentro del equipo de atención a la salud. (7)

En la “Norma Oficial 007 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” hace referencia a la, “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o., establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (6) Cabe resaltar que ninguna persona o institución pública o privada puede violentar el derecho de las mujeres a decidir del número de integrantes con el que desea conformar su familia.

La Ley General de Salud, en el artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo orden jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, del recién nacido y en etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.” La salud materno-infantil es un objetivo para el desarrollo, reproducción biológica y social del ser humano, de

esta manera se busca brindar bienestar a las familias, y así reducir los índices de pobreza, desigualdad y marginación en la población. (6)

Dentro de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS), contempla la prevención, disminución de la morbilidad, guardan relación con la gravidez, continúan dentro de parámetros elevados. Todos los países deben consolidar e incrementar sus avances en salud dentro de su población. La “Organización Mundial de la Salud” (OMS) describe, “un mundo donde todas las mujeres embarazadas reciban una atención de calidad durante todo el embarazo, el parto y el período postnatal”. (8)

La atención prenatal, brinda un sostén para realizar diversas acciones, como brindar atención en salud, incluida su promoción, detección, diagnóstico oportuno, y la prevención de enfermedades. Se pueden salvar vidas, reforzando las medidas preventivas, fomentando la comunicación en las familias y dentro de las comunidades, en busca del bienestar de la vida de una mujer. (8)

El proceso de desarrollo de estas recomendaciones ha resaltado la importancia de proporcionar a las mujeres embarazadas de manera respetuosa una comunicación efectiva sobre aspectos multidisciplinarios, en conjunto con apoyo eficaz y efectivo. Estas funciones de comunicación y apoyo son clave, tanto para salvaguardar vidas como para mejorar el estilo de vida, así como optimizar el uso de los servicios de salud. (8)

Epidemiología.

“Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012” (ENSANUT 2012), de acuerdo con los datos registrados en dicha encuesta, del total de nacimientos obtenidos mediante resolución quirúrgica programada fue del 37%, siendo mayor la resolución por urgencia, correspondiente con el parto del último hijo nacido vivo durante los cinco años en mujeres adolescentes de 12 a 19 años. Los nacimientos obtenidos mediante cesárea tienen un comportamiento diferente en relación con la zona geográfica donde reside la madre. (9)

“La proporción de cesáreas por urgencia en las adolescentes es mayor en áreas metropolitanas, que, en áreas urbanas, aunque las cesáreas programadas son menores, siguen la misma tendencia por tamaño de localidad que las urgentes”. Dicha situación es dinámica ya que presenta variaciones de acuerdo al rango de edad de las pacientes, cabe resaltar a las mujeres adolescentes de 12 a 15 años, con procedentes de zonas rurales, donde se observa un mayor número tanto de cesáreas programadas y por urgencia. (9).

Cabe destacar que la principal vía de resolución del embarazo es vía abdominal en las adolescentes de 12 a 19 años, sin importar las características de la localidad. (9)

El término del embarazo en mujeres de 20 a 49 años, con antecedente de un hijo nacido vivo en los cinco años, antes de la recopilación de los datos, los nacimientos por cesáreas fueron ligeramente menor al 50%. “La proporción de cesáreas por urgencia en áreas urbanas es mayor (29.1%) que en las metropolitanas (26.0%) y rurales (22.1%)”. Los nacimientos por cesárea tienen un comportamiento diferente de acuerdo a la localidad de residencia de la madre. (9)

En las zonas rurales, la resolución del embarazo por vía abdominal de urgencia se encuentra por arriba de las pacientes que son programadas para cesárea. “En las áreas metropolitanas la situación de las cesáreas cambia según la edad de las mujeres, sobre todo en las programadas, donde se incrementan respecto a las urgentes en los grupos de mayor edad (30-34, 35-39 y 40-49)”, La vía de resolución del embarazo por evento quirúrgico es más frecuente en zonas rurales, en cualquier edad, debido a múltiples factores que se presentan durante el embarazo. (9)

Atención prenatal, las adolescentes con antecedente personal de haberse embarazado en los cinco años previos, recibieron atención durante su último embarazo, la cual fue realizada principalmente por médicos en más del 90% de los casos y en segundo lugar por enfermeras; alrededor del 1% de las adolescentes

registraron haber sido atendidas por partera tradicional u otro tipo de personal de salud como promotores o asistentes de salud). (9)

En tanto, las adolescentes con el antecedente de haber tenido un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, la mayoría de los partos fueron atendidos por personal de salud; alrededor del 93.6%, fueron atendidos por médicos, seguido por personal de enfermería, y en último lugar por partera tradicional, y otros personales de salud. (9)

En relación con el embarazo, “en la atención prenatal, del total de mujeres adultas embarazadas, más del 95% recibieron atención prenatal durante su último embarazo”. Dicha atención fue brindada principalmente médicos y enfermeras; menos del 1% de las mujeres recibieron su atención obstétrica por parteras tradicionales y en menor medida, otro tipo de personal sanitario. (9)

En México, de los partos con resolución vía vaginal, las usuarias de 20 a 49 años que han tenido un hijo vivo en los últimos 5 años antes de la encuesta, se obtuvo que a nivel institución el IMSS/IMSS Oportunidades se atiende alrededor del 55.9%, esto lo coloca en la segunda institución, que brinda ese tipo de atención, cabe resaltar que la mayor proporción de las mujeres se atienden en Secretaria de Salud 61.2%, en tercer lugar, ISSTE/ISSTE ESTATAL se resuelve 31.6%. (cuadro 1.) (9)

De acuerdo con el “Área de Informática Médica y Archivo Clínico”, (ARIMAC) en el año 2017, en el Hospital General de Zona No. 2 se obtuvo un total de 3, 014 nacidos vivos de los cuales fueron 1, 522 partos normales, 17 partos distócicos y con resolución quirúrgica 1, 475 partos abdominales. (10)

Promoción de la salud materna y perinatal. De acuerdo con la NOM 007, en los establecimientos de atención médica, el personal de salud debe realizar acciones de educación, orientadas a favorecer la decisión libre y con la información adecuada que estimule a los futuros padres, que fomenten el cuidado personal, con la involucración activa de los integrantes de la familia. (6)

CUADRO 1. Resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, por institución de atención. México, ENSANUT 2012

	NORMAL (VAGINAL)		CESAREA POR URGENCIA		CESAREA PROGRAMADA		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
IMSS/IMSS OPORTUNIDADES	1 284.3	55.9	648.1	28.2	363.7	15.8	2 296.1	100
ISSSTE/ISSSTE ESTATAL	69.5	31.6	82.2	37.4	68.3	31.0	220.0	100
SSA	2 255.9	61.2	898.1	24.4	532.9	14.5	3 686.9	100
PRIVADA	517.0	30.2	469.7	27.5	723.5	42.3	1 710.3	100
OTRA	422.8	77.7	74.0	13.6	47.3	8.7	544.0	100
TOTAL	4 560.2	53.9	2 172.2	25.7	1 735.7	20.5	8468.1	100

Frecuencia en miles

Fuente: Cuestionario de adultos, ENSANUT 2012 (9)

Es de suma importancia promover la participación de autoridades, para reunir múltiples aspectos para minimizar riesgos, que ponen en peligro el bienestar del binomio madre e hijo. “Proporcionar información completa acerca de: La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos; el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a; las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes; los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente”; se debe proporcionar los elementos necesarios para identificar el momento que se desencadene el trabajo de parto, factores de riesgo y datos de alarma que pongan en peligro el bienestar del binomio (madre-hijo), así como una adecuada planeación de rutas fácil acceso a las unidades hospitalarias más cercanas. (6)

Es importante contemplar y hacer hincapié en los cuidados mediatos e inmediatos del recién nacido, así como los signos de alarma para atender oportunamente en caso necesario, es de vital importancia vigilar el estado nutricional, crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad en la cual se encuentran los niños. Con esto, se pretende disminuir la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en el adulto, así como el control y prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda, orientar acerca del uso de vida suero oral; contribuir activamente a que todos los niños cuenten con el Esquema Nacional de Vacunación acorde a edad, para disminuir la incidencia de las muertes en el menor de 5 años. (6)

La “planificación familiar desde el control prenatal, y la anticoncepción post evento obstétrico” (APEO); es de vital importancia la participación de la pareja y/o la familia, para la toma de decisión en el número de integrantes por el cual es su deseo conformar la familia, y programar el tiempo de nacimiento entre un hijo y otro, con la finalidad de disminuir posibles complicaciones que conlleva un periodo intergenésico corto o prolongado. (6)

En el estudio de Paz Pascual C. et al. Muestra las principales preocupaciones y necesidades de las mujeres con respecto a la gestación, en el proceso de convertirse en madre, es en el primer trimestre la necesidad de confirmar que todo se encontraba en orden, con evolución normal, durante el segundo y tercer trimestre de gestación, se presentaron interrogantes en cuanto a los cuidados del recién nacido, lactancia materna y el proceso de adaptación en la nueva etapa, dándole menor importancia al periodo del puerperio. (11)

Las necesidades e inquietudes mostradas en el estudio, durante el embarazo, parto y puerperio, son los aspectos más relevantes la educación materna, la creación de redes de apoyo para fomentar la interacción con otros asistentes, con horarios accesibles y hacer presente a la pareja durante esta etapa. (11)

En la educación prenatal existen factores que favorecen la participación, como son el nivel de estudios, edad materna, trabajo fuera de casa, creer que el programa es útil, y contar con un adecuado nivel socioeconómico. (12)

Atención del parto. En los establecimientos para la atención médica debe aplicarse los lineamientos marcados por ley, para una adecuada atención de parto, con el fin de fomentar la seguridad y bienestar de las mujeres y sus familias. (6)

Se debe propiciar el parto con vía de resolución vaginal, cuando no se presenten eventos adversos que lo contraindiquen. “Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, y así reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo”. (6)

Debido a que “en los últimos años se ha establecido una corriente a favor de la recuperación de la participación de la mujer en el proceso de parto y lo relacionado con el cuidado y crianza de su hijo”. El personal de salud ha tenido que adaptarse a un proceso de cambio, donde uno de los retos más grandes es brindar el mejor cuidado en diversos momentos que implican la calidad y atención. “El proceso dinámico, cambiante y heterogéneo del concepto de la maternidad y paternidad, se han elaborado líneas de actuación encaminadas a la consecución del parto humanizado”. (13)

“La medición de la satisfacción en la calidad de la atención recibida, brinda un panorama útil para la institución hospitalaria”, permitiendo conocer información basada en la experiencia de las mujeres. (14)

El enfoque near-miss de la “Organización Mundial de la Salud” para la salud materna, se implementa mejor en tres pasos: evaluación inicial (o reevaluación); análisis de situación; e intervenciones para mejorar la atención médica. Este enfoque se puede implementar en instalaciones individuales de atención de salud, dentro de un distrito de salud o en todo el sistema de salud. (15). Para identificar los casi accidentes maternos, contemplados durante el embarazo, y hasta el puerperio, de manera que se evalúan las causas subyacentes tanto para las muertes maternas como para los near-miss. Es de ayuda para la evaluación de la calidad de la atención brindada a mujeres embarazadas. (16)

Es necesario que nuestro país, cuente con un “sistema confiable de monitoreo para los casos de near miss en atención obstétrica, y en eventos de morbilidad materna grave o extrema. La atención y monitoreo oportuno de los casos, permite acelerar el cumplimiento de los compromisos en cuanto a salud reproductiva y salud materno-infantil”. México tiene el “compromiso internacional de respetar el derecho a la vida, el derecho de toda mujer a una vida reproductiva sana y al grado máximo de salud posible”. De esta forma se busca que ninguna mujer se encuentre vulnerable, tenga a la mano los recursos necesarios para resolver dudas y actuar apropiadamente en los diversos escenarios que se pueden presentar durante este periodo. (17)

Instrumentos de evaluación de la satisfacción materna

El logro de la satisfacción del paciente no niega la necesidad de esforzarse por la evaluación continua y la mejora de los aspectos mecánicos de la atención, el uso de medidas de satisfacción es con propósito de comparación. Con la tecnología se abrieron nuevas formas de atención médica, estos cambios pueden alterar las experiencias de las mujeres en el cuidado del parto y su grado de satisfacción con él. (18)

En un entorno de cuidado de la salud con mayor demanda, los médicos y enfermeras, así como personal administrativo que prestan atención a los distintos componentes involucrados en la satisfacción de las mujeres en la atención de la maternidad. En la escala de Comforts, desarrollada en 2006 por Jansen et al. Su buena fiabilidad interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0,95). (18)

Se realizó “la adaptación cultural y validación para la población española de la escala de Comforts”, es una herramienta útil que aporta información sobre las mujeres en periodo de parto y puerperio. “El análisis de validez de contenido demostró que la escala adaptada es conceptualmente equivalente a la escala original. La consistencia interna fue de 0,95 para la escala total”. (13,19)

Para medir la satisfacción materna Fernández, aplicó el cuestionario de Comforts, concluye, las mujeres que recibieron atención durante el parto y puerperio se encontraron satisfechas con la atención recibida. (20)

En México, en el “Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en el estado de Tabasco, México es una institución líder en el sureste del país responsable de brindar atención de ginecoobstetricia y neonatología de calidad a toda la población”. Los resultados señalan un alto grado de satisfacción con la atención de los cuidados recibidos durante el parto y puerperio inmediato”. (14)

En otro estudio, realizó la aplicación de la Encuesta SERVPERF-GP “el nivel de satisfacción global de las usuarias es elevado. La fiabilidad mostró un alfa de Cronbach de 0.92. Solo el 1.45% y 0.29% presentó insatisfacción leve y moderada respectivamente. La jerarquización de las dimensiones de la calidad fue: Aspectos Tangibles, Seguridad, Confiabilidad, Calidad Clínica y Capacidad de Respuesta.” Existe una gran discrepancia con respecto a la satisfacción de las mujeres según dependiendo del tipo de resolución del embarazo. (21)

La “Escala denominada Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS), consta de una escala tipo Likert que mide el grado de satisfacción en la calidad de la atención que las mujeres reciben durante el parto y el puerperio.” La “Escala COMFORTS modificada y adaptada al español permite medir la satisfacción con los cuidados en el parto y puerperio y tiene unas características psicométricas similares a su versión original, por lo que se trata de un instrumento válido y fiable para el contexto del estudio.” (12,13)

“Su buena fiabilidad interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0,95) demuestra la consistencia de los ítems de la escala y fácil aplicación”. Además, de acuerdo a sus características permite utilizarla como escala de medición en la satisfacción en el cuidado del parto y puerperio.

“La escala COMFORTS, está conformado por 40 ítems; distribuidos en cuatro áreas:
a) Cuidados durante el parto con 13 ítems, b) Cuidados durante el puerperio con 11

ítems, c) Cuidados del recién nacido con 10 ítems y d) Logística y entorno con 6 ítems. Las opciones de respuesta para cada ítem son de tipo Likert de 5 puntos, el valor 1 indica muy insatisfecha y el 5, muy satisfecha.” (12,13)

40-71	72-103	104-135	136-167	168-200
Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	Satisfactoria	Muy Satisfactoria

En México se realizó el estudio de “Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública”, en el cual se aplicó el instrumento de COMFORTS, en el “Hospital Rural IMSS Prospera Número 14 de Matehuala, San Luis Potosí” se realizaron ajustes al cuestionario para favorecer su comprensión el cual obtuvo alfa de Cronbach de 0.94, conformado por 40 ítems. (22)

El abuso contra las mujeres. “La violencia hacia la mujer, ha estado presente a través de los años, logrando gran interés y debate en diferentes sectores de la sociedad a nivel nacional e internacionales, que proponen cambios legislativos reorientados al abordaje de este problema de salud pública.” Es de suma importancia disminuir la incidencia y prevalencia de los casos en los cuales se violenta el derecho de las mujeres. (23)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2016), la violencia total de cualquier agresor (66.1%) hace referencia a “las mujeres de 15 años y más, que hayan declarado al menos un acto de violencia de pareja, de cualquier agresor, incluida la pareja, discriminación en el trabajo en el último año y discriminación por embarazo en los últimos 5 años.” La violencia contra las mujeres está extendida en todo el país, un gran porcentaje de esta población ha presentado algún tipo de agresión y discriminación, al menos una vez en la vida. (24).

II. JUSTIFICACIÓN

El propósito del presente estudio surgió del interés por medir la satisfacción de la calidad de atención brindada a mujeres durante el parto y puerperio que han sido atendidas en el Hospital General de Zona No. 2. Se registró un número de nacimientos de 3 014 recién nacidos vivos, durante el 2017.

Al evaluar la satisfacción materna en un Hospital de segundo nivel, durante la atención recibida en el parto y puerperio inmediato, se busca fomentar el análisis de la calidad de los servicios de salud y así garantizar el bienestar del binomio madre e hijo, fundamental para el desarrollo del ser humano.

Las experiencias positivas de las mujeres durante el parto pueden crear las bases para una maternidad saludable, disminuir las complicaciones e incluso erradicar la muerte materna.

A través de los años, la atención de parto ha evolucionado, de igual manera las exigencias por parte de pacientes y familiares en busca de una atención integral. Se utilizaron métodos de medición de la satisfacción en la atención obstétrica, con el propósito de mejorar el proceso de cuidado y asistencia médica.

Durante la transición entre cada etapa comprendida por el embarazo, parto y puerperio las demandas aumentan por parte de los derechohabientes, ante los prestadores de servicios de salud, es responsabilidad de estos, resolver las dudas, para disminuir la incertidumbre.

Una vez se hicieron evidentes las áreas deficientes sobre la atención brindada a mujeres en el periodo puerperal, se identificaron áreas de oportunidad, en las que se realizaron propuestas que buscan mejorar la calidad de atención.

Es por ello, la importancia de establecer la relación existente entre puérperas y la calidad de atención brindada en el medio hospitalario durante el parto y puerperio.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención a la paciente en trabajo de parto y puerperio es una de las prácticas más antiguas, un momento de trascendencia, sin embargo, pone en vulnerabilidad a las mujeres embarazadas que acuden a un centro hospitalario para atención del parto y posteriormente el puerperio, en dicho proceso las usuarias tienen necesidades y expectativas relacionadas con la atención.

En México, de los partos con resolución vía vaginal en mujeres de 20 a 49 años con antecedente de un hijo vivo en los últimos 5 años previos a la entrevista, por institución se obtuvo que en IMSS/IMSS OPORTUNIDADES se atiende alrededor del 55.9%, con mayor proporción se atienden en Secretaría de Salud 61.2%, en ISSTE/ISSTE ESTATAL se resuelve 31.6%. (9). La segunda institución en la cual se brinda atención obstétrica proporciona gran parte de las resoluciones del embarazo vía vaginal, las cuales se atienden en el Instituto Mexicano del seguro social, donde se favorece la atención del parto institucional y humanizado.

De acuerdo con el Área de Informática Médica y Archivo Clínico, (ARIMAC) en el año 2017, en el Hospital General de Zona No. 2 se obtuvo un total de 3, 014 nacidos vivos de los cuales fueron 1, 522 partos normales, 17 partos distócicos y con resolución quirúrgica 1, 475 partos abdominales. (10)

He ahí la importancia de conocer en nuestra población de mujeres durante el puerperio si existe satisfacción con la calidad de atención durante el parto y puerperio, por tal preocupación surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio que fueron atendidas en el HGZ No.2?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio que son atendidas en el HGZ No.2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la edad de las mujeres que fueron atendidas durante el parto y puerperio el HGZ No.2.
- Establecer la ocupación, escolaridad, estado civil de las mujeres atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No.2.
- Conocer el número de gesta en pacientes atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No.2.

V. HIPOTESIS

- La atención recibida por las mujeres durante el parto y puerperio en el HGZ No. 2 es muy satisfactoria.
- La edad de 30 años es frecuente dentro de las puérperas atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No.2
- La ocupación ama de casa, escolaridad preparatoria y estado civil casada son características de las puérperas atendidas durante el parto y puerperio, en el HGZ No.2.
- El número de gesta 2 es el más frecuente en las mujeres que fueron atendidas durante el parto y puerperio el HGZ No.2.

VI. MATERIAL Y METODOS

Diseño del Estudio:

- Descriptivo, transversal, observacional.

Lugar de Estudio:

- Puerperio de bajo riesgo del Hospital General de Zona No.2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Periodo de Estudio:

- 01 de marzo 2018 a 01 de marzo 2020.

Universo

- Mujeres puérperas derechohabientes IMSS atendidas en el Hospital General de Zona No.2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Tipo de Muestreo:

- Probabilístico aleatorio simple.

Tamaño de la Muestra:

- POBLACION FINITA

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{3\,014 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.03)^2 (3\,014-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3\,014 \times 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}{0.009 \times 3\,013 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{2894.64}{7.73} = 374$$

N= 3 014
Z α ² = 1.96 ²
P= 0.5
q= 0.5
d ² = 0.03

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Mujeres en periodo puerperio inmediato que se encuentren hospitalizadas en puerperio de bajo riesgo durante la recolección de datos.
- Mujeres en periodo puerperio inmediato de cualquier edad.
- Mujeres en periodo puerperio inmediato con parto eutócico y recién nacido en alojamiento conjunto, atendidas en el HGZ No. 2.
- Mujeres en periodo puerperio inmediato derechohabientes IMSS

Criterios de Exclusión:

- Mujeres en periodo de puerperio inmediato que no deseen participar en el estudio
- Mujeres en periodo de puerperio inmediato con parto eutócico y recién nacido que ameritó cuidados especiales neonatales.
- Mujeres en periodo de puerperio inmediato con parto fortuito.
- Mujeres en periodo de puerperio inmediato que no hablen español.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

La recolección de datos consta de dos apartados.

En la primera parte se recopiló información sociodemográfica por parte de las usuarias, como son edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de gesta.

En la segunda parte comprende “la escala Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS), de tipo Likert que mide el grado de satisfacción en la atención que las mujeres reciben durante el parto y el puerperio”. (12,13)

“El cual está conformado por 40 ítems; distribuidos en cuatro dimensiones, éstas son: a) Cuidados durante el parto con 13 ítems, b) Cuidados durante el puerperio con 11 ítems, c) Cuidados del recién nacido con 10 ítems y d) Logística y entorno con 6 ítems. Las opciones de respuesta para cada ítem son de tipo Likert de 5 puntos, el valor 1 indica muy insatisfecha y el 5, muy satisfecha”. (12,13)

El cual consta de un alfa de Cronbach de 0.94. “El total de la escala tiene un intervalo de puntuación que oscila entre 40 y 200 puntos, considerando mayor satisfacción cuanto más alta sea la puntuación. La puntuación global daría como resultado una clasificación, el cual va de 40-71 Muy insatisfactoria, 72-103 Insatisfactoria, 104-135 Indiferente, 136-167 Satisfactoria, 168-200 Muy Satisfactoria.” (12,13)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al término de la recolección de datos, se realizó la captura en el programa estadístico, SPSS versión 22, se efectuó el análisis univariado, donde se calcularon las medidas de frecuencia absolutas y relativas a las variables cualitativas, a las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda). Los resultados se presentaron en gráficas y tablas.

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
SATISFACCIÓN	Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.	Escala COMFORTS	Muy insatisfactoria Insatisfactoria Indiferente Satisfactoria Muy satisfactoria	Cualitativo Ordinal
EDAD	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años cumplida	Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales	Condición civil de las mujeres en puerperio inmediato	Soltera Casada Divorciada Unión libre Viuda	Cualitativa nominal
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado máximo de estudios cursado	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado Maestría Doctorado	Cualitativa Ordinal
OCUPACION	Tipo de trabajo	Trabajo que impide ocupar el tiempo en otra actividad	Ama de casa Empleada Estudiante	Cualitativa Ordinal
NÚMERO DE GESTA	Número de veces que la mujer haya gestado a lo largo de su vida	El número de veces que la mujer ha gestado	1 - 10	Cuantitativa Discreta

PROCEDIMIENTO

El protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación 703 y Ética Número 7038 de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, el cual fue aceptado dentro del “Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación” (SIRELCIS).

Se giraron los oficios correspondientes para que el director de la Unidad nos brindara las facilidades para la realización del estudio. se realizó una entrevista directa a cada mujer en etapa de puerperio de bajo riesgo, donde se le entregaron a cada uno el Consentimiento Informado, mediante una plática informativa sobre el motivo y fines del estudio que se está realizando, también se solicitó el consentimiento informado del cónyuge o concubinario.

Posteriormente, se entregó una Cédula de Recolección de Datos, donde se valoró las Características Sociodemográficas. Por último, se aplicó el instrumento de medición: “Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS)”, de tipo Likert, el cual mide la satisfacción en la atención que las mujeres recibieron durante el parto y el puerperio. Una se vez se obtuvieron las respuestas de las encuestas, estas se recolectaron de forma personal, guardando la confiabilidad y anonimato de cada paciente.

Cabe mencionar, que la investigación tiene confiabilidad absoluta, garantizando el anonimato, y la sensibilización sobre la relevancia de su participación.

Se realizó la captura de las encuestas, a través del “programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)” para su análisis e interpretación, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad Medicina Familiar No.13 donde fue sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información fue confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo con lo estipulado en el “Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México” (secretaría de Salud, 1986), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.”

Prevaleció el respeto a la dignidad de las pacientes, protección de sus derechos y bienestar. “Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevara nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, antes de aplicarlo se brindó explicación clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII.”

Respecto al consentimiento informado, contempla el “artículo 21 para que se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. El consentimiento informado deberá formularse por escrito, esto de acuerdo con el artículo 22”.

Se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

De acuerdo con el “artículo 43, para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivo o muertos; de utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario de acuerdo a lo estipulado en los artículos 21 y 22 de este Reglamento, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso.”

Además este estudio tendrá base en los “principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989), 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996), 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013)”. En dicha Declaración se hace mención de los siguientes principios:

1. La “Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes”.

2. Conforme al mandato de la AMM, “la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios”.

3. La “Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial” vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el “Código Internacional de Ética Médica” afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es “comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad”.

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

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. “La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. “No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración”.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. “La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente”.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. “La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación”.

17. “Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga”. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. “Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria”. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.

20. “La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable”. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21. “La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno”. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. “El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración”. “El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo”.

23. “El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de

comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado”. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. “El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité”. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

“Con el objeto de evitar repeticiones, surgió la necesidad de facilitar la aceptación de datos surgidos de los ensayos clínicos, aunque fueran realizados en diferentes países. En la actualidad mediante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los EE. UU. y Japón (y entre otros en carácter de observadores, Canadá y la Organización Mundial de la Salud), han producido guías que unifican criterios sobre diferentes temas relativos a medicamentos”. En el marco de la “Conferencia Internacional de Armonización” surgieron las “Guías de Buenas Prácticas Clínicas”, que definen una serie de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad. “Esta investigación se basará en las buenas prácticas clínicas”.

VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

1. Asesor metodológico
2. Asesor metodológico.
3. Residente de primer año de la especialidad en Medicina Familiar.

Recursos Materiales:

- Bolígrafos (10)
- Lápiz (10)
- Formatos de cuestionarios (374)
- USB 8 GB
- Sacapuntas
- Grapadora (1)
- Borrador
- Hojas blancas
- Computadora portátil
- Impresiones
- Tabla de madera con clip (5)
- Programa SPSS
- Calculadora

Recursos Financieros:

- Recursos propios del Investigador
--

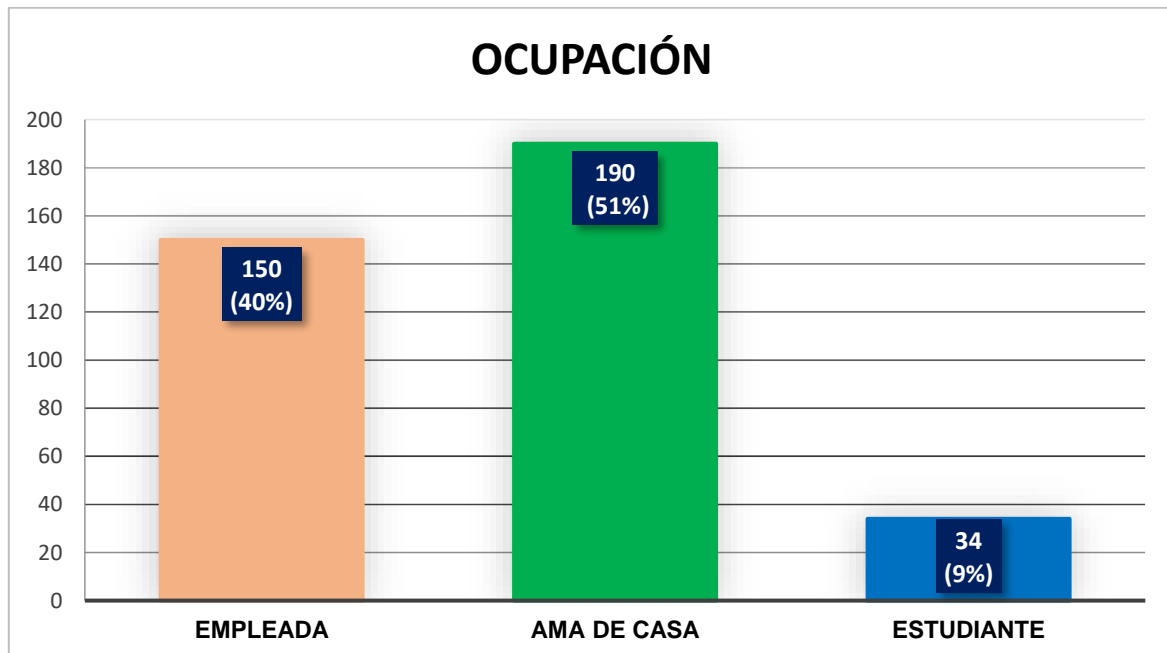
IX. RESULTADOS

Se llevó a cabo la recolección de datos en el periodo en el mes de diciembre de 2018 a abril de 2019, en 374 mujeres que se encontraron en el servicio de puerperio de bajo riesgo, del hospital general de zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes cumplieron con los criterios de selección aplicando la escala COMFORTS (Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfacción Scale).

Se determinó que la edad mínima fue de 14 años y una máxima de 42 años, con una desviación estándar de ± 5.54 , con una mediana de 26 años, media 25.99 años y moda de 26 años.

La ocupación que caracteriza a la población estudiada fue ama de casa en un 51%, seguido de empleada 40%, solo el 9% es estudiante. (Gráfico 1)

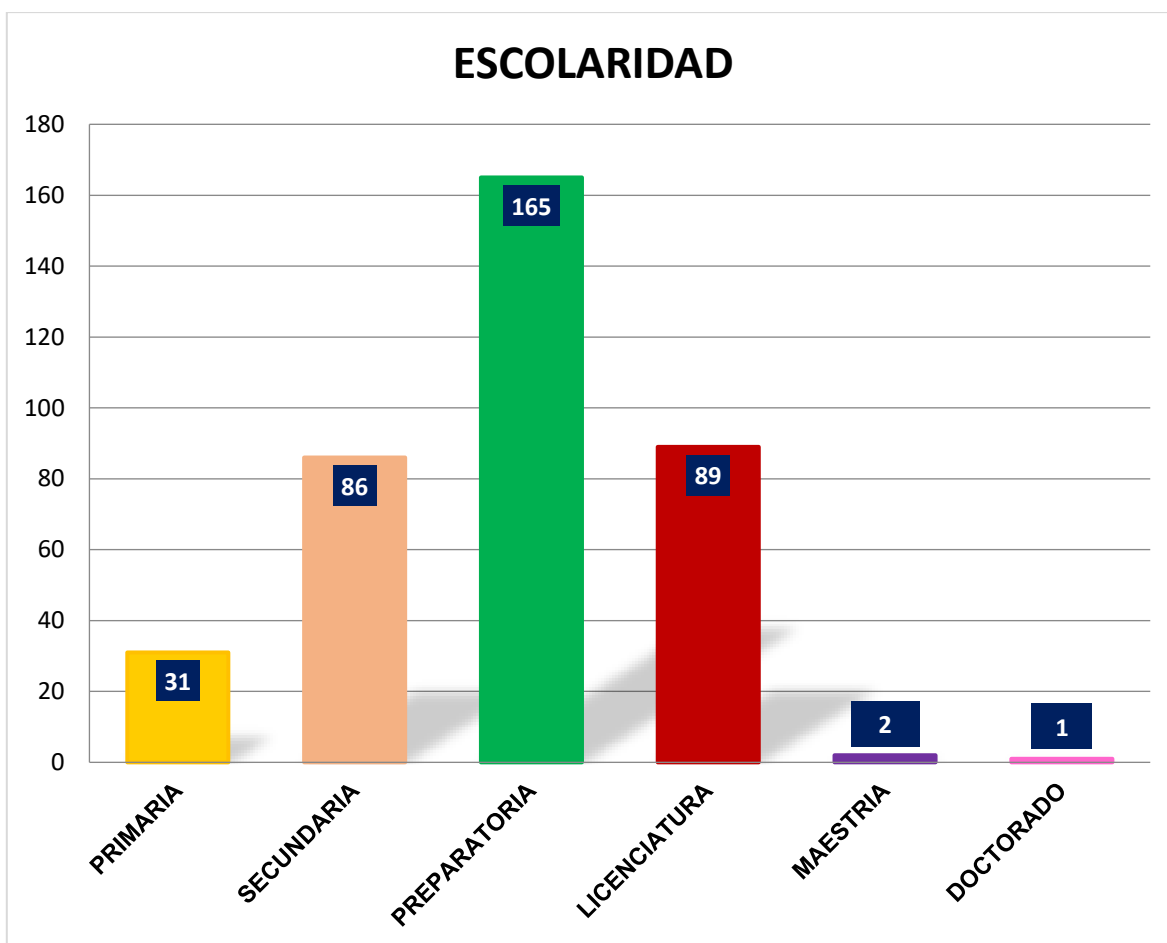
Gráfico 1. Ocupación de mujeres atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No 2.



FUENTE: Escala COMFORTS realizada a pacientes atendidas en Hospital General de Zona No. 2, en el servicio de puerperio de bajo riesgo.

Con respecto a la escolaridad que predominó, fue preparatoria en 165 pacientes encuestadas, seguida de licenciatura 89 pacientes, secundaria 86 pacientes, primaria 31 pacientes, maestría 2 pacientes y doctorado 1 paciente. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Escolaridad de mujeres atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No 2.



FUENTE: Escala COMFORTS realizada a pacientes atendidas en Hospital General de Zona No. 2, en el servicio de puerperio de bajo riesgo.

De las mujeres atendidas en el periodo de parto y puerperio, se detectó que el estado civil, de casada corresponde a un 57.8%, unión libre 35.8%, soltera 6.4% con el menor porcentaje. (Tabla 1)

Tabla 1. Estado civil en porcentaje de mujeres atendidas durante el parto y puerperio en el HGZ No 2.

ESTADO CIVIL		
	Pacientes	Porcentaje (%)
CASADA	216	57.8
SOLTERA	24	6.4
UNION LIBRE	134	35.8
TOTAL	374	100

FUENTE: Escala COMFORTS realizada a pacientes atendidas en Hospital General de Zona No. 2, en el servicio de puerperio de bajo riesgo.

Se encontró que el número de gesta mínima es 1 y una máxima de 7, la desviación estándar es de ± 1.095 , con una mediana de 2, media 2.13 y una moda de 2.

Atendiendo al objetivo general se determinó que la satisfacción de las mujeres durante el parto y puerperio que fueron atendidas en el Hospital general de Zona No.2, fue muy satisfactoria con 58.3%, satisfactoria 37.2%, indiferente 3.7%, insatisfactoria 0.5%, muy insatisfactoria 0.3%) de acuerdo con la Escala COMFORTS. (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de satisfacción con la atención brindada a mujeres durante el parto y puerperio en el HGZ No 2.

ESCALA COMFORTS		
	Pacientes	Porcentaje (%)
MUY INSATISFACTORIA	1	0.3
INSATISFACTORIA	2	0.5
INDIFERENTE	14	3.7
SATISFACTORIA	139	37.2
MUY SATISFACTORIA	218	58.3
TOTAL	374	100

FUENTE: Escala COMFORTS realizada a pacientes atendidas en Hospital General de Zona No. 2, en el servicio de puerperio de bajo riesgo.

X. DISCUSIÓN

En el presente estudio se recabó información sobre la satisfacción materna con la atención hospitalaria con el fin de conocer la opinión de las pacientes en periodo de puerperio inmediato.

Los resultados orientan que la edad de las mujeres que fueron atendidas durante el parto y puerperio en su mayoría corresponde a 26 años, contrario a lo reportado en Carrillo y cols., realizado en “Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en el estado de Tabasco”, determinó que el 32.2% de las mujeres en periodo posparto hospitalizadas tenía entre 19 y 23 años. El 28.8% de 24-28 años, el 19.8% de 14-18 años. (14), en el estudio de Acosta Navarro *et al.*, en el “Hospital Rural IMSS Prospera Número 14 de Matehuala, San Luis Potosí”, reportó edad por grupos de 18-27 años, con un 69.5% siendo este el grupo sobresaliente. (22), Fernández *et al.* Realizado en el “Centro Materno-Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias”, reportó edad media de 33.23 años. (20)

En cuanto a los aspectos sociodemográficos se encontró ama de casa, preparatoria, casada fueron las respuestas que predominaron. En Carrillo y cols., describió que el estado de civil la mayoría de ellas se encontraba en unión libre el 54.3%, el grado de escolaridad más frecuente en la muestra fue de educación media superior con el 43.3%, seguido del nivel de educación media básica con 38.2%, no se contempló ocupación como variable de estudio. (14). En Fernández *et al.* El nivel de estudios materno fue universitario con 39%, la situación laboral de las mujeres mostró que un 64.3% de las mujeres estaban en activo, seguido de las mujeres dedicadas al trabajo doméstico no remunerado con un 30%, en cuanto al estado civil materno estaban casadas con un 61.4%. (20), esto probablemente se debe a las diferencias del nivel sociocultural que caracteriza a España. Acosta Navarro *et al.*, entre sus aspectos sociodemográficos estado civil casada con un 46%, escolaridad secundaria terminada con un 55%, ocupación ama de casa con un 68.5%. (22). Los resultados obtenidos en este estudio son similares a los obtenidos en el “Hospital

Rural IMSS Prospera Número 14 de Matehuala”, excepto por escolaridad, mostrando un nivel de estudios preparatoria.

En cuanto al número de gesta fue 2, que predominó, en Fernández *et al.* Se contempló como variable embarazos anteriores, respuesta No o Sí siendo la respuesta con mayor porcentaje sí con el 61.4%. (20). Acosta Navarro *et al.*, reporto con un 44% el mayor porcentaje para primigestas atendidas en el hospital (22), En Carrillo y *cols.*, no se contempló variable número de embarazos. (14)

Los resultados encontrados en el presente estudio, reportó una respuesta muy satisfactoria con un 58.3% con la atención brindada a las pacientes estudiadas. Carrillo y *cols.*, la satisfacción con la atención en las mujeres en el periodo posparto fue alta con él 94.5%. (14). Acosta Navarro *et al.*, en la población estudiada se encontró satisfecha con la atención recibida en el parto, el puerperio, con la atención que se brindó al recién nacido; con el entorno físico y de manera global. (22), Fernández *et al.* Respecto a la satisfacción global con la atención recibida durante el parto y puerperio hospitalario reportó de manera general las madres estaban “Satisfechas”. Por otro lado, únicamente 4 mujeres realizaron una valoración indiferente o en términos de insatisfacción. (20)

En general el presente estudio, muestra un nivel elevado de satisfacción materna con la atención que recibieron las pacientes, muy satisfactoria con el 58.3%.

XI. CONCLUSION

Con nuestro estudio se demuestra que las características que las mujeres derechohabientes atendidas durante el parto y puerperio en Hospital General de Zona No. 2, difiere a lo descrito en otros estudiar realizados a nivel nacional e internacional. Se determinó lo siguiente:

- Se determinó una edad media de 26 años en las mujeres que fueron atendidas durante el parto y puerperio.
- Se estableció en los rubros de ocupación, escolaridad y estado civil, que predominó en las mujeres durante la atención de parto y puerperio, son ama de casa, preparatoria y casada, respectivamente.
- En las mujeres atendidas, durante el parto y puerperio en el hospital general de Zona No. 2, el número de gesta que predominó es 2.
- Encontramos que la atención recibida por las mujeres durante el parto y puerperio en el HGZ No. 2 es muy satisfactoria con un 58.3% del total de pacientes encuestadas. Pudimos observar una buena respuesta de los derechohabientes ante el trato proporcionado por el personal de salud en general. Sin embargo, no podemos descuidar el porcentaje que obtuvo una puntuación, indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha y trabajar en conjunto para obtener experiencias positivas con la atención.

En nuestro país la mortalidad materno infantil aún sigue siendo un problema grave, esto secundario a diversos factores de los que destacan la falta de información de la existencia del servicio, de la falta de cultura de los pacientes por cuidar su salud, mitos y principalmente del grado de satisfacción que les genera la atención en los establecimientos de salud. Es decir, si la atención no satisface sus necesidades será menos el uso que les darán arriesgándose a complicaciones a futuro.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es importante fortalecer las estrategias de salud materna "para poner fin a la mortalidad materna prevenible". Basada sobre todo en un enfoque holístico basado en los derechos humanos para la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y se basa en la efectividad de la implementación, que es específica del contexto, orientada a los sistemas y centrada en las personas. (25)

Durante la elaboración del estudio fue inesperada la disponibilidad, participación e interés de las pacientes y familiares encontradas en el área de puerperio de bajo riesgo, ya que todas ellas aceptaron llenar el cuestionario, a pesar del proceso de adaptación en el que estaban cursando.

Este trabajo queda abierto a una segunda evaluación, dirigido a evaluar al personal administrativo, para una evaluación del personal que atiende a esta población.

XII. RECOMENDACIONES

1. Ofrecer cursos de forma periódica al personal de salud y administrativo del hospital en temas relacionados con calidad en los servicios de atención, encaminados a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Educación al paciente para un adecuado apego a las recomendaciones, con la finalidad de obtener experiencias positivas en las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, para crear las bases de una maternidad saludable.
3. Captar a las pacientes en su unidad de medicina familiar correspondiente para el inicio y continuación de las estrategias establecidas, de acuerdo a lo estipulado en “Norma Oficial 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.

XIII. REFERENCIAS

1. Saturno Hernández PJ, Gutiérrez Reyes JP, Vieyra-Romero WI, Romero Martínez M, O'Shea Cuevas GJ, Lozano Herrera J, et al. Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos. Salud Publica Mex, [Internet], 2016;58(6): p.p.685-693. Disponible: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.8323>
2. Caminal J, La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial [Internet] 2001;16(4):276-279, DOI: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(01\)77420-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77420-9)
3. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez de la Roche OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica, Aten Fam, [Internet], 2013;22(4), p.p. 1-208. ISBN 978-607-02-4099-7
4. Hernández Torres F, Aguirre Gas H , Santacruz Varela J, Gómez Bernal E, García Saisó S, Durán Fontes LR. Calidad efectiva de los servicios de salud, Rev CONAMED [Internet], 2013(consultado el 20 de abril del 2018), 18(3):129-138, disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/121/145>
5. Alcántara Balderas MA, Contreras colín AH, Delgado M, Diaz N, Enríquez J, González I. et al. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Secretaría de Salud. [internet], 2012, consultado el 20 de mayo del 2018, ISBN 978-607-460-397-2 disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF:

07/04/2016 [Consultado el 30 de abril del 2018]. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

7. Pettker CM, Grobman WA. Seguridad y Calidad Obstétrica, *Obstet Gynecol*, [Internet] 2015; 126(1):196-206. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000918
8. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016. ISBN 978 92 4 154991 2, pp: 1-172, disponible:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=5AFC0FF63EF4C63FBCE865D731D38654?sequence=1>
9. Gutiérrez JP, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villalpando Hernández S, Franco A, Cuevas Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012., ISBN 978-607-511-037-0, consultada el 3 de mayo del 2018, disponible: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
10. Área de Informática Médica y Archivo Clínico. ARIMAC 2017, Hospital General de Zona No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal, *Aten Primaria*, [Internet], 2016;48(10): p.p. 657-664 Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.004>
12. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal, *Gac Sanit*, [Internet], 2013;27(5):p.p.447-9, DOI: 10.1016/j.gaceta.2012.07.010

13. Vivanco Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS, Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet], 2009 [Consultado 03 de mayo del 2018) 1 (2): 275-299, ISSN: 1989-5305. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/32/44>

14. Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, Rivas Acuña V, Sánchez Lagunes LL, Cruz León A, Morales Ramón F. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel, Revista conamed [Internet] 2016 (consultada 20 de abril del 2018), 21(1) p.p. 15-20, ISSN 2007-932X, Disponible: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/365/681>

15. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health, 2011, p.p.1-34, ISBN 978 92 4 150222 1. Consultado en línea el 03 de mayo del 2018. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1

16. Pattinson R, Say L, Souza JP, Van den Broek N, Rooney C. WHO maternal death and near-miss classifications, Bulletin of the World Health Organization 2009;87:734-734. DOI: 10.2471/BLT.09.071001

17. Franco Yáñez CE, Hernández Pacheco JA. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna, Perinatol Reprod Hum, [Internet] 2016;30(1): p.p. 31-38, Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.004>

18. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale, research in nursing & health [Internet] 2006, 29(1): p.p. 51-60, DOI: 10.1002/nur.20112
19. Vivanco Montes M, Solís Muñoz M, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer, Álvarez Plaza C, Millán Santos I, et al. Adaptación cultural y validación al español de la escala de COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio, Metas de Enfermería [Internet] 2012 [consultada el 30 de abril del 2018], 15(2): p.p. 18-26, ISSN: 1138-7262
20. Fernández Raigada, RI, Fernández Feito A. Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria, Universidad de Oviedo, Trabajo fin de grado de Enfermería, [Internet] 29 de mayo del 2013, [consultada el 17 de abril del 2018], p.p. 1-53, disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG%20RosaFernandezRaigada.pdf>
21. De La Cruz Vargas JA, Rodríguez Chávez S, Roldan Arbieta L, Medina Vilca A, Huamán Guerrero M, Perez M. VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL PARTO, Rev. Fac. Med. Hum. [INTERNET] 2016;16(3):30-37, DOI:10.25176/RFMH.v16.n3.650
22. Acosta Navarro NA, Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública, Universidad Autónoma de San Luis Potosí [Internet], 2015, (consultada el 30 de abril del 2018), p.p. 1-99, disponible: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3910/3/MAE1STM01501.pdf>

23. Villaseñor M, Laureano J, Mejía ML, Valadez I, Márquez JM, González J. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2014 [consultada el 03 de mayo del 2018]; 32(2): p.p. 9-16, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a02.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)”, [Internet], 23 DE NOVIEMBRE DE 2017, (consultada el 30 de abril del 2018), p.p. 1-23. Disponible: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf
25. World Health Organization. “Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)” [internet], 2015, (consultada el 15 septiembre 2019), p.p. 1-52, disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. ISBN 978 92 4 150848 3

XIV. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Satisfacción de la calidad de atención brindada a mujeres durante el parto y puerperio atendidas en el HGZ No. 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Número de registro:	R-2018-703-002
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio que son atendidas en el HGZ No.2.
Procedimientos:	Aplicación de Escala COMFORTS (Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale)
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir a mejorar la atención
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en el Hospital General de Zona No. 2
Participación o retiro:	He aclarado mis dudas y mi participación en el estudio es voluntaria y soy libre de no formar parte del estudio o retirarme en cualquier momento sin afectar la atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recopilados son confidenciales, serán utilizados para investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Una atención integrada e intervenciones oportunas.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara
Colaboradores:	Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón / Dra. Paulina Sánchez Flores
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CONYUGE**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Satisfacción de la calidad de atención brindada a mujeres durante el parto y puerperio atendidas en el HGZ No. 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Número de registro:	R-2018-703-002
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio que son atendidas en el HGZ No.2.
Procedimientos:	Aplicación de Escala COMFORTS (Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale)
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir a mejorar la atención
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en el Hospital General de Zona No. 2
Participación o retiro:	He aclarado mis dudas y mi participación en el estudio es voluntaria y soy libre de no formar parte del estudio o retirarme en cualquier momento sin afectar la atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recopilados son confidenciales, serán utilizados para investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Una atención integrada e intervenciones oportunas.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara
Colaboradores:	Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón / Dra. Paulina Sánchez Flores
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del cónyuge Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Coordinación Delegacional de Investigación Médica
 Hospital General de Zona No.2
 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
ESCALA COMFORTS



Buenos días; la presente escala la estoy realizando con el fin de determinar la satisfacción de la calidad de atención en mujeres durante el parto y puerperio adscrita en esta unidad, esta escala no tiene fines de lucro y los datos recabados serán confidenciales, si está usted de acuerdo responda las siguientes preguntas.

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____
 NUMERO DE EMBARAZO: _____ OCUPACIÓN: _____

¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	Muy insatisfactoria	Insatisfactoria	Indiferente	satisfactoria	Muy satisfactoria
Cuidados durante el periodo de parto					
1. Con la información recibida en la sala de labor de parto.					
2. Con la cantidad de información proporcionada por la enfermera acerca de los cuidados que iba a recibir					
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la enfermera.					
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo					
5. Con la vivencia del nacimiento (experiencia)					
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto					
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé					

8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió (comodidad de usted)					
9. Con el número de profesionales que la atendió durante el parto (médico y enfermera).					
10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto.					
11. Con el tiempo que pasó con usted la enfermera para cubrir sus necesidades emocionales					
12. Con el tiempo que pasó la enfermera para cubrir sus necesidades físicas					
13. Con relación a la respuesta de la enfermera a sus necesidades durante el parto					
Cuidados en el puerperio					
14. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas.					
15. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados después del parto.					
16. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados del bebé.					
17. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales.					
18. Con el tiempo que pasó la enfermera enseñando a su pareja los cuidados de usted y su bebé					
19. Con la respuesta a sus necesidades.					
20. Con el tiempo que pasó la enfermera ayudándole a alimentar a su bebé.					
21. Con la información que recibió de las enfermeras.					
22. Con el número de enfermeras que cuidaron de usted.					
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación.					
24. Con el número de médicos que la atendieron					
Cuidados del recién nacido					
25. Porque sabe cuándo el bebé está enfermo.					
26. Porque sabe cuándo el bebé tiene hambre o está satisfecho.					
27. Porque sabe cuándo el bebé está tomando leche suficiente.					

28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación.					
29. Porque sabe qué hacer cuando el bebé llora.					
30. Porque sabe qué hacer cuando el bebé se atraganta.					
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir.					
32. Porque sabe cómo bañar al bebé.					
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita.					
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido.					
Logística y entorno					
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital.					
36. Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital.					
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, pañales, etc.)					
8. Con el respeto a su intimidad por parte del personal de limpieza.					
39. Con la habitación donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades.					
40. Con la iluminación de la habitación donde la atendieron durante el parto.					

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018						2019								2020	
	MAR	ABR - MAY	JUN - JUL	AGO - SEPT	OCT - NOV	DIC	ENE	FEB	MAR - ABR	MAY - JUN	JUL	AGO - SEPT	OCT - NOV	DIC	ENE	FEB
ELECCION DEL TEMA																
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																
REVISION BIBLIOGRAFICA																
ELABORACION DEL PROTOCOLO																
REVISION DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL																
APLICACIÓN DE ENCUESTA PILOTO																
RECOLECCION DE DATOS																
TABULACION DE DATOS																
ANALISIS DE DATOS																
PRESENTACION DE RESULTADOS Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO																

CARTA DE AUTORIZACION DE LOS ASESORES DE TESIS

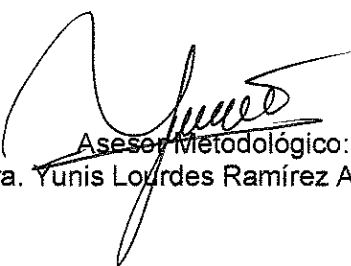
Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 10 de diciembre del 2020.

Dr. Francisco Ricardo Escobar Díaz
Director
Unidad de Medicina Familiar No. 13

En atención:
Dra. Aída Murillo Chávez.
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar

Por este medio informo a Usted que el trabajo de Tesis denominado "**SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A MUJERES DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO ATENDIDAS EN EL HGZ NO. 2 DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**", con registro SIRELCIS No. R-2018-703-002, elaborado por Paulina Sánchez Flores para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar, ha sido realizado bajo mi asesoría y considero que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que se autoriza impresión.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier aclaración adicional.


Asesor Metodológico:
Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

Atentamente


Asesor De Contenido
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón