



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Evaluación del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, 2017.

AUTORA:

Luisa Beatriz Ayala Haro

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Widmark Báez Morales

IBARRA - ECUADOR

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Doctor Widmark Báez, en calidad de Director de Tesis, certifico que la Srta. Ayala Haro Luisa Beatriz, realizó el trabajo investigativo para optar por el título de Licenciado en Enfermería, cuyo título del trabajo es: **“EVALUACIÓN DEL CUIDADO INMEDIATO DEL PERSONAL DE SALUD A MADRES EN PUERPERIO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO, 2017.”**, el mismo que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección ajustándose a lo establecido en el reglamento general de la Facultad Ciencias de la Salud.

En la ciudad de Ibarra, a los 03 de días del mes de octubre de 2017

Atentamente,



Dr. Widmark Báez

C.I.: 1711319481

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:		100360753-6	
APELLIDOS Y NOMBRES:		AYALA HARO LUISA BEATRIZ	
DIRECCIÓN:		IBARRA, Av. Luis Miguel Tafur 1-57, y José Miguel Leoro	
EMAIL:		bachytriz_06@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	5002537	TELÉFONO MÓVIL:	0984470549
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:		Evaluación del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, 2017.	
AUTORA:		Ayala Haro Luisa Beatriz	
FECHA:		2017 – 10-03	
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:		PREGRADO	
TITULO POR EL QUE OPTA:		Licenciado en Enfermería	
ASESOR /DIRECTOR:		Dr. Widmark Báez	

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

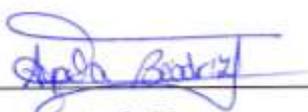
Yo, Ayala Haro Luisa Beatriz, con cédula de ciudadanía Nro. 100360753-6, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 03 de días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:

Firma: 
Luisa Beatriz Ayala Haro
C.C: 1003607536

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Ayala Haro Luisa Beatriz con cédula de identidad Nro. 100360753-6, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor del trabajo de grado denominado: Evaluación del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, 2017, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 03 de días del mes de octubre de 2017

LA AUTORA:

Firma: 
Luisa Beatriz Ayala Haro
C.C: 1003607536

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a Dios por haberme guiado y dado toda la fuerza y paciencia para culminar con este trabajo.

A mis padres, hermanas, sobrinos, cuñados, mi esposo y mi hijo por ser quienes me apoyaron e incentivaron a esta hermosa profesión, y forjaron en mí los valores de amor, paciencia, y comprensión y me han guiado por el mejor sendero para mi vida.

Dedico también este trabajo a todos y todas mi profesoras, quienes en las aulas y fuera de ellas con sus conocimientos, me enseñaron a ser cada día mejor y con quienes hemos construido una bonita amistad.

AGRADECIMIENTO

“La gratitud debería ser un acto constante de cada hora, de cada día, de toda la vida”
Nancy Leigh De Moss.

Agradezco infinitamente a Dios por guiarme y poner sus manos en las mías para dar lo mejor de mí en todas las cosas que hago; a mis padres por el ejemplo, los valores inculcados para bien de mi vida, por estar a mi lado siempre; a mis hermanas por comprenderme y aconsejarme en cada paso que he dado para llegar a este gran paso de mi vida; a mis sobrinos por el cariño y la alegría que me brindan día a día; y en especial a ti Fernando Esparza esposo mío, que gracias a tu apoyo incondicional, a las fuerzas que me has dado para continuar y terminar con esta profesión y a ti hijo de mi vida Adrián Esparza Ayala porque eres la razón de mi vivir y por quien este esfuerzo es cada vez más grande.

Agradezco también al Doctor Widmark Baez mi director de tesis, quien supo guiarme de una manera correcta todo el tiempo de mi investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TABLA DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
TEMA:	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	4
1.4.1 Objetivo General	4
1.4.1 Objetivos Específicos.....	4
1.5 Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1 Marco Referencial.....	7
2.2 Marco Contextual	9
2.2.1 Situación Geográfica.....	9
2.2.2 Misión	10
2.2.3 Visión	10
2.3 Marco conceptual.....	11

2.3.1 Puerperio	13
2.3.2 Clasificación del puerperio	13
2.3.3 Cambios psicológicos, fisiológicos y sociales en el puerperio inmediato	17
2.3.4 Complicaciones en el puerperio inmediato	21
2.3.5 Protocolo de manejo del puerperio posparto.....	25
2.3.6 Protocolo de manejo del puerperio pos cesárea.....	28
2.4 Marco ético y legal	30
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador 2008.	30
2.4.2 Objetivos del Plan del buen vivir.	31
2.5 Marco Ético.....	31
2.5.1 Derechos del Paciente Código de ética y Deontología del CMP.	31
2.5.2 Ley orgánica de salud.....	32
2.5.3 Principios éticos de la enfermería	32
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la investigación.....	35
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación	35
3.2 Localización y ubicación del estudio.....	35
3.3 Población	35
3.3.1 Universo	35
3.3.2 Muestra.....	36
3.3.3 Criterios de inclusión	36
3.3.4 Criterios de exclusión.....	36
3.4 Operacionalización de variables	37
3.5 Métodos de recolección de información.....	40
3.5.1 Encuesta	40
3.5.2 Guía de observación.....	40
3.6 Análisis de datos	40
CAPÍTULO IV.....	41
4. Resultados de la investigación.....	41

4.1 Características sociodemográficas del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo en el período Enero – Abril 2017.	41
4.2 Conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, por acciones principales y por perfil profesional:.....	42
4.3 Cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, por acciones principales y por perfil profesional:.....	46
4.4 Demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio del HSLO primer trimestre 2017	50
CAPITULO V	53
5. Conclusiones y recomendaciones.....	53
5.1. Conclusiones:.....	53
5.2. Recomendaciones:	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	61
Anexo 1. Fotografías	61

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Población distribuida según sexo, edad y profesión	41
Gráfico 2. Conocimiento de personal médico.....	42
Gráfico 3. Conocimiento Licenciadas en Enfermería.....	44
Gráfico 4. Conocimiento Auxiliar de enfermería	45
Gráfico 5. Cumplimiento del personal médico:	46
Gráfico 6. Cumplimiento Licenciadas en Enfermería:	48
Gráfico 7. Cumplimiento Auxiliar de Enfermería:	49
Gráfico 8. Número de partos y cesáreas:	50
Tabla 1. Demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio del HSLO primer trimestre 2017:	51

RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital San Luis de Otavalo de la provincia e Imbabura, al personal de salud que labora en el servicio de ginecología, con la finalidad de identificar el nivel de conocimiento de cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio post parto a las madres que se encuentran en este servicio. Se realizó un estudio no experimental, ya que se lo hizo sin manipular las variables; se basó fundamentalmente en la observación y descripción de fenómenos, en este caso las características de una población Transversal, ya que se lo realizó en un tiempo específico de estudio, es decir no hubo seguimiento de la investigación y las variables se midieron una sola vez. En cuanto al tipo de investigación, se trató de una investigación cuantitativa, porque se recolectó información y se identificó las características de determinada población, y descriptiva ya que por medio del análisis que se realizó en la misma, se logró caracterizar o detallar un objeto de estudio o una situación. Con este estudio se llegó a identificar que el nivel de conocimiento y cumplimiento del protocolo de manejo del cuidado post parto que tiene cada profesional, se encuentra en condiciones óptimas, sin embargo, existen algunos déficit en cuanto se refiere a enfermeras y auxiliares de enfermería, por lo que se recomienda a las autoridades de dicha unidad de salud, fortalecer el protocolo con capacitaciones y monitoreos continuos para que dicho protocolo se conozca y se cumpla en su totalidad.

Palabras Clave: Puerperio, Parto, Post Parto.

SUMMARY

The present study was carried out at the San Luis de Otavalo Hospital of the province and Imbabura, to the health personnel who work in the gynecology service, in order to identify the level of knowledge of compliance with the postpartum puerperium management protocol at The mothers who are in this service. A non-experimental study was performed, since it was done without manipulating the variables; Was based fundamentally on the observation and description of phenomena, in this case the characteristics of a population. Transversal, since it was performed in a specific time of study, ie there was no follow-up of the research and the variables were measured only once. As for the type of research, it was a quantitative research, because information was collected and the characteristics of a given population were identified, and descriptive because, through the analysis that was carried out in the same one, it was possible to characterize or to detail an object of Study or situation. With this study it was possible to identify that the level of knowledge and compliance of the protocol of management of the postpartum care that each professional has, is in optimal conditions, however there are some deficits as far as nurses and nursing assistants are concerned, for Which is recommended to the authorities of this health unit, strengthen the protocol with continuous training and monitoring so that said protocol is known and fully complied with.

Key words: Puerperio, Childbirth, Postpartum.

TEMA:

Evaluación del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, 2017.

CAPÍTULO I

1. El problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

Las complicaciones puerperales, se desarrollan fuera de los parámetros normales durante los 10 días posteriores a la etapa del alumbramiento, las mismas que son producidas por múltiples factores que influyen de una manera directa o indirecta a la puérpera.

Según la “OMS más del 60% de muertes maternas en los países en vías de desarrollo se producen en el período de puerperio, y que al menos 529000 mujeres mueren al año por complicaciones del embarazo, parto y post parto” (1); así mismo señala que las “muertes maternas ocurren de forma súbita e impredecible entre el 11% y el 17% durante el parto; y del 50% al 71% durante el puerperio” (2).

Según el estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia, con el tema seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio, “el puerperio es caracterizado por dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual en la madre y el desarrollo normal de niño; así como la vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones que comprometen la salud y la vida, las primeras causas de muerte materna en el período de puerperio, son las hemorragias, seguidas por las infecciones (3).

En Latinoamérica se estima que el 8.2% de las madres que dan a luz en América Latina sufren de Hemorragia Postparto ya que es una de las causas que más se dan en el embarazo o el parto y el puerperio las cual requieren de atención inmediata (4).

En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo, el parto, y posparto; sin embargo la mayoría de mujeres que acude a las unidades de salud públicas, han sido atendidas por personal calificado y capacitado para brindar ayuda tanto en el momento del parto, como después del mismo, y así evitar la mortalidad materno infantil y mejorar la salud materna que ahora es la prioridad para el Ministerio de Salud pública del Ecuador.

En Ecuador la hemorragia posparto inmediato, mediano y tardío en su mayoría causada por atonía uterina es la segunda causa más importante de muerte materna con el 16.27% según datos del Instituto de Estadísticas y Censo (INEC) (5).

En el Hospital San Luis de Otavalo, durante el primer trimestre del año 2017 se han producido 292 partos aproximadamente, de los cuales no ha ocurrido ningún tipo de complicaciones durante el puerperio inmediato, ya que han sido atendidas eficientemente por el personal de salud de dicha casa de salud.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, durante el primer trimestre del año 2017, en relación al protocolo vigente?

1.3 Justificación

El puerperio inmediato, es el período comprendido entre las primeras 24 horas post parto, el mismo que genera algunas complicaciones que pueden afectar notablemente a la salud de las mujeres.

En la actualidad, la mayoría de mujeres en puerperio inmediato han tenido complicaciones por falta de un cuidado directo del personal de salud quienes están a cargo de ellas en este período muy importante. Los cuidados del personal de salud se basan directamente en cuidar la salud de los pacientes y en prevenir inconvenientes.

El presente trabajo pretende evaluar las características y factores que influyen en los cuidados inmediatos de enfermería en el puerperio, para incidir en la prevención y /o detección temprana, oportuna y eficaz de las complicaciones que pueden darse en las primeras 24 horas post parto, como mastitis, hemorragias puerperales, infecciones puerperales y hasta la depresión post parto, que hacen que las pacientes no logren estar bien emocionalmente e incluso que el binomio madre-hijo no sea el adecuado.

Además, este trabajo ayudará tanto al personal de enfermería del servicio de ginecología del hospital “San Luis de Otavalo”, para mejorar la atención y cuidado directo a las pacientes, así como también a las mismas mujeres en puerperio inmediato para disminuir las complicaciones en esta etapa y lograr una pronta recuperación, tomando en cuenta que los cuidados inmediatos en el puerperio contribuyen a disminuir las complicaciones.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar las características del cuidado inmediato del personal de salud a madres en puerperio del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo durante el primer trimestre del año 2017, para disminuir los problemas puerperales que afectan a la salud de las madres.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y profesional del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.
- Determinar el nivel de conocimientos de los cuidados inmediatos de puerperio, del personal de salud en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo según el protocolo de manejo del puerperio posparto.
- Identificar el nivel de cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.
- Definir la demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, frente a la disponibilidad de personal del servicio, durante el primer trimestre del año 2017.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los cuidados inmediatos de puerperio, del personal de salud en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo según el protocolo de manejo del puerperio posparto?
- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo?
- ¿Cuál es la demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, frente a la disponibilidad de personal del servicio, durante el primer trimestre del año 2017?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Referencial

Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría:

Durante la fase de puerperio inmediato, es importante la relación directa que existe entre la paciente y el personal de salud, ya que en “esta etapa las mujeres necesitan de más cuidados, así como de consejerías personalizadas para que la nueva etapa de vida que están cruzando estable tanto con ellas mismas como el apego con sus hijos”. (6).

Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas: La empatía del personal de salud con las mujeres en puerperio debe ser amplia; se debe escuchar las dificultades y vivencias, conocer su cultura y muchas veces su medio social para que el cuidado sea de forma efectiva. Las investigaciones sobre sexualidad de la mujer en el puerperio deben ser realizadas para que se conozca mejor como las mujeres experimentan ese período, así se podrá intervenir efectivamente cuando sea necesario, ofreciendo condiciones para que las mujeres se sientan libres para contar sus experiencias y soluciones para que las posibles dificultades sean superadas conjuntamente con ellas. El personal de salud obstétrica, realiza un papel muy importante, ya que al actuar directamente en la atención a la salud de las mujeres en los ciclos de embarazo y puerperal pueden detectar miedos, dudas y problemas de las mujeres en esta área, luego en el inicio prenatal, de forma a encontrar soluciones delante de las demandas que las mujeres presentan. (7).

Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido

en el momento del alta: En España, la mayoría de mujeres en el momento del alta, han dado a conocer que es muy importante la atención directa en el puerperio (8), ya que el personal de salud se encarga de brindar un cuidado especial y otorga consejerías

que ayudarán no solamente en el momento que se encuentren en la unidad de salud, sino también al momento de llegar a sus casas y vigilar los signos de alarma tanto en ellas como en el recién nacido, quien también será afectado por los cambios que en esta etapa tiene su madre, además las mujeres aprenden a auto cuidarse para que la recuperación post parta sea mejor.

Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio traspasando las barreras hospitalarias: En Bogotá, “se toma en cuenta que las mujeres en post parto son dadas el alta en períodos tempranos antes de las 48 horas sin complicaciones” (9), es necesario que los profesionales de enfermería y de salud en general, usen estrategias de cuidados en el puerperio inmediato, los mismos que traspasen los escenarios hospitalarios y abarquen espacios en el hogar para dar continuidad en el cuidado a madres y recién nacidos el tiempo que involucran y ayudan a la familia como red de apoyo.

Prácticas de cuidado postparto en adolescentes: El puerperio inmediato es una etapa que representa en la vida de la mujer cambios y ajustes de tipo biopsicosociales, requiriendo cuidados específicos que garanticen el bienestar al binomio madre e hijo recién nacido, es por esto que en Santander Colombia, se practica una técnica que da mucha acogida en especial a las madres adolescentes, quienes son las que experimentan más cambios tanto sociales, como psicológicos después del parto; es así que “se brinda consejería de cuidados en especial de higiene, alimentación, ejercicios beneficiosos y no beneficiosos para su salud, para que de esta manera ellas puedan enfrentar la etapa en la que se encuentran y que el vínculo madre – hijo sea el adecuado”. (10).

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Situación Geográfica

El hospital San Luis de Otavalo, se encuentra ubicado en la calle Sucre y Estados Unidos en la parroquia Otavalo del cantón Otavalo perteneciente a la provincia IMBABURA, Ecuador.

El Hospital San Luis de Otavalo, es un hospital básico de segundo nivel de atención, la población beneficiaria directa la del cantón población asignada hasta el 2015 de 117.830 (11), la población beneficiaria indirecta de esta unidad de salud es la población de Cayambe, Tabacundo, Cotacachi y Antonio Ante servicios en el área de emergencias las 24 horas del día, centro obstétrico, quirófano, cirugía, pediatría y neonatología, ginecología y medicina interna; además brinda servicios en consulta externa, laboratorio, Rayos X y farmacia.

El Hospital San Luis de Otavalo de acuerdo a su tipología corresponde a un hospital básico con las cuatro especialidades básicas, de segundo nivel de atención.

El Hospital San Luis de Otavalo abarca la atención de salud general que incluye tres servicios de atención que son:

- Consulta externa,
- Emergencia
- Hospitalización.

Consulta externa cuenta con los servicios de Cirugía General, Ginecología Obstetricia, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Medicina Interna, Cardiología, Traumatología, Médico especialista en Nutrición y Fisioterapia. La Unidad de Apoyo diagnóstico y Terapéutico con los que cuenta la institución son: Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Rehabilitación y terapia física, y Farmacia.

Emergencias y hospitalización que funciona las 24 horas del día los 365 días del año. El Servicio de Hospitalización cuenta con una dotación normal de 83 camas. El servicio de Pediatría cuenta con 7 termocunas, al ser un hospital Básico no se puede denominar como Neonatología.

El hospital cuenta con una sala de parto que promueve el parto en libre posición, tanto el parto convencional como el parto culturalmente adecuado, cuenta con una sala de manto para apoyar la intercultural y una casa materna para alojamiento de embarazadas que viven en zonas rurales de difícil acceso.

El servicio de ginecología cuenta con la estación de enfermería, espacio adecuado para organización y preparación de medicación según el número de cama, cuarto con ambiente adecuado para ducha a los recién nacidos, un cuarto para realizar de Ecos y disponibilidad de 20 camas.

El equipo de salud que brinda atención a las pacientes de este servicio cuenta de 1 Obstetra, 4 ginecólogos, 5 médicos residentes, 6 licenciadas de enfermería, 6 auxiliares de enfermería.

2.2.2 Misión

El Hospital San Luis de Otavalo brinda atención de salud gratuita, preventiva curativa y rehabilitación a los usuarios, con calidad, calidez, con talento humano capacitado y tecnología adecuada, respetando la pluriculturalidad y entorno social.

2.2.3 Visión

El Hospital San Luis de Otavalo será una institución prestadora de servicios de salud reconocida a nivel nacional, que liderará la atención en salud integral, pluricultural y multiétnica, respetando el entorno social, con ética profesional, capacitación continua, infraestructura física moderna.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Teoría de Adopción del Rol Maternal: Ramona T. Mercer

Inicia su carrera profesional como enfermera en 1950 después de obtener su título profesional de enfermería en Montgomery. En 1964 realiza una licenciatura marterno infantil en la universidad de Emory y finalizó su doctorado en Enferemería maternal en la universidad de Pittsburg en 1973.

Enfermera que se dedicó al estudio y la investigación de la salud materno infantil y la familia.

Propone la necesidad que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Cuando Mercer inició su investigación, se centraba en las conductas y necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto y madres de niños con discapacidades.

Propone la necesidad de que los profesionales de la enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Adopción del rol maternal:

Es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el que la madre crea un vínculo con su hijo; aprende las tareas del cuidado y expresa placer y gratificación al cumplir con dicho rol.

Basada en 4 conceptos:

- Estado de Salud
- Apoyo Social
- Autoestima
- Relación madre-padre

Estado de salud: Las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura para poder seguir llevando a cabo su rol como padres.

Apoyo social: La cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la proporcionan.

Autoestima: Percepción del individuo de cómo los otros lo ven, la autoaceptación de estas percepciones.

Relación madre-padre: Es la percepción de la relación que existe entre la pareja, las fortalezas y debilidades.

Estadios de la adquisición del rol materno (Arm)

- Anticipatorio: Adaptación social y psicológica de la mujer a ser madre. La madre se imagina con su bebé.
- Informal: La madre asume su rol de manera particular independiente del sistema social.
- Personal: La madre afirma su rol maternal.
- Formal: La mujer adopta el rol de madre luego del nacimiento del bebé (12)

2.3.1 Puerperio

“Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo” (12)

El puerperio es el periodo de tiempo que sigue al parto. La mujer después del parto siente la necesidad de dormir y un gran cansancio. Es conveniente que las primeras horas no tenga excesivas visitas. Se puede notar algunas molestias a nivel de los puntos de la episiotomía y pequeñas contracciones uterinas debido a que el útero está reduciendo su volumen. Es frecuente también que exista una pequeña dificultad para orinar en estas primeras horas que se corrige sin problemas. El personal de salud de la clínica u hospital deberá controlar la tensión arterial, la temperatura y las pérdidas de sangre.

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.

2.3.2 Clasificación del puerperio

Puerperio Inmediato. Comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

En esta fase el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina.

Durante el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

“Esto provoca la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivientes de Pinard. Clínicamente se palpa un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina Globo de Seguridad de Pinard, periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados Entuertos, el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical” (13).

La hemostasia no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 horas estos son hemáticos y se pierden aproximadamente 500 cc. de sangre.

En esta fase aparecen episodios escalofríos y palidez cutánea generalizada, esto puede durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos debido a:

- Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.
- Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.

A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depleción brusca del abdomen. La temperatura corporal puede tener una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos que los chuchos y escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos.

Puerperio Mediato.- Comprende desde el 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

Durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pregrávidos:

- **Aparato genital:** La cavidad uterina está cubierta por restos de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas.

“El lecho cruento que cubre la cavidad uterina inicia a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y basal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales, estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas. Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desemmatización del cervix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cervix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido” (14).

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 – 2 cm. / día.

El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este periodo. Las contracciones disminuyen en intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la desemmatización que sufre recupera su forma, longitud y consistencia, se restablece el canal cervical que al cuarto o quinto día no es permeable al dedo. La vagina se desemmatiza, reaparecen los pliegues vaginales y recupera su tonicidad igual mecanismo se pone en juego en la vulva.

- **Fenómenos humorales:** la desemmatización incrementa el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio).

Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente incremento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina y luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis en este período se normaliza. la hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros.

- **Signos vitales:** la tensión arterial y la frecuencia cardiaca se mantienen en los parámetros normales. Al tercer o cuarto día la temperatura experimenta una elevación debido al metabolismo mamario, este aumento no debe durar más de 24 horas.
- **Piel y mucosas:** desaparece la hiperpigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a nacarado definitivo, desaparecen los hematomas suconjutivales, las petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.
- **Tejido mioconjuntivo:** La pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de diástasis, si la separación llega hasta la sinfisis pubiana, la misma se considera definitiva.
- **Aparato digestivo:** Los órganos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistensión intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.
- **Aparato urinario:** La vejiga y la uretra se desematizan facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional

favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este período.

- **Aparato respiratorio:** La respiración se normaliza, vuelve a ser abdominal y desaparece la alcalosis respiratoria.

Puerperio Alejado. Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

A partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación (12).

Puerperio Tardío. Se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal. Puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

2.3.3 Cambios psicológicos, fisiológicos y sociales en el puerperio inmediato

Cambios psicológicos.

En la primera semana, aparece labilidad emocional; la alegría y la sensación de logro después del parto, esto es seguido por unos cuantos días de melancolía, por lo general acompañada de crisis de llanto. Esto ocurre por una reacción a las tensiones físicas y mentales del parto y a las alteraciones en las concentraciones hormonales de estrógenos y progesterona. “Una depresión más profunda se presenta en el 10% de los casos y cerca del 1 % ocurre psicosis franca” (15).

La mujer presenta un período de conducta dependiente. La puérpera se centra en sí misma, expresa su necesidad de alimentación y descanso. Se siente aliviada de la experiencia del parto y manifiesta una conducta pasiva y dependiente, también hay una transición de dependencia a independencia donde amplía el alcance mental para incluir otras actividades.

Cambios fisiológicos.

El útero. Este órgano durante el puerperio presenta los fenómenos más llamativos, que se conoce como involución, porque realiza una regresión durante la cual se produce una recuperación del tamaño hasta alcanzar el que tenía antes del embarazo. Al finalizar la primera semana alcanza un peso de 500 gramos.

“Durante la gestación hay aumentó de tamaño de 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días” (16).

Loquios. El carácter y la cantidad de los loquios indican el progreso de cicatrización del endometrio. En el proceso de cicatrización normal, la cantidad de loquios disminuye en forma gradual experimentando cambios característicos de color, que reflejan disminución de los componentes sanguíneos en el flujo loquial. La cantidad de loquios varía dependiendo de la persona, en general son más profusos en multíparas. Los loquios pueden incrementarse cuando se inicia la ambulación en etapas tempranas, debido al estancamiento vaginal y al aumento de contracciones uterinas.

Cérvix. Luego del parto, el cérvix se colapsa y apenas tiene tono; apariencia suave y edematoso y presenta laceraciones pequeñas y múltiples, puede admitir dos dedos y tiene aproximadamente 1cm de espesor. A las 24 horas se acorta con rapidez y se hace más firme y grueso el orificio cervical se cierra de modo gradual hasta quedar de 2 o

3 cm a los pocos días y a las semanas tiene una dilatación de 1 cm. El examen histopatológico inmediato al parto muestra edema y hemorragia casi generalizada, el epitelio endocervical queda casi intacto, con algunas aéreas de denudación parcial.

Desde el cuarto día se produce regresión de la hipertrofia glandular e hiperplasia del embarazo y reabsorción de la hemorragia intersticial, la involución cervical prosigue más allá de las seis semanas, y el edema entorno a la infiltración celular persiste hasta 3 o 4 meses.

Cuando se examina el cérvix con un colposcopio se detectan ulceraciones, laceraciones equimosis y aéreas amarillas varios días después del parto. Estas lesiones en general miden menos de 4mm, se observan con mayor frecuencia en primíparas. Al repetir el examen 6 o 12 semanas después, se observa cicatrización completa, esto indica el proceso rápido de reepitelización del tejido lesionado, las laceraciones cervicales sanan por proliferación de fibroblastos. Se produce retracción variable del epitelio columnar en eversión (ectropión), que inicia desde principios del periodo postparto. No todos los cuellos uterinos recuperan la apariencia que tenían antes del embarazo; algunos conservan más ectropión y el orificio en general, se ensancha y puede adquirir forma de ranura transversal. En ocasiones queda más abierto, cuando se producen laceraciones con percusión.

Vagina y Perineo. La vagina queda lisa, con inflamación y poco tono después del parto. A las tres semanas, la vascularidad, edema e hipertrofia que se produjeron por el embarazo y el parto se reducen de manera notable.

“Al examinar en el microscopio el frotis de células vaginales se observa que el epitelio tiene apariencia atrófica hasta la 3 o 4 semana, pero recupera su índice correcto de estrógenos de 6 a 10 semanas después del parto la relativa deficiencia de estrógenos contribuye a la mala lubricación vaginal y a la disminución de la congestión, lo que reduce la respuesta sexual en el puerperio. La porción inferior de la vagina en general tiene laceraciones superficiales múltiples de este periodo; las primíparas pueden

presentar pequeños desgarros de la fascia y la musculatura subyacente. La mayor parte se resuelve 6 semanas después del parto” (15).

Las rugosidades vaginales vuelven a aparecer en la 4 semana, pero la vagina puede quedar plana de manera permanente. Luego del parto, las rugosidades dejan de ser tan gruesas como en las nulíparas. La mucosa vaginal se engruesa cuando los ovarios vuelven a funcionar y con frecuencia permanece atrófica en mujeres lactantes, hasta la menstruación.

La mayor parte de las mujeres no tienen dolor en el perineo después de un mes del parto, aunque puede persistir incomodidad hasta las 6 semanas. Más de la mitad de las mujeres reanudan las relaciones sexuales a los dos meses y el tiempo medio para que estas sean agradables es de tres meses después del parto. El retraso en la restauración del perineo, la integridad del introito y la persistencia de incomodidad más allá del tiempo medio se asocia a laceraciones vaginales, parto con fórceps, edema del perineo que dura más de 4 días después del parto e infecciones vaginales.

Trompas de Falopio. Indican una reducción del tamaño de las células secretorias, reducción de tamaño y número de células ciliadas y atrofia del epitelio tubario. Luego de 6 a 8 semanas, el epitelio alcanza el estado de fase folicular temprana del ciclo menstrual. Se produce inflamación transitoria no bacteriana de las luces tubarias, la cual aparece en el cuarto día. Los ligamentos que detienen el útero, a los ovarios y a las trompas de Falopio, que también experimentaron, gran tensión y elongación, se relajan después del parto. Se requiere mucho tiempo para que regrese a su posición y tamaño normal.

Cambios sociales.

Es necesario que la mujer reserve para ella momentos tranquilos en el hogar, a fin de que pueda establecer objetivos realistas y renovar sus intereses y relaciones sociales. La pareja o familiar cercano debe dedicar tiempo para restablecer su propia relación y renovar sus intereses y relaciones sociales.

Es necesario recomendar evitar la movilización y deambulaci3n precoz, a fin de favorecer la eliminaci3n loquial y facilitar la pronta recuperaci3n de la pu3rpera. A partir del d3cimo quinto d3a se le sugerir3 ejercicios suaves para recuperar el tono de la prensa abdominal, de los elevadores, y de los m3sculos de la pantorrilla.

2.3.4 Complicaciones en el puerperio inmediato

Infecciones puerperales. Se da en 3 a 4% de pu3rperas. La fiebre puerperal caracterizado por el aumento de la temperatura a 38°C, luego de las primeras 24 horas tras el parto y durar m3s de dos d3as. Tiene como puerta de entrada el aparato genital, o puede producirse por g3rmenes que habitan en la madre (microorganismos end3genos procedentes del tracto genital, aparato urinario, mamas o v3as respiratorias altas) como *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis* y *Clostridium*), o por infecciones nosocomiales (*Streptococcus beta hemol3tico* y *Estafilococcus aureus*).

Las manifestaciones cl3nicas dependen de la forma que adquiera:

- Endometritis, afecta a la cavidad uterina.
- Salpingitis, afecta a las trompas.
- Pelvipерitonitis (peritoneo de la pelvis obst3trica).
- Celulitis p3lvica (afecta al peritoneo p3lvico y los parametrios, o sea, los espacios p3lvicos).
- Tromboflebitis p3lvica, se da a nivel vascular.
- Peritonitis generalizada, afectaci3n de la cavidad peritoneal.

Las manifestaciones cl3nicas de la infecci3n puerperal son:

- Temperatura y pulso aumentados. A veces la elevaci3n de la temperatura es de forma s3bita.
- Malestar y cansancio.
- 3tero blando y doloroso (subinvolucionado si la infecci3n se encuentra en 3l).

- Loquios abundantes y fétidos, cuando la infección es grave incluso purulenta.
- Aumento de temperatura y dolor abdominal. Si la infección no se trata puede haber trastornos digestivos.

Intervenciones de enfermería:

- Aislamiento hasta que se normalice la temperatura y comience el tratamiento.
- Antibioticoterapia (suele ser muy eficaz).
- Analgésicos.
- Control de constantes (pulso, temperatura, TA y FR).
- Medidas de confort físico y para reducir la fiebre.
- Higiene de genitales varias veces al día y cambio frecuente de compresas El baño diario es un cuidado básico que brinda comodidad y disminuye el riesgo de infecciones.
- Información y educación sobre evolución y autocuidados.
- Evitar infecciones cruzadas.

Mastitis. Presenta “entre un 3-7% de incidencia. No se presenta en la primera semana del puerperio” (17). Es la inflamación de la mama (una de las dos normalmente) a la que contribuye el éxtasis de la leche y un microorganismo infeccioso que es *Estafilococcus aureus* presente en el parénquima mamario. Este microorganismo puede estar en la boca o nariz del neonato, y puede contagiar a la madre. El neonato puede adquirirlo en el hospital, por lo tanto, la mastitis es a veces infecciosa y a veces no (sólo inflamatoria por éxtasis de leche). La puerta de entrada suelen ser las laceraciones del pezón (grietas).

Las manifestaciones clínicas se presentan con zona enrojecida, caliente y dura, la mama está tensa. A veces hay fiebre hasta de 40°C, taquicardia, dolor, malestar y al palpar hay fluctuación o absceso mamario, o sea, infección localizada.

Intervenciones de enfermería:

- Recogida y cultivo de leche y antibiograma.
- Antibioticoterapia.
- Estimular el vaciamiento del pecho (ponerse al niño, cuando la secreción es purulenta se saca con sacaleches).
- Información sobre medidas higiénicas.
- Se suspende la lactancia cuando hay un cuadro agudo o en los días agudos del proceso (sólo de la mama afecta).
- Incisión y drenaje del absceso, cuando no se resuelve con las medidas anteriores.

Pielonefritis. Se produce como consecuencia de una infección renal. “Se presenta con malestar general, fiebre alta, dolor lumbar (en uno o ambos riñones) y, en ocasiones, micción dolorosa” (18).

Las manifestaciones clínicas son:

- Dolor costo vertebral con puño percusión lumbar positiva.
- Fiebre.
- Náuseas y vómitos
- En general, no cursa con clínica de cistitis aguda.

Depresión Post parto. “Consiste en un sentimiento de extrema tristeza y ciertas alteraciones psicológicas durante las primeras semanas o meses después del parto” (19).

La depresión posparto podría comenzar durante el embarazo y no tras el parto. Las pacientes con una depresión moderada frecuentemente manifiestan los síntomas tras el parto. Desde el embarazo hasta un año después del nacimiento del bebé entre el 10

y el 20 por ciento de las mujeres padece depresión, ansiedad, trastorno bipolar, u otros problemas similares.

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de padecerla:

- Una depresión anterior al embarazo o durante el mismo
- Una depresión posparto en un embarazo anterior
- Episodios previos de tristeza o depresión durante ciertos momentos del mes (relacionados con el ciclo menstrual) o durante el tratamiento con anticonceptivos orales
- Familiares cercanos con depresión
- Problemas de pareja, dificultades financieras o no tener pareja
- Falta de apoyo de la pareja o de los familiares
- Disminución repentina de los niveles de hormonas (como estrógenos, progesterona y hormonas tiroideas) que ocurre tras el parto
- Problemas relacionados con el embarazo (como parto prematuro o un bebé con defectos congénitos)
- La inseguridad en relación con el embarazo actual (embarazo no planeado o se consideró abortar)

Infección Urinaria. Se da en un 15% de embarazadas (20). A esto contribuyen los cambios fisiológicos del parto y puerperio, o el sondaje vesical. Está causada por *Estafilococcus aureus* y otros gérmenes hospitalarios.

El diagnóstico se hace con cultivo de orina y antibiograma y las manifestaciones Clínicas que se presentan son:

- Polaquiuria
- escozor
- Disuria

- Tenesmo vesical: cuando hay sensación continua de ganas de orinar. Esto cuando la infección es en vías urinarias bajas. Si asciende puede provocar pielonefritis y se suma a lo anterior lo siguiente:
- Fiebre, escalofríos, hematuria, dolor en fosas renales y vómitos.

2.3.5 Protocolo de manejo del puerperio posparto

Según el componente normativo materno del Ministerio de Salud Pública del Ecuador agosto 2008, incluyen dos partes; en la primera parte consta el manejo inmediato del puerperio con 13 actividades, y comprende también el manejo subsiguiente con 10 actividades que cumplir, y por último incluye el manejo previo al alta con 7 actividades.

2.3.6 Tratamiento del puerperio normal

Protocolo de manejo del puerperio posparto

(Muchos de los pasos/torees deben realizarse simultáneamente)

Manejo inmediato:

- Realice o complete la Historia Clínica Materno Perinatal y el Carné perinatal determine el número de horas o días de puerperio.
- Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Tranquilice a la paciente e informe sobre os pasos a seguir
- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares
- Brinde apoyo emocional continuo
- Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitando de la zona o los familiares acompañantes, permita el uso de ropa según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.

- Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino, el estado de la episiotomía y el sangrado por las 2 primeras horas posparto
- Masaje inmediato del fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído en nivel O o más.
- Repita el masaje uterino cada 25 minutos durante las 2 primeras horas.
- Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino
- Iniciar el alojamiento conjunto (madre – niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.
- Incentive la lactancia materna precoz, brinde apoyo constante para conseguir una succión adecuada.
- Inicie ingesta oral líquida inmediatamente si la paciente lo desea.

Manejo subsiguiente

- Dieta habitual según horario de alimentación y deseo materno
- Si la atención es a nivel comunitario interactúe con la partera capacitada de la zona o los familiares acompañantes, permita la alimentación según la costumbre local asegurándose que se realice en las mejores condiciones.
- Confirme la diuresis espontánea en las primeras 6 – 8 horas posparto y la deposición en las primeras 24 horas
- Mantenga el incentivo de la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto
- Baño diario e higiene perineal cada 12 horas o según necesidad
- Hielo local en periné si hay malestar vulvar o en la zona de episiotomía
- Administre analgesia solo si es necesario, acorde con la lactancia materna: Acetaminofén 500-1000mg. VO cada 6 horas o PRN
- Considere el seguimiento de laboratorio según patología al ingreso
- En mujeres RH negativas DU negativo, cuya prueba de Coombs indirecto es negativo y su hijo es Rh positivo, se procederá a la administración intramuscular de una dosis de INMUNOGLOBULINA ANTI D, dentro de las primeras 72 horas posparto

- En mujeres VIH positivas, se solicitará la prueba confirmatoria, de ser positiva se suprimirá la lactancia, se realizará estudios al recién nacido/a según la norma de manejo.

Manejo previo al alta:

- Realice examen físico completo, sea minucioso en el examen de mamas y periné
- Si la paciente esta asintomática y afebril, proceda el trámite institucional de alta. Asegúrese que en la Historia Clínica consten todos los correspondientes a la labor de parto y puerperio.
- Indique analgesia mencionada según la necesidad.
- Indique suplementación con hierro en caso de anemia. Ver protocolo de manejo de anemia.
- Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar, brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.
- Programe una cita para control a los 7 días del parto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.
- Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo/a en el Registro Civil.

La segunda parte del componente normativo materno agosto 2008, comprende el protocolo de manejo de puerperio post cesárea, el mismo que incluye los pasos a seguir en nivel II y III y el manejo subsiguiente (21).

2.3.6 Protocolo de manejo del puerperio pos cesárea

Pasos a seguir en nivel ii y iii

(Muchos de los pasos/tareas deben realizarse simultáneamente)

Manejo inmediato:

- Realice o complete la Historia Clínica Perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio
- Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura
- Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir
- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares
- Brinde apoyo emocional continuo
- Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino y el sangrado por las 2 primeras horas pos cesárea
- Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído en nivel O o menos.
- Repita e masaje uterino cada 15 minutos durante las primeras 2 horas
- Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino
- Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más pronto posible según la condición materna
- Incentivar la leche materna precoz, brinde apoyo constante para conseguir una succión adecuada

Manejo subsiguiente:

- Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo
- Inicie tolerancia oras con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de terminada la cesárea

- Dieta habitual luego de asegurar tolerancia líquida según horario de alimentación y deseo materno
- Mantenga la venoclisis hasta que la tolerancia oral esté asegurada
- Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y la condición postquirúrgica
- Confirme la diuresis espontánea en las primeras 6 – 8 horas de retirada la sonda vesical y la deposición en las primeras 24 – 48 horas
- Mantenga el incentivo de la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto
- Baño diario e higiene perineal cada 12 horas o según necesidad
- Fomente la deambulación precoz dentro de las primeras 24 horas de post cesárea como medida antiembólica
- Indique analgesia IV para el postquirúrgico inmediato VO durante el período de hospitalización
- Considere el seguimiento de laboratorio según patología al ingreso.
- En mujeres Rh negativas Du negativo, cuya prueba de Coombs indirecta es negativa y su hijo es Rh positivo, se procederá a la administración intramuscular de una dosis de INMUNOGLOBULINA ANTI D, dentro de las primeras 72 horas post cesárea
- En mujeres VIH positivas, se solicitará prueba confirmatoria, de ser positivo se suprimirá la lactancia, se realizará estudios al recién nacido según la norma de manejo.
- Evaluar el alta mínima a las 48 horas post cesárea
- Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.
- Programe una cita para retiro de puntos quirúrgicos a los 7 días de la cesárea o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completo y correctamente lleno, con firma de responsabilidad. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

- Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno de su hijo/ en el Registro Civil.

2.4 Marco ético y legal

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador 2008.

“Artículo 3, deber 1: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.”

“Artículo 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

“Artículo 66: Se garantizará a las personas:

-Literal 9: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.”

2.4.2 Objetivos del Plan del buen vivir.

***Objetivo 3:** El estado garantizará: Salud, embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva, ocio, tiempo libre, deporte y actividad física, gestión de riesgos, asentamientos.*

***Políticas y lineamientos:** Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes.*

Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud. Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud. Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud. Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado,

***Metas:** Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%.*

Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%.

Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida (22).

2.5 Marco Ético

2.5.1 Derechos del Paciente Código de ética y Deontología del CMP.

***Artículo 41°:** El médico tiene el deber de buscar los medios apropiados para asegurar el respeto a los derechos del paciente o su restablecimiento, en caso de que estos sean vulnerados. El médico tiene el deber de respetar y hacer respetar el derecho que tiene el paciente (23).*

2.5.2 Ley orgánica de salud

“Artículo 23: Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello”.

“Artículo 26: Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas”.

“Artículo 27: El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello”.

2.5.3 Principios éticos de la enfermería

- **Principio de beneficencia:** *Se refiere a que los actos médicos deben tener la finalidad de ofrecer un beneficio para la persona en quien se realiza el acto, ya sea través de un medicamento o de una cirugía. De esta forma, cuando prescribas un tratamiento siempre debes tener en mente dos cosas: no hacer daño y beneficiar a tu paciente. Aunque parezca obvio y repetitivo, la*

diferencia entre no dañar y mejorar la salud de los pacientes es muy importante si se toma en cuenta la gran cantidad de efectos adversos de los medicamentos, algunos de ellos fatales.

- ***Principio de autonomía:*** *Tiene que ver con el derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que pueden afectar directa o indirectamente su salud. El mayor ejemplo del respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, un aspecto muy importante en donde el paciente otorga su consentimiento para que cualquier procedimiento médico sea practicado en su persona, debido a que todo acto médico puede tener efectos indeseables e impredecibles.*
- ***Principio de no maleficencia:*** *Se le considera como el principio más importante y significa que cualquier acto médico debe tener como único objetivo no hacer daño al paciente.*
- ***Principio de justicia:*** *En este principio, el médico se ve obligado a tratar a cada paciente como le corresponde, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio eleva la idea de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la gente de manera equitativa.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Fue un estudio no experimental: Ya que se realizó sin manipular las variables; se basó fundamentalmente en la observación y descripción de fenómenos, en este caso las características de una población.

Transversal: Porque se realizó en un tiempo específico de estudio, es decir no hubo seguimiento de la investigación y las variables se midieron una sola vez.

Cuantitativa: Porque se recolectó información y se identificó las características de determinada población.

Descriptiva: Ya que por medio del análisis que se realizó en la misma, se logró caracterizar o detallar un objeto de estudio o una situación.

3.2 Localización y ubicación del estudio

La presente investigación se realizó durante el primer trimestre del año 2017, en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.

3.3 Población

3.3.1 Universo

El universo de la investigación fue el personal de salud que labora en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.

3.3.2 Muestra

La presente investigación se realizó a un total de 22 personas.

3.3.3 Criterios de inclusión

Personal profesional de salud que labora en el servicio de ginecología y que aceptaron ser parte de este estudio.

3.3.4 Criterios de exclusión

Todo el personal profesional de salud del servicio de ginecología que no aceptó formar parte de este estudio.

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Objetivo 1: Caracterizar el perfil sociodemográfico y profesional del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.					
Perfil profesional del personal de salud del servicio de ginecología	Descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo.	Perfil profesional	Formación profesional	Ginecólogos Enfermeras Obstetrices Auxiliares de enfermería	Cuestionario
Perfil sociodemográfico	Estudia las características de una población y del desarrollo de cada una de ellas.	Perfil sociodemográfico	Características de los profesionales	Edad Sexo	Cuestionario

Objetivo 2: Determinar el nivel de conocimientos de los cuidados inmediatos de puerperio, del personal de salud en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo según el protocolo de manejo del puerperio posparto.						
Nivel de conocimientos	Capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Conocimiento	Conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto desglosado por ítems.	Conoce No conoce	Cuestionario de conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto	
Objetivo 3: Identificar el nivel de cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.						
Nivel de cumplimiento	Actuación que se lleva a cabo como consecuencia de una obligación, una promesa o un orden	Cumplimiento	Cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto desglosado por ítems	Cumple No cumple	Lista de cotejo del protocolo de puerperio inmediato	

			Años de experiencia en atención de puerperio inmediato	<1 año De 1 a 5 años Más de 5 años	Cuestionario
Objetivo 4: Definir la demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, frente a la disponibilidad de personal del servicio, durante el primer trimestre del año 2017.					
Disponibilidad de talento humano	Situación de la persona o cosa que está preparada para un fin.	Personal de salud	Disponibilidad de personal de salud del servicio	Número de: Enfermeras Ginecólogos Obstetrices Auxiliares de enfermería	Ficha de registro con la nómina del personal de salud por turnos
Demanda de pacientes en puerperio inmediato	Número de pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología, cursando puerperio inmediato, es decir hasta las 24 horas post parto.	Pacientes hasta 24 horas post parto	Pacientes hasta 24 horas post parto del servicio de ginecología	Número de pacientes en puerperio inmediato	Ficha de registro con el censo de pacientes en 24 horas de julio a diciembre 2016

3.5 Métodos de recolección de información

3.5.1 Encuesta

Se realizó una encuesta al personal de salud del servicio de ginecología para identificar el nivel de conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto basado en el componente normativo materno infantil del ministerio de salud pública.

3.5.2 Guía de observación

Se realizará una observación directa con una lista de chequeo al personal de salud del servicio de ginecología, mismo que ayudó a identificar nivel de cumplimiento del personal de enfermería en base a la lista de chequeo del protocolo de manejo del puerperio posparto.

3.6 Análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento de investigación, se procedió a la tabulación de los datos recopilados en el programa Microsoft Excel, para luego proceder a elaborar gráficos que permitan detallar los resultados y facilitar de esa forma el análisis.

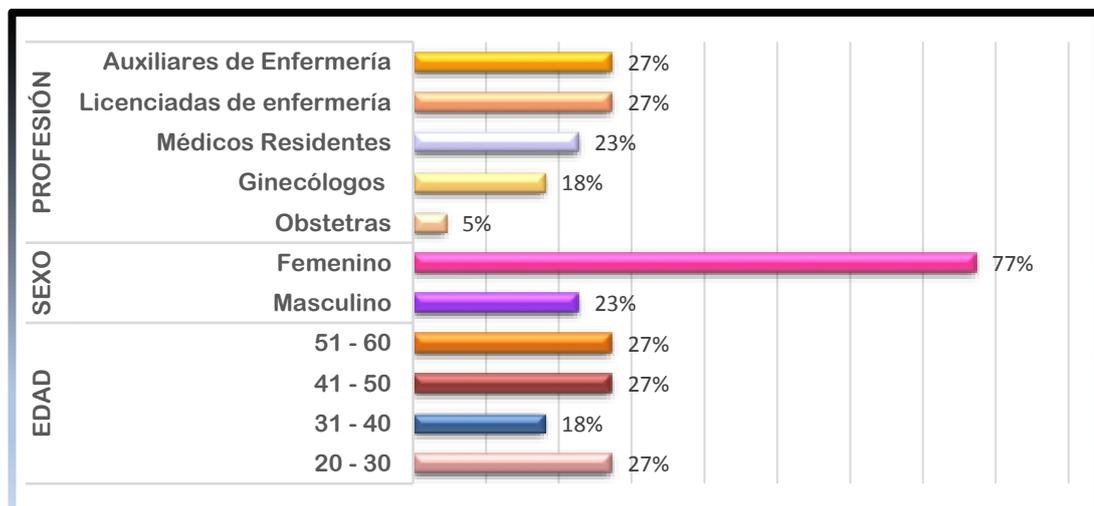
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

En relación a los objetivos de investigación se exponen los siguientes resultados:

4.1 Características sociodemográficas del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo en el período Enero – Abril 2017.

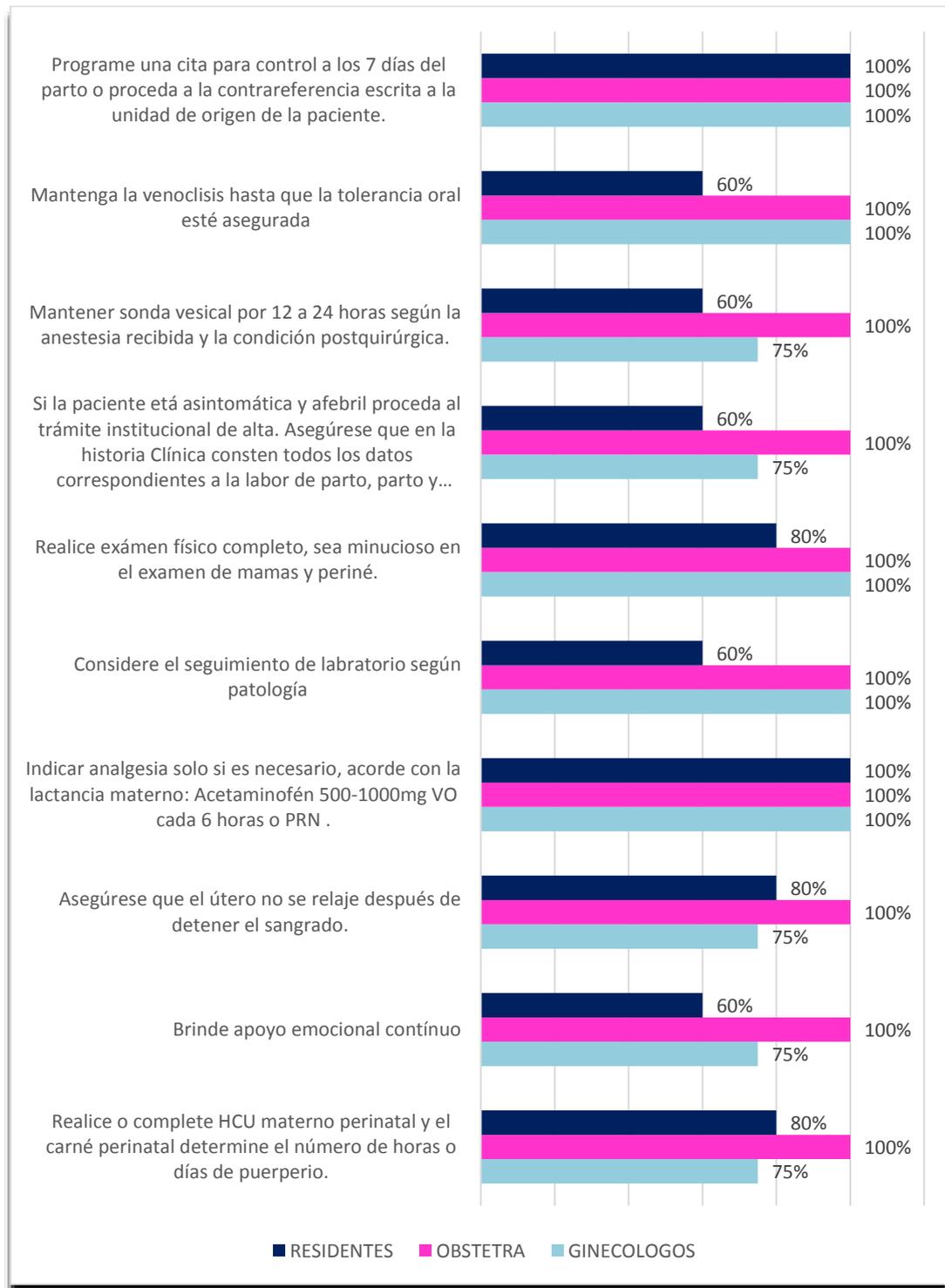
Gráfico 1. Población distribuida según sexo, edad y profesión



Análisis: Sobre las características sociodemográficas y perfil profesional del personal de salud del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo en el primer trimestre del año 2017, la mayoría (77%) del personal es femenino, en las edades hay una distribución equitativa siendo la mayor parte el personal adulto (54%) en comparación del personal joven; en relación al perfil profesional existen tanto especialistas como médicos residentes, y el personal de enfermería y auxiliares de enfermería que están en relación de uno a uno con el personal médico, por encima de lo encontrado según “El Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades 2014 del INEC, hasta el 2014 había 557 enfermeras, 21 obstétricas, 389 auxiliares de enfermería, 768 médicos trabajando en los establecimientos de salud en la provincia de Imbabura” (24).

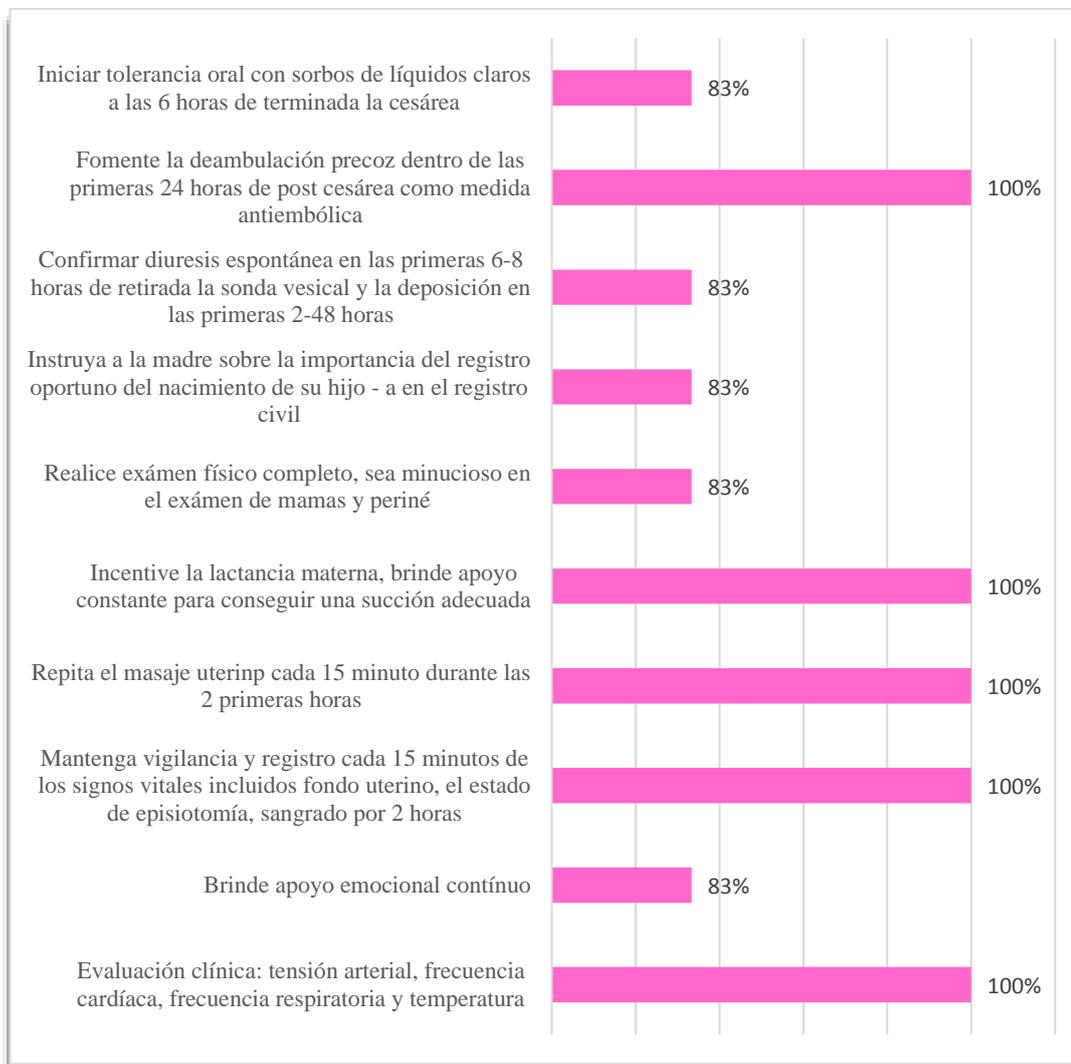
4.2 Conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, por acciones principales y por perfil profesional:

Gráfico 2. Conocimiento de personal médico



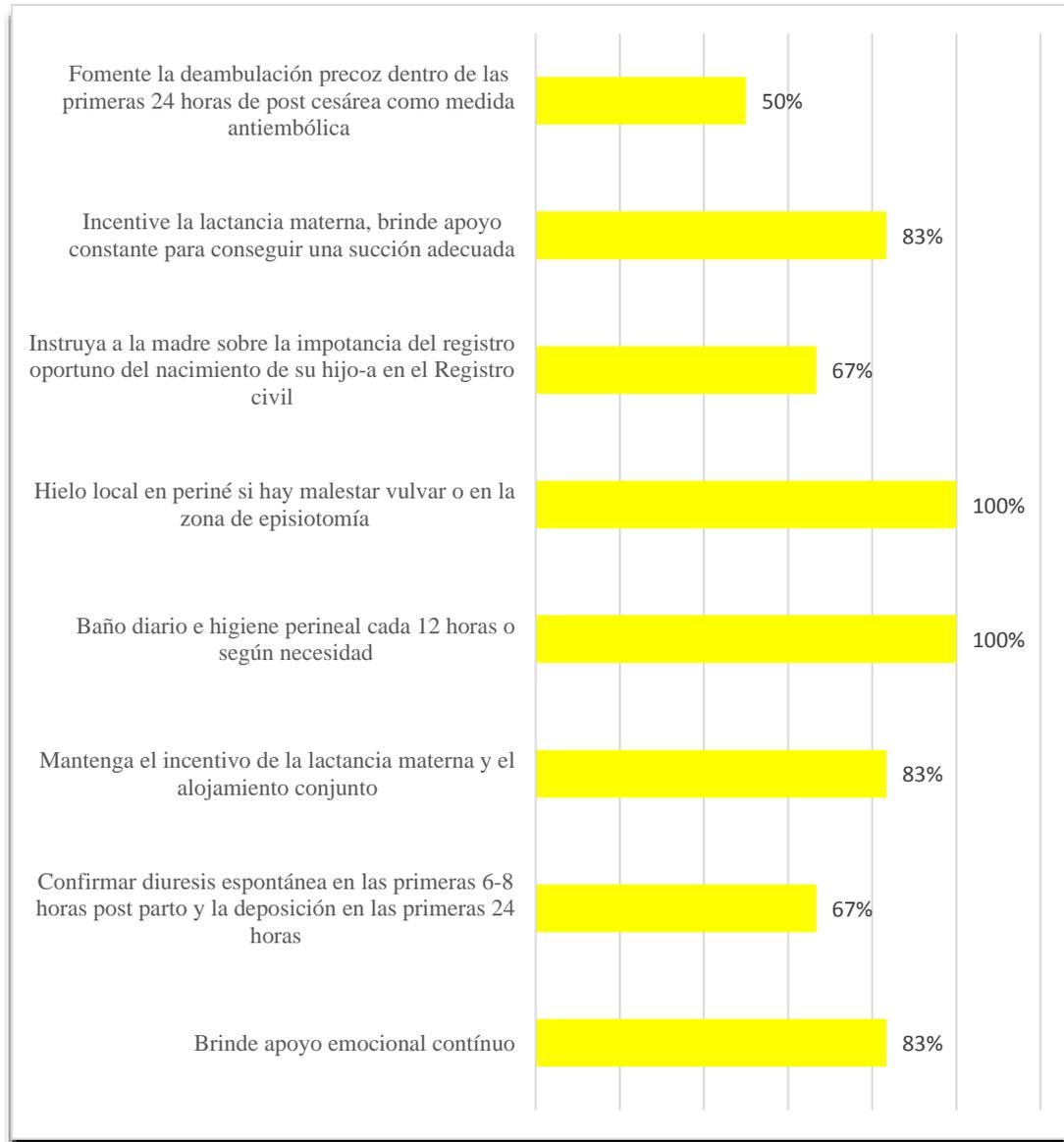
Análisis: Del equipo médico del servicio de Ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, el conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto es del 87% en los Ginecólogos, el 74% de médicos residentes y obteniendo el 100% de conocimiento el médico obstetra. En un estudio realizado en la Universidad de Nacional de Loja en el año 2014 acerca del cumplimiento de protocolos de parto y post parto del ministerio de salud pública del Ecuador por Kevin Samaniego, se obtienen resultados que “el 80% y el 90% de la planta médica del hospital provincial Isidro Ayora conocen con lo establecido en los protocolos del MSP, mientras que apenas un 10% y 20% de la planta médica no conoce con lo establecido” (25).

Gráfico 3. Conocimiento Licenciadas en Enfermería



Análisis: Según la evaluación acerca del conocimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, se obtuvo que el 91,5% de las enfermeras conocen las actividades que les corresponde, establecidas en dicho protocolo. “Según los resultados del estudio cuidados de enfermería y nivel de satisfacción de las madres en la etapa de postparto atendidas en centro obstétrico del hospital Homero Castanier Crespo; azogues, 2015, se obtiene que tanto el personal de enfermería como el personal auxiliar de enfermería tiene un alto nivel de conocimiento en las acciones que se debe realizar al momento de brindar atención a madres en puerperio” (26).

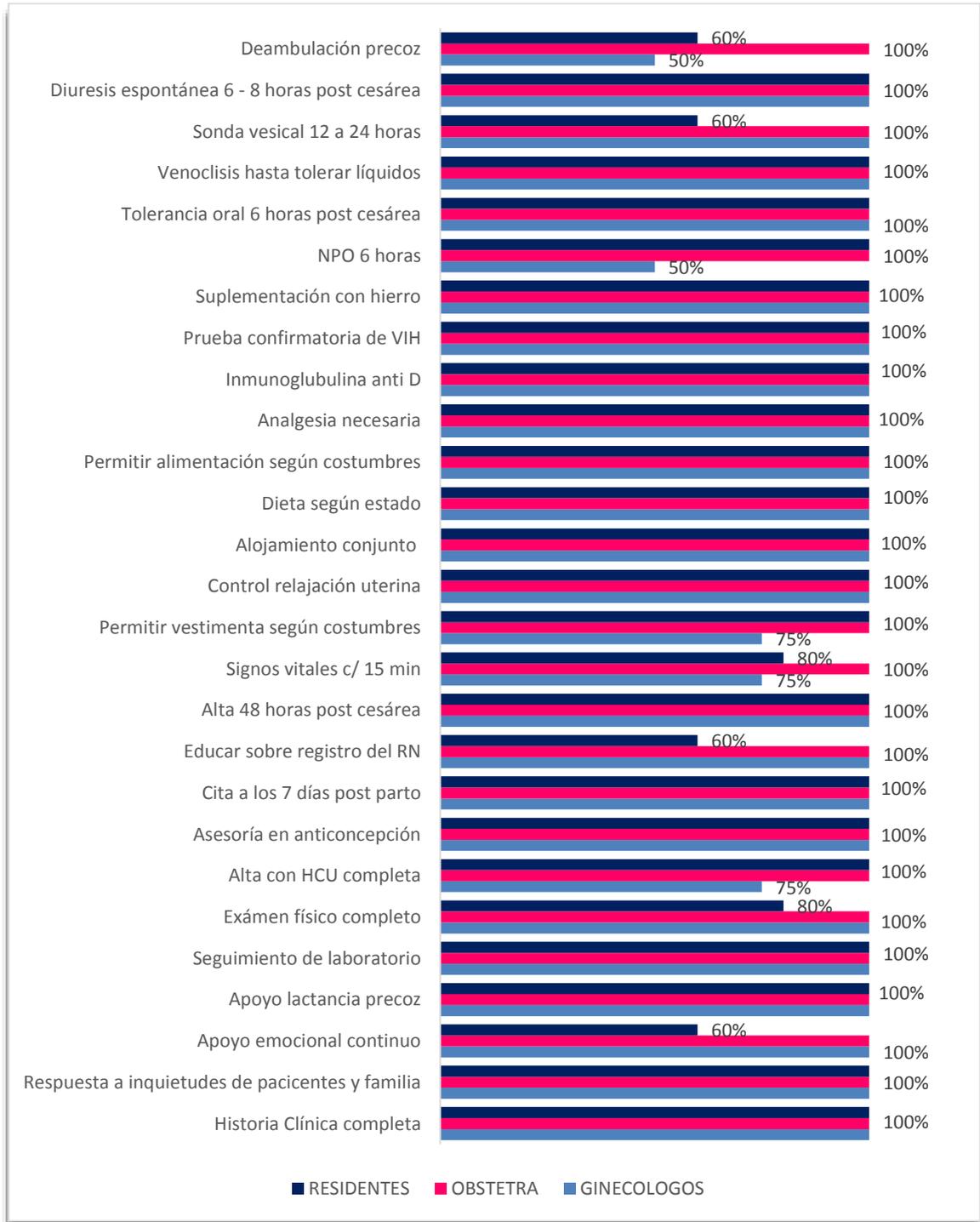
Gráfico 4. Conocimiento Auxiliar de enfermería



Análisis: El 79,12% de las auxiliares de enfermería, conoce acerca de las actividades que ellas realizan y que est3n dentro del protocolo de manejo del puerperio posparto. “Seg3n los resultados del estudio cuidados de enfermería y nivel de satisfacci3n de las madres en la etapa de postparto atendidas en centro obst3trico del hospital Homero Castanier Crespo; azogues, 2015, se obtiene que tanto el personal de enfermería como el personal auxiliar de enfermería tiene un alto nivel de conocimiento en las acciones que se debe realizar al momento de brindar atenci3n a madres en puerperio” (26).

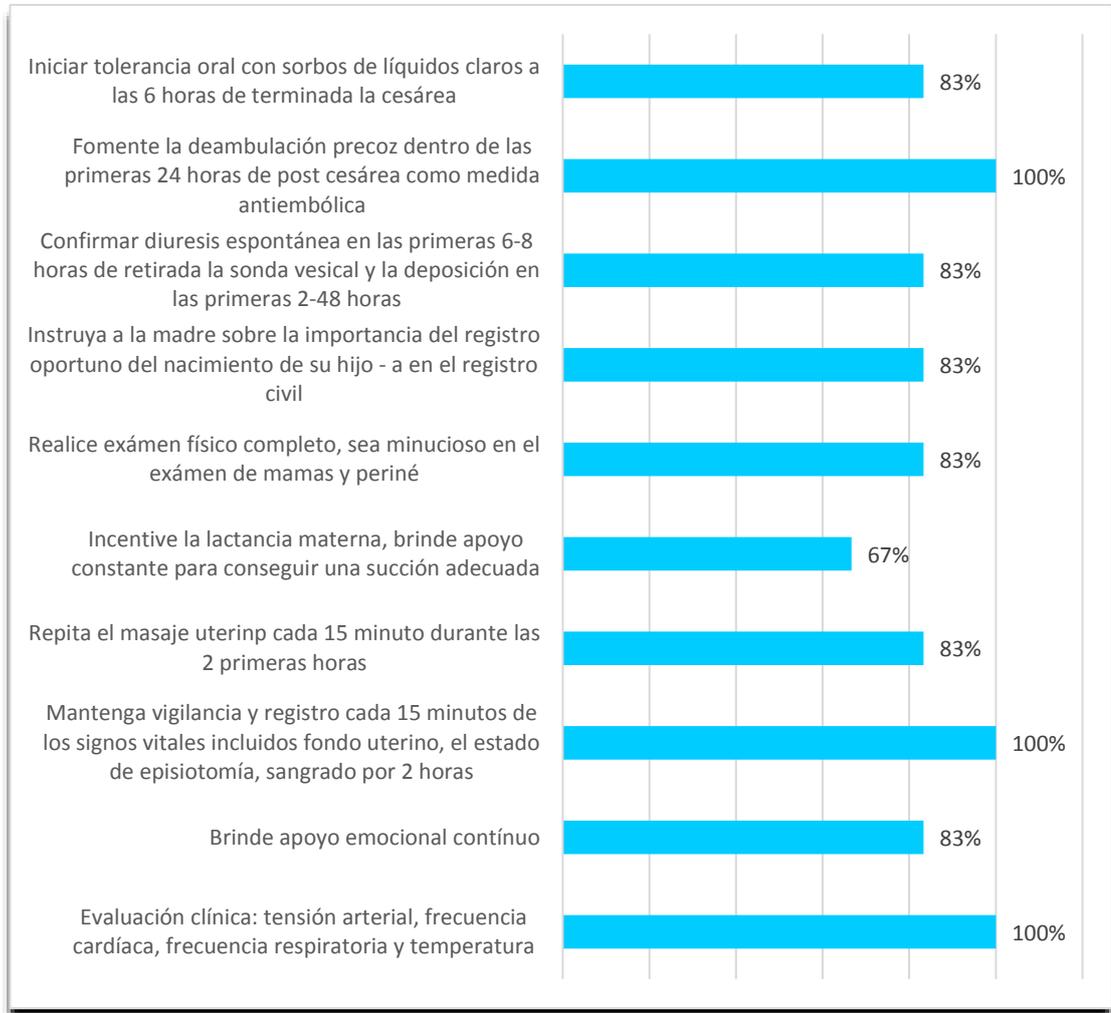
4.3 Cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, por acciones principales y por perfil profesional:

Gráfico 5. Cumplimiento del personal médico:



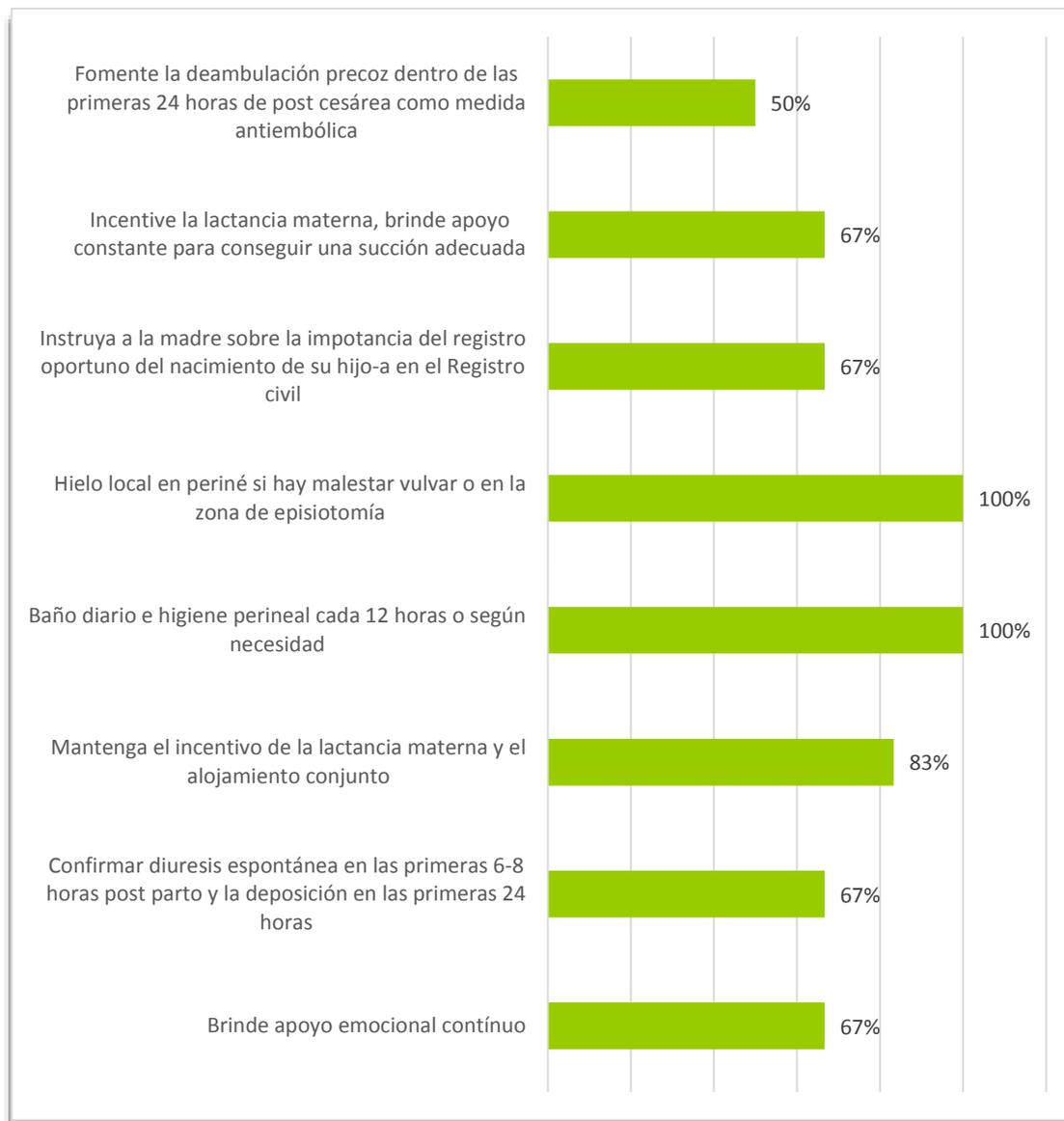
Análisis: En cuanto al cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto del personal médico, se tiene como resultado que el 100% de dicho protocolo es cumplido por la obstetra, el 92,5% lo cumple el personal de ginecología y el 93,5% lo cumple el personal de médicos residentes. En el estudio realizado por Kevin Samaniego en la Universidad de Nacional de Loja en el año 2014 acerca del cumplimiento de protocolos de parto y post parto del ministerio de salud pública del Ecuador, se obtienen resultados que “el 90% de la planta médica del hospital provincial Isidro Ayora cumple con lo establecido en los protocolos del MSP, mientras que apenas un 10% de la planta médica no cumple con lo establecido” (25).

Gráfico 6. Cumplimiento Licenciadas en Enfermería:



Análisis: El 86,5% del personal de licenciadas en enfermería cumple con las actividades designadas en el protocolo de manejo del puerperio posparto. Según el estudio realizado “atención de enfermería en el puerperio inmediato del área de posparto del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde diciembre del 2011 al febrero del 2012 por Wendy Onofre Villacrés, realizado en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, da como resultado que el personal de enfermería realiza actividades como valoración de loquios, masajes uterinos, toma de signos vitales, y que por ende la atención del personal de enfermería cumple con las actividades que debe realizar el momento de brindar atención a las pacientes en puerperio inmediato” (27).

Gráfico 7. Cumplimiento Auxiliar de Enfermería:



Análisis: Se obtuvo como resultado que el 75,12% del personal auxiliar de enfermería, cumple con lo descrito en el protocolo de manejo del puerperio posparto. “El estudio de cuidados de control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993, del año 2016 realizado en México de Ana María Oviedo, los resultados muestran que el personal profesional de enfermería y el personal auxiliar de enfermería, son los elementos estratégicos para lograr un cambio de calidad y eficacia al momento de la atención perinatal” (28).

4.4 Demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio del HSLO primer trimestre 2017

Gráfico 8. Número de partos y cesáreas:

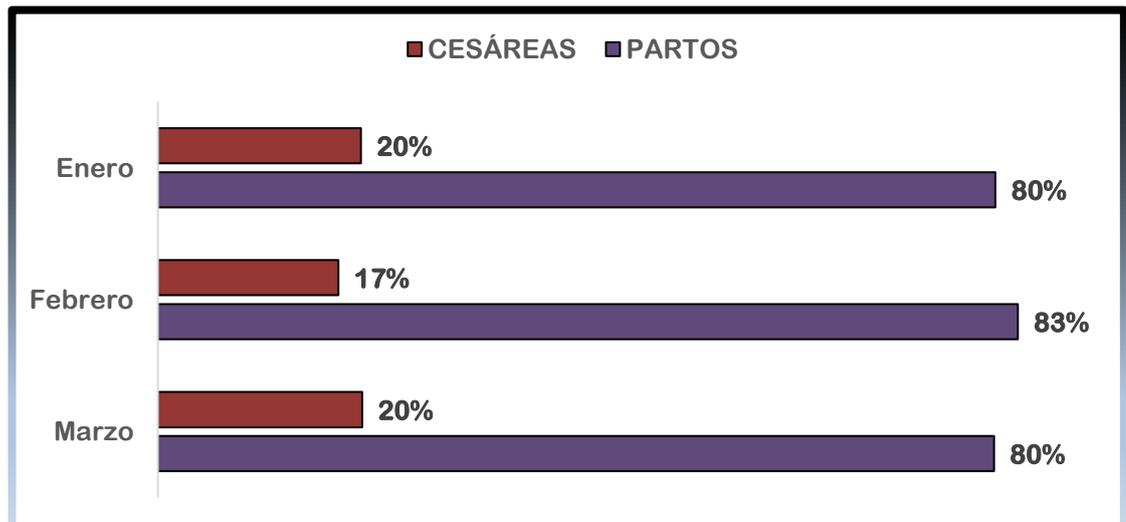


Tabla 1. Demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio del HSLO primer trimestre 2017:

Personal de salud	Disponibilidad del recurso	Horas al día para atención postparto*	Promedios partos y cesáreas día**	Promedio pacientes hora día***
Obstetra	1	4	3,2	0,8
Ginecólogo	4	4	3,2	0,8
M. Residente	5	12	3,2	0,3
L. Enfermería	6	12	3,2	0,3
A. Enfermería	6	8	3,2	0,4

- En el caso de Ginecólogos, obstetra y médicos residentes, se considera el 50% de la jornada diaria completa, ya que el tiempo restante se asigna a la atención de partos, cesáreas y emergencias.
- Se calculó dividiendo el total de días del primer trimestre (90 días) para el total de partos y cesáreas en el mismo tiempo (292).
- Se calculó dividiendo el promedio de partos y cesáreas por día (3,2), para las horas al día asignadas a la atención de post parto.

Análisis: La demanda de partos y cesáreas es relativamente constante en cada mes, la relación entre partos por vía vaginal 80% versus partos por cesárea del 20%, está dentro de lo que establece la “Guía de práctica clínica Atención del parto por cesárea, en donde la Organización Mundial de la Salud considera que la incidencia de cesáreas

no debe ser mayor del 10 – al 15%, en el Ecuador en el año 2014 solo en el Ministerio de Salud Pública se realizaron 41.2% de cesáreas, mientras que Europa apenas es un 21%, Estados Unidos 16% y Latino América rebasa el 50%” (29).

Se puede observar que la demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio del HSLO primer trimestre 2017 no llega a sobrepasar una paciente por hora asignada para esta actividad, siendo mayor para los médicos (0,8 paciente hora) que para el personal de enfermería (0,3 paciente hora). En relación al personal de enfermería hay que considerar que atiende al binomio madre – hijo por tanto la demanda se duplica, llegando a 0,6 pacientes hora.

Según un estudio realizado en la universidad nacional de Colombia facultad de enfermería en el año 2009 por Andrea Fernandez, Carolina Vanegas y Jemy Vargas, se realiza una clasificación del número de enfermeras que necesita un paciente según su condición, “paciente que no necesita atención de cuidados intensivos y necesita estar únicamente en observación es necesario que exista 1 enfermera por cada 4 pacientes; pacientes estables con vigilancia activa se necesita 1 enfermera por cada 4 pacientes” (30).

Según la OMS, “actualmente en el país hay 4 enfermeras/os por cada 10.000 habitantes, tres veces menos que la correspondiente tasa de médicos/as. Si bien el número de enfermeras/os ha crecido de manera constante en relación a la población – entre 1960 y 1990 creció en un 5% por año y, a partir de 1990, en un 8%–, el país continúa con un déficit de profesionales de enfermería” (31).

Datos encontrados en el “INEC hasta el 2013, habían 8,14 enfermeras por cada 10000 habitantes” (32). Lo que quiere decir que para la población de Otavalo (117.830) debería existir un aproximado de 95,9 enfermeras; y en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo existe 1 enfermera por cada 20 pacientes, tomando en cuenta que es el cuidado directo al binomio madre-hijo.

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones:

- Existe personal de ambos sexos siendo el predominante el femenino, distribuidos por edades entre adultos jóvenes y la mayor parte personal adulta, los perfiles profesionales existen los requeridos por el servicio como especialistas, residentes y personal de enfermería y auxiliares de enfermería en una relación de uno a uno, condiciones que se pueden considerar adecuadas.
- El personal de salud que labora en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo presenta un conocimiento heterogéneo en cuanto a las principales acciones que establece el protocolo de manejo de puerperio posparto, teniendo un porcentaje relativamente alto, la misma que ayudará a que los profesionales de salud de esta área cumplan con lo establecido en el protocolo.
- El nivel de cumplimiento del protocolo de manejo de puerperio posparto en el personal de salud que labora en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo es heterogéneo también, siendo el cumplimiento más alto que el conocimiento en el caso de los médicos, y en caso de las enfermeras y auxiliares el cumplimiento es menor al conocimiento por la demanda de pacientes y por la atención binomio madre e hijo.
- En cuanto a la demanda de cuidados inmediatos del personal de salud en el puerperio frente a la disponibilidad del personal del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo durante el primer trimestre del año, se pudo obtener que cada médico tratante, residente, licenciada de enfermería, y auxiliares de enfermería, no llegan a sobrepasar la atención de una paciente por hora, estando la disponibilidad de personal de salud acorde a la demanda.

5.2. Recomendaciones:

- Se recomienda a las autoridades del Hospital San Luis de Otavalo mantener una distribución equitativa en el personal de salud, ya que esto ayuda a una mejor relación entre ellos y por ende una mejor atención a las pacientes.
- Es importante recomendar tanto a las autoridades del hospital como a la líder del servicio de ginecología, hacer talleres de capacitación para concienciar a la revisión constante de protocolos, y de esta manera aumenta el porcentaje de conocimiento de los mismos que son necesarios para el desarrollo profesional.
- Se recomienda a los líderes del servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, realizar guías de observación constantes para identificar el nivel de cumplimiento del protocolo de manejo del puerperio posparto, y de esta manera tomar las acciones correctivas inmediatas pertinentes.
- Se recomienda a las autoridades y jefes de servicio mantener un monitoreo permanente de la oferta y demanda del servicio para no sobrecargar de actividades al personal y mantener a calidad en la atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención post parto. UNICEF. 2006.
2. Enrique, Sotomayor. Complicaciones puerperiales inmediatas durante el parto eutócico. 2013.
3. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. Onaidy Alina Bohórquez Gamba, Andrea Rosas Santana. Colombia : s.n., 2009.
4. Linn, Eticia, Epstein, Daniel y Oliel, Sebastián. Google Custom . [En línea] 2015. [Citado el: 18 de 09 de 2017.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es.
5. I., Instituto Ecuatoriano de Estadística y censo. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones. 2014.
6. Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría. Prieto Bocanegra, Brigitte Migdolia. Colombia : CUIDARTE, 1 de enero de enero - diciembre de 2012, Vols. vol. 3,, pág. 381.
7. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. Natália Rejane Salim, Dulce Maria Rosa Gualda. brasil : s.n., Julio - Agosto de 2010, pág. 18.
8. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta del alta. Araújo, Natalúcia Matos. España : s.n., 2005.
9. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio traspasando las barreras hospitalarias. Alina Bohórquez, Andrea Rosas Santana, Laura Juliana Perez. Bogota : s.n., 2009, Artículo de proyección social.
10. Prácticas de cuidado postparto en adolescentes. Doris Amparo Parada, Fabiola Lara, Nancy Rocío Ramírez. Colombia : s.n., 2010, Vol. 7.
11. Ministerio de Salud Pública. Zambrano, Karen Mieves. Otavalo : s.n., 2015.
12. Puerperio Normal. Cassella, Carlos, Gómez, Vicente y Carlos, Maidana. 100, Diciembre de 2000, Posgrado de la Cátedra VIa Medicina.
13. Uranga Imaz, Francisco. Obstetricia práctica. 3a. Buenos Aires : s.n., 2008.

14. Ruiz, F y Linares, M. Apuntes y Notas de Enfermería Materno. [En línea] 2009. [Citado el: 02 de 11 de 2016.] <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10600/1/TESIS%20OBRAPIA.pdf>.
15. Reeder, Sharon, Leonide, Martin y Koniak, Deborah. Enfermería Materno Infantil. 17. México : Interamericana, 2010.
16. Botero Uribe, Jaime, Júbiz Hasbún, Alfonso y Henao, Guillermo. Obstetricia y ginecología. 6. Bogotá : QuebecorWorld , 2000.
17. Álvarez Nieto, Carmen y Linares Abad, Manuel. Apuntes y notas de Enfermería Materno Infantil. 2008.
18. Healthcare. Complicaciones en el posparto. [En línea] 2016. [Citado el: 02 de 11 de 2016.] <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/el-posparto/complicaciones-en-el-posparto-872>.
19. Moldenhauer, Julie. Depresión puerperal. [En línea] 2015. [Citado el: 02 de 11 de 2016.] <http://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/el-puerperio-per%C3%ADodo-posparto/depresi%C3%B3n-puerperal>.
20. Colomer, Donat. Enfermería maternal y ginecológica . Barcelona : Masson, 2001.
21. Componente Normativo Materno. Ministerio de Salud Pública. Quito : Lápiz y Papel, 2008.
22. Ecuatoriana, Asamblea. Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador : s.n., 2103 - 2017.
23. Organización Médica Colegial. blogspot.com. blogspot.com. [En línea] 1999.
24. Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades 2014. Censos, Instituto Nacional de Estadísticas y. Quito : s.n., 2014.
25. Carrasco, Kevin Fabian Samaniego. “Cumplimiento De Protocolos Del Ministerio De Salud Pública, En El manejo adecuado del tercer período del parto. Aplicados por médicos residentes y tratantes del área de ginecología y obstetricia del hospital provincial Isidro Ayora De Loja. Loja : s.n., 2014.
26. Piña, Rosa Mariela Reinoso, Cajamarca, Tania Lorena Sisalima y Yanza, Mercy Verónica Siavichay. Cuidados de enfermería y nivel de satisfacción de las madres en la etapa de postparto atendidas en centro obstétrico del hospital homero castanier crespo; azogues, 2015”. Azogues : s.n., 2015.

27. Villacrés, Wendy Elizabeth Onofre. Atención de enfermería en el puerperio inmediato del área de post parto del hospital gineco- obstétrico “enrique c. sotomayor” desde diciembre del 2011 al febrero del 2012. Guayaquil : s.n., 2012.
28. Oviedo Zúñiga, Ana María, y otros. Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la nom-007-ssa2-1993. México : Waxapa, 2014.
29. Guía de práctica clínica: Atención del parto por cesárea. Ministerio de Salud pública. Quito : Dirección nacionla de normatización, 2015.
30. LA RAZÓN (RATIO) ENFERMERA- PACIENTE: RELACION CON LOS RESULTADOS EN LOS PACIENTES Y ESFUERZOS POR ESTABLECERLO POR LA LEY . Andrea Fernandez, Carolina Vanegas, Jemy Vargas. Bogotá : s.n., 2009.
31. Torre, Patricia de la, Velasco, Margarita y Patiño, Fausto. Sistema Integrado de Indicadores Ecuador. Sistema Integrado de Indicadores Ecuador. [En línea] http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/siquito/ficsiq_Q11.htm.
32. Julio Cesar Yunga. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [En línea] 2013. [Citado el: 20 de Septiembre de 2017.] <https://drive.google.com/drive/recent>.
33. Atención post parto. UNICEF. 20006.
34. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre autocuidados durante el puerperio en adolescentes. OMS. 2008.
36. seguimiento de nefermeria a la madre y al recién nacido durante el puerperio traspasando las barreras hospitalarias. Alina Bohórquez, Andrea Rosas Santana, Laura Juliana Perez. Bogota : s.n., 2009.
37. Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina, Ministerio de salud. Argentina : s.n., 2013.
38. Puerperio. Pardo, José Luis Granero. Huercal - overa : s.n., 2004.
39. —.Pardo, Jose Luis Granero. Huercal - Overa : s.n., 2004.
40. Lowdermilk. enfermeria Materno infantil. España : Harcourt. , 1998.
41. Dexeus, Dr. Santiago. Somdex. Somdex. [En línea] 2014.
42. Paris, Eva. bebesymas.com. bebesymas.com. [En línea] Eva Paris, 15 de septiembre de 2015. [Citado el: 20 de julio de 2016.] <http://www.bebesymas.com/postparto/en-el-postparto-estas-son-las-infecciones-puerperales-mas-frecuentes>.

43. Excecutive, Health Sevice. Depresión Posparto – Guía para madres, familiares y amigo. 2012.
44. María Cristina Cometto, Patricia Fabiana Gomez, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Rosa Amárilis Zárate Grajales, Silvia Helena De Bortoli Cassiani, Carmen Falconí Morales. Enfermería y Seguridad de los pacientes. [ed.] Organización Panamericana de la Salud. [trad.] Organización Panamericana de la Salud. Paltex. Washington, DC : Pahef, 2011. pág. 432. Vol. 1.
45. Pérez Castro, Vásquez Jorge. Seguridad del paciente: una proridad nacional. [ed.] Dr. Jorge Aldrete Velasquez. 1. México : Editorial Alfil, 2009. pág. 137. Vol. 1.
46. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Patricia Adriana Cárdenas Sanchez, Rosa Amarilis Zarate Grajales. 2, México : s.n., Abril - Junio de 2010, Enfermería Universitaria, Vol. 6, pág. 30.
47. Impacto Positivo de la administración correcta de medicamentos por la enfermeria en materia de seguridad del paciente. Elías, Silvia Abascal. 1, Chile : s.n., 8 de Febrero de 2011, Congreso virtual de enfermería, Vol. 1, pág. 3.
48. Percepción de los factores relacionados con el error en la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización de un institución colombiana de cuarto nivel. Adriana Carolina Aya, Adriana Marcela Suárez. 9, Colombia : s.n., 15 de Noviembre de 2012, Revista Colombiana Enfermería, Vol. 9, pág. 30.
49. Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación. Anna Carolina Raduenz, Priscila Hoffmann, Vera Radunz, Grace Teresonha Marcon Dal Sasso, Isabel Cristina Alves Maliska, Patricia Beryl Marck. 6, Brasil : s.n., Noviembre a Diciembre de 2010, Revista Latinoamericana Enfermagem, Vol. 18, pág. 10.
50. Compatibilidad entre fármacos por vía intravenosa. Juan Abellón Ruiz, José Antonio Subiela García, Ana María Días Martínez. 24, España : s.n., Enero a Junio de 2015, Revista Enfermería Docente, Vol. 19, pág. 24.
51. Betty Sanchez Ponce, Adriana Vaca Sierra. Competencias en atención primaria del personal de enfermería en equipos básicos de salud, área N° 4, provincia de

- Imbabura Agosto 2010. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte. Ibarra : s.n., 2010. pág. 145, Tesis. 1.
52. Ecuador, Asamblea Nacional del. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi : s.n., 2008, Modificada y aprobada en Junio del 2016. pág. 216. Vol. 1.
 53. Desarrollo, Secretaria Nacional de Planificación y. Plan Nacional del Buen Vivir. [ed.] Semplades. Quito : s.n., 2013. pág. 600. Vol. 1.
 54. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. Código Orgánico Integral Penal. Primera Edición. Quito : Gráficas Ayerve, 2014. pág. 330.
 55. Pública, Ministerio de Salud. Ley de Derechos y Amparo del paciente. Primera Edición. Quito : Ministerio de Salud Pública, Modificación 2005, Vigente.
 56. Nely Garzón, Iraidis Soto. Código de ética de Enfermería. [ed.] Asociación de Enfermería. Colombia : s.n., 2005.
 57. Factores que influyen en la correcta administración de medicamentos. Merly Tomalá Lainez, Nancy Yumisaca León. 1, Abril de 2013, Vol. 1.
 58. C., Sotomayor Enrique. Complicaciones puerperales inmediatas durante el parto eutócico. 2013.
 59. Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría. Prieto Bocanegra, Brigitte Migdolia. Colombia : CUIDARTE, 1 de enero de enero - diciembre de 2012, Vols. vol. 3,, pág. 381.
 60. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. Natália Rejane Salim, Natalúcia Matos Araújo, Dulce Maria Rosa Gualda. brasil : s.n., Julio - Agosto de 2010, pág. 18.
 61. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta del alta . España : s.n., 2005.
 62. Prácticas de cuidado postparto en adolescentes. Doris Amparo Parada, Fabiola Lara, Nancy Rocío Ramírez. Colombia : s.n., 2010, Vol. 7.
 63. Ecuatoriana, Asamblea. plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador : s.n., 2103 - 2017.
 64. 1999), Organización Médica Colegial) (O.M.C. -. blogspot.com. blogspot.com. [En línea] 1999.
 65. Piera, Mercè. El puerperio. [En línea] 2000. [Citado el: 02 de 11 de 2016.] http://www.medicina21.com/Articulos-V759-El_puerperio.html.

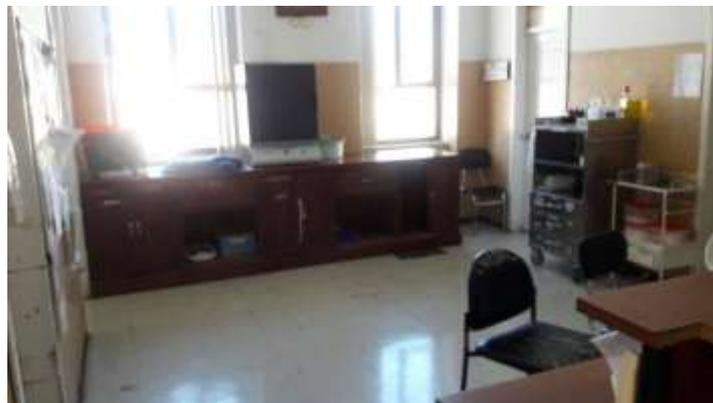
66. Esquivel Principe, Patricia Judih y Solis Villanueva, Amelia Nelly. Satisfacción de las madres con el cuidado obstétrico durante el parto-puerperio en maternidad de María-Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles. Chimbote : s.n., 2013.
67. censo, Instituto Nacional de Estadística y. tercera ronda de encuesta piloto para mejorar los indicadores laborales. Quito : s.n.
68. Caicedo, raquel jazmin tenorio. satisfacción de las usuarias en la fase de labor de parto y post-parto relacionado con los cuidados que parto y post-parto relacionado con los cuidados que proporciona el /la profesional de enfermería de la unidad de gineco-obstetrica. 2013.
69. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el hospital general de Cuautitlán: una experiencia exitosa. Hernández, Cynthia Ramirez. México : revista Conamed, 2011, Vol. 17.
70. cuidados de control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993. Oviedo Zúñiga, Ana María, Rodríguez García, Claudia, Ruíz Martínez, Ana Olivia, Vargas Santillán, Ma. de Lourdes. México : Waxapa, 2016.
71. cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el ministerio de salud pública, . Ruth Quizhpi, Zaida Yuqui, Mónica Zumba. Cuenca : s.n., 2014.
72. —.Ruth Quizhpi, Zaida Yuqui, Mónica Zumba.
73. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras del hospital. Gamba, Onaidy Alina Bohórquez y Santana, Andrea Rosas. Colombia : s.n., 2009.
74. Enfermería.ME. Enfermería.ME. [En línea] 3 de Febrero de 2015. [Citado el: 25 de Septiembre de 2017.] <https://enfermeria.me/teorias-y-modelos-de-enfermeria-en-la-atencion-ginecobstetrica/>.
75. Enfermería.ME. Enfermería.ME. [En línea] 3 de Febrero de 2015. [Citado el: 25 de Septiembre de 2017.] <https://enfermeria.me/teorias-y-modelos-de-enfermeria-en-la-atencion-ginecobstetrica/>.

ANEXOS

Anexo 1. Fotografías



Hospital San Luis de Otavalo



Estación de enfermería servicio de ginecología



Madre en puerperio inmediato



Visita de médico residente



Visita de médico tratante y enfermera

SUMMARY

The present research was carried out at San Luis de Otavalo Hospital of Imbabura province, to the health staff who works in the gynecology service, in order to identify the level of knowledge of compliance with the post childbirth puerperium management protocol at the mothers who are in this service. A non-experimental study was performed, since it was done without manipulating the variables; fundamentally it was based on the observation and description of phenomena, in this case the characteristics of a transversal population, since it was performed in a specific time of study, that is to say there was no follow-up of the research and the variables were measured only once. The type of research, it was a quantitative research, because information was gathered and the characteristics of a given population were identified, and descriptive because, through the analysis that was carried out in the same one, it was possible to characterize or to detail an object of study or situation. With this study it was possible to identify that the level of knowledge and compliance of the management protocol of the post childbirth care that each professional has, is in optimal conditions, however there are some deficits as far as nurses and nursing assistants are concerned, for which is recommended to the authorities of this health unit, strengthen the protocol with continuous training and monitoring so that said protocol is known and fully completed.

Key words: Puerperium, Childbirth, Post childbirth.

